

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

En systematisk litteraturöversikt



SBU:s styrelse och råd

Kansli

NINA REHNQVIST
Chef SBU

Styrelse

KERSTIN HAGENFELDT
Karolinska Institutet
(Ordförande)

EVA FERNVALL MARKSTEDT
Vårdförbundet

BERNHARD GREWIN
Sveriges läkarförbund

THOMAS IHRE
Svenska Läkaresällskapet

STEN LINDAHL
Vetenskapsrådet

TORE LÖWSTEDT
Landstingsförbundet

MADELEINE ROHLIN
Tandvårdshögskolan, Malmö

ULF WETTERBERG
Landstingsförbundet

KERSTIN WIGZELL
Socialstyrelsen

GUNNAR ÅGREN
Statens folkhälsoinstitut

ULLA ÅHS
Svenska Kommunförbundet

Råd

PETER ASPELIN
Huddinge Universitetssjukhus
(Ordförande)

HANS-OLOV ADAMI
Karolinska Institutet

ANDERS ANELL
Institutet för hälso- och
sjukvårdsekonomi, Lund

BJÖRN BEERMANN
Läkemedelsverket, Uppsala

DAVID BERGQVIST
Akademiska sjukhuset, Uppsala

LISA EKSELIUS
Uppsala universitet

MATS ELIASSON
Sunderby sjukhus

ANN-KATHRINE GRANÉRUS
Universitetssjukhuset,
Linköping

BJÖRN KLINGE
Karolinska Institutet

ANDERS LINDGREN
Socialdepartementet

KERSTIN NILSSON
Universitetssjukhuset, Örebro

JAN PALMBLAD
Karolinska Institutet

MÅNS ROSÉN
Socialstyrelsen

GUNNEVI SUNDELIN
Umeå universitet

GIGGI UDÉN
Malmö högskola

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

En systematisk litteraturöversikt

December 2003



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas. Välkommen att besöka SBU:s hemsida, www.sbu.se.

SBU ger ut tre serier av rapporter. I den första serien presenteras utvärderingar som utförts av SBU:s arbetsgrupper. Dessa utvärderingar åtföljs alltid av en syntes med förslag till åtgärder, utarbetade av SBU:s styrelse och råd. Denna rapportserie ges ut med gula omslag. I den andra serien, med vita omslag, presenteras aktuella kunskaper inom något område av sjukvården där behov av utvärdering kan föreligga. Den tredje serien, Alert-rapporterna, avser tidiga bedömningar av nya metoder inom hälso- och sjukvården.

Denna rapport (nr 167) kan beställas från:

SBU, Box 5650, 114 86 Stockholm
Besöksadress: Tyrgatan 7
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
Internet: www.sbu.se • E-post: info@sbu.se

Grafisk produktion av pmocho
Tryckt av Elanders Graphic Systems, Göteborg 2003
ISBN 91-87890-89-5

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

En systematisk litteraturöversikt

SBU:s projektgrupp

Kristina Alexanderson (ordförande)	Anders Norlund (projektsamordnare)
Peter Allebeck	Joep Perk
Tommy Hansson	Anneth Syversson (projektassistent)
Gunnel Hensing	Rolf Wahlström
Irene Jensen	Eva Vingård
Arne Maastekaasa	

Vidare har följande personer medverkat i arbetet: Staffan Marklund (under en period under projektets första år) samt Alexander Perski

Externa vetenskapliga granskare

Anders Ekbohm	Staffan Marklund
Björn Lindgren	Eira Viikari-Juntura

Innehåll

Projektgrupp och externa vetenskapliga granskare	3
SBU:s sammanfattning och slutsatser	7
1. Målsättning, bakgrund, centrala begrepp, regelverk och aktuell statistik	21
2. Metoder för litteratursökning och granskning	61
3. Orsaker till sjukfrånvaro: forskningsinriktningar och förklaringsmodeller	71
4. Metodologiska aspekter i forskning om sjukfrånvaro	91
5. Riskfaktorer för sjukskrivning – generella studier	103
6. Sjukfrånvaro vid rygg- och nackbesvär	203
7. Sjukfrånvaro och psykiska problem	289
8. Sjukskrivning vid kranskärslsjukdom och slaganfall	335
9. Konsekvenser av att vara sjukskriven	383
10. Sjuknärvaro	403
11. Läkares sjukskrivningspraxis	413
12. Behov av framtida forskning	473
Bilagor	
1. Presentation av projektgrupp och externa vetenskapliga granskare	479
2. Bindningar och jäv	481
3. Ordlista	483
4. Mall för dataextraktion och kvalitetsvärdering	489
5. Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning	495

SBU:s sammanfattning och slutsatser



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

SBU:s sammanfattning och slutsatser

Bakgrund och syfte

Sjukskrivning är en vanlig åtgärd inom sjukvården. Samtidigt har handläggningen av denna åtgärd ifrågasatts, utifrån misstankar om att den kan medföra negativa effekter för många patienter. Sjukskrivning har vidare kommit i blickpunkten i samband med de senaste årens dramatiska ökningar av sjukfrånvaron och dess kostnader.

Sjukpenningförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring med syfte att ge ekonomisk trygghet om arbetsförmågan sätts ner pga sjukdom eller skada. Enligt offentlig statistik varierar sjukfrånvaro och förtidspension inte bara över tid. Det är också stora skillnader i hur denna fördelas utifrån ålder, kön, etnicitet, inkomst, yrke, arbetsgivare och geografiska regioner.

Syftet med rapporten är:

- att värdera den vetenskapliga evidensen om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukskriven
- att kartlägga forskning om sjukfrånvaro och kunskapsläget om orsaker till sjukskrivning samt läkares praxis vid utfärdande av sjukintyg
- att identifiera utforskade områden.

Syftet har *inte* varit att granska handläggning av sjukskrivningsärenden hos t ex försäkringskassor och arbetsgivare, eller förklara de senare årens ökning av sjukfrånvaron i Sverige. Publicerade vetenskapliga studier ligger till grund för SBU-rapporter, och därmed för SBU:s slutsatser. Rapporter och andra liknande publikationer uppfyller inte alltid de vetenskapliga kriterierna som SBU tillämpar och ligger därför inte till grund för slutsatser i denna rapport. Kravet på publicerade studier styrker möjligheten att dra säkra slutsatser. En nackdel är samtidigt viss eftersläpning i tid, vilket här t ex innebär brist på studier om utvecklingen under de senaste åren.

Metod

Systematisk sökning och bedömning av publicerade studier ligger till grund för projektgruppens resultat och slutsatser. Gruppen har haft en tvärvetenskaplig sammansättning med 11 medlemmar. Studier har sökts brett via litteraturlösningsdatabaser (Medline, PsycINFO, SSCI), referenslistor och personliga kontakter. Relevanta publikationer har kvalitetsgranskats enligt fastställda kriterier. Studier som bedömts hålla tillräcklig kvalitet, utifrån rapportens syften, har sammanställts för att ligga till grund för slutsatser. Följande evidensgradering av resultat har gjorts utifrån antalet studier (det behövs flera studier som visar samma sak för att resultatet ska kunna sägas ha evidensstyrka), deras kvalitetsvärdering samt samstämmighet i resultat:

Starkt vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 1)

Måttligt starkt vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 2)

Begränsat vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 3)

Otillräckligt vetenskapligt stöd (Ingen Evidens).

För Evidensstyrka 1 erfordras minst två randomiserade kontrollerade studier (RCT) av bedömd hög kvalitet, eller metaanalys av flera RCT:s. Det finns ännu ytterst få sådana studier inom forskningen om sjukfrånvaro. Därför är måttligt starkt vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 2) den högsta evidensstyrka som kan uppnås i denna granskning av sjukfrånvaroforskning.

Med sjukfrånvaro avses här även mer permanent sådan, såsom sjukbidrag och förtidspension (fr o m 1 januari 2003 benämnt sjukersättning).

Studier inom följande sju områden har granskats:

- Orsaker till sjukfrånvaro generellt
- Orsaker till sjukfrånvaro för personer med rygg- och nackbesvär
- Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser
- Sjukfrånvaro efter slaganfall, hjärtinfarkt och vissa hjärtingrepp
- Konsekvenser av sjukfrånvaro
- Sjuknärvaro
- Läkares sjukintygsskrivningspraxis.

Utöver dessa granskningar har sammanställningar även gjorts av metodproblem inom forskningsområdet, och av olika förklaringsmodeller för sjukfrånvaro och dess förändringar över tid.

Perspektiv i bedömda studier

De perspektiv som tagits i olika studier är antingen samhällets, arbetsgivarens, försäkringsgivarens, läkarens eller den försäkrades (Tabell 1). Speciellt äldre forskning utgår ofta från ett arbetsgivareperspektiv. Den forskningen skiljer ofta inte sjukfrånvaro från annan frånvaro, exempelvis skolk, och fokuserar på den korta frånvaron som vanligen leder till större produktionsstörning för arbetsgivaren än långtidsfrånvaro. Det finns endast ett fåtal studier om hur de försäkrade eller sjukskrivna själva ser på sin situation och vad som påverkar den. De flesta publicerade vetenskapliga arbeten finns inom medicin, sociologi och ekonomi. Medicinska aspekter – utifrån den sjukdom som sjukskrivningen avser – beaktas sällan. Av internationellt publicerade studier är de flesta från Europa, framför allt Norge, Sverige och Storbritannien.

Tabell 1 Sammanställning av kategorier efter vilka studier av sjukfrånvaro kan klassificeras.

Perspektiv som tas i studien	Vetenskaplig disciplin	Vad som studeras	Strukturell ¹ nivå
<ul style="list-style-type: none">• Samhällets• Lokalsamhällets• Försäkringskassans / -bolagets• Hälso- och sjukvårdens• Arbetsgivarens• Den försäkrades	<ul style="list-style-type: none">• Medicin• Sociologi• Psykologi• Ekonomi• Juridik• Historia• Filosofi• Antropologi• Rättssociologi• Organisationspsykologi (Management)	<ul style="list-style-type: none">• Riskfaktorer för sjukfrånvaro• Sjukskrivningspraxis• Konsekvenser av sjukfrånvaro• Metodstudier	<ul style="list-style-type: none">• Individnivå (fysiskt, psykiskt och socialt)• Familj• Arbetsplats• Lokalsamhällsnivå• Nationell nivå• Internationell nivå

¹ Dvs på vilken strukturell nivå de studerade faktorerna finns.

I de flesta studier om sjukfrånvaro är orsaker till sjukfrånvaro i fokus och i några fall läkares sjukskrivningspraxis. Ytterst få studier rör konsekvenser av att vara sjukskriven. Sjukfrånvaro påverkas av faktorer på olika strukturella nivåer, men i publicerade studier har främst faktorer på individ- eller arbetsplatsnivå beaktats. Samband, eller samspel, mellan faktorer på olika nivåer har däremot knappast studerats alls. Utmärkande för studier om sjukfrånvaro och förtidspension är att den

empiriska forskningen bedrivs inom många discipliner utifrån olika teorier och förklaringsmodeller. Ett stort antal utfallsmått används och enhetlighet i terminologi saknas. Detta försvårar jämförelse av resultat från olika studier. Jämförelser försvåras också av att försäkringsbestäm- melser varierar mellan nationer och tidsperioder.

Resultat av litteraturgranskningen

Med hänsyn till de stora konsekvenserna av sjukskrivning och hur vanligt sådana åtgärder är inom stora delar av vården är antalet studier mycket lågt och få studier har hög kvalitet. I många av studierna beaktas inte den sjukdom eller skada som ligger bakom sjukfrånvaron.

Orsaker till sjukfrånvaro och förtidspension

Ett problem i denna forskning är att skilja orsaker till sjukdom från orsaker till sjukfrånvaro. De flesta personer som har en diagnostiserad sjukdom är inte sjukskrivna. Det är endast den sjukdom som leder till nedsättning av arbetsförmågan, i förhållande till kraven på det egna arbetet, som berättigar till sjukskrivning.

Generellt

Det finns omfattande underlag i offentlig statistik och beskrivande studier för att det föreligger samband mellan sjukfrånvaro och faktorer som ålder, kvinnligt kön, lägre socioekonomisk status och vissa bostads- orter. Endast i få studier analyseras dock sambanden så att det går att dra slutsatser om faktorernas betydelse för sjukskrivning. Ålders- och könsfördelning hanteras ofta som störfaktorer (confounders) utan ansats till förklaring eller analys av redovisade samband. Studier som försöker förklara demografiska skillnader har sällan sådan kvalitet att de kan ligga till grund för någon slutsats. Som redan nämnts är det framför allt betydelsen för sjukfrånvaro av faktorer på individnivå och arbetsplats- nivå som studerats.

Det finns måttligt stark evidens för att personer med möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre risk för sjukfrånvaro (Evidensstyrka 2).

Det föreligger måttligt stark evidens för att sjukförsäkringssystemets utformning (t ex antalet karensdagar och hur länge man kan vara sjukskrivnen) påverkar sjukfrånvaron (Evidensstyrka 2). Däremot är antalet studier alltför begränsat för att dra några slutsatser om hur stora ändringar som bör till för att få effekter.

Det finns måttlig evidens för att personer med lägre socialgrupps-tillhörighet oftare blir förtidspensionerade (Evidensstyrka 2).

Det finns begränsat stöd för ett samband mellan skilsmässa och ökad sjukfrånvaro (Evidensstyrka 3). Däremot går det inte att dra några slutsatser om att civilstånd, eller att ha hemmavarande barn, har samband med sjukfrånvaro eftersom resultaten från studierna är motstridiga.

Det finns begränsad evidens för att personer med fysiskt påfrestande arbete har högre risk för sjukfrånvaro (Evidensstyrka 3).

Vad gäller förhållanden på arbetsmarknaden finns begränsad evidens för ett omvänt samband mellan arbetslöshetsnivå och sjukfrånvaro; med ökad arbetslöshet minskar sjukfrånvaron och vice versa (Evidensstyrka 3). Däremot är det inte klarlagt i vilken utsträckning detta beror på själva arbetslösheten, selektionseffekter (t ex att fler med sämre hälsa är utan arbete när arbetslösheten är hög), samhällets struktur eller allmänna konjunkturförändringar.

Ytterst få studier har vetenskapligt prövat olika sätt att förebygga eller minska sjukfrånvaro på en arbetsplats. De studier som har genomförts har vanligen följt resultatet endast under kort tid, ytterst sällan än något år. Studierna är för få för att ligga till grund för någon slutsats.

Granskade diagnosområden

Studier om orsaker till sjukskrivning i de tre största diagnosområdena bakom sjukskrivning och förtidspension; dvs rygg–nacke, psykiska problem och hjärta–kärl, har specialgranskats i denna rapport. Inte heller här finns några resultat med hög evidensstyrka, vilket främst beror på att studier saknas eller att de har låg kvalitet, sällan på att resultaten i studierna går i olika riktningar.

Rygg- och nackdiagnoser

Dessa diagnoser utgör tillsammans den största diagnosgruppen bakom både sjukfrånvaro och förtidspension i såväl Sverige som andra länder.

Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukfall kortare än tre månader (Evidensstyrka 2).

Det föreligger begränsad evidens för att högre ålder respektive kvinnligt kön ökar risken för långa sjukfall och förtidspension pga ryggbesvär (Evidensstyrka 3).

Begränsad evidens talar för att hög fysisk arbetsbelastning, respektive låg arbetstillfredsställelse, ökar risken för både kort och lång sjukskrivning med rygg- eller nackdiagnoser (Evidensstyrka 3).

Begränsad evidens talar för att tidigare ryggbesvär, eller en specifik ryggdiagnos (t ex ischias), ökar risken för sjukfrånvaro (Evidensstyrka 3).

Det föreligger begränsad evidens för att kortare anställningstid ökar risken för förlängd sjukskrivning kortare än tre månader (Evidensstyrka 3).

Resultatens generaliserbarhet begränsas av att majoriteten av de undersökta är män med arbete inom tillverkningsindustri. Kvinnor, tjänstemän och anställda inom offentlig sektor (vård, skola, omsorg) är underrepresenterade i studierna.

Psykiatriska diagnoser

Psykiatriska sjukdomar är den näst största diagnosgruppen bakom sjukfrånvaro och förtidspension. Lång sjukfrånvaro för personer med psykiatriska symtom har ökat starkt för kvinnor de senaste åren och sådan förtidspensionering ökar för både kvinnor och män. Psykisk sjukdom, psykiska problem och alkoholproblem är vanligt i befolkningen och drabbar oftare yngre personer än de flesta andra sjukdomar.

Bland tänkbara faktorer, som kan påverka sjukfrånvaro och förtidspension för personer med psykiatrisk diagnos, har följande beaktats i studierna:

- demografiska faktorer: kön, ålder, civilstånd, socioekonomisk tillhörighet

- arbetsrelaterade faktorer: yrkesgrupp, kvinno- eller mansdominerade yrkesgrupper, tjänsteställning, socialt stöd, krav, beslutsutrymme och stimulans
- faktorer relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet: stöd av närstående, materiella problem och skilsmässa
- psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren: riskkonsumtion av alkohol, arbetslöshet, psykiatrisk diagnos vid månstring, låg emotionell kontroll, låg självskattad hälsnivå, rökning, kontakt med polis eller sociala myndigheter, skolk, låga poäng på intelligenstag.

De flesta av dessa faktorer beaktas bara i en eller ett par studier av låg kvalitet varför evidens inte anses föreligga. Det finns dock begränsad evidens för att kvinnor har högre incidens av sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser än män (Evidensstyrka 3).

Resultat rörande samband mellan kön och sjukfrånvarons längd är däremot motstridiga. Sambandet mellan alkoholkonsumtion eller diagnoser för alkoholproblem och sjukfrånvaro har undersökts i flera bedömda studier. Olika värderingar av hög alkoholkonsumtion och delvis motstridiga resultat gör att evidensbaserade slutsatser inte kan dras.

Slaganfall och hjärtinfarkt

Cirkulationsorganens sjukdomar är den tredje vanligaste orsaken till förtidspension. Det föreligger begränsad evidens för att flertalet personer i arbetsför ålder återgår till arbete efter slaganfall, hjärtinfarkt eller hjärtoperation (Evidensstyrka 3).

Det saknas däremot evidens rörande åtgärder som kan förkorta sjukskrivningstiden. Orsakerna till den relativt långa sjukskrivningstid som är praxis i Sverige efter exempelvis hjärtinfarkt är inte kända.

Konsekvenser av sjukfrånvaro

Sjukskrivning är en mycket vanlig åtgärd inom sjukvården. Trots det är den vetenskapliga kunskapen om sjukskrivningens konsekvenser – såväl medicinska, psykosociala som ekonomiska – mycket begränsad. Kunskapsbristen är anmärkningsvärd, också med tanke på de stora ekonomiska kostnaderna i samhället för sjukfrånvaro och förtidspensionering.

Sjukskrivning kan påverka en människas liv både positivt och negativt. Negativa konsekvenser kan vara fortsatt sjukskrivning eller förtidspension, eller att ytterligare sjukdomar uppstår, t ex depression. Andra tänkbara konsekvenser är påverkan på karriärmöjligheter, ekonomi, livsstil (rökning, alkoholkonsumtion, motion) och sociala relationer. Detta är viktiga aspekter för läkare och patient att ta ställning till när sjukskrivning är aktuell. De få studier av konsekvenser som inkluderats tyder på att sådana effekter kan föreligga och varierar mellan olika individer. Studierna är dock alltför få inom vart och ett av dessa områden för att ligga till grund för någon slutsats. Mer kunskap behövs och på en mer detaljerad nivå, t ex för specifika diagnoser.

Sjuknärvaro

Några studier talar för att så kallad sjuknärvaro, dvs närvaro på arbetet trots kraftigt nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom, kan förekomma, speciellt bland personer med återkommande sjuklighet (t ex migrän) och som också har hög sjukfrånvaro, och i vissa yrken inom vård, skola och omsorg. Inga studier av konsekvenser för den enskilde av att vara sjuknärvarande har identifierats, däremot några studier om konsekvenser ur arbetsgivarperspektiv, exempelvis inverkan på produktiviteten. Studierna är dock för få för att utgöra grund för evidens.

Läkares sjukintygskrivningspraxis

Även om många läkare har att ta ställning till sjukskrivning finns få studier om deras praxis i samband med detta. Till läkarens uppgifter vid bedömning av sjukskrivningsbehov hör att ställa en diagnos, värdera arbetsförmåga, diskutera för- och nackdelar av sjukskrivning med patienten, ta ställning till hel- eller deltidssjukskrivning och sjukskrivningslängd, samt vad som ska ske under sjukskrivningstiden, bedöma behandlings- och rehabiliteringsbehov, samt att som medicinskt sakkunnig utfärda ett intyg som försäkringsgivare kan använda som underlag för beslut om rätt till sjukpenning.

Det finns begränsad evidens för att läkare uppfattar arbetet med sjuk-skrivningsärenden (t ex medicinska frågeställningar och försäkringsfrågor) som svårt eller problematiskt (Evidensstyrka 3).

Det finns också begränsad evidens för att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda vilket försvårar bl a Försäkringskassans möjligheter att fatta beslut om sjukpenning (Evidensstyrka 3).

I enstaka studier, således utan möjlighet för slutsatser, anger läkare sina samtidiga roller som patientens företrädare och medicinskt sakkunnig i yttranden åt myndigheter som problematiska områden (exempelvis Försäkringskassan); att bedöma arbetsförmåga; och att inte kunna tillräckligt om försäkringssystemet. Det vetenskapliga underlaget om sjukintygsskrivningspraxis ur andra aspekter är alltför bristfälligt (låg kvalitet, begränsat antal studier eller studier som i några fall visar motstridiga resultat) för att slutsatser ska kunna dras. Även när det gäller kriterier för bedömning av arbetsförmåga saknas evidens.

Det saknas vidare kunskap om vilken betydelse för sjuktalsutvecklingen just läkares praxis i dessa ärenden har, jämfört med andra inblandade såsom handläggare på försäkringskassa och inom arbetsförmedling samt arbetsgivare.

Mer forskning behövs. Och bättre!

Trots sjukfrånvarons omfattning och dess stora konsekvenser för samhället, liksom eventuellt för individen, är kunskap om dess orsaker och konsekvenser samt om hur dessa kan påverkas starkt begränsad. Forskningsområdet är vidare teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt utvecklat. Flera av forskningsfrågorna som ställts är ännu på en mer generell nivå. Många av de frågor om sjukfrånvaro som beslutsfattare ställer kan därmed inte besvaras utifrån föreliggande vetenskapligt kunskapsunderlag. Detta gäller både de som har att fatta beslut för enskilda individer, på arbetsplats- och på samhällsnivå. Över huvud taget finns det förvånansvärt få studier om sjukfrånvarons orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få av hög metodologisk kvalitet. Antalet interventionsstudier är ännu färre. Resultaten är för generella för att vara praktiskt användbara i hälso- och sjukvården. Här behövs en utveckling!

Flera av de olika hypoteser om sjukfrånvaro och förtidspension som diskuteras i olika sammanhang finns det alltså ännu inga vetenskapliga belegg för. Hälso- och sjukvården behöver kunskap om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukskriven, vid olika tillstånd, och om hur snabbt eventuella negativa effekter kan förväntas, identifieras och motverkas. Instrument för bedömning av arbetsförmåga behöver utvecklas och prövas. Enhetlig terminologi är en nödvändighet, exempelvis för mått på sjukfrånvaro. Studier som sträcker sig över många år, studier med relevanta kontroll- eller jämförelsegrupper, studier med fokus på kvinnor, studier på diagnosnivå för att finna fram till lämplig sjukskrivningslängd behövs som underlag för läkares agerande. Studier om utbildning och organisatoriska förändringar är också angelägna. Det räcker emellertid inte med enbart fler studier, dessa behöver även få en högre metodologisk kvalitet. För det senare krävs bl a förutsättningar i termer av finansiering, kompetens och tillförlitlig grunddata.

SBU konstaterar alltså mot bakgrund av det begränsade antalet studier om väsentliga aspekter på sjukskrivning, att kvalitativt bättre forskning behövs (såsom interventionsstudier både på individnivå och gruppnivå, t ex på arbetsplatser, samt longitudinella studier).

Kunskap baserad på vetenskapliga studier krävs framför allt avseende:

- varför endast vissa personer blir sjukskrivna
- varför vissa personer vid sjukskrivning återgår i arbete snabbare än andra
- hur identifiera de personer där tidiga insatser behövs för att undvika långvarig sjukskrivning
- positiva och negativa konsekvenser för den enskilde av att vara sjukskriven eller förtidspensionerad, för enskilda diagnoser och generellt
- hur negativa konsekvenser av sjukskrivning kan upptäckas och förebyggas

- konsekvenser av sjuknärvaro, för den enskilde liksom för arbetsgivare, kolleger och eventuella kunder/klienter
- vilka faktorer som påverkar läkares sjukskrivningspraxis, liksom praxis på arbetsplatser, bland försäkringsgivare och andra aktörer såsom arbetsförmedling
- betydelsen av socioekonomiska förhållanden
- attityder och kunskap hos allmänheten, patienter, läkare och handläggare på försäkringskassa, och deras eventuella betydelse för sjukskrivning
- former för fruktbar samverkan mellan olika intressenter på sjukförsäkringsområdet
- internationella jämförelser.

Tabell 2 Evidensstyrka för studerade faktorer.

Faktorer	Evidensstyrka ¹
(Den typ av studier – RCT – som denna evidensstyrka erfordrar saknas ännu i stor utsträckning inom forskning om sjukfrånvaro)	1
<p><i>Generellt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att personer med möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre frekvens av sjukfrånvaro • att sjukförsäkringssystemets utformning har påverkan på nivån för sjukfrånvaro • att lägre socialgruppstillhörighet medför ökad risk för förtidspensionering. <p><i>Rygg- och nackdiagnoser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukfall kortare än tre månader. 	2
<p><i>Generellt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att skilsmässa ökar risken för sjukfrånvaro • att fysiskt påfrestande arbete medför högre frekvens av sjukfrånvaro. <p><i>Rygg- och nackdiagnoser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att hög fysisk belastning ökar risken för sjukskrivning eller förlängd sjukskrivning • att tidigare rygg- eller nackbesvär, liksom en specifik diagnos (t ex ischias), ökar risken för sjukfrånvaro • att högre ålder respektive kvinnligt kön utgör en ökad risk för långa sjukfall och förtidspensionering • att kortare anställningstid ökar risken för förlängd sjukskrivning under tre månader. <p><i>Psykiatriska diagnoser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att kvinnor har högre sjukfrånvaroincidens med psykiatriska diagnoser. <p><i>Stroke och hjärtinfarkt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att de flesta i arbetsför ålder återgår till arbetet efter stroke, hjärtinfarkt eller hjärtoperation. <p><i>Sjukskrivningspraxis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiska • att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda. 	3
• Övriga faktorer	0

¹ 1 = Starkt vetenskapligt stöd 2 = Måttligt starkt vetenskapligt stöd
3 = Begränsat vetenskapligt stöd 0 = Otillräckligt vetenskapligt stöd

1. Målsättning, bakgrund, centrala begrepp, regelverk och aktuell statistik

Målsättning

Målsättningen med denna rapport är att:

1. Redovisa en systematisk genomgång av det vetenskapliga kunskapsunderlaget om:
 - konsekvenser av att vara sjukskriven eller förtidspensionerad
 - orsaker till sjukskrivning och förtidspension, generellt och i tre diagnosgrupper; rygg- och nackbesvär, psykiska sjukdomar respektive hjärt-kärlsjukdomar
 - läkares praxis när sjukskrivning är aktuellt för en patient.
2. Beskriva forskningsområdet, vad avser inriktning, förklaringsmodeller, metodproblem samt aktuella och framtida forskningsbehov.

Syftet har inte varit att värdera studier om handläggning av sjukskrivningsärenden hos andra aktörer, såsom försäkringskassa och arbetsgivare eller att förklara de senare årens ökning av sjukfrånvaron i Sverige.

Bakgrund

Bakgrunden till denna rapport är flerfaldig. Centrala aspekter är dels den kraftiga uppgång av sjukfrånvaro som skett de senaste åren i Sverige, dels de hypoteser om konsekvenser av sjukskrivning samt om läkares sjukskrivningspraxis som framförs i samband med detta. Vi ger i detta kapitel först en kort beskrivning av dessa tre aspekter samt en genomgång av centrala aspekter kring läkares roll i samband med sjukskrivning och av centrala begrepp såsom sjukdom, sjukroll och försäkring. Slutligen

beskrivs översiktligt utvecklingen av sjukfrånvaro samt regler för ersättning vid sjukfrånvaro för Sverige och några andra europeiska länder.

Stora förändringar i sjukfrånvaron det senaste decenniet

Sjukfrånvaron varierar mellan olika grupper i samhället och över tid. Under 1980-talets senare hälft – med högkonjunktur, mycket låg arbetslöshet och förbättrad ekonomisk ersättning vid sjukfrånvaro – ökade sjuktalet¹ i Sverige, från cirka 18 dagar 1983 till cirka 25 dagar 1988 (Figur 1.4). I början av 1990-talet, då Sverige befann sig i en lågkonjunktur, var arbetslösheten högre än på många decennier, och vissa inskränkningar i sjukförsäkringen gjordes, minskade sjuktalet avsevärt, till cirka 14 dagar år 1994. Under andra hälften av 1990-talet och början av 2000-talet ökade åter sjuktalet kraftigt. Samtidigt hade arbetslösheten sjunkit. Ett flertal statliga utredningar har behandlat sjukfrånvaro ur olika perspektiv de senaste åren [30,47,48,52–56]. I dessa har det dels framkommit att orsaker till dessa förändringar är oklara, dels att mer vetenskapligt baserad kunskap behövs på området.

Antalet personer som är sjukskrivna eller förtidspensionerade pga sjukdom har alltså ökat dramatiskt de senaste åren, vilket innebär stora ekonomiska kostnader och i längden eventuellt konsekvenser för hur välfärdsstaten utformas [48].

Konsekvenser av sjukskrivning

Under de senaste decennierna har många hävdat att sjukskrivning kan ha allvarliga negativa konsekvenser för den sjukskrivne och att detta bör beaktas av sjukintygsskrivande läkare och andra [25]. Det refereras dock sällan till vetenskapliga studier i dessa sammanhang.

Läkares sjukskrivningspraxis

”Examination by the doctor is usually a meaningless formality, since it is the patient who decides when he is fit for work” [19].

”As often as not the patient reports to his doctor at the end of the episode – and goes to him only because he needs a certificate. The doctor can neither prove nor disapprove the story, and is obliged to

¹ Se Ordlista, Bilaga 3

issue a certificate, which the patient all too often expects to cover him for a full seven days' absence" [10].

Under de senaste 40 åren, speciellt under de perioder när sjukfrånvaron ökat, har läkares sjukskrivningspraxis diskuterats och även nämnts som en anledning till att sjukfrånvaron ökat. Frågor som ställts är vilken roll läkare ska ha i samband med sjukskrivning, om alla läkare ska "få" sjukskriva, och om läkare har rätt, alternativt tillräcklig, utbildning för denna uppgift. En grundläggande fråga är naturligtvis vilken vetenskaplig kunskapsbas som läkare kan grunda sin sjukskrivningspraxis på. Vad finns det för evidensbaserad kunskap på vilken läkare och andra kan basera sina förslag för användningen av sjukskrivningsinstrumentet?

Att skriva intyg

I Sverige har endast läkare, och i vissa fall tandläkare, rätt att skriva så kallade sjukintyg. Detta innebär att skriftligen intyga att patienten dels har en sjukdom eller skada, dels att denna sjukdom eller skada har medfört att patientens arbetsförmåga är nedsatt till minst 25 procent. I Kapitel 11 om läkares sjukskrivningspraxis presenteras en sammanställning av läkares uppgifter när sjukskrivning är aktuell. Se även Bilaga 5 för vad läkare, enligt Socialstyrelsen, ska beakta i samband med sjukskrivning.

I litteraturen används olika begrepp kring sjukskrivning, såsom aktiv kontra passiv sjukskrivning. Socialstyrelsen talar t ex om att sjukskrivning, liksom all annan behandling, kan "över- och underdoseras" (SOSFS 1992:16, Bilaga 5), en terminologi som även används i den första svenska läroboken i försäkringsmedicin [25]. Fel handläggning kan leda till att enskilda patienters rättigheter inte tas till vara, till marginalisering och isolering. Emellertid finns det stora kunskapsluckor när det gäller optimal användning av sjukskrivningsinstrumentet.

De flesta läkare måste av och till under sin yrkesverksamhet ta ställning i olika sjukskrivningsärenden och bland vissa läkare, t ex allmänläkare, ortopedier, psykiatriker, gynekologer och invärtesmedicinare, är detta en vanlig arbetsuppgift. Hur stor del av läkares arbetstid handläggning av sjukskrivningsfrågor tar, respektive hur ofta sjukintyg är aktuellt, finns

det ingen samlad bild av. I studier nämns siffror på att sjukfrånvarofrågor är aktuella för mellan 9–60 procent av distriktsläkares patienter i yrkesverksamma åldrar [10,12,16,21,32,46,61].

Att skriva intyg, dvs att i rollen som medicinskt sakkunnig yttra sig till olika instanser i samhället, upptar alltså en icke föraktlig del av många läkares arbetstid. Det sätt dessa uppgifter utförs på, dvs kvalitén på det arbetet, kan få betydande konsekvenser för en patients livsvillkor, ibland lika stora som de rent medicinska åtgärderna. Dessa intyg har t ex betydelse för möjligheter till ekonomisk ersättning, körkort, hjälpmedel i hemmet eller på arbetet, möjlighet för barn och föräldrar att ha kontakt, rätt till olika sociala stödåtgärder etc.

De flesta läkare kommer alltså i kontakt med det så kallade sjukintyget ("Medicinskt underlag för bedömning av rätt till sjukpenning") som används i samband med sjukskrivning, samt med Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH-intyget) som används i samband med förtidspensionering/sjukersättning. Dessa intyg har under åren haft olika utformning. Central information som efterfrågas har alltid varit patientens sjukdom och arbetsförmåga [42]. Det är också vanligt att läkare har i uppdrag att skriva andra intyg som behövs för olika allmänna eller enskilda försäkringar, t ex olycksfallsförsäkring, livförsäkring, patientförsäkring, föräldraförsäkring för vård av barn etc [25,39,40].

Det finns ett utvecklat regelverk kring vad en läkare har att beakta när hon eller han, i sin roll som läkare och medicinskt sakkunnig, skriver olika typer av intyg och utlåtanden [1]. I vissa fall ska det som intyget gäller, t ex ibland vid sjukskrivning, även samordnas med förslag till behandling och andra åtgärder. De medicinska underlag (till vardags och här "sjukintyg") som för närvarande (juni 2003) används inom sjukförsäkringen är FKF 7261 respektive FKF 7262. Dessa intyg ligger till grund för de beslut som sedan fattas inom Försäkringskassan, respektive inom det privata försäkringsbolaget, om den försäkrades rätt till ekonomisk ersättning och behov av rehabilitering. I Sverige innebär ett sådant läkarintyg även att patienten har rätt att vara frånvarande från arbetet utan att riskera sanktioner från arbetsgivaren, samt har rätt att återkomma dit när arbetsförmågan förbättrats.

Skillnaden mellan intyg och utlåtande kan beskrivas på följande sätt: Ett intyg beskriver ett sakförhållande, t ex omfattningen av en kroppsskada som läkaren iakttagit vid undersökning. Ett utlåtande innehåller även en bedömning, t ex om vad som orsakat skadan eller om prognos.

För läkaren som utfärdar utlåtande eller intyg gäller bl a att:

- ta reda på vad det ska användas till
- vara saklig
- påstå det som är belagt och inget annat
- redovisa alla förhållanden
- skriva så att innehållet förstås av lekmän.

Vidare krävs i regel en personlig undersökning av patienten. Intyg och utlåtanden faller under läkarens yrkesansvar och brister i bl a noggrannhet och skicklighet bedöms av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd [25].

Det är alltid mottagaren av ett intyg eller utlåtande som avgör om det fyller ändamålet det är avsett för. Om intyget är bristfälligt kan mottagaren, t ex Försäkringskassan, begära kompletteringar eller vända sig till någon annan läkare [25].

Vid intygsskrivning har läkaren en något annan roll än den som ansvarig för patientens medicinska utredning och behandling. Här handlar det istället om att, utifrån sin profession och som medicinskt sakkunnig, till en annan myndighet eller aktör, *ytttra sig* om vissa sakförhållanden och göra en opartisk bedömning baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet [1].

Det finns en inbyggd konflikt mellan vad som å ena sidan ofta beskrivs som rollen som ”patientens advokat” och å den andra sidan rollen som ”medicinskt sakkunnig” där den senare ibland även innebär en ”portvaktsfunktion” [17,18,57,58]. Dessa två olika roller är inte unika för läkaryrket, utan är något som personer i ett stort antal professioner, t ex socialarbetare, poliser och handläggare inom Försäkringskassan, har att hantera. Att integrera metoder att hantera dessa roller är en del av den professionalisering en person genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet.

Försäkringsmedicin

I läkarutbildningen ingår försäkringsmedicin som ett delmoment. Begreppet försäkringsmedicin används nu allt oftare i Sverige som en övergripande term för handläggning och studier av försäkringar som rör sjukdom och handikapp. Försäkringsmedicin är ett bredare område än vad som ingår i denna rapport och brukar omfatta bl a följande försäkringsformer: sjukskrivning, arbetsskador, sjukbidrag/förtidspension/sjukersättning, handikappersättning, vårdbidrag, patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen, livförsäkringar och olycksfallsförsäkringar, oberoende av om dessa är allmänna eller enskilda [25].

Det finns få definitioner i litteraturen av begreppet försäkringsmedicin. I RFV:s tredje upplaga av boken Försäkringsmedicin från 1994 [42], utgiven som handbok för läkare i arbetet med socialförsäkringens olika sjukförsäkringar, definieras eller diskuteras inte begreppet alls. Inte heller i SOU-utredningen om ”Försäkringsmedicinskt centrum” [53] definieras begreppet.

I Folkhälsovetenskapligt lexikon ges följande definition [23]:

”medicinskt område som handlägger och studerar frågor med anknytning till de försäkringsformer som berör sjuka och handikappade, framför allt med anknytning till socialförsäkringen (sjukskrivning, förtidspension, arbetsskadeersättning m m).”

I Norge är försäkringsmedicin mer etablerat som akademiskt ämne med för närvarande tre professorer i ”trygdemedisin” vid medicinska fakulteten i Oslo [59]. Man ger följande definition:

”Försäkringsmedicin är vetenskapen om hur diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdom påverkar och påverkas av försäkringsförmåner, som är baserade på medicinska kriterier, samt konsten att ge det diagnostiska, terapeutiska, prognostiska och etiologiska underlaget för beslut om försäkringsförmåner.”

I den nyligen publicerade läroboken Försäkringsmedicin [25] definieras försäkringsmedicin på följande sätt:

”Försäkringsmedicin är den kliniska verksamhet som kan komma att leda till bedömningar och intyg som sedan används vid handläggning av försäkringar” (både enskilda och allmänna försäkringar inkluderas i denna definition).

Termen försäkringsmedicin används allt oftare i Sverige, t ex i titlar i tidskriftsartiklar eller i undervisningssammanhang, där försäkringsmedicin är en del av läkarnas grundutbildning [5].

Om sjukpenningförsäkringar

Försäkringar innebär en riskspridning, dvs att alla som ingår i en försäkring är med och betalar till dem som drabbas av det som försäkringen gäller. Den svenska allmänna sjukpenningförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring. Syftet med försäkringen är att ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom.

Sjukpenningförsäkringen utgör en del av socialförsäkringssystemet, dit även familje- och pensionsförsäkringarna liksom vissa bidrag och arbetslöshetsförsäkringen hör [41]. Samtliga dessa utom arbetslöshetsförsäkringen handläggs av Försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket. Summan av utbetalningarna från socialförsäkringarna motsvarade, uttryckt som andel av BNP, för Sverige cirka 16 procent år 2000, och som andel av hushållens privata konsumtion (efter skatteavdrag) cirka 25 procent samma år, dvs en betydande andel av samhällsekonomin. Socialförsäkringssystemen har till uppgift att skapa ekonomisk trygghet för medborgarna i händelse av arbetslöshet, sjukdom, funktionshinder samt för ålderdomen. Finansieringen sker huvudsakligen genom skatter, men även kollektiva eller privata försäkringslösningar förekommer.

Den sociala tryggheten uppfattas numera som en angelägenhet för flera parter dvs såväl för den offentliga sektorn som för den privata sektorn och familjen [14]. I de skandinaviska länderna är den sociala tryggheten i hög grad ett åtagande av den offentliga sektorn. Inom EU föreligger en tendens att harmonisera socialförsäkringssystemen i de olika medlemsländerna (jämför Sociala agendan antagen vid EU-rådets möte i Nice 8 december 2000).

För att få ersättning från sjukpenningförsäkringen krävs för närvarande i Sverige att en sjukdom eller skada sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Den som har en arbetsgivare har kunnat få sjuklöne de första 14 dagarna (21 dagar fr o m 1 juli 2003). Därefter anmäler arbetsgivaren till Försäkringskassan att personen är fortsatt sjuk. Den som inte har en arbetsgivare ska sjukanmäla sig till Försäkringskassan.

Försäkringskassan bedömer om personen efter denna tidpunkt har rätt till ersättning. Första dagen utges ingen ersättning (karensdag). I regel krävs läkarintyg först fr o m den åttonde dagen i sjukperioden.

Sociala bidragssystem kan bygga på två olika principer, eller en kombination av dem; dels minimistandardprincipen, dels standardförsäkringsprincipen. Minimistandardprincipen innebär att en person som inte kan försörja sig själv garanteras en viss minimistandard. Bland annat bygger ekonomiskt bistånd och folkpensionen på denna princip. Standardförsäkringsprincipen innebär att en person garanteras möjlighet att i viss mån behålla sin levnadsstandard vid en sådan situation. Sjukpenningförsäkringen och ATP är exempel på detta och sjukpenningen är alltså relaterad till inkomstbortfalllets storlek.

Sjukpenningen utgör 80 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst upp till 7,5 basbelopp². En försäkrad kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning.

Att kunna få ersättning för förlorad arbetsinkomst när arbetsförmågan är nedsatt pga sjukdom eller skada är en central ingrediens i en välfärdsstat och för individers känsla av trygghet. Detta används som ett av flera instrument för att förhindra fattigdom och säkra en hög konsumtionsnivå/tillväxt i samhället. Om sjukskrivningsinstrumentet används fel kan det emellertid leda till marginalisering av grupper, bristande tilltro till försäkringen och ekonomiska problem. Problem kan uppkomma både om sjukfrånvaron är för hög och om den är för låg [28].

Nyttjandet av en sjukpenningförsäkring påverkas dels av kompensationsgraden, dels av hur strängt försäkringsfallen kontrolleras. Det innebär

² Mer information om sjukförsäkringarna och aktuella ersättningsnivåer kan fås via Försäkringskassan eller på följande hemsidor: www.fk.se och www.rfv.se liksom via SOLID; www.fkf.se/solid/index1.htm

problem både om försäkringen utformas så att för få, eller för många, utnyttjar den [7,20,28,29]. Med en restriktiv försäkring med hög självrisk (karensdag/ar, låg ersättningsnivå) och strikt sjukkontroll (av läkare, arbetsgivare och/eller försäkringskassa) torde otillbörlig användning av försäkringen minska, men kan även innebära att sjuka personer, som borde stanna hemma, ändå går till jobbet alternativt drabbas starkt ekonomiskt. Ett försäkringssystem med låg självrisk och låg grad av sjukkontroll kan istället medföra fusk och överutnyttjande [20].

Varför obligatorium?

I Sverige, liksom i många andra länder, är sjukförsäkringarna allmänna och obligatoriska, dvs alla är försäkrade ”i befintligt skick”. I national-ekonomisk litteratur ges två argument varför sjukförsäkringen bör vara en obligatorisk försäkring [20]. Dessa är dels ”free riders”, dels asymmetrisk information. Även om de flesta skulle teckna en sjukförsäkring om det inte fanns en obligatorisk sådan, skulle antagligen några inte göra det, pga av ett aktivt beslut, glömska eller ekonomiska svårigheter. Samhället har dock svårt att neka hjälp och vård till de av dessa som drabbas av sjukdom, de blir så kallade ”free riders”. Kunskapen om detta kan leda till att alltfler låter bli att betala försäkringen.

Det andra argumentet för obligatorium utgår från det faktum att den enskilda personen oftast har bättre kunskap om de risker hon har att bli sjuk än vad försäkringsbolaget har, dvs informationen är asymmetrisk. Detta kan ge upphov till en negativ selektion, så att ”högriskpersoner” oftare tecknar en försäkring än ”lågriskpersoner”, vilket i sin tur kan leda till en ond cirkel; försäkringsbolaget måste höja premierna och än färre lågriskpersoner tecknar försäkring osv.

Historisk tillbakablick

Nedsatt arbetsförmåga pga ohälsa är ett universellt problem som varje samhälle måste finna en lösning på. I bondesamhället fanns former för detta inom storhushållen men i och med att alltfler människor började sälja sin arbetskraft på en öppen marknad krävdes andra lösningar. Dessa bestod ofta av olika former av sjukförsäkringar. En av de äldsta sådana som vi har uppgifter om är en sjukfond som startades 1653 av de anställda vid ett stort tryckeri i Antwerpen [3]. Fonden existerade under 130 år och liknade på flera sätt, precis som andra tidiga sjukfrånvaroförsäkringar,

moderna sjukförsäkringssystem, med t ex några dagars rätt till egenintygande och därefter krav på läkarintyg.

På 1700-talet bildades flera olika ”sjukkassor” i Sverige, där man kunde ansöka om att få vara med [9,31]. Deras antal och betydelse ökade kraftigt på slutet av 1800-talet i samband med industrialiseringen. Läkare hade en roll för kassorna som intygsskrivare, för att ge underlag till kassornas beslut både om rätt till medlemskap och om sjukpenning. Ända fram till sjukförsäkringen blev allmän och obligatorisk 1955 fanns hårda regler för att bli medlem. Personer med medicinska problem hade svårt att bli medlemmar och avgifterna varierade med ålder. En särskild prövning gjordes av personer över 50 år. För att få sjukpenning krävdes även att personen skötte sig, t ex följde läkarens ordinationer och råd samt var nykter. Detta kontrollerades av speciella sjukkонтроlleranter [9].

Från 1919 kunde registrerade sjukkassor få visst statsbidrag och ställdes under statlig tillsyn. Den allmänna sjukförsäkringen infördes i Sverige år 1955. Till grund för den låg en statlig utredning från 1944 ”Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring” (SOU 1944:15) där det bl a står:

”Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.”

Fortfarande går definitionen av sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringarna tillbaka till denna skrivning. År 1963 trädde den *Lag om allmän försäkring* i kraft som reglerar sjukförsäkringen.

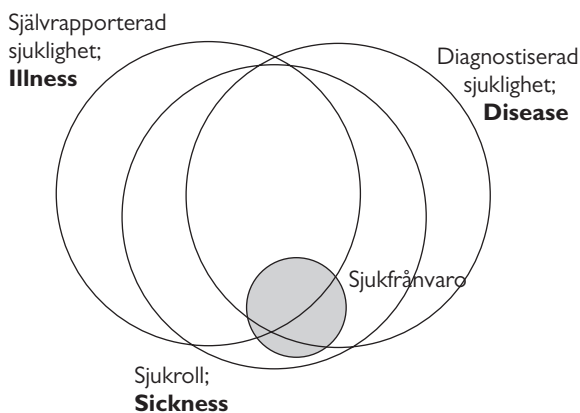
Sjukdomsbegreppet och sjukfrånvaro

Det svenska ordet ”sjukdom” täcker många olika aspekter varför det ofta behöver preciseras i diskussioner. Därför används numera även på svenska de engelska begreppen *illness*, *disease* respektive *sickness* för att illustrera centrala aspekter av sjukdomsbegreppet [25,26,33]. *Illness* står då för de besvär en person själv upplever, här kallat *självrapporterad sjuklighet*.

Disease står för den sjuklighet den medicinska vetenskapen vid en viss tidpunkt kallar sjukdom och har diagnoser för, här kallat *diagnostiserad sjuklighet*. Det senare förändras över tid, för 20 år sedan fanns t ex varken diagnoserna AIDS eller fibromyalgi, medan användandet av andra diagnoser upphört, t ex gengasförgiftning och neurasteni.

Sickness står för en helt annan dimension av sjuklighet, nämligen den sociala, dvs den sociala roll, *sjukroll*, en person som har illness eller disease får eller tar i ett visst samhälle. Vad som berättigar till en sjukroll varierar mycket över tid och mellan olika kulturer [24,49,50]. Det är ontologiskt en stor skillnad mellan sickness å ena sidan och självrapporterad och diagnostiserad sjuklighet (illness och disease) å andra sidan. Både disease och illness är införlivade med kroppen, vilket inte gäller för sickness. Sickness är en social roll, en framförhandlad social position, som innebär både förpliktelser och rättigheter, en del av förhållandet mellan en individ och individens omgivning [38,60].

I Figur 1.1 illustreras förhållandet mellan dessa olika aspekter av sjukdom. Att cirklarna inte täcker varandra helt beror på att en person kan ha symtom av psykisk, fysisk eller social art, utan att läkaren kan diagnostisera sjukdom, likaväl som en diagnos inte nödvändigtvis betyder att en person anser sig ha sjukdomssymtom, dvs illness. Att en del av sjukrollscirkeln ligger utanför de två andra beror bl a på att en person kan ta eller ges en sjukroll utan att ha vare sig disease eller illness.



Figur 1.1 Samband mellan självrapporterad (illness), diagnostiserad sjuklighet (disease) och sjukroll (sickness).

Sjukfrånvarocirkeln är mycket mindre än sjukrollscirkeln. Endast en mindre del av den sjukroll en person tar/ges manifesteras i form av sjukfrånvaro. De flesta som har illness eller disease och pga detta en sjukroll i olika sammanhang är inte sjukskrivna. En persons prestationsförmåga kan t ex vara nedsatt pga illness eller disease så att han tar en sjukroll i hemmet, t ex gör mindre eller får hjälp med vissa saker, men ändå går till jobbet. Även på jobbet kan man ta en sjukroll utan att vara sjukskriven, t ex en viss dag inte kunna göra vissa saker pga av smärta, infektion etc. I vilken utsträckning detta sker beror bl a på graden av så kallad *sjukdomsflexibilitet eller anpassningsmöjligheter* på arbetsplatsen – dvs i vilken utsträckning det finns en flexibilitet för att arbetsförmågan hos de som arbetar där kan skifta beroende på hälsoproblem.

Att en del av sjukfrånvarocirkeln ligger utanför illness- och disease-cirklarna kan bero på följande:

- En del, speciellt äldre, har förtidspensionerats snarare pga arbetsmarknadsförhållanden än pga en sjukdom.
- En person kan vara feldiagnostiserad, och sjukskrivas utan att vara sjuk eller ha nedsatt arbetsförmåga.
- Fusk, antingen genom att en person sjukskriver sig själv (korta perioder), lyckas lura en läkare till att tro att han är sjuk, eller att en läkare medvetet skriver ett falskt intyg.

Inom de samtliga tre dimensionerna upplevs och diagnostiseras sjukdom som mer eller mindre allvarlig på en kontinuerlig skala från inte alls sjuk till mycket allvarligt sjuk, alltså inte som om personen antingen är sjuk eller inte sjuk [29]. När frågan om sjukskrivning aktualiseras kompliceras detta eftersom ett ställningstagande måste tas, en gräns sätts; *antingen* är en person sjukskriven *eller* är den inte det, på heltid eller partiellt. Även i det senare fallet måste en gräns, en procentsats, sättas.

Sjukrollen

Parsons [38] beskrev redan på 1950-talet om sjukrollen och hävdade att den innehåller fyra institutionaliserade förväntningar, där de två första är rättigheter och de två senare skyldigheter:

1. Den sjuke är befriad från vissa av de förpliktelser/åligganden som ingår i den normala sociala rollen.
2. Den sjuke kan inte bli frisk genom sin egen vilja eller beslut, och hålls därför inte ansvarig för sitt tillstånd.
3. Den sjuke ska uppfatta situationen som icke önskvärd och inte dra fördelar av den. Han måste vara motiverad att så fort som möjligt bli frisk.
4. Den sjuke ska söka sjukvård och samarbeta med sjukvårdspersonal och andra för att bli frisk.

Detta har kommit att bli en klassisk definition av sjukrollen, och har som sådan även kritiserats, t ex för att den är mer relevant för akuta sjukdomar än för kroniska tillstånd [13,51,62]. I SBU:s rapport ges följande något utvecklade definition av rättigheter och skyldigheter vid kronisk värk och sjukdom [51]:

- Rättigheter: den sjuke hålls inte ansvarig för det ursprungliga kroppsliga problemet och får begränsa sina sociala förpliktelser i proportion till sjukdomens svårighetsgrad.
- Skyldigheter: den sjuke ska acceptera sjukdomen som icke önskvärd och begränsa sitt sjukdomsbeteende och sin funktionsstörning så mycket som möjligt, samt ta en del av ansvaret för sitt hälsotillstånd och sin funktionsförmåga.

Sjukrollen, som utformas och kontinuerligt påverkas av det sociala samspelet mellan den sjuke och omgivningen, påverkas, när sjukskrivning är aktuellt, bl a av läkares agerande och förhållningssätt [51]. Det är ofta läkaren som legitimerar en persons sjukroll i samhället, t ex genom att ställa en diagnos och i vissa fall genom att skriva sjukintyg.

Twaddle et al [60] lyfter fram sjukskrivning som ett typexempel för sickness och sjukrollen. Vid sjukskrivning får den sjuke en helt ny legal status, och en ny roll med formell rätt att vara frånvarande från arbetet. Patienten tillerkänns normativt en ny social ställning som inbegriper vissa rättigheter, såsom sjukpenning, samt både rätten och skyldigheten att vara frånvarande från arbetet och att delta i den föreskrivna behandlingen.

Parsons utgick från att den sjuke vill bli "icke-sjuk" [38]. Sachs har emellertid klargjort att människor kan ge hälsa olika prioritet och har listat ett antal situationer där en sjukroll, sickness, skulle kunna vara önskvärd i en persons liv [49]. De av dessa som kan vara av relevans i samband med sjukskrivning är:

- För vissa personer är sjukrollen deras huvudsakliga identitet. Symtom, läkarbesök etc kan vara mycket viktiga för dem, t ex för att få uppmärksamhet.
- Vi kan alla ibland välkomna en ofarlig sjukdom som ursäkt för att slippa krav.
- Personer som på ett eller annat sätt misslyckats kan använda sjukdom som en ursäkt för detta. Sjukrollen legitimerar en högre nivå av passivitet än som normalt accepteras i ett kulturellt sammanhang där aktivitet värderas högt, som i dagens västerländska samhälle.
- Sjukrollen kan fungera som en buffert i en situation med motstridiga krav. För några invandrarkvinnor kan t ex sjukskrivning/förtidspensionering vara ett sätt att hantera motstridande könsroller. I vissa kulturer förväntas kvinnan vara hemmafru, medan hon i den svenska kulturen förväntas bidra till familjens ekonomi genom yrkesarbete. Sjukskrivning kan bli ett sätt att lösa denna konflikt.

Stigmatisering, svårighetsgrad, vaghet, status

Även vissa andra aspekter av sjukdom har betydelse i samband med sjukfrånvaro, nämligen sjukdomens eller symtomens svårighetsgrad, hur stigmatiserande sjukdomen är, hur diffus/vag en sjukdom är, samt sjukdomens status [2–4,6]. Att en sjukdoms svårighetsgrad har betydelse för försäkringsmedicinska frågeställningar torde vara självklart. Sambandet mellan en sjukdoms svårighetsgrad ur ett medicinskt perspektiv, och den grad av nedsatt arbetsförmåga den leder till, är dock inte alltid lika självklar. Exempel på diagnoser som ses som mer distinkta är hjärtinfarkt, fraktur och cancer. Ländryggsbesvär, nack/skulderbesvär, trötthet och huvudvärk är exempel på besvär, som sällan går att diagnostisera med objektiva test utan där diagnosen ställs på patientens uppgifter om besvär. I försäkringsmedicinska sammanhang är det viktigt att beakta att det inte finns något enkelt samband mellan om en diagnos är

distinkt eller vag och möjligheten att bedöma funktions-/arbetsförmåga. Till exempel kan det vara lika svårt att bedöma arbetsförmågan hos en patient som har skulderbesvär som hos en patient som haft en hjärtinfarkt eller har cancer. Sjukskrivning vid de två senare diagnoserna ifrågasätts dock inte lika ofta inom försäkringskassan.

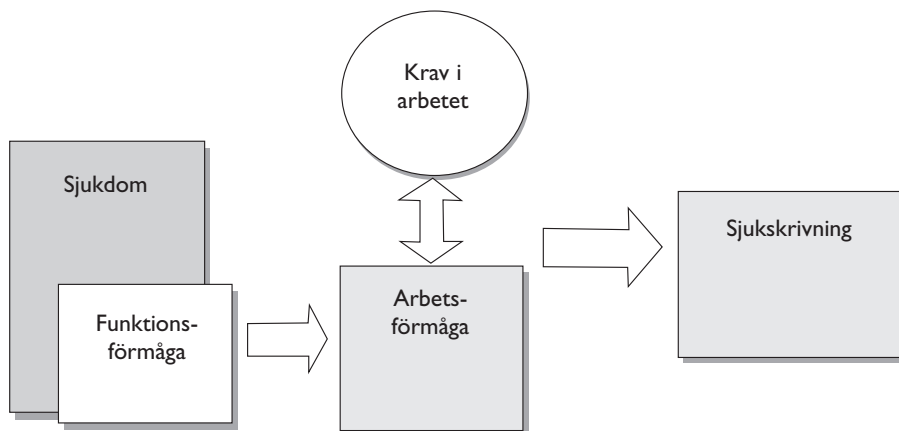
I diskussionen hävdas ibland att sjukfrånvaro skulle kunna vara ett mått på sjukligheten, morbiditeten, i en befolkning, och om sjukligheten, mätt på andra sätt, inte har förändrats bör inte heller sjukfrånvaron förändras. Sjukfrånvaro kan dock sällan vara ett mått på sjuklighet – ”ohälsa”; på morbiditet i en befolkning. Däremot kan data om sjukfrånvaro användas som ett mått på *sociala konsekvenser* av sjuklighet, i termer av t ex arbetsförmåga [34]. Det är inte för att en person är sjuk som den har rätt att vara sjukskriven; de flesta personer med diagnostiserad sjukdom kan arbeta och gör så. En person kan endast vara sjukskriven om dennes sjukdom eller skada leder till nedsatt arbetsförmåga i förhållande till de krav som ställs i det jobb personen har eller skulle kunna få [25].

Ibland uttrycks indignation över att det inte finns någon enhetlighet i hur personer med en viss diagnos blir sjukskrivna. Men en sådan enhetlighet ska inte finnas – sjukskrivningen ska i första hand inte relateras till diagnosen eller ens till funktionsnedsättningen diagnosen leder till, utan till arbetsoförmågan i förhållande till arbetskraven. Om ett brutet ben är ett hinder att arbeta beror i första hand på den personens arbetsuppgifter, inte på var frakturen sitter.

Att skilja orsak till sjukdom från orsak till sjukfrånvaro

Ett problem inom forskning om orsaker till sjukfrånvaro är att skilja på vad som leder till sjukdom från vad som leder till sjukskrivning. Som framgår av ovanstående är det inte sjukdom i sig som leder till sjukfrånvaro eller ger rätt till sjukpenning. De flesta som har olika typer av sjukdom arbetar och funderar inte över om de ska vara sjukfrånvarande. Endast den sjukdom eller skada som leder till nedsättning av sådan funktionsförmåga, dvs arbetsförmåga, som krävs för att utföra det arbete personen har (eller söker i fall av arbetslöshet), kan leda till sjukfrånvaro, på heltid eller deltid. Arbetsoförmågan ska alltså alltid bedömas i förhållande till kraven i arbetet, se Figur 1.2. Här är fokus alltså inte i första hand på vad som leder till sjukdom, utan på vad som

leder till nedsatt arbetsförmåga, vilket måste beaktas i förhållande till kraven. Denna aspekt är sällan tydliggjord i diskussion och forskning om sjukfrånvaro.

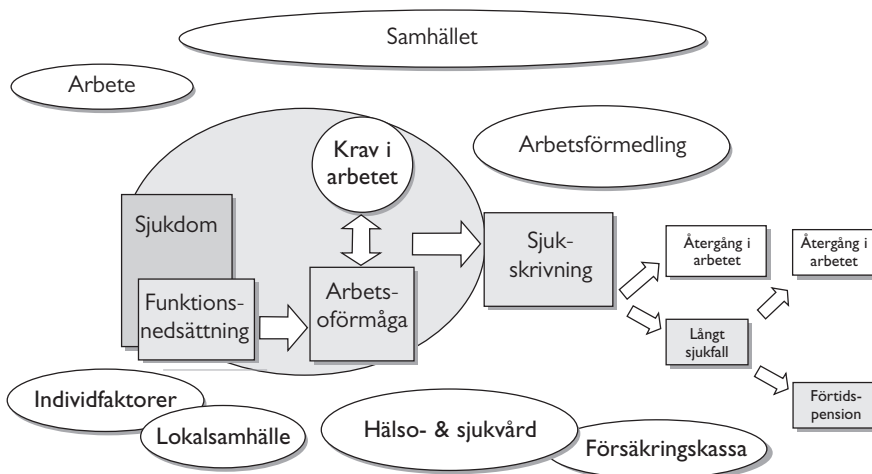


Figur 1.2 De två rekvisit som krävs för rätt till sjukpenning, och vilka läkare och Försäkringskassa har att ta ställning till vid bedömningen; sjukdom samt arbetsförmåga i förhållande till kraven i jobbet.

För vissa diagnoser är detta inte något stort problem i forskningen, nämligen de som i princip alltid leder till, åtminstone kort, sjukskrivning. Då är riskfaktorerna för sjukskrivning ofta desamma som riskfaktorerna för sjukdom. Detta gäller t ex stroke, hjärtinfarkt (med undantag för ”tysta”, odiagnostiserade hjärtinfarkter), allvarliga skador, akuta operationer, t ex blindtarmsoperation. Personer i yrkesverksam ålder som drabbas av detta blir nästan alltid också sjukskrivna, åtminstone någon dag. En helt annan aspekt är däremot *hur länge* deras sjukfall varar, dvs riskfaktorer för att sjukfallet ska vara kort eller långt. Här är det återigen inte sjukdomen eller skadan, utan den arbetsförmåga den leder till i förhållande till kraven i personens arbete, som avgör frågan om sjukskrivning eller inte. En mer övergripande bild av faktorer, på olika strukturella nivåer, som är aktuella inom området ges i Figur 1.3. Olika förklaringsmodeller kring orsaker till sjukfrånvaro ges i Kapitel 3.

Sjukskrivning – förändringar över tiden

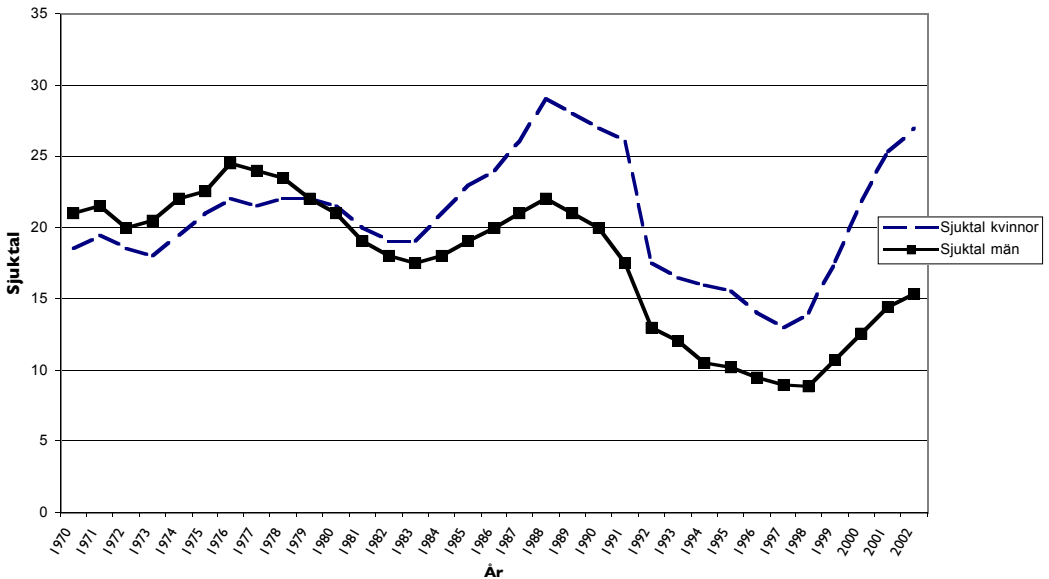
Det så kallade sjukskalet⁴ har sedan flera decennier använts som ett sammanfattande uttryck för ersatt sjukfrånvaro. Jämförbarhet över tiden före och efter 1992 har försvårats av att försäkringskassorna inte registrerar de två första veckorna av ett sjukfall efter 1992. Regeländringen år 1992 påverkade även statistiken över antalet sjukpenningförsäkrade, dvs den uppgift som utgör nämnaren vid beräkningen av sjukskalet.



Figur 1.3 Faktorer och aktörer som påverkar sjukfrånvaro och återgång i arbete.

Sjukskalet var högre för män än för kvinnor under 1970-talet, därefter har det varit högre för kvinnor (Figur 1.4). Av den kraftiga minskningen av sjukskalet på 7,3 dagar från 1991 till 1992 beräknas 4,3 dagar förklaras av att uppgift om de första 14 dagarna inte ingår i statistiken från 1992 [44].

⁴ Se Ordlista, Bilaga 3



Figur 1.4 Sjuktal kvinnor och män 1970–2002.

Samtidigt var utvecklingen på arbetsmarknaden kärv, bl a med den högsta arbetslösheten sedan 1930-talet. År 1991 motsvarade arbetslösheten den för svenska förhållanden relativt normala 2,7 procent. Ett år senare var den mer än tredubblad, dvs 8,2 procent. Enligt RFV:s beräkningar minskade sjuktalet med cirka 1,4 dagar för varje procents ökning av arbetslösheten [44]. I början av 1990-talet påskyndades handläggningen av förordspensioneringsärenden vilket också bidrog till nedgång i sjuktalet.

Reglerna för ersättning vid sjukfrånvaro genomgick stora förändringar under 1990-talet med i genomsnitt en regelförändring per år under perioden 1991–1998 (Tabell 1.1) bl a infördes en karensdag år 1993.

Sjukfall som varat >30 dagar svarar för de stora förändringarna av sjuktalet sedan början av 1980-talet (Tabell 1.2). Antalet sjukfall (>30 dagar) var 1981 ungefär lika stort för kvinnor och män (cirka 45 000), därefter fördubblades antalet för kvinnor fram till 1987, och låg sedan konstant högt fram till 1991. Även sjukfallen (>30 dagar) för sjukskrivna män ökade, men i mindre grad. Under perioden 1992–1995 minskade antalet sjukfall för kvinnor med i genomsnitt 25 procent, och för män med 34

procent, därefter ökade de åter. De största ökningarna av sjukfall gäller för kvinnor över 50 år respektive för män över 55 år. Av de långtidssjukskrivna var 8 procent av männen arbetslösa 1990 jämfört med 20 procent 1999, för kvinnor ökade andelen arbetslösa av de långtidssjukskrivna från 4 till 15 procent.

Reglerna för förtidspensionering har också ändrats under 1990-talet. Utöver medicinska skäl som grund för förtidspensionering godkändes, för personer över 60 års ålder, även arbetsmarknadsskäl under perioden 1972 till 1991. Från 1991 godkändes endast sådana i kombination med medicinska skäl och från november 1997 gäller i princip endast medicinska orsaker som giltiga skäl till förtidspensionering.

Diagnoser vid sjukfrånvaro och förtidspensionering

De tre stora diagnosgrupperna bakom såväl långtidssjukskrivning (>90 dagar) som förtidspensionering har under flera decennier varit rörelseorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar samt cirkulationsorganens sjukdomar. Därefter kommer gruppen skador och förgiftningar. För korta sjukfall är även övre luftvägsinfektioner en stor grupp. Rörelseorganens sjukdomar är den klart dominerande gruppen även om andelen med psykiatriska diagnoser ökat något de senare åren.

Om man ser till långtidssjukskrivna män var andelen för rörelseorganens sjukdomar 38 procent 1990 och 35 procent 1999 (Tabell 1.3). För kvinnor var motsvarande andel 41 respektive 39 procent. Psykiska sjukdomar har ökat bland de långtidssjukskrivna under perioden 1990 till 1999, från 16 till 17 procent för män och från 13 till 18 procent för kvinnor. Cirkulationsorganens sjukdomar som orsak till långtidssjukskrivning var relativt konstant över dessa år.

Med det samband som föreligger mellan långtidssjukskrivning och förtidspensionering är det inte förvånande att det är samma sjukdomsgrupper som dominerar inom förtidspensioneringar. För kvinnor var andelen nybeviljade förtidspensioneringar för rörelseorganens sjukdomar 38 procent under perioden 1979–1985 jämfört med 47 procent under perioden 1995–1998, dvs en rätt påtaglig ökning (Tabell 1.4). Under perioden 1986–1994 var andelen för rörelseorganens sjukdomar vid kvinnors förtidspensioneringar som högst cirka 55 procent. Psykiska

sjukdomar som medicinsk orsak till nybeviljad förtidspensionering har ökat något för kvinnor, från cirka 17 procent för perioden 1979–1985 till 20 procent för perioden 1995–1998. Cirkulationsorganens sjukdomar som orsak till nybeviljad förtidspensionering har över tiden alltid varit relativt begränsad. Dessa tre sjukdomsgrupper svarade för cirka 74 procent av alla diagnoser vid kvinnors nybeviljade förtidspensioneringar.

För män var de tre sjukdomsgrupperna rörelseorganens sjukdomar, psykiska störningar och cirkulationsorganens sjukdomar nästan lika dominerande som för kvinnor och motsvarade cirka 72 procent av alla diagnoser vid nybeviljade förtidspensioneringar i slutet av 1990-talet (Tabell 1.4). Andelen nybeviljade förtidspensioneringar pga psykiska diagnoser har varit relativt lika för kvinnor och män. Däremot har män jämfört med kvinnor en högre andel nybeviljade förtidspensioneringar för cirkulationsorganens sjukdomar, även om denna minskat över tiden från 20 procent för perioden 1979–1985, till 15 procent för perioden 1995–1998. Rörelseorganens sjukdomar som orsak till nybeviljad förtidspensionering utgör för män en mindre andel än för kvinnor.

Jämförelser av regelsystem – Sverige och några länder i Västeuropa

Ersättning vid sjukfrånvaro

Det svenska regelsystemet har översiktligt jämförts med förhållandena i Skandinavien samt England, Tyskland, Nederländerna och Frankrike (Tabell 1.5) [8,15,36]. Det finns skillnader mellan de jämförda västeuropeiska länderna när det gäller hur lätt eller hur svårt det är att få ersättning vid sjukfrånvaro, från inga kvalifikationer (Finland) till en viss definierad minimiperiod av arbete och/eller betalda avgifter.

När det gäller krav på sjukintyg är variationen stor mellan länderna. I Finland krävs läkarintyg från första sjukdagen. Sverige och England intar en mellanställning med möjlighet till självintygande för upp till sju dagar.

Danmark, Nederländerna, Tyskland, Norge och Finland har inga karensdagar innan bidraget betalas ut, medan de övriga länderna har en till tre karensdagar. Varaktigheten för sjukförsäkringen är i fem av de

inkluderade länderna ett år, i England drygt ett halvår (28 veckor) och i Tyskland ett och ett halvt år (78 veckor). Endast i Sverige saknas en bortre gräns för hur långt ett sjukfall kan bli.

Ersättningen vid sjukfrånvaro är reglerad till ett fastställt belopp per dag i England, medan övriga här inkluderade länder har procentuella andelar av ordinarie lön. För samtliga länder finns en högsta nivå, ett tak, för total ersättning som betalas ut. Den utbetalda ersättningen för sjukfrånvaro beskattas i alla länderna utom Tyskland.

Förtidspensionering

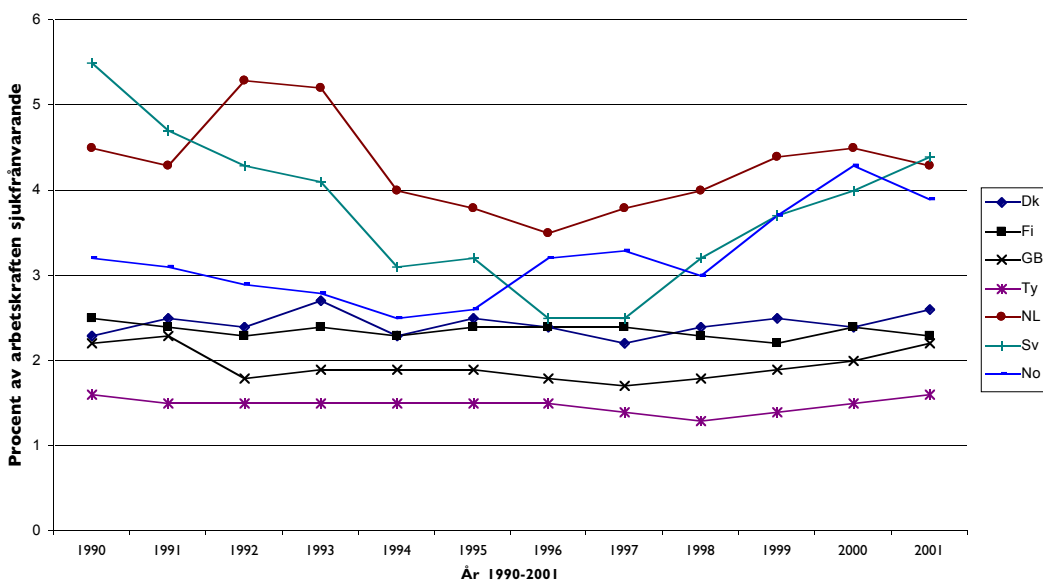
Det finns betydande skillnader mellan regelsystemen i de jämförda länderna i fråga om vad som ska anses vara ett minimikrav på förlorad arbetsförmåga för beviljande av förtidspensionering (Tabell 1.6). De svenska och nederländska systemen nöjer sig med en nedsättning på 25 respektive 15 procent för att betrakta arbetsförmåga som partiell, jämfört med övriga länders genomsnittliga krav på 50–67-procentig nedsättning av arbetsförmågan. I England tillämpas ett särskilt test för att bedöma resterande arbetsförmåga, det så kallade All Work Test.

I några länder krävs att man varit ansluten till försäkringen en viss tid för att vara berättigad förtidspension, (England, Nederländerna, Frankrike och Finland) medan det i Sverige och några andra länder räcker att villkoren för rätt till förtidspensionering är uppfyllda.

Ersättningsnivåerna vid förtidspensionering varierar mellan de studerade länderna. I England har man enhetliga pensionsbelopp medan de övriga länderna har inkomstrelaterade ersättningar. Förtidspensioneringarnas varaktighet gäller i alla länder till den officiella ålderspensioneringen (men i Sverige fr o m 1 juli 2003 endast för tre år varefter omprövning sker). Ålderspensioneringen infaller vid olika åldrar, t ex 60 år i Frankrike och 67 år i Danmark. I Finland, Nederländerna och Storbritannien är sjukbidrag och ersättning vid permanent arbetsförmåga sammankopplade, så när sjukförmånerna är uttömda träder ersättningen för funktionsnedsättning in mer eller mindre automatiskt. I de andra länderna är förtidspensionerna åtminstone i princip separerade från ersättningen vid sjukfrånvaro.

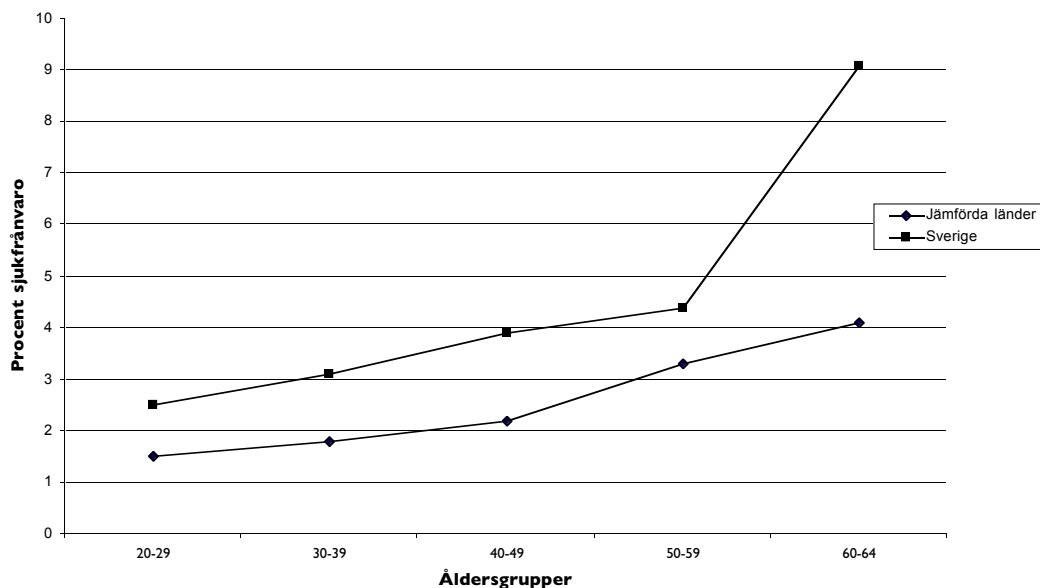
Jämförelser av sjukfrånvaro i några länder i Västeuropa

Den genomsnittliga sjukfrånvaron, uttryckt i procent av arbetskraften i åldern 20–64 år enligt så kallade arbetskraftsundersökningar (baserade på intervjuer och inte på statistik från försäkringskassor), under perioden 1990 till 2001, visade för Danmark, Finland, England och Tyskland en relativt jämn utveckling, mellan 1,5 till 2,5 procent frånvaro [36]. Tre av länderna i jämförelsen (Figur 1.5) visade större förändringar. I Norge ökade sjukfrånvaron från cirka 2,5 procent i mitten av 1990-talet till nära 4 procent av arbetskraften år 2001. Nederländerna och Sverige visade på de största förändringarna under perioden, för Sveriges del från 5,5 procent år 1990 ner till 2,5 procent 1996, för att därefter åter stiga kraftigt till 4,5 procent år 2001. Nederländerna hade ungefär samma höga nivåer för sjukfrånvaron som Sverige, men minskningen under mitten av 1990-talet var mindre uttalad i Nederländerna än i Sverige.



Figur 1.5 Sjukfrånvaro enligt Arbetskraftsundersökningar 1990–2001.

Sjukfrånvaron för olika åldersgrupper ligger generellt högre för Sverige än för genomsnittet av de åtta länderna, detta gäller i synnerhet för den äldsta åldersgruppen (Figur 1.6). Här torde det finnas ett starkt samband med att Sverige, liksom Norge, har en närmast dubbelt så hög förvärvsfrekvens bland personer över 60 år, i förhållande till de övriga sex länderna.



Figur 1.6 Sjukfrånvaro för olika åldersgrupper enligt Arbetskraftsundersökningar (AKU), genomsnitt 1983–2001, Sverige och jämförda länder (Danmark, Finland, England, Tyskland, Norge, Nederländerna).

Vid arbetskraftsundersökningar (i Sverige utförda av SCB) intervjuas varje månad ett större antal personer (cirka 18 000 i Sverige per år) om dels reguljär arbetstid, dels den faktiska arbetstiden under den aktuella veckan. Om faktisk arbetad tid understiger reguljär arbetad tid ställs följdfrågor om orsakerna, varav sjukdom är en orsak. Av ställda frågor kan inga slutsatser dras om sjukdomen pågått en eller flera veckor. Arbetskraftsundersökningarna ger därmed ingen fullständig bild av sjukfrånvaron⁵. Efter införandet av arbetsgivarinträdet 1992 har emellertid

⁵ Se Kapitel 4 ang metodologiska aspekter

inte heller Riksförsäkringsverket någon fullständig statistik över sjukfrånvaron då de första två veckornas sjukfrånvaro saknas i officiella register.

Kostnader för sjukfrånvaro och förtidspension

Transfereringar

Den svenska allmänna Försäkringskassan fungerar inte som ett traditionellt försäkringssystem. Det föreligger ingen renodlad försäkringsmässig beräkning som beaktar risker för sjukdom och dödsfall och som ligger till grund för premieavsättningar för att balansera en förväntad risk över tiden för olika utfall, t ex sjukskrivning eller förtidspensionering till följd av sjukdom eller skada. Istället debiteras försäkringspremier på arbetsgivare i form av schablonpåslag på lönekostnaden (huvudregel för anställda) för att täcka en förväntad utbetalning, trots att ett tak har satts på sjukskrivningsersättningarnas storlek (maximalt 7,5 gånger prisbasbeloppet). Vidare görs ingen fondering av inbetalda avgifter för sjukförsäkringen. Under åren 1993–1998 uppgick avgifterna årligen till många miljarder högre belopp än utbetalningarna. Detta betyder att försäkringsperspektivet, vad avser statliga ersättningar vid sjukfrånvaro, i Sverige har ersatts med ett statsfinansiellt perspektiv, dvs statens transfereringar. De anställda som är anslutna till kollektivavtal har även en så kallad avtalsförsäkring som ger ytterligare 10 procent i ersättning vid viss sjukfrånvaro, utöver de 80 procenten från Försäkringskassan.

Enligt Riksförsäkringsverkets [43] uppgifter uppgick den totala sjukpenningkostnaden år 2001 för sjukfall som varat 15 dagar eller längre till 38,3 miljarder kronor. Av dessa tog rörelseorganens sjukdomar i anspråk 14,2 miljarder kronor (37 procent), psykiska sjukdomar 8,3 miljarder kronor (22 procent) och cirkulationsorganens sjukdomar 2,3 miljarder kronor (6 procent). Kostnaden per sjukpenningfall var emellertid högst för tumörsjukdomar med 60 300 kronor, följt av utbrändhet med 57 200 kronor per sjukfall [45]. För rörelseorganens sjukdomar var motsvarande genomsnittliga kostnad 37 800 kronor. Den högre utbetalda ersättningen för utbrändhet betingades dels av fler sjukpenningdagar, dels av högre ersättningsnivåer per dag, dvs till personer med högre inkomst än vad genomsnittsinkomsten var för sjukskrivna med rörelseorganens sjukdomar.

Socialförsäkringens utbetalningar för förtidspensioneringar och sjukbidrag uppgick år 2001 till cirka 50,2 miljarder kronor [43]. Sammanfattningsvis genererade sjukskrivningar (38,3) och förtidspensioneringar (50,2) utbetalningar av nära 89 miljarder kronor år 2001. Till detta bör läggas utbetalningar från enskilda och kollektiva försäkringar.

Sjukfrånvaro från samhällsekonomiskt perspektiv

Det samhällsekonomiska perspektivet på sjukfrånvaro tar sin utgångspunkt i det nationalekonomiska kostnadsbegreppet alternativkostnaden, vilket innebär att man beräknar värdet av de tjänster och de varor som ett samhälle går miste om till följd av en viss sjukdom [11]. Sjukfrånvaro respektive förtidspensionering antas beskriva värdet av den konsumtion av varor och tjänster som samhället går miste om. Denna deskriptiva bestämning av samhällets kostnader görs vanligtvis från två olika ansatser. Den första ansatsen avser individens betalningsvilja för att minska risken för att insjukna eller avlida i en viss sjukdom, "Willingness To Pay" eller förkortat WTP [35]. Den andra ansatsen, tillika den vanligaste, benämns humankapitalmetoden och avser förlusten av individens produktionsinsats till följd av sjukdom, varvid en begränsning görs till personer i arbetsför ålder. Barns och gamlas bidrag till samhällsökonomi räknas därmed inte med. De flesta beräkningar har baserats på humankapitalmetodens principer, mest beroende på att den är relativt enkel att tillämpa.

Under senare år har det ifrågasatts om alla dagar av sjukfrånvaro ska räknas som en produktionsförlust, eller om endast den period ska inkluderas som erfordras för att återskapa ett företags eller en organisations initiala produktionsförmåga. Denna period kallas av sina upphovsmän för "friction period" [27]. Efter denna friktionsperiod beräknas den sjukskrivne ha ersatts av någon annan anställd, dvs produktionsinsatsen har återställts. Enligt studier från Nederländerna motsvarade kostnaden för sjukfrånvaro, beräknad enligt friktionskostnadsmetoden, till drygt 50 procent av motsvarande skattning enligt traditionell humankapitalmetod [37]. Friktionsperioden ansågs uppgå till högst cirka fyra månader dvs efter denna period förelåg ingen produktionsförlust.

Jacobsons [22] beräkningar av samhällskostnader för sjukfrånvaro och förtidspensionering baserades på det (hittills) senaste året med fullständig

statistik över sjukfrånvaro, dvs år 1991. Arbetsgivarnas övertagande av utbetalningar av sjukersättning för de första 14 dagarna från år 1992 medförde bortfall av statistiska data. Diagnoserna i rapporten hämtades från RFV:s ”Den ersatta sjukfrånvarons diagnoser 1983” respektive motsvarande för 1990. Viss osäkerhet i beräkningarna föranleds av att intygsdiagnoserna delvis var de sjukskrivnas egenrapporterade. Enligt Jacobson kunde den sammanlagda samhällskostnaden för sjukfall år 1980 skattas till 60,1 miljarder kronor och 1991 till 72,8 miljarder kronor, allt beräknat i 1991 års prisnivå enligt humankapitalmetoden (Tabell 1.7). Omräknat med konsumentprisindex till prisnivån för år 2002 motsvarade sjukfrånvaron 1991 cirka 90 miljarder kronor.

För förtidspensioneringar (Tabell 1.8) beräknades den samhällsekonomiska kostnaden till 47,9 miljarder kronor 1980 och 63,2 miljarder kronor 1991 eller motsvarande uppräknat till prisnivån för år 2002 till 78 miljarder kronor. De dominerande diagnoserna för förtidspensionering avsåg rörelseorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar samt cirkulationsorganens sjukdomar. Med reservation för att diagnosställningen var något osäker minskade framför allt samhällets kostnader för förtidspensioneringar vid cirkulationsorganens sjukdomar mellan 1980 och 1991, medan de ökade för rörelseorganens och psykiska sjukdomar. Enligt Jacobson förorsakade andningsorganens sjukdomar den näst största samhällskostnaden för sjukskrivning år 1991. Det var här främst frågan om korttidsfrånvaro t ex pga förkylningar.

Sammanfattning om sjukfrånvaro, regelverk och kostnader

- Regelverket för ersättning vid sjukfrånvaro skiljer Sverige från övriga jämförda länder främst i form av avsaknad av formellt bestämd maximal tid för sjukfrånvaro.
- Sverige har en väsentligt högre andel av personer över 60 år i arbete jämfört med övriga länder, Norge undantaget. Även den genomsnittliga sjukfrånvaron för personer över 60 år är väsentligt högre i Sverige än i jämförda länder.
- I Sverige var det stora fluktuationer i sjukfrånvaro under 1990-talet. Parallellt med minskad sjukfrånvaro under 1990-talets början ökade

arbetslösheten kraftigt, och ersättningssystemen ändrades i negativ riktning för den försäkrade (karensdagar infördes, lägre ersättning utbetalades). Sjukfrånvaron ökade åter under senare delen av 1990-talet, samtidigt som arbetslösheten minskade och ersättningssystemen ändrades i positiv riktning (höjda ersättningsnivåer).

- De tre stora sjukdomsgrupperna vid såväl långtidssjukskrivning som förtidspensionering är rörelseorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar. Långtidssjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar är något högre för kvinnor än för män, medan det för cirkulationsorganens sjukdomar är ett omvänt förhållande. Sjukskrivning för psykiska sjukdomstillstånd har ökat sedan slutet av 1990-talet, mer för kvinnor än för män.
- Samhällets kostnad för sjukfrånvaro totalt, beräknad som produktionsförlust (cost of illness), för senast kända år med fullständig statistik över sjukfrånvaro i Sverige dvs 1991, kan skattas till cirka 170 miljarder kronor (med uppräknings till 2002 års prisnivå). Den statsfinansiella utbetalningen (från RFV) för år 2002 för sjukpenning och förtidspensioneringar uppgick till cirka 98,3 miljarder kronor.

Tabell 1.1 Förändringar av ersättningsregler vid sjukfrånvaro 1991 till 2003, procentuell ersättning. (Källa RFV.)

Sjukdag	1987– feb 1991	Mars–dec 1991	Jan 1992– mars 1993	Apr–jun 1993	Juli 1993– dec 1995
1	90+10*	65+10	75	0	0
2–3	90+10	65+10	75	75	75
4–14	90+10	80+10	90	90	90
15–28	90+10	80+10	80+10	80+10	80+10
29–90	90+10	90+10	80+10	80+10	80+10
91–365	90+10	90+10	90	80	80
366–	90+10	90+10	90	80	70

* De 10% är ytterligare ersättning för kollektivanslutna via avtalsförsäkringar.

	Jan-dec 1996	Jan-dec 1997	Jan-mars 1998	Apr 1998	Juli 2003
	0	0	0	0	0
	75	75	80	80	80
	75	75	80	80	80
	75+10	75	80	80+10	80+10 (dag 15–21) 76,6+10 (dag 22–28)
	75+10	75+10	80+10	80+10	76,6+10
	75	75	80+10	80+10	76,6+10
	75	75	80+10	80+10	76,6+10

Tabell 1.2 Sjukfrånvaro >30 dagar. Antal kvinnor och män, i tusental, 1981–2002. (Källa RFV.)

År	Kvinnor	Män
1981	45	46
1983	60	55
1985	75	66
1987	90	75
1989	100	75
1991	90	72
1993	81	67
1995	75	55
1997	71	48
1999	109	68
2000	136	81
2001	157	92
2002	167	97

Tabell 1.3 Långtidssjukskrivningar och diagnosgrupper, sjukfall >60 dagar, procentuell fördelning (avrundat) för de tre vanligaste diagnosgrupperna. (Källa RFV.)

	1979–85	1990	1999	2001
Kvinnor				
Rörelseorganens sjuk	36	41	39	34
Psykiska sjuk	16	13	18	28
Cirkulationsorg sjuk	4	3	3	3
Övriga sjukdomar	44	43	40	35
Totalt	100	100	100	100
Män				
Rörelseorganens sjuk	30	38	35	37
Psykiska sjuk	19	16	17	20
Cirkulationsorg sjuk	12	8	9	8
Övriga sjukdomar	39	38	39	35
Totalt	100	100	100	100

Tabell 1.4 Nybeviljade förtidspensioner per år 1979–1998, procentuell fördelning för de tre största diagnosgrupperna. (Källa RFV.)

	1979–85	1986–91	1992–94	1995–98	1999–2002	2002 enbart
Kvinnor						
Rörelseorganens sjuk	38,0	51,7	55,3	47,7	44,6	3,1
Psykiska sjuk	16,5	14,3	16,6	19,9	24,5	27,1
Cirkulationsorg sjuk	9,0	6,0	5,8	6,0	4,9	4,4
Antal nybeviljade fall/år oavsett diagnos	21 450	26 621	29 125	20 312	29 905	37 196
Män						
Rörelseorganens sjuk	29,7	37,6	41,6	35,9	32,3	33,0
Psykiska sjuk	16,7	16,4	19,3	21,9	27,1	28,6
Cirkulationsorg sjuk	19,8	15,1	14,4	14,5	12,2	11,3
Antal nybeviljade fall/år oavsett diagnos	23 779	24 708	27 368	18 221	22 463	26 452

Tabell 1.5 Regler för ersättning vid sjukfrånvaro i några Västeuropeiska länder.

Nation	Berättigade	Läkarintyg krav	Karens-dagar
England	Anställda har lagstadgad sjukersättning. Övriga har ersättning vid arbetsoförmåga. Betalt avgifter i 2 år	Läkarintyg från dag 8	3 dagar
Tyskland	Anställda med lön, även arbetslösa. Ansluten till sjukkasse, inga krav på arbetad tid	Läkarintyg från dag 3	Ingen
Frankrike	Alla medborgare. Betalt avgift i 6 månader	Läkarintyg från dag 4	3 dagar
Nederländerna	Alla anställda yngre än 65 år. Ansluten till erkänd sjukkasse, ingen kvalificeringsperiod	Inget krav på läkarintyg, krav att handläggare på sjukkassan informeras	Ingen
Danmark	Anställda och egenföretagare samt arbetslösa. Arbetat 120 timmar under 13 veckor	Läkarintyg från dag 4	Ingen
Norge	Anställda och egenföretagare, äldre än 16 år. Arbetat minst 14 dagar	Läkarintyg från dag 4	Ingen
Finland	Alla bosatta 15–64 år, även arbetslösa	Läkarintyg från dag 1	Ingen
Sverige	Anställda och egenföretagare från 16 år. Arbetslösa berättigade lägsta inkomst 614 Euro per år	Läkarintyg från dag 8	1 dag

Ersättningsnivå	Varaktighet	Beskattning av ersättning
Lagstadgad sjukersättning 95 ECU per vecka (grundbelopp). Övrig ersättning 81 ECU per vecka. Maximerat högst 500 ECU per vecka	4 dagar till 28 veckor	I allmänhet fullt skattepliktig
70% av normalinkomsten men inte överstigande 90% av nettotinkomsten	78 veckor under en period av 3 år. Efter 1 år sammanhängande överförs till pensionering	Ej skattepliktig
50% av inkomsten men högst 185 ECU per vecka	Normalt 1 år, men vid långvarig sjukdom 3 år	80–90% av ersättningen beskattas
70% av inkomsten per dag, men högst 725 Euro per vecka	1 år	I allmänhet beskattas all ersättning
100% av normalinkomst per timme, men högst 21 100 Euro per år. Arbetslös får ersättning motsvarande föregående ersättningsnivå	52 veckor under 18 månader	Beskattas i sin helhet
100% av lönen, för egenföretagare och vikarier 65% av beräknad lön efter 14 karensdagar. Maximalt 37 500 Euro per år	52 veckor, därefter förtidspensionering eller rehabiliteringsbidrag	Beskattas i sin helhet
Ungefär 70% av inkomsten som huvudregel, maximalt 730 Euro per vecka	50 veckor under 2 år för samma sjukdom eller skada	Beskattas i sin helhet
80% av inkomsten (dag 2–21), 76,6% av inkomsten (dag 22–) fackligt anslutna + 10% per dag. Maximalt motsvarande cirka 28 000 Euro per år	Ingen formell bortre gräns	Beskattas i sin helhet

Tabell 1.6 Regler för förtidspensionering i några Västereuropeiska länder.

Nation	Villkor för berättigande	Kvalificeringsvillkor	Ersättningsnivåer	Varaktighet för förtidspensionering
England	"Ej kapabel utföra arbete" enligt All Work Test	Sjukskriven >52 veckor. Minst 14% förlust av arbetslön	Enhetsbelopp	Män till 65 år. Kvinnor till 60 år
Tyskland	Yrkesmässigt 50% av lönen, allmänt 100%	När villkoren har uppfyllts. Minst 20% förlust av arbetslön	Upp till 67% av lönen maximalt 73 000 Euro per år	Till ålderspensioneringen vid 65 år
Frankrike	Förlust av arbetsförmåga minst 2/3	Efter 3 års sjukersättning eller när villkoren har uppfyllts	Upp till 100% av lönen, maximalt 113 000 Euro per år	Till ålderspensioneringen vid 60 år
Nederländerna	Minst 15% förlust av arbetsförmåga	Efter 1 år med sjukersättning	Ungefär motsvarande ersättning vid sjukfrånvaro	Till ålderspensioneringen vid 65 år
Danmark	Minst 50% förlust av arbetsförmåga	När den permanenta förlusten av arbetsförmåga har konstaterats	Upp till 80% av lönen, maximalt 33 000 Euro	Till ålderspensioneringen vid 67 år
Norge	Minst 50% förlust av arbetsförmåga	När förlusten av arbetsförmåga har konstaterats	100% av basbelopp (2001 motsv 4 700 Euro), därefter reducering, per månad	Till ålderspensioneringen vid 65 år
Finland	Förtidspensionering – hel minst 60% förlust av arbetsförmåga. – deltid 40% förlust. Om ålder >58 år inget %-uellt krav	Efter 1 år med sjukersättning	Upp till 85% av lönen	Till ålderspensioneringen vid 65 år
Sverige	Minst 25% förlust av arbetsförmåga för deltid	När villkoren har uppfyllts	Upp till 100% av lönen, maximalt 31 000 Euro per år (7,5 basbelopp)	Till ålderspensioneringen vid 65 år

Tabell 1.7 Indirekta kostnader för sjukskrivningar (ej förtidspensioneringar) i Sverige, samtliga sjukdomar. Bearbetning baserad på beräkningar enligt humankapitalmetoden av Jacobson L, Lindgren B 1996. Beräknad kostnad per 1 000 inskrivna vid försäkringskassan 15–64 år, uppräknat till prisnivån för år 2002 med konsumentprisindex.

Korttidsfrånvaro – sjukskrivningar

Diagnosgrupp	Kostnad 1980/ 1 000 försäkrade	Kostnad 1991/ 1 000 försäkrade	Förändring 1980–1991 kronor/1 000 försäkrade	%
Infektionssjd	243 272	376 184	132 912	54,6
Tumörsjd	148 828	153 073	4 245	2,9
Endokrina sjd	123 282	102 449	–20 833	–16,9
Blodbild org sjd	22 619	19 857	–2 762	–12,2
Psykiska sjd	800 324	948 028	147 704	18,4
Nervsystemets sjd	243 158	396 851	153 693	63,2
Cirkulationsorg sjd	514 699	540 268	25 569	5,0
Andningsorg sjd	1 737 079	1 767 739	30 660	1,8
Matsmältn org sjd	482 657	406 318	–76 339	–15,8
Uro-genital sjd	255 633	203 431	–52 202	–20,4
Komplik graviditet	192 662	324 307	131 645	68,8
Hudens sjd	138 240	157 275	19 035	13,7
Rörelseorg sjd	2 335 458	3 943 379	1 607 921	68,8
Missbildningar	12 449	10 061	–2 388	–19,1
Symtom	633 068	643 413	10 345	1,6
Skador, övrigt	923 924	878 927	–44 997	–4,9

Tabell 1.8 Indirekta kostnader för förtidspensioneringar i Sverige, samtliga sjukdomar. Bearbetning baserad på beräkning av samhällskostnader enligt humankapitalmetoden av Jacobson L, Lindgren B 1996, uppräknade med konsumentprisindex till år 2002. Kostnad per 1 000 personer inskrivna vid Försäkringskassan 1980 respektive 1991.

Förtidspensioneringar				
Diagnosgrupp	Kostnad 1980/ 1 000 försäkrade	Kostnad 1991/ 1 000 försäkrade	Förändring 1980–1991 kronor/1 000 försäkrade	%
Infektioner	70 000	59 267	–10 733	–15,3
Tumörer	268 843	172 689	–96 154	–35,8
Endokrina sjuk	188 837	183 725	–5 112	–2,7
Blodbildande org sjuk	12 817	12 402	–415	–3,2
Psykiska sjuk	1 657 174	2 131 660	474 486	28,6
Nervsystemets sjuk	347 507	519 525	172 018	49,5
Cirkulationsorg sjuk	1 048 929	708 098	–340 831	–32,5
Andningsorg sjuk	250 276	228 527	–21 749	–8,7
Matsmältningsorg sjuk	121 509	128 748	7 239	6,0
Uro-genital sjuk	37 210	30 488	–6 722	–18,1
Hudens sjuk	79 676	95 741	16 065	20,1
Rörelseorg sjuk	2 526 334	4 285 873	1 759 539	69,6
Missbildningar	75 915	74 910	–11 005	–1,3
Symtom	58 652	75 024	16 372	27,9
Övrigt	316 274	326 940	10 666	3,4

Referenser

1. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
2. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Nord Med 1991;106.
3. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
4. Alexanderson K. Hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet. In: Å. Kilbom, K. Messing and C. Bildt Thorbjörnsson, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1999.
5. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen 2001;98:1262-63.
6. Alexanderson K, Östlin P. Kvinnors och mäns arbete och hälsa. In: S. Marklund, editor. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetarskyddsstyrelsen; 2000.
7. Bloch FS, Prins R. Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration. In: International Social Security Series. London: Transaction Publishers; 2001.
8. Brage S, Krohg M, Klockars M, Mikaelsson B, Permin H. Health and social insurance in Nordic countries. Tidsskr Nor Laegeforen 2002;15:1486-91.
9. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och Försäkringskassan – i ett historiskt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 2000;6:505-15.
10. Carne S. Sick Absence Certification. Analysis of one Group Practice in 1967. Br Med J 1969;147-49.
11. Drummond M, O'Brien, Stoddart G, Torrance G. Method for the economic evaluation of health care programmes. Oxford Medical Publications. 2nd Edition 1997.
12. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care 2000;18:81-86.
13. Falkum E, Larsen Ø. Sjukdomsuppfattningar i praxis. In: L. Nordenfelt, editor. Hälsa, sjukdom, dödsorsak. Malmö: 1986.
14. Folkesson H, Larsson B, Tegle S. Health care and social services in seven European countries. Socialstyrelsen, SOS Rapport 1993;6.
15. Försäkringskassaförbundet. Socialförsäkringen i Norden – En översikt. Hudiksvall: Försäkringskassaförbundet; 1996.
16. Garraway W. Sickness certification in a general practice. Practitioner 1973; 210:528-34.
17. Getz L, Westin S. Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:1435-40.
18. Gulbrandsen H, Nexmand Hauge B, Dietrichson G. Stonad ved sykdom. Lovgivningen. Tidsskr Nor Laegeforen 1975;95:664-70.
19. Handfield-Jones R. Who shall help the doctor? Lancet 1964;2:1173-74.

20. Henrekson M, Lantto K, Persson M. Bruk och missbruk av sjukförsäkringen. Stockholm: 1992.
21. Himmel W, Sandholzer H, Kochen M. Sickness certification in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995;1:161-66.
22. Jacobson L, Lindgren B. Vad kostar sjukdomarna? Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
23. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur, Folkhälsoinstitutet; 2000.
24. Johnson TM, Sargent C. *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger; 1990.
25. Järholm B, Olofsson C. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
26. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C. *Yrkesverksamma kvinnors hälsa*. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
27. Koopmanschap MA, van Ineveld BM. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc Sci Med* 1992;34:1005-10.
28. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med* 1991;32:15-27.
29. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995;12-17.
30. Larsson G. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. SOU 2000:78.
31. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkrings-systemet utveckling 1900–1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
32. Lunn JE, Rider JG, Waters WHR, Charnock RB. Certification of unfitness for work. *J R Coll Gen Pract* 1970;19: 215–22.
33. Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
34. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:124-30.
35. Mishan E. Evaluation of life and limb: a theoretical approach. *J Polit Econ* 1971.
36. Nyman K, Bergendorff S, Palmer E. Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder. Stockholm: ESO Finansdepartementet Ds 2002:49.
37. Oostenbrink J, Koopmanschap MA, Rutten FF. *Handbook for cost studies, methods and guidelines for economic evaluation in health care*. Dutch Health Care Insurance Office 2000.
38. Parsons T. *The Social System*. New York: Tavistock Publications Ltd.; 1952.
39. Perman E. *Försäkringsmedicin – prognosmedicin*. *Läkartidningen* 1996;93: 56-58.

40. Perman E. Håll isär individuell och allmän försäkring. *Läkartidningen* 1996;93:2082-83.
41. Riksförsäkringsverket, RFV. Socialförsäkringsstatistik. Fakta 2002.
42. Riksförsäkringsverket, RFV. Försäkringsmedicin, tredje upplagan; 1994.
43. Riksförsäkringsverket, RFV. Vad kostar olika sjukdomar? Sjukpenningkostnader fördelade efter sjukskrivningsdiagnos. RFV redovisar 2002:2.
44. Riksförsäkringsverket, RFV. Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna. RFV Analyserar 2000:2.
45. Riksförsäkringsverket, RFV. Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet. Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade individerna? RFV Analyserar 2002:4.
46. Rutle O, Forsén L. Almenpraksis-systema med variasjonar. Oslo: National Institute of Public Health, Department of Health Services Research.; 1984. Report No.: Nr 8.
47. Rydh J. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande från Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2000:121.
48. Rydh J, Lundgren R, Målsäter B, Härmä S. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2002:5.
49. Sachs L. Medicinsk antropologi. Stockholm: 1987.
50. Sachs L, Krantz I. Anthropology of Medicine and Society. Stockholm: 1991.
51. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskapsammansättning, rapport nr 145. Stockholm SBU 2000.
52. Statens offentliga utredningar, SOU. Socialförsäkringsregister. Slutbetänkande av utredningen om socialförsäkringsregisterlag: Socialdepartementet. SOU 1993:11.
53. Statens offentliga utredningar, SOU. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2000:5.
54. Statens offentliga utredningar, SOU. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2000:121.
55. Statens offentliga utredningar, SOU. Kunskapsläge sjukförsäkringen. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2002:062.
56. Statens offentliga utredningar, SOU. Att samla och sprida kunskap om skadlig inverkan och framgångsrik rehabilitering: Socialdepartementet. SOU 2003:1.
57. Söderberg E, Alexanderson K. Litteraturgenomgång – av publicerade studier om gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Linköping: Försäkringsmedicinskt Centrum, Linköpings universitet; 2001:1.
58. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexanderson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring – en studie av

läkarintygs kvalitet. Linköping:
Försäkringskassan Östergötland; 2003.

59. Tellnes G, Bruusgaard D.
Trygdemedisinsk forskning mot år 2000.
Jubileumbok basert på foredrag ved 5-års-
jubileet til Seksjon for trygdemedisin, Univ.
i Oslo 18. juni 1996. Oslo: Universitetet i
Oslo, Seksjon for trygdemedisin; 1996.

60. Twaddle A, Nordenfeldt L.
Disease, illness and sickness: Three central

concepts in the theory of health.
Linköping: Linköping University; 1994.

61. Weingarten MA, Hart J. Sick
leave certification in general practice.
Aust Fam Physician 1984;13:
702-11.

62. Wolinsky FD, Wolinsky SR. Expecting
Sick-Role Legitimation and Getting.
J Health Soc Behav 1981;22:
229-42.

2. Metoder för litteratursökning och granskning

Strategi för litteraturgranskning

För denna rapport har publicerade vetenskapliga studier om sjukfrånvaro, förtidspension och sjukskrivningspraxis sökts, granskats och sammanställts. Tillvägagångssättet för rapporten har flera likheter med de kriterier som anges för systematisk litteraturgranskning och som inom sjukvårdsområdet ofta förknippas med Cochrane Collaboration [2]. Det speciella området för litteraturgranskning – sjukfrånvaro – har emellertid ställt krav på specifika kriterier för granskning (se nedan).

Val av områden

Med termen sjukfrånvaro avses här både tidsbegränsad och mer långvarig sådan, såsom sjukbidrag och förtidspension (numera kallade aktivitetsersättning och sjukersättning).

På en övergripande nivå kan studier om sjukskrivning kategoriseras efter *vad* som studeras i tre större grupper, nämligen riskfaktorer för sjukfrånvaro, konsekvenser av sjukfrånvaro respektive läkares sjukskrivningspraxis (Tabell 1 i SBU:s sammanfattning och slutsatser). I den första gruppen används sjukfrånvaro eller förtidspension som ett utfallsmått. I den andra gruppen används däremot sjukfrånvaro eller förtidspension, eller snarare att vara sjukskriven eller förtidspensionerad, som en exponering (ibland finns det även där med som utfall, t ex i termer av risk för förtidspension efter viss tids sjukskrivning). Studierna om sjukskrivningspraxis fokuserar på hur läkare skriver sjukintyg och på vad som påverkar läkares beslut, val och interaktion med patienten och andra aktörer kring sjukskrivning.

Antalet studier i den första gruppen, dvs orsaker till sjukskrivning, är utan jämförelse flest, i den andra finns endast ett fåtal. Detta faktum har legat till grund för utformningen av litteraturgenomgången och uppläggnings av denna rapport (Tabell 2.1). I fyra kapitel behandlas orsaker till sjukfrånvaro. Ett av dessa behandlar orsaker till sjukskrivning

oberoende av sjukdomsdiagnos eftersom en mycket stor del av sjukfrånvaroforskningen inte är diagnosspecifik, dvs sjukfrånvaro studeras generellt, oberoende av diagnos. De övriga tre kapitlen ägnas åt var och en av de tre största diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro, nämligen rörelseorganens diagnoser, psykiska problem, och hjärt-kärlsjukdomar. De två vanligaste diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro är rörelseorganens och de psykiatriska. De står för cirka 70 procent av all sjukfrånvaro och är även de två största diagnoserna bakom förtidspensionering [4]. Också mätt med andra sjukdomsmått är muskuloskeletala och psykiatriska besvär två av våra största folkhälsoproblem, speciellt i yrkesverksamma åldrar [6]. Sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser har ökat i Sverige, liksom i övriga västvärlden de senare åren. Den tredje största diagnosgruppen bakom förtidspension är cirkulationsorganens sjukdomar.

Tabell 2.1 De sju områden inom vilka studier granskats.

Områden		
Risikfaktorer för sjukskrivning/förtidspension	Konsekvenser	Läkares sjukskrivningspraxis
Rörelseorganens diagnoser	Av sjukskrivning/förtidspension	
Psykiatriska diagnoser	Av sjuknärvaro	
Hjärt-kärldiagnoser		
Generellt		

I ett kapitel behandlas studier om konsekvenser av sjukskrivning och de studier som finns om ”sjuknärvaro”, eftersom det ofta är alternativet när patienten och läkaren har att ta ställning till en eventuell sjukskrivning. Slutligen redovisas genomgången av studier om läkares sjukskrivningspraxis i ett kapitel.

Kriterier för inklusion och exklusion

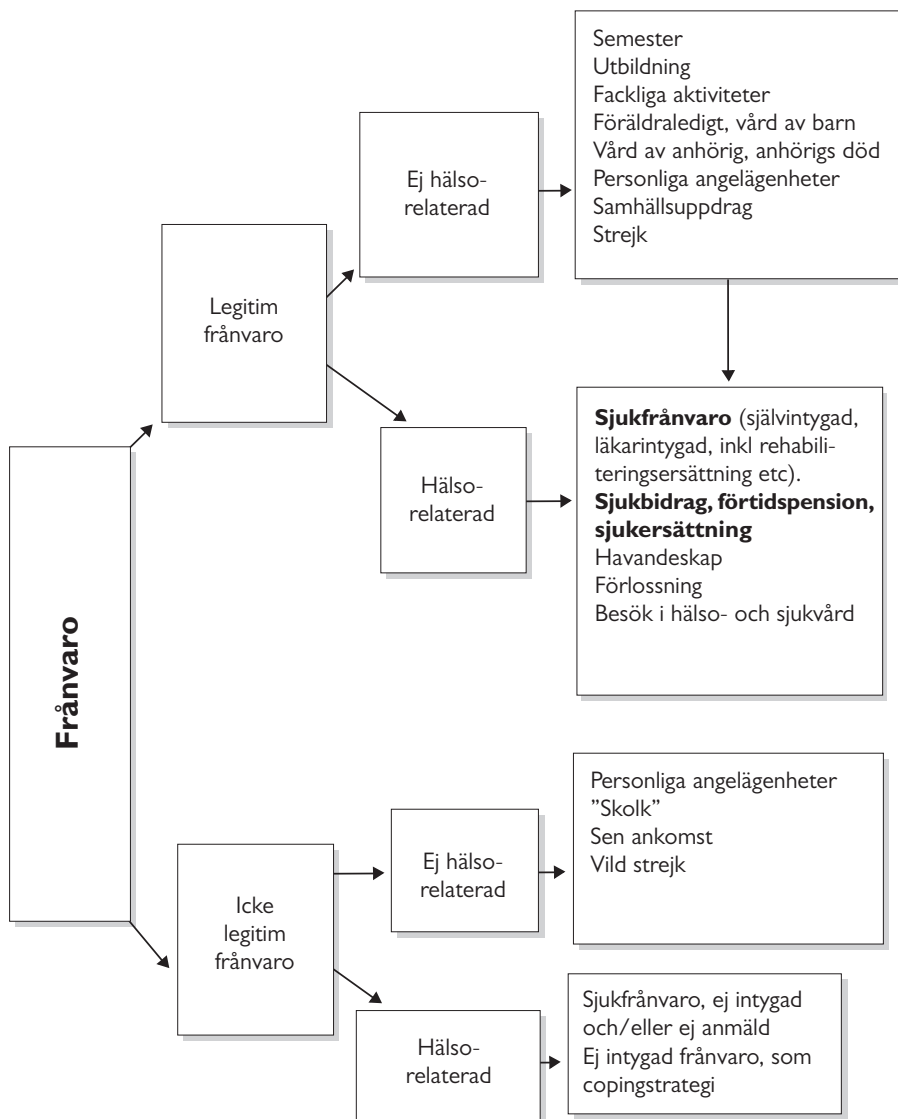
I den här granskningen inkluderades vetenskapliga studier om sjukfrånvaro inom något av de ovan nämnda områdena (Tabell 2.1). Ett krav var att studierna skulle vara publicerade i vetenskapliga referee-bedömda tidskrifter på engelska, danska, norska eller svenska. För området sjukskrivningspraxis inkluderades även doktorsavhandlingar och för området

konsekvenser av sjukfrånvaro doktorsavhandlingar, böcker och rapporter. Skälet till det senare var att det fanns mycket lite forskning inom de här områdena och vi var angelägna om att finkamma kunskapsfältet.

I många SBU-rapporter inkluderas endast randomiserade kontrollerade studier (förkortat RCT efter engelska Randomized Controlled Trials) i granskningen. Inom sjukskrivningsområdet finns få sådana, framför allt pga att forskningsområdet är relativt outvecklat, både teoretiskt, begreppsmässigt och metodologiskt [1,3,5]. En annan orsak kan vara att möjligheten att göra vissa typer av RCT är begränsad, pga att sjukpenningförsäkringen, liksom flera andra sjukförsäkringar, baseras på en rättighetslagstiftning vilket, juridiskt och etiskt kan medföra svårigheter med att genomföra sådana studier.

I många studier har det inte framgått vilken typ av frånvaro (absence) som avsetts, dvs om annan frånvaro än sjukfrånvaro också inkluderats, t ex skolk, vård av barn, föräldraledighet, sen ankomst, etc, se Figur 2.1. Endast studier av den typ av frånvaro som i högra spalten står med fet stil har inkluderats, dvs endast studier om sjukfrånvaro respektive om sjukbidrag/förtidspension. Studier där det varit oklart vad som ingått eller studier där det ej klart gått att skilja data om sjukfrånvaro från annan frånvaro har exkluderats. I flera av studierna om sjukfrånvaro pga stroke eller hjärtinfarkt används sällan ”sjukfrånvaro” som term utan istället ”return to work” efter insjuknandet. ”Return to work”, dvs återgång i arbete, innebär i dessa studier att de inkluderade var i arbete före sjukskrivningen. Inom vart och ett av de tre diagnosområdena har avgränsningar gjorts, på så sätt att vissa diagnoser exkluderats.

Denna begränsning innebär att studier om sjukfrånvaro med andra diagnoser inte behandlas i denna rapport. De flesta studier om sjukfrånvaro som vi identifierat finns dock inom dessa tre områden. Vi har hittat en handfull studier om sjukfrånvaro med cancerdiagnoser, cirka dubbelt så många om sjukfrånvaro med migrän, några om astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, ljumskbräck, gallbesvär. Sjukfrånvaro i samband med graviditet är ett område där det finns flera studier, men detta har inte heller fokuserats i denna rapport.



Figur 2.1 Olika typer av frånvaro från arbete.

Studierna om sjukskrivningspraxis saknar ofta data om sjukskrivningsdiagnoser, varför samtliga relevanta studier inkluderats. Även när det gäller studier om konsekvenser av sjukfrånvaro och sjuknärvaro har samtliga identifierade studier inkluderats, oberoende av diagnos.

Sökstrategier

Sjukskrivning är ett mycket omfattande område, och studeras inom olika vetenskapliga discipliner, där tradition och form för publicering varierar starkt. Därför har publikationer sökts mycket brett i projektet.

Relevant litteratur har sökts på följande fyra sätt:

1. Sökningar i litteraturdatabaser.
2. Genomgång av referenslistor i funnen litteratur.
3. Egna referenslistor.
4. Genom kontakter med personer som är insatta i området.

Sökningar har gjorts i följande litteraturdatabaser: Medline, PsycINFO, och SSCI. Vi har inte inkluderat studier som publicerats efter den 31 oktober 2002.

Följande *sökord* användes: "Sickness absence, sick leave, absenteeism, employee benefits, disability pension, disability evaluation, sickness presence, return to work, work resumption, pension, retirement, sickness certification".

Vi har beställt studier mycket brett. Ett stort antal studier har inte befunnits vara relevanta då det inte gått att skilja på data om sjukfrånvaro och data om annan frånvaro, såsom för sen ankomst, skolk etc. Även om många personer går i ålderspension tidigt pga hälsoskäl har studier om detta ej inkluderats, då fokus har varit på dem som beviljats olika typer av "sjukpension", alltså förtidspension pga av sjukdom eller skada som satt ner arbetsförmågan. På motsvarande sätt har inte heller studier om frånvaro pga graviditet, föräldraskap eller vård av sjuk anhörig inkluderats.

Under våren 2001 gjordes sökningar i de tre databaserna. Cirka 1 500 träffar erhöles i Medline, 1 015 i PsycINFO och 500 i SSCI. Dessa delades sedan upp på olika diagnosområden, genom att sökord relevanta för dessa användes. För psykiatriska studier användes då följande ord: "mental disorders, alcohol-related disorders, stress, life change events, crisis, burnout, disability days". För hjärt-kärl användes "cardiovascular diseases", och för rörelseorganens diagnoser "musculoskeletal diseases". Vidare genomfördes kompletterande sökningar för ekonomiska aspekter med sökordet "costs".

Hösten 2002 gjordes en uppdatering av samtliga sökningar i litteratordatabaserna för att få med de senast publicerade studierna. Ett oväntat stort antal studier identifierades då, vilket kan tolkas som att forskningen inom området intensifierats.

Minst en person, vanligen båda två, i varje grupp gick igenom titlar och abstrakt som motsvarade deras område. Ordföranden i projektet gick vidare igenom samtliga identifierade titlar och abstrakt och beställde artiklar till de arbetsgrupper som kunde bedömas ha intresse av dem. Vid osäkerhet om huruvida en publikation var relevant eller ej har den beställts för att inte missa något.

Forskning om sjukfrånvaro är än så länge ett relativt oetablerat område vilket bl a visar sig i att databassökningar av litteratur inte har varit tillräckliga för att identifiera studier inom området. En betydande andel av de identifierade publikationerna har påträffats via referenslistor, inte via de använda litteratordatabaserna. Tydligast var detta när det gällde studier om förtidspension, där det inte fanns något sökbegrepp som täcker studier från samtliga länder. På engelska används ett varierat antal termer för fenomenet, såsom disability pension, early retirement on medical grounds, early retirement, medical pension, sickness pension. Därför sökte vi mycket brett, även på begreppet pension.

Vidare har ett flertal kontakter med forskare och forskarnätverk, nationellt och internationellt, tagits för att identifiera relevanta studier. Speciellt har vi lagt kraft på att hitta studier om sjukskrivningspraxis och om konsekvenser av sjukskrivning.

Eftersom de flesta i projektet har bedrivit egen forskning inom området, och därför hade samlat många egna referenser, användes även dessa för att identifiera relevanta studier.

En konsekvens av att många studier identifierats på andra sätt än via sökningar i litteratordatabaser är, att det kan finnas några viktiga studier som projektgruppen missat. Sammanlagt har cirka 2 500 publikationer beställts och bedömts.

Relevansbedömning av studier

Samtliga publikationer som har identifierats inom vart och ett av de sju områdena har relevansbedömts. Kriterier för låg, måttlig respektive hög relevans arbetades fram i gruppen. Endast studier med hög relevans inkluderades, utifrån följande kriterier:

- Studier om orsaker till sjukskrivning/förtidspension (totalt eller inom specifika diagnosområden).
- Studier om samband mellan sjukdom, hälsa och sjukfrånvaro/förtidspension.
- Studier om konsekvenser av sjukskrivning och förtidspension för den enskilde individen.
- Studier om sjuknärvaro och konsekvenser av detta för den enskilde individen.
- Studier om konsekvenser av sjukfrånvaro och sjuknärvaro för arbetsgivare.
- Studier om läkares och tandläkares sjukskrivningspraxis (inklusive interaktion med andra aktörer i sådana ärenden).

Minst två personer har relevansbedömt varje studie. Om dessa två, efter diskussion, hade olika åsikter har ytterligare minst en person relevansbedömt.

Ett stort antal av publikationerna som identifierades via litteraturlöslösningarna visade sig vara debattartiklar eller innehålla råd och anvisningar kring handläggning av sjukskrivningsfrågor och var alltså inte vetenskapliga studier.

Kvalitetsbedömning av studier

Samtliga studier som bedömts som relevanta har kvalitetsbedömts i förhållande till syftet med detta projekt. Projektgruppen har arbetat fram en mall för kvalitetsanalys av de studier som bedömts som relevanta inom respektive område, se Bilaga 4. Gruppen kom tidigt överens om att ha samma analysmall för alla delområden, för att lättare kunna ha en gemensam nivå vid kvalitetsbedömningen. Det innebär att ett

varierande antal parametrar i mallen inte är aktuella för varje enskild studie. Vid utarbetandet av mallen har denna i omgångar testats på flera studier. Samtliga i gruppen har då individuellt bedömt dessa studier och sedan gemensamt diskuterat mallens utformning och poängsättningen inom de olika kvalitetsaspekterna. Överensstämmelsen i kvalitetsbedömningarna har varit stor.

Följande aspekter av studierna har bedömts: design, bortfall, bias, analysmetod och precision. Eftersom studiedesign i så hög grad påverkar studiens kvalitet har värderingen av dess kvalitet satts till mellan noll och fem poäng. För övriga kvalitetsaspekter har poängsättningen varit från noll till tre poäng. Om en studie har fått noll poäng inom något av dessa fem områden har den ansetts ha för låg kvalitet för att kunna ligga till grund för evidensbaserad kunskap. En ”nyckel” för bedömning av kvalitet inom dessa fem områden har utarbetats och testats, se bilaga 3.

Vissa studier har varit relevanta för fler än en grupp, och då har kvalitetsbedömningen jämförts mellan grupperna. Studiernas kvalitet har endast bedömts i förhållande till syftet med denna rapport, alltså ej i relation till syftet i den enskilda studien.

Följande kvalitetsgränser har använts:

- Otillräcklig kvalitet: 0–6 poäng, eller att någon av variablerna design, bortfall, bias, analysmetod eller precision har fått 0 poäng
- Begränsad kvalitet: 7–12 poäng
- Måttlig kvalitet: 13–15 poäng
- Hög kvalitet: 16–17 poäng.

I några av tvärsnittsstudierna har kvalitativa dataanalysmetoder använts, varvid bedömningskriterierna bias och precision ej är relevanta, varför en annan poängskala har använts för bedömning av vetenskaplig kvalitet:

- Otillräcklig kvalitet: 0–4 poäng, eller att någon av variablerna design, bortfall, eller analysmetod har 0 poäng
- Begränsad kvalitet: 5–6 poäng
- Måttlig kvalitet: 7–9 poäng
- Hög kvalitet: 10–11 poäng.

Några av de identifierade studierna är experimentella, men det stora flertalet är observationsstudier (tvärsnitt eller longitudinella).

Personer som varit medförfattare till en studie har ej deltagit i relevansbedömning eller kvalitetsbedömning av denna, utan andra personer i gruppen har ombetts göra detta.

Evidensgradering

Resultaten från de studier som har bedömts ha begränsad, måttlig eller hög kvalitet i förhållande till rapportens syfte har evidensgraderats. Följande gradering för att bedöma ett resultatets evidensstyrka har använts:

Evidensstyrka 1 – Starkt vetenskapligt stöd: Minst två studier med hög kvalitet eller god systematisk översikt.

Evidensstyrka 2 – Måttligt starkt vetenskapligt stöd: En studie med hög kvalitet plus minst två med måttlig kvalitet.

Evidensstyrka 3 – Begränsat vetenskapligt stöd: Minst två studier med måttlig kvalitet, eller minst fem studier med begränsad kvalitet.

Otillräckligt vetenskapligt stöd – Annat (dvs lägre än ovanstående eller där resultaten från studierna gick i motsatt riktning).

Referenser

1. Alexanderson K, Söderberg E. Försäkringsmedicinsk forskning – en litteraturgenomgång. Linköping: Försäkringsmedicinskt centrum; 2000.
2. Chalmers I, Altman DG eds. Systematic Reviews, London: BMJ Publishing Group 1995.
3. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning; 1999 April 1999. Report No: 12/99.
4. Järholm B, Olofsson C. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2002.
5. Riksförsäkringsverket, RFV, SFR. Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet. Stockholm: GOTAB; 1997.
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm; 2001.

3. Orsaker till sjukfrånvaro: forskningsinriktningar och förklaringsmodeller

Sammanfattning

Forskning om sjukfrånvaro bedrivs inom ett flertal olika vetenskapliga discipliner, utifrån olika teoretiska perspektiv och med olika frågeställningar. Studierna utgår ofta från någon förklaringsmodell till hur sjukfrånvaro uppstår. För att underlätta förståelsen av kommande kapitel görs här en kort sammanställning av olika forskningsinriktningar och förklaringsmodeller inom sjukfrånvaroforskningen.

Förklaringsmodeller till förändringar över tid i sjukfrånvaromönster tas upp kortfattat.

Olika forskningsinriktningar

Forskningsinriktningar kan indelas utifrån objektet för studien, utifrån vilka metoder som används för datainsamling respektive -analys, samt utifrån hur diskussionen förs och vilka slutsatser som dras av fynden. Det finns många olika slags indelningar i forskningsområden, och vi har valt att något förenklat kategorisera forskningen om sjukfrånvaro i vad som ibland också kallas forskningsämnen eller discipliner.

Medicin

Inom medicinsk forskning är studieobjektet vanligen enskilda individer, antingen det gäller patienter, anställda, eller personer i ett befolkningsurval. Det finns många olika slags medicinska forskningsinriktningar. Vi begränsar oss här till att nämna två viktiga huvudlinjer i litteraturen om sjukskrivning, nämligen klinisk medicinsk forskning och epidemiologisk forskning. Den kliniska medicinska forskningen handlar väsentligen om att studera sjukdomars förlopp och prognos hos individer och

hur sjukdomsförloppet kan modifieras av olika behandlingar. Den epidemiologiska forskningen studerar motsvarande förhållanden på gruppnivå och man är vanligen intresserad av hur någon exponering, riskfaktor eller skyddande faktor, påverkar sjukdomsutveckling. Det bör påpekas att gränserna mellan dessa forskningsinriktningar är flytande.

Inom klinisk medicinsk forskning är det randomiserade kliniska försöket den mest invändningsfria metoden för att studera effekter av behandling. I sådana studier är sjukskrivning eller återgång till arbete ofta utfallsvariabel. I många fall går de exponeringar man är intresserad av inte att randomisera, exempelvis typ av arbete eller familjesituation, och man får då använda andra metoder för att se till att de grupper som analyseras blir jämförbara. Epidemiologisk metodik har i hög grad utformats för att analysera sjukdomsutfall i förhållande till exponeringar som inte går att manipulera. En annan distinktion, även om det rör sig om flytande övergångar, är att i epidemiologisk forskning fokuseras diskussion och slutsatser vanligen på möjligheter att reducera riskfaktorn i fråga för grupper av individer eller genomföra en typ av intervention (exempelvis arbetsplatsåtgärder) för att minska omfattningen av sjukfrånvaro. Inom klinisk forskning fokuserar analys och slutsatser mer på individperspektivet, dvs på hur läkaren och sjukvården kan minska risken för enskilda personer.

Inom vissa områden, exempelvis hjärt-kärlområdet, är sjukfrånvaroforskningen starkt invävd i en klinisk medicinsk forskningstradition, medan det inom andra områden, exempelvis rörelseorganens sjukdomar, finns flera studier med epidemiologisk ansats, vilket också avspeglas i denna rapport.

Sociologi

Sociologisk forskning kan förenklat sägas vara inriktad på att studera sambandet mellan förhållanden i samhället och grupper eller individers levnadsvillkor. Både grupper och individer kan vara studieobjekt, men sociologisk forskning kring hälsa och sjukfrånvaro har vanligen varit individorienterad. Fokus för forskningen kan vara antingen karakteristiska hos grupper definierade genom exempelvis kön, utbildning, inkomst, eller förhållanden som de är exponerade för, såsom arbetsmiljö, boendemiljö, eller generella förhållanden i samhället, exempelvis förhållanden

i socialförsäkringssystemet. Analysmetoderna kan vara likartade dem som används inom det medicinska perspektivet, exempelvis riskanalyser av epidemiologisk natur, men i något högre grad används befolkningsundersökningar av survey-typ, dvs data samlas in via enkäter eller intervjuer. Inte sällan används stora nationella undersökningar av slumpvisa populationsurval, såsom välfärdsundersökningar. Ekologiska studier, som tidsserieanalyser eller andra typer av analyser på aggregerade data förekommer också. Interventionsstudier har sällan förekommit. Vanligt är däremot analyser av genomförda förändringar, exempelvis förändringar i regelverk, vilka ofta görs med analyser av kvasiexperimentell natur, t ex före–efterstudier. Diskussioner och slutsatser handlar då ofta om hur sjukskrivning påverkas av förhållanden på strukturell nivå, dvs arbetsorganisation, sociala förhållanden, socialförsäkringssystemens natur, etc.

Psykologi

Det psykologiska forskningsområdet liknar i mycket det medicinska, i och med att man fokuserar på effekter på enskilda individer. Personlighet och olika psykiska eller psykosociala karakteristika analyseras i förhållande till ett utfall, såsom sjukskrivning eller förtidspension. Analysmetoderna är mer sällan av epidemiologisk eller aggregerad typ utan oftare används korrelations- och regressionsanalyser. Många studier är av tvärsnittskaraktär i och med att de är baserade på intervjudata om både psykiska förhållanden och sjukskrivningsförekomst. De slutsatser som dras handlar vanligen om antingen riskfaktorer hos individer och grupper eller förhållanden i arbetsliv och arbetsorganisation som påverkar den psykiska hälsan. Ofta, som exempelvis inom stressforskningen, vill man dra slutsatser om samverkan mellan omgivningsfaktorer och individfaktorer.

Ekonomi/organisation

En utgångspunkt inom ekonomi och organisationsforskning är ofta att individen träffar rationella val som har ekonomiska konsekvenser, och det handlar om att analysera vilka incitament individen har för att vara frånvarande eller i arbete. Traditionellt har tonvikten legat på rent ekonomiska incitament, och de viktigaste förklaringsfaktorerna har varit lönenivå och inkomstbortfall under frånvaron, samt risken för att mista arbetet.

Studieobjekt är också här ofta grupper av individer om vilka man har data om sjukskrivning eller förtidspension. Ibland räknas sjukfrånvaro om till något mått på kostnad för produktionsbortfall. Det finns en omfattande teoribildning kring metoder för detta, som handlar om att ta hänsyn till längden av sjukfrånvaron (där olika perioder i ett sjukdomsfall kan värderas olika) samt produktionskostnaden som vanligen baseras på individens lön. Inte sällan studeras hela företaget, grupper av företag eller branscher, och data kan inhämtas genom enkäter till företag eller arbetsplatser om förekomst av sjukfrånvaro eller produktionsbortfall mätt på annat sätt.

Diskussion och slutsatser handlar ofta om hur organisatoriska förhållanden kan ändras för att minska produktionsbortfall pga sjukfrånvaro. Det kan gälla åtgärder på arbetsplatsen, i samhället eller inom de sociala försäkringssystemen.

Sammanfattningsvis om forskningsinriktningar

När det gäller forskning om orsaker till sjukskrivning generellt kan konstateras att orsakerna kan ses ur olika perspektiv och det är knappast görligt att kombinera kunskap från olika områden och teoribildningar, medicinska, psykologiska, sociologiska, etc, till en övergripande teori om orsaker till sjukskrivning. Perspektiv och därmed datainsamlingsmetoder och analysmetoder får väljas utifrån aktuell frågeställning. I denna rapport har visserligen individperspektivet utgjort huvudsakligt fokus, men vi har ändå tagit med sociologiska och ekonomiska studier som bygger på jämförelser mellan länder, samhällsskikt, företag eller organisationer, i den mån det går att tolka effekter på individ- och gruppnivå.

I SBU:s systematiska litteraturgenomgångar inkluderas vanligen framför allt randomiserade, kontrollerade studier, men också observationsstudier med god kontroll för confounding (störfaktorer) och där slutsatser om kausaleffekter på individ- och gruppnivå kan dras med rimlig säkerhet. Sådana studier har vi endast funnit inom mycket begränsade områden när det gäller generella orsaker till sjukfrånvaro. Det finns exempelvis flera studier av effekter av interventioner på arbetsplatsen av typ hälsofrämjande program, eller effekter av rökslut på sjukfrånvaro. Frågor om hur sjukfrånvaron påverkas av strukturella faktorer, såsom socialförsäkringssystemens utformning kan inte besvaras med den typen av

design, eftersom kontrollerade studier är svårare att genomföra av såväl etiska som politiska skäl. Dessutom är orsakssambanden komplicerade och kräver mångfacetterade analyser utifrån olika perspektiv.

Förklaringsmodeller

Ovan har en beskrivning av olika vetenskapliga ämnesområdens allmänna inriktning gjorts. I detta avsnitt sammanställs de specifika teorier eller förklaringsmodeller om orsaker till sjukfrånvaro som återfinns direkt eller implicit i identifierade studier.

Modeller i den organisationspsykologiska forskningen

Ett traditionellt centralt perspektiv på frånvaro inom tillämpad psykologi har varit att betrakta detta som ett slags ”tillbakadragandebeteende” (”withdrawal behaviour”) [12]. Frånvaron har då ofta analyserats tillsammans med andra typer av tillbakadragandebeteenden som att säga upp sig (”turnover”) eller sen ankomst (”tardiness”). Delvis har man sett på dessa typer av beteende som olika grader av tillbakadragande, med sen ankomst som den mildaste formen och uppsägning som den starkaste.

De olika formerna av tillbakadragande har betraktats som uttryck för, eller effekter av, missnöje med arbetet (låg arbetstillfredsställelse). En omfattande empirisk litteratur har också analyserat sambandet mellan tillfredsställelse och frånvaro. Det har visat sig att detta samband långt ifrån har varit så tydligt som förväntat, och många studier har inte funnit signifikanta samband.

Sjelva begreppet tillbakadragande, liksom fokus på arbetstillfredsställelse som orsak till frånvaro, understryker att man inom detta perspektiv först och främst ser på frånvaro som en funktion av ”frånstötningsfaktorer” (”push factors”). Detta i motsats till ekonomiska teorier, som vi återkommer till, som primärt kan sägas fokusera på ”tilldragandefaktorer” (”pull factors”).

Alla studier som har fokuserat på sambandet mellan arbetstillfredsställelse och frånvaro har inte utgått från tillbakadragandeperspektivet. Låg arbetstillfredsställelse och därav följande hög frånvaro kan också vara resultat av personliga egenskaper. Enligt psykologisk terminologi kan

man säga att studierna har varierat något när det gäller tonvikt på antingen ”situational” eller ”dispositional” förståelse av såväl arbetstillfredsställelse som frånvaro.

Delvis som en följd av det rätt svaga och varierande sambandet mellan arbetstillfredsställelse och frånvaro har man också lanserat teorier eller modeller som omfattar ett betydligt större antal förklaringsfaktorer. Den utan tvivel mest kända och använda av dessa är den så kallade ”processmodellen” av Steers et al [21].

Steers och Rhodes föreslår en modell där frånvaro ses som ett resultat av samspel mellan arbetssituation, personliga egenskaper och social omgivning. De betraktar närvaro på arbetet (alltså att man inte är frånvarande) som en funktion av motivation för närvaro och förmåga till närvaro. Dessa faktorer antas att tillsammans påverka närvaro: bägge komponenterna är nödvändiga för att den anställde ska komma till arbetet. Oförmåga till närvaro omfattar sjukdom och olyckor, men också familjeförhållanden och transportproblem. Motivation till närvaro är i sin tur påverkad av arbetstillfredsställelse och press, som kan vara både ekonomisk, social eller psykologisk. Arbetstillfredsställelse i sin tur är ett resultat av samspel mellan arbetssituationen och den anställdes värderingar och attityder. Individuella bakgrundsegenskaper som ålder, utbildning och familjestorlek påverkar både förmågan och (indirekt) motivationen till att gå till arbetet. Slutligen antas det att närvaro eller frånvaro i sin tur påverkar arbetssituationen och att det på så sätt blir en dynamisk modell.

Processmodellen är mycket omfattande och kan nog mer betecknas som en översikt av förhållanden som kan antas påverka frånvaro än som en enhetlig teori. Den representerar emellertid en intressant utvidgning av tidigare dominerande syn på frånvaro inom organisationspsykologin. Utöver att den explicit drar in förmåga till närvaro, lämnar den det ensidiga fokus på frånstötningsfaktorer i arbetet i och med att den också drar in marknadsmässiga förhållanden och incitament.

I en senare artikel har Steers et al [22] modifierat modellen något, bl a minskat betydelsen av arbetstillfredsställelse som mellanliggande variabel. Den grundläggande tankegången i modellen är dock densamma.

I den organisationspsykologiska litteraturen har det också lanserats andra teorier om sjukfrånvaro. Fichman [9] tar utgångspunkt från en teori om motivation som antar att personer vid varje given tidpunkt har motiv både för att gå till arbetet och för att inte gå till arbetet. Otillfredsställda motiv förstärks över tid och man får sålunda växlingar mellan närvaro och frånvaro. Yttre påverkan ("shocks"), som exempelvis sjukdom eller händelser i familjen, leder till variationer i det som annars skulle vara en regelbunden växling mellan närvaro och frånvaro.

Teorier om frånvarokultur

Även om särskilt Steers et al [21] modell innefattar ett mycket omfattande system av förklaringsfaktorer kan den organisationspsykologiska forskningen ändå generellt sägas lägga huvudvikt vid individuella orsaker som arbetstillfredsställelse, motivation och personlig arbetsetik. Teorier och hypoteser om frånvarokultur kan ses som en reaktion mot detta [16].

Chadwick-Jones et al [5] definierar frånvarokultur som "...beliefs and practices influencing the totality of absences – their frequency and duration – as they currently occur within an employee group or organization". Frånvarokulturen omfattar alltså de gemensamma föreställningar om frånvaro som finns i ett företag eller i en del av företaget – föreställningar om vad som är legitima grunder för frånvaro, hur mycket som är "rimlig" frånvaro osv. Olika yrkesgrupper och företag kan ha olika uppfattningar om hur mycket frånvaro man kan ha. Man har t ex funnit att det i vissa yrken existerar normer om att korttidsfrånvaro accepteras upp till en viss nivå, och att variationer av frånvaronivån är större mellan än inom företag [4].

Forskning om frånvarokultur innebär ett mer renodlat sociologiskt perspektiv än i de andra riktningar som presenteras här. Man lägger tonvikt på den samsyn och de normer som utvecklar sig på arbetsplatsen och frånvaro ses i hög grad som ett gruppfenomen [13,15].

Definitionerna av frånvarokultur är något vaga och omfattande. Empiriskt är det också svårt att skilja kollektiva attityder och föreställningar i en grupp från de enskilda gruppmedlemmarnas attityder och föreställningar. Bägge dessa förhållanden bidrar till att göra

operationalisering och mätning av frånvarokultur svår. Den empiriska litteraturen är därför begränsad. Till detta kommer att den empiriska forskningen om betydelsen av frånvarokultur nästan helt baserar sig på forskning om all slags frånvaro ("absenteeism") och inte klart skiljer ut sjukfrånvaro. Detta i sin tur beror på att forskningen till stor del har bedrivits i USA och andra länder som inte har den typ av socialförsäkringssystem som finns i Europa, utan de regler och kompensationsmekanismer som finns skiljer ofta inte mellan frånvaro pga sjukdom och annan slags frånvaro.

Ekonomiska och rationella valteorier

Ekonomiska teorier om sjukfrånvaro har framför allt utvecklats inom arbetsmarknadsekonomin. Bra översikter över dessa teorier finns exempelvis i Brown et al [2] och i Dyrstad et al [7].

Ekonomiska teorier om sjukfrånvaro har vanligen sin utgångspunkt i uppfattningen om människan som en rationell aktör, som söker att maximera sin välfärd eller nytta ("utility"). Den enskildes välfärd ses som en funktion av två komponenter, konsumtion (som kräver arbete) och fritid. Maximeringen innebär då att finna den mängd arbete som ger bästa möjliga utfall i dessa komponenter. Om man bortser från ekonomisk kompensation under frånvaro, vilket man gör i den enklaste formuleringen av modellen, uppstår frånvaro då individer inte på annat sätt fritt kan bestämma hur mycket de önskar arbeta vid en viss given tidpunkt. Det följer av modellen att frånvaron ökar med ökande avtalad arbetstid. Frånvaro förklaras också av lönenivån, men riktningen i det sambandet är oklar. Lön har både en positiv inkomsteffekt på frånvaron och en negativ substitutionseffekt. Inkomsteffekten består i att högre lön gör att man kan uppnå en given konsumtion med en mindre mängd arbete. Substitutionseffekten uppstår i och med att högre lön gör att den ekonomiska förlusten vid sjukfrånvaro också ökar.

Denna enkla modell har utvidgats på flera sätt. En utvidgning är att bygga in kompensation under frånvaro. Sådan kompensation kan betraktas som en försäkring som gör att arbetstagaren slipper att bära hela kostnaden vid frånvaro. Ett centralt tema i ekonomisk forskning är negativa effekter av sådana försäkringssystem. Man skiljer mellan två typer av effekter, "adverse selection" och "moral hazard". "Adverse

selection” innebär att gynnsamma försäkringssystem (hög ersättning och liten kontroll) drar till sig de personer som har högst risk. Detta är mindre relevant i de sjukförsäkringssystem som är lika för alla arbetstagare. ”Moral hazard” innebär att arbetstagarna ändrar sitt beteende som en effekt av försäkringssystemet, alltså ett mer gynnsamt system ger högre frånvaro och vice versa. Om man har ett system med 100 procent kompensation (som det exempelvis är i det norska sjuklönesystemet och också enligt avtal för stora grupper i vissa länder, t ex Tyskland) skulle man utifrån denna enkla modell förvänta sig att den anställde var borta hela tiden.

Eftersom en förutsägelse om 100 procent frånvaro uppenbart inte är rimlig, har de ekonomiska modellerna också byggt in icke-ekonomiska eller mer långsiktiga kostnader i frånvaron för den anställde. Sådana kostnader kan vara minskade möjligheter till vidareutbildning och löneförhöjning, eller högre risk att mista arbetet. En sådan omfattande modell ser den enskilde anställdes frånvaro som en funktion av hans eller hennes värdering av fritid och konsumtion, arbetstid, lön, ekonomisk kompensation under frånvaron och långsiktiga kostnader.

I likhet med i många psykologiska teorier har hälsa och sjukdom en perifer roll i arbetsmarknadsekonomiska teorier om sjukfrånvaro. Ofta formuleras teorin bara för den delen av frånvaron som inte beror på sjukdom. Hälsa kan också föras in mer direkt i modellen, dels genom att explicit anta att frånvaro också är en funktion av sjukdom och dels genom att anta att värdet av fritiden ökar ju sämre hälsotillståndet är. Som helhet har dock hälsa och sjukdom en relativt liten plats i ekonomiska teorier. De ekonomiska teorierna är också oftast teorier om frånvaro generellt och inte specifikt om sjukfrånvaro, men teorierna kan ändå sägas vara relevanta för studier av sjukfrånvaro. Flera empiriska studier omfattar också sjukfrånvaro.

Stressteorier

Till skillnad från de psykologiska och ekonomiska teorierna vi hittills tagit upp är stressteorier av mer tvärvetenskaplig eller mångvetenskaplig karaktär, med viktiga bidrag från såväl medicin som psykologi och sociologi. Stressteorier fokuserar inte speciellt på frånvaro, utan på sjukdom generellt, vissa typer av sjukdomar eller på olika slags psykiska symtom.

Särskilt har en stor del av forskningen gjorts på hjärt–kärlsjukdomar, men också exempelvis på ångest och depression. Dessa sjukdomar eller symtom kan i sin tur påverka sjukfrånvaron. I varierande grad drar stressteorierna också in andra möjliga orsaksmekanismer, exempelvis att stress kan påverka den anställdes motivation, eller att sjukfrånvaro kan användas som ett sätt att bemästra stress.

Stressteorier omfattar stress inom ett flertal områden i livet. Ett vanligt angreppssätt har varit att studera vad som antas vara stressande livshändelser (”stressful life events”) såsom förlust av äkta hälft eller arbete, flyttning osv, och i synnerhet hur effekten av sådana händelser modereras av sociala (t ex socialt stöd av vänner, kolleger osv) och psykiska eller personlighetsmässiga faktorer. Inom sjukfrånvaroforskningen har fokus i högre grad varit på mer långvariga stresstillstånd än på specifika händelser. Detta gäller speciellt stress i arbetsituationer, men också stress hemma, särskilt för kvinnor som kombinerar yrkesaktivitet med barnomsorg.

När det gäller arbetsförhållanden är det otvivelaktigt Karaseks krav–kontrollteori (”job-strain”, ”demand-control”) som har fått mest uppmärksamhet och som har genererat mest empirisk forskning [10].

Karaseks teori lyfter fram två egenskaper eller dimensioner i arbetsförhållanden som centrala för fysisk och psykisk hälsa och för de anställdas motivation, nämligen krav och kontroll. Krav mäts med frågor av typen om man måste arbeta mycket hårt, mycket snabbt eller om man har tillräcklig tid att utföra arbetet. Kontroll (också kallad ”job decision latitude”) kan sägas omfatta två underdimensioner. Beslutsauktoritet (”decision authority”) definieras genom frågor om möjlighet till att fatta beslut på egen hand och frihet att bestämma hur man ska utföra arbetet. Utnyttjande av färdigheter (”skill utilization”) definieras genom frågor om arbetet är repetitivt, kräver att man lär sig nya saker, om man har möjlighet att utveckla egna speciella färdigheter osv. Enligt teorin är det först och främst kombinationen av höga krav och låg kontroll som har negativa hälsomässiga konsekvenser. Denna typ av arbeten kallas ”high-strain”-arbeten. Exempel på sådana arbeten är löpandebandsarbete, servitör och sjukvårdsbiträde. Arbeten med låga krav och hög kontroll karaktäriseras som ”low strain”, arbeten med både låga krav och liten kontroll som ”passiva” och arbeten med både höga krav och hög kontroll som ”aktiva”.

Det är något oklart vad som ligger i formuleringen att det är kombinationen av höga krav och låg kontroll som bidrar till sjukdom och sjukfrånvaro. Logiskt sett verkar detta att implicera ett antagande om statistisk interaktion: effekten av ändring i krav är större om kontrollen är liten än om den är stor (eller annorlunda formulerat: effekten av en förändring i kontroll är större under höga än under låga krav). Empiriska studier har givit stöd till hypotesen om interaktion när det gäller hjärtsjukdom och blodtryck, medan interaktion i mindre grad har konstaterats i studier av psykiska besvär som ångest och depression.

Som ovan nämnts har man i stressforskningen generellt ägnat mycket uppmärksamhet åt variabler som kan tjäna som en ”buffert”, dvs moderera effekterna av stress, och då kanske speciellt variabeln socialt stöd. Socialt stöd från kolleger och överordnade har också tagits in som en ytterligare dimension i Karaseks modell. En formulering av detta är att skilja ut så kallade ”iso-strain”, som är ett tillstånd som karaktäriseras av både ”job-strain” och bristande socialt stöd. Också här är det emellertid oklart om man har att göra med interaktionseffekter eller om det bara förväntas att krav, kontroll och stöd var för sig ska ha konsekvenser på hälsan.

En annan stressteori, som också lägger tonvikt på de sociala relationer som personen ingår i, är Siegrists teori om obalans mellan ansträngning och belöning (”Effort-Reward Imbalance”; [11,19]). Denna teori har fått betydande uppmärksamhet inom forskningen om stress och hälsa, men är lite använd inom sjukfrånvaroforskningen [17] varför den endast nämns här. Andra stressteorier lägger mer tonvikt på personers mer varaktiga psykiska egenskaper. Detta gäller t ex teorier om ”Person Environment Fit”, där stress definieras som bristande samspel mellan person och omgivning. Likaledes finns teorier om olika psykologiska buffertar mot stress som ”hardiness”, ”locus of control”, ”sense of coherence”, etc.

Som ovan nämnts har man i sjukfrånvaroforskningen också beaktat stressfaktorer utanför arbetet, speciellt när det gäller att förklara kvinnors relativt höga sjukfrånvaro, eller hälsoskillnader mellan kvinnor och män mer generellt. Stressbegreppet har här kopplats till sociologiska rollteorier och man har lanserat hypotesen om rollöverbelastning (”role overload”). Stress kan också vara ett resultat av att olika roller har motstridiga krav

eller förväntningar (rollkonflikt). Till skillnad från teorier om negativa konsekvenser av att kombinera flera roller har det också lanserats hypoteser om att detta snarare skulle ha positiva effekter (rollackumuleringsteorin). Enligt denna tankegång betyder istället flera roller flera potentiella källor till självrespekt, stimulering, fördelar, social status och social identitet [1].

Medicinska förklaringsmodeller

Medicinska bedömningar är grundläggande i sjukskrivningsprocessen. Läkaren intygar dels att en sjukdom föreligger och dels att den innebär nedsatt arbetsförmåga för vilken han eller hon förutsätts få ekonomisk kompensation. Sjukskrivning kan sägas vara en attest på att patienten har nedsatt arbetsförmåga, och således inte kan arbeta till 100 procent, eller en ordination; på samma sätt som man skriver ut ett recept på läkemedel, ordinerar man frånvaro från arbetet, då man antar att arbete kan antingen förvärra eller förlänga sjukdomsepisoden. Inte sällan antas förhållanden i arbetet, fysiska eller psykiska, innebära en bidragande orsak till sjukdomstillståndet, vilket ytterligare motiverar sjukskrivning.

I vissa fall ordinerar läkaren sjukskrivning mer för att skydda omgivningen än patienten själv. Det gäller i synnerhet för infektionssjukdomar, för att förhindra smittspridning, men också vissa psykiska störningar.

Eftersom det för sjukskrivning krävs nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom borde medicinska förklaringsmodeller således vara centrala i sjukskrivningsprocessen. Så är dock inte fallet av olika skäl. Framför allt har man av tradition uppfattat det så att nedsatt arbetsförmåga är en så uppenbar konsekvens av sjukdom att särskilda förklaringsmodeller inte behövs. I ett samhälle dominerat av industriarbete betraktades det ofta som självklart att nedsatt kraft, funktionsnedsättningar och handikapp innebar att man var oförmögen att utföra sitt arbete. I ett arbetsliv dominerat av tjänster och handel, och med ett sjukdomspanorama präglat av psykisk ohälsa och belastningssjukdomar är sambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga mer komplicerat. Därför borde man efterlysa bättre kunskap och mer forskning om hur olika typer av sjukdomar påverkar arbetsförmågan. Det vi har är förklaringsmodeller för sjukdomarna i sig, deras bakgrund, förlopp, prognos, liksom hur de motverkas och behandlas. Nedsatt kapacitet och arbetsförmåga finns då givetvis med som en

aspekt. Men i synnerhet som kunskapen växer om hur psykologiska och sociala faktorer påverkar sjukfrånvaron kan man tycka det är anmärkningsvärt att det inte finns mer kunskap och teorier om medicinska aspekter på samspelet sjukdom – arbetsförmåga – sjukskrivning.

Medicinska förklaringsmodeller är relevanta inte bara pga att nedsatt arbetsförmåga kan bero på sjukdom, utan också eftersom förhållanden i arbetslivet kan bidra till och underhålla sjukdom. Möjligen kan man säga att det finns mer välutvecklade förklaringsmodeller om hur exponeringar i arbetslivet bidrar till sjukdom, där det kan vara motiverat med sjukskrivning för att komma ifrån sådana exponeringar. Det är också lätt att i den medicinska litteraturen finna stöd och förklaringsmodeller för hur olika slags riskfaktorer kan bidra till uppkomst och försämring av vissa specifika sjukdomstillstånd. Arbetsolycksfall och allergier är typexempel. Men med ökad kunskap om sjukdomars multifaktoriella genes har man alltmer börjat ifrågasätta frånvaro från arbetet som ett sätt att motverka sjukdom. Dessutom har man såväl från medicinskt håll som från parterna på arbetsmarknaden kommit att inse att i den mån förhållanden på arbetet bidrar till sjukdom kan det vara bättre att försöka ändra förhållanden på arbetet snarare än att avlägsna de personer som blir sjuka av arbetsförhållandena.

När det gäller förklaringsmodeller för sjukskrivning, givet en viss sjukdom hos individen, är det uppenbart att medicinska förklaringsmodeller inte räcker. Som framgår i avsnittet om sjukskrivningspraxis i denna rapport behövs ytterligare teoriutveckling och bättre empiriska studier. Det handlar om hur synen på sjukdom och sjukdomsbegreppet varierar bland läkare och inom allmänheten, såväl över tid som mellan olika grupper. Sådana frågor diskuteras i exempelvis idéhistorisk och filosofisk forskning och omnämns kortfattat i de delar av rapporten som tar upp begrepp kring frågor om hälsa och sjukdom.

Förklaringar till förändringar i omfattningen av sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron varierar över tid. I Sverige var det en mycket stark ökning i sjukfrånvaron under tiden 1986 till 1989 [14,20]. Därefter var det en långvarig nedgång fram till 1997, varefter sjukfrånvaron åter ökat mycket kraftigt. Liknande svängningar, men inte sammanfallande i tid, har man också haft exempelvis i Norge [14].

Variationer över tid kan bero på många faktorer. I den offentliga debatten har flera tänkbara orsaksfaktorer nämnts: arbetsmiljö och andra belastningar, attityder eller ”arbetsmoral”, socialförsäkrings-systemets utformning och arbetslöshet eller mer generellt situationen på arbetsmarknaden. Variationer i sjukfrånvaro över tid har också i viss grad varit ett tema i forskningen om sjukfrånvaro. Vi ska här kort gå igenom dessa typer av förklaringar och relatera dem till de förklaringsmodeller vi har nämnt ovan.

Belastningar

Diderichsen et al [6] samt Vogel et al [23] har förklarat ökande sjukfrånvaro bland kvinnor från mitten av 1970-talet till slutet av 1990-talet, framför allt som ett resultat av att en större andel av de anställda är utsatta för fysiska och psykiska belastningar. Andra har framhållit speciella drag i det moderna arbetslivet som en källa till ökade belastningar. Detta gäller t ex det ökade inslaget av känslomässigt krävande personligt engagemang (”emotion management”) och ökad risk för att bli av med arbetet. Denna typ av förklaringar är vanligen implicit eller explicit baserade på någon slags stressmodell.

Attityder

I den offentliga debatten är hög eller ökande sjukfrånvaro ofta betraktad som ett resultat av attitydförändringar eller av sämre arbetsmoral. Man har talat om attitydförändringar både inom läkarkåren och inom den allmänna befolkningen. Ändrade attityder som orsak till variationer i sjukfrånvaro har dock i liten grad varit föremål för forskning. Antagandet om att sjukfrånvaro i hög grad reflekterar arbetstagarnas attityder är ändå central i såväl den organisationspsykologiska forskningen som i teorier om frånvarokulturer. Attityder ingår däremot

i föga grad i stressorienterade förklaringsmodeller. Inte heller ekonomiska teorier om sjukfrånvaro lägger som regel någon större vikt vid attityder, utan antar istället att variationer i sjukfrånvaro kan förklaras utifrån de incitament (kostnader och belöningar) som arbetstagarna har.

Sjukförsäkringssystemet

Det är en ofta framförd synpunkt att hög eller ökande sjukfrånvaro beror på gynnsamma ersättningssystem eller i varje fall att sjukfrånvaron kan minskas genom att göra indragningar i systemen. I Sverige gjordes således en rad neddragningar i sjukförsäkringen (lägre kompensationsgrad och införande av karensdag) under perioden 1991 till 1996. Att förändringar i ersättningssystemet antas påverka arbetstagarnas beteende är ett centralt element i de ekonomiska förklaringsmodellerna vi har diskuterat ovan [7]. Det är också i linje med Steers och Rhodes' modell [21].

Situationen på arbetsmarknaden

Den arbetsmarknadssituation som framför allt diskuterats i samband med förändringar i sjukfrånvaron är förändringar i nivån på arbetslöshet. Teoretiskt kan man skilja mellan tre olika mekanismer som kan ge ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Mest uppmärksamhet har ägnats åt den så kallade disciplineringseffekten, dvs att hög arbetslöshet disciplinerar de anställda så att de är mindre borta från arbetet [3]. En sådan effekt förutsätter att de anställda antar att högre frånvaro leder till större sannolikhet för att mista jobbet eller till att det blir svårare att skaffa sig annat jobb.

En hypotes om disciplinerings effekter följer ganska direkt av förklaringsmodeller som lägger tonvikt vid arbetstagarnas rationella val. Empiriska undersökningar och samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro har också gjorts av ekonomer och andra samhällsvetare som har tagit utgångspunkt i en sådan förklaringsmodell. Disciplinerings effekter är emellertid också inkluderade i Steers och Rhodes' modell (se ovan).

En annan mekanism som kan ge ett negativt samband mellan arbetslöshet och frånvaro är att personalminskningar och mindre efterfrågan på arbetskraft kan leda till förändringar i sammansättningen av populationen av sysselsatta. Flera förhållanden kan bidra till detta. För det första kan det tänkas att enstaka anställda med mycket frånvaro har högre risk

att bli uppsagda i samband med personalminskningar. Anställda med mycket frånvaro kan således ha större sannolikhet för att bli *selekterade ut* från populationen av sysselsatta. Likaledes kan det också tänkas att anställda som har haft mycket frånvaro, eller som generellt har hälsoproblem, har svårare att skaffa sig nytt arbete om de har blivit av med arbetet, dvs att de har mindre sannolikhet för att bli *selekterade in* i populationen av sysselsatta.

Selektionsförklaringar har ingen direkt anknytning till de förklaringsmodeller vi har presenterat ovan. Detta är rimligt, eftersom en selektionsförklaring tar utgångspunkt i att den enskilde individen inte ändrar sin sjukfrånvaro över tid. Det förutsätter därmed heller inte någon förändring i den exponering för riskfaktorn för sjukfrånvaro den enskilde är utsatt för. Variationer i sjukfrånvaro på aggregerad nivå är däremot en biprodukt av andra sociala processer, och relevanta förklaringsmodeller kan hämtas från andra forskningsområden, som arbetslöshets- eller arbetsmarknadsforskning.

Andra möjliga mekanismer som kan ge samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro har endast uppmärksammats lite i sjukfrånvaroforskningen, men mer i forskningen om hur ekonomiska förhållanden påverkar dödlighet och hälsa [8,18]. I ekonomiska uppgångstider med låg arbetslöshet är det hög aktivitetsnivå i ekonomin. Detta kan öka arbetspressen på de anställda och därigenom risken för olyckor och sjukdom. Ekonomiska uppgångstider kan också öka arbetstagarnas inkomster (och förväntningar om framtida inkomst) och därmed leda till högre aktivitetsnivå också på fritiden.

En annan faktor på arbetsmarknaden som ligger nära arbetslöshet, och som kan påverka sjukfrånvaron på likartat sätt är strukturomvandlingar. Det faktum att vissa arbeten, framför allt mer okvalificerade, försvinner från arbetsmarknaden, kan ha olika effekter på sjukfrånvaron: dels att personer som pga sjukdom måste lämna arbetet kan få svårt både att komma tillbaka till arbetsplatsen, och att hitta andra mer lämpade arbeten, dels att de högre kraven innebär påfrestning på personen och ökad risk för sjukskrivning. Mekanismerna är som redan antytts mycket likartade dem som gäller för arbetslöshet, och ett samband mellan dessa två fenomen finns naturligtvis också.

Sammanfattning

Forskning om sjukfrånvaro bedrivs inom en rad olika discipliner, och dessvärre har mycket lite kontakt förekommit mellan de olika vetenskapliga disciplinerna inom detta ämne. Man kan önska att mer forskning bedrivs i samverkan mellan olika ämnes- och kompetensområden. Det är angeläget att stöd ges till tvärvetenskapliga miljöer för bredare kunskapsuppbyggnad inom detta område.

Mycket av forskningen kring sjukfrånvaro bedrivs utan specificerade teorier eller modeller, detta gäller framför allt medicinsk forskning, där mycket är beskrivande sammanställningar över sjukskrivning inom olika grupper och diagnoser. Teorier om hur sjuklighet påverkar arbetsförmåga och sjukfrånvaro är ofta implicita, och inte sällan baserade på dålig kunskap om faktiska samband mellan sjuklighet, arbetsförmåga och om vilka konsekvenser sjukskrivning får. Psykologisk och socialvetenskaplig forskning är ofta mer teoriförankrad. Satsningar på tvärvetenskapligt samarbete enligt ovan skulle sannolikt stimulera bättre interaktion mellan teori och empiri i sjukfrånvaroforskningen.

Referenser

1. Baruch GK, Biener L, Barnett RC. Women and gender in research on work and family stress. *Am Psychol* 1987;42:130-6.
2. Brown S, Sessions J. The economics of absence; theory and evidence. *J Econ Surv* 1996;10:23-31.
3. Bäckman O. Sjukfrånvaro och arbetslöshet – samband eller skensamband. *Sociologisk forskning* 1992;4:38-49.
4. Chadwick-Jones JK. Renegotiating absence levels. *J Occup Behav* 1981;2:255-66.
5. Chadwick-Jones JK, Nicholson N, Brown C. *Social Psychology of Absenteeism*. New York: Praeger 1982.
6. Diderichsen F, Kindlund H, Vogel J. Kvinnans sjukfrånvaro. *Läkartidningen* 1993;90:289-92.
7. Dyrstad J, Lysø N. Ekonomiske faktorer bak sykefravaeret. *Norsk økonomisk tidskrift* 1998;112:155-84.
8. Eyer J. Prosperity as a cause of death. *Int J Health Serv* 1977;7:125-50.
9. Fichman M. *A Theoretical Approach to Understanding Employee Absence*. San Francisco: Jossey-Bass 1984;1-46.
10. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24:285-307.
11. Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, et al. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occup Med Review* 2000;15:69-106.
12. Lyons TF. Turnover and absenteeism: A review of relationships and shared correlates. *Personnel Psychology* 1972;25:271-81.
13. Martocchio JJ. The effects of absence culture on individual absence. *Hum Relat* 1994;47:243-62.
14. Mastekaasa A. Sykefraværsutviklingen i Norge og Sverige. *Søkelys på arbeidsmarkedet* 1999;16:211-17.
15. Nicholson N, Brown C, Chadwick-Jones J. Absence from work and job satisfaction. *J Appl Psychol* 1976;61:728-37.
16. Nicholson N, Johns G. The absence culture and the psychological contract: Who's in control of absence? *Acad Manage Rev* 1985;10:397-407.
17. Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med* 1997;45:1111-20.
18. Ruhm CJ. Good times make you sick. *J Health Econ* 2003;22:637-58.
19. Siegrist J, Klein D, Voigt KH. Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand Suppl* 1997;640:112-6.

20. Statens offentliga utredningar, SOU. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2002:5.
21. Steers RM, Rhodes SR. Major Influences on employee attendance – a process Model. *J Appl Psychol* 1978;63:391-407.
22. Steers RM, Rhodes SR. Knowledge and speculation about absenteeism. Absenteeism: New Approaches to Understanding, Measuring, and Managing Employee Absence. Goodman, PS and Atkin, RS. San Francisco, Jossey-Bass. 1984;229-75.
23. Vogel J, Diderichsen F, Kindlund H. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989. Rapport nr 78. Stockholm: Statistiska Centralbyrån. 1992.

4. Metodologiska aspekter i forskning om sjukfrånvaro

Inledning

Några utmärkande drag för forskningen om sjukfrånvaro och förtidspension är att den empiriska forskningen bedrivs inom många olika discipliner med varierande studiedesign, att utvecklingen av teoribildningen varit långsam och svag, att mängden utfallsmått är stor, att variationer i terminologi är stora samt att svårigheter föreligger för jämförande forskning då försäkringsbestämmelserna skiftar över tid liksom mellan nationer och arbetsgivare.

Innebörden i begreppen

Definitioner och andra avgränsningar av begrepp har diskuterats i Kapitel 1. Det finns ändå anledning att också i detta metodkapitel påpeka komplexiteten i de fenomen, som vi studerar. De reflekterar flera dimensioner och det är flera faktorer som påverkar såväl hälsa och ohälsa som frånvaro och närvaro. Sjukfrånvaro och förtidspension är vidare fenomen som är processer i tiden både i form av kalenderdagar och i form av klocktid över dygnet [2,10,20]. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan också beskrivas som ett sammanhängande utvecklingsförlopp (kontinuum) av pågående intentioner, aktioner och relationer mellan (och inom) berörda individer dvs den sjukskrivne, anhöriga, arbetsgivare eller verksamma inom hälso- och sjukvård eller olika försäkringssystem [11].

Några av de mest basala dimensionerna i sjukskrivningsprocessen kan med en förenklad modell beskrivas på följande sätt:



Figur 4.1 Modell över basala dimensioner i sjukskrivningsprocessen.

Det hälsomässiga rekvisitet "nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom" är flerdimensionellt. Sjukdom och nedsatt arbetsförmåga är relaterade men inte identiska. Emellertid finns det få studier som inkluderat skattning av både sjukdom och arbetsförmåga. Inom bl a arbetsterapeutisk forskning har man utvecklat instrument, som mäter funktions- och arbetsförmåga, men vanligen är de utvecklade i patientgrupper, där graden av nedsatt arbetsförmåga är mycket mer omfattande än i en genomsnittlig sjukskrivningsgrupp [9,14]. När det gäller arbetsförmågebedömning behövs metodutveckling med en tvärvetenskaplig ansats.

I det svenska försäkringssystemet kan vidare en person vara sjukskriven för att delta i rehabilitering, arbetsträning och utbildning utan att arbetsförmågan är nedsatt pga sjukdom i den omfattning som krävs för sjukskrivning på heltid. Utformningen av olika länders och arbetsgivares regelverk med avseende på t ex föräldraledighet och semester påverkar troligen arbetstagares sjukfrånvaro (och vice versa). För mer detaljerade beskrivningar av olika typer av frånvaro från arbetet och deras inbördes samband hänvisas till Tellnes [20] och Alexanderson [2].

Olika sätt att mäta sjukfrånvaro och förtidspension

Flera forskare har vid olika tidpunkter gjort litteraturöversikter [8,12, 16,21] över vilka olika mått som används inom forskningen om sjukfrånvaro. Alla kommer till samma slutsats: antalet mått är mycket stort, redan på 1960-talet förekom över 40 olika mått i litteraturen [20]. Fördelen med detta är de stora möjligheterna till olika typer av analyser, vilka i sig speglar olika dimensioner av sjukfrånvaro. Nackdelen är svårigheten att jämföra mellan olika studier och sett ur det perspektivet skulle forskningsområdet vinna på en ökad enhetlighet i använda mått. Utöver antalet mått finns det också ett stort antal benämningar på samma mått [12]. De enheter som varierar i måtten är sjukfall, tid och person. I den följande listan ges exempel på hur sjukfrånvaro kan kvantifieras med utgångspunkt i dessa enheter.

Sjukfall:

- nya/pågående/avslutade
- olika längd
- olika nivåer (hel- eller deltid)
- olika typer (sjukskrivning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension)
- olika diagnoser.

Tid:

- dagar
 - kalenderdagar/arbetsdagar
 - hela eller delar av dagen
 - ersatta dagar
 - frånvarande dagar
- timmar
 - antal frånvarotimmar inom arbetstiden
 - andel av totala arbetstiden någon är frånvarande.

Person:

- antal sjukskrivna
 - totalt eller uppdelat på heltid respektive deltid
- andel sjukskrivna
 - totalt eller uppdelat på heltid respektive deltid.

Enheterna kan kombineras med varandra på flera olika sätt. Sjukfall/person är ett av de vanligaste måtten tillsammans med sjukdagar/ (sjukskriven) person vanligen uttryckt som någon form av medelvärde. Mått där personer är enheten i täljaren har varit mindre vanligt, vilket möjligen kan bero på att mycket av forskningen har varit kopplad till arbetslivet och till frågeställningar om kostnader och produktionsbortfall snarare än till den sjukskrivnes hälsa och livskvalitet. I medicinsk forskning om sjukfrånvaro och förtidspension använder många forskare epidemiologiska mått. Därmed har också frågan om vilken nämnare som används lyfts fram. Nämnaren reflekterar ju studiebasen och påverkar i hög grad utfallet. Centralt är t ex att de personer som finns i nämnaren faktiskt också är "at risk", dvs utgör en del av den population som kan bli sjukskriven. Tyvärr är det vidare inte ovanligt att beskrivningen av hur utfallsmåttet kvantifierats är mycket summarisk och ofullständig – också i studier av i övrigt god kvalitet. Ofta har måtten som använts varit baserade på administrativa rutiner snarare än teoretiska överväganden. Det är viktigt att ta ställning till vilket mått som ska användas, då olika mått kan ge olika resultat.

Innebörden i olika mått har diskuterats men utgör ett av flera områden där det både behövs en teoriutveckling och empiriska studier. Ofta har sjukskrivningens varaktighet ansetts spegla tillståndets svårighetsgrad – åtminstone om man utgår från val av termer. "Severity rate" är ett exempel på en benämning av medelantalet sjukdagar/person eller annat mått på varaktighet. Det är ovanligt att begreppen definieras annat än operationellt [12]. Varaktigheten har emellertid inte alltid kvantifierats på ett logiskt sätt i förhållande till detta synsätt. Ibland har man helt enkelt lagt ihop antalet sjukdagar under ett år utan hänsyn till om dessa sjukdagar kommit under ett enda långt sjukfall eller under ett antal korta sjukfall. Är det "allvarligare" att vara sjukskriven sex månader i sträck eller varannan månad under ett år? Är det "allvarligare" att vara deltidssjukskriven under ett år än helt sjukskriven under en månad?

En annan metoduspekt rör hur frånvaroperioder av andra skäl än sjukfrånvaro hanteras. Det kan gälla semester, långledighet av andra skäl, större helger eller att någon är tjänstledig under en eftermiddag för studier. I Sverige har vi ju rätt att vara sjukskrivna också under föräldraledighet och semester men risken att bli sjukskriven är antagligen lägre.

Valet av mått ska naturligtvis bero på frågeställningen, men troligen kommer vi under ytterligare ett antal år att behöva göra studier där vi använder flera olika mått och ställer dem i relation till olika instrument och frågeställningar för att nå ökad insikt om innebörden i och tolkningen av dem.

Tidsbegreppet är en intressant del av sjukfrånvaroforskningen och huvuddelen av all forskning inom området har varit fokuserat på hur länge en person är borta från jobbet eller hur många timmar arbetsgivaren förlorar i produktionen pga frånvaron. Ett annat sätt att närma sig forskningsområdet är att fråga sig hur lång tid det tar att komma tillbaka i arbete efter en sjukdom eller hur lång tid en individ är i arbete mellan olika sjukfall. Om forskningens fokus är ”återgång i arbete” ökar betydelsen av att studera behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Vidare är det väsentligt att skilja på riskfaktorer för sjukskrivning bland personer i befolkningen (bland alla, bland ett urval av personer anställda på vissa ställen eller bland personer som tillhör visst försäkringsbolag), bland patienter (t ex från vissa kliniker) respektive bland personer som redan är sjukskrivna (t ex en viss längd, med en viss diagnos, under en viss tid). Alla dessa tre typer av studier förekommer, och då selektionen in i respektive grupp skiljer sig mycket åt är det avgörande att beakta när mer generella slutsatser av resultaten ska dras.

Att mäta sjuknärvaro

I amerikanska studier av sambandet mellan depression/emotionella problem och arbetslivsrelaterade konsekvenser, förekommer det att man mäter sjuknärvaro, eller snarare sjuknärvarons konsekvenser, genom att fråga om individen har presterat sämre på jobbet pga ohälsa [4]. Ett annat sätt att mäta sjuknärvaro är att fråga individen om hon/han vid något tillfälle har gått till jobbet trots att man känt att man med tanke på sitt hälsotillstånd egentligen borde ha varit sjukskriven (se vidare Kapitel 10) [3]. Sjuknärvarons konsekvenser i form av nedsatt arbetsförmåga kan också skattas/observeras av arbetsledare, medarbetare eller andra observatörer samt genom ”objektiva” mått på produktivitet i de yrken där sådana finns. Detta är emellertid ett område där det fortfarande finns mycket lite forskning, vilket också innebär att metodutvecklingen ännu är obetydlig.

Validitet

Insamling av sjukfrånvaro- och förtidspensionsdata kan ske genom självrapportering eller via register hos arbetsgivare, försäkringsbolag eller offentliga försäkringskassor. I de nordiska länderna har tillgången till register bidragit till något högre validitet med avseende på sjukfrånvaro- och förtidspensionsdata i jämförelse t ex med studier av självskattad sjukfrånvaro. Emellertid finns det begränsningar, t ex när det gäller information om sjukfrånvaro i olika diagnosgrupper; i Sverige måste då en särskild datainsamling ske manuellt i försäkringskassans arkiv eftersom kassan hittills inte har fått lagra information om diagnos på datormedium. Denna manuella datainsamling är mycket tidskrävande och bidrar till ökade kostnader i forskningsprojekt kring sjukfrånvaro i olika diagnoser. I sådana studier är frågan om validitet än mer problematisk eftersom den både gäller sjukfrånvarons omfattning och dess diagnos.

Ett fåtal studier har gjorts av kvaliteten i självrapporterad sjukfrånvaro i jämförelse med registerbaserad insamling [1,6,7,17,19,22]. Revicki et al [17] fann en god överensstämmelse mellan självrapporterade uppgifter om sjukdagar och arbetsgivarens register. Studien baserades i en grupp med hög utbildning och låg sjukfrånvaro, vilket enligt författarna kan ha påverkat resultaten. Agius et al [1], Burdorf et al [6] och Fredriksson et al [7] studerade överensstämmelsen mellan självrapporterad sjukfrånvaro för ryggsmärtor (via enkäter) och arbetsgivarens register. I de tre studierna fann man en hög specificitet medan sensitiviteten var lägre, vilket delvis berodde på studieperiodens längd. Severens et al [19] testade överensstämmelsen mellan enkätsvar om sjukfrånvaro och arbetsgivarens register. De fann att självrapporterade data hade relativt hög tillförlitlighet, men att precisionen var lägre för sjukperioder som låg längre bort i tiden. De föreslår att man sätter en gräns vid två månader för självrapporterad sjukfrånvaro. van Poppel et al [22] använde återkommande enkäter (varje månad under sex månader och två enkäter per tremånadersperiod under de nästföljande sex månaderna) för att studera självrapporterad sjukfrånvaro. De fann överlag en låg överensstämmelse mellan den självrapporterade sjukfrånvaron och arbetsgivarens register med avseende på såväl antal sjukfall som sjukfallens längd. De rekommenderar därmed att man i första hand väljer register där det finns sådana att tillgå – och där dessa håller god kvalitet!

Mer kunskap behövs om betydelsen av att använda olika typer av data, och om kvaliteten på data från olika typer av register.

Att mäta exponering

I inledningen av kapitlet konstaterades att det finns många olika orsaker som var för sig eller i interaktion leder fram till sjukfrånvaro. Dessa faktorer finns på olika strukturella nivåer i samhället, hos individen, i familjen, på arbetsplatsen, på bostadsorten liksom i samhället i stort (Kapitel 1 och Tabell 1 i Sammanfattningen).

I sjukfrånvaroforskning, som inte enbart har en deskriptiv ansats, finns problemen med att definiera, operationalisera och skatta exponering för faktorer av mycket olika slag. Inte minst pga detta är det viktigt att forskning om sjukfrånvaro och förtidspension har en tvärvetenskaplig ansats. Det finns också svårigheter i att uppnå kontrasterande exponering i sådan grad att jämförelse mellan grupper är möjlig respektive meningsfull.

Andra metodproblem berör sådant som forskare inom alla discipliner med kvantitativa ansatser måste hantera. Selektionsprocesser är ett av de viktigaste. I princip kan selektion verka på flera sätt. Hälsomässig selektion innebär att friska personer söker sig till fysiskt och/eller psykiskt krävande arbeten. De har en större möjlighet att arbeta och att stanna kvar i motsvarande krävande arbeten. Vid en sådan situation underskattar man sambanden mellan en viss typ av arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Vi har en motsatt hälsoselektion om friska personer söker sig från en dålig arbetsmiljö. I det fallet riskerar vi att överskatta sambanden mellan arbetsmiljön och sjukfrånvaro pga de som arbetar i miljön har en generellt sämre hälsa än befolkningen i stort. I en studie av sjukskrivna personer med psykiatrisk diagnos fann man en högre andel sjukskrivna bland männen som arbetade i extremt kvinnodominerade yrkesgrupper än bland kvinnorna i de yrkesgrupperna [13]. Ett av de yrken som var extremt kvinnodominerat var sekreterare. Frågan är då om de manliga sekreterarna var exponerade för en psykisk arbetsmiljöbelastning pga att de tillhörde könet i minoritet eller om de sökt sig till sekreteraryrket av hälsoskäl? I det här fallet talar en del för det senare dvs en negativ hälsoselektion då en studie visat att män som söker sig till sekreteraryrket redan vid mönstring hade en sämre hälsa [23]. Selektionsprocesser kan

röra andra faktorer än hälsa såsom ålder, livsstil eller andra aspekter som påverkar en persons sjukfrånvaro.

Ett annat centralt metodproblem är ”confounding”, som innebär att en eller flera faktorer samvarierar både med den exponering man är intresserad av och med utfallsmåttet [18]. Ålder är en vanlig ”confounder”, som bör hållas under kontroll i studier av sjukfrånvaro där flera åldersgrupper ingår och där forskaren är intresserad av någon annan exponering i t ex arbetsmiljön. I många studier har man inte kontrollerat för confounders, vilka det sedan länge är känt att samvarierar med sjukfrånvaro/förtidspension. De viktigaste av dessa är ålder, kön och yrke/socioekonomisk position. Detta gäller i hög grad äldre studier, men också i nyare studier saknas detta ibland, vilket försämrar kvaliteten på en i övrigt god studie.

En annan viktig fråga gäller en studies generaliserbarhet. Den sammanhänger med det studerade urvalets statistiska representativitet i förhållande till den totalpopulation från vilket urvalet är draget. Selektion är en viktig faktor också när det gäller vilka individer som väljer att delta respektive inte delta i en vetenskaplig studie. Exempelvis kan personer som varit sjukskrivna vara mer angelägna om att besvara en enkät om arbetsförhållanden än de som inte varit sjukskrivna. Eftersom sjukfrånvaron är högre i vissa yrken kan en sådan selektion medföra att andelen i dessa yrken är högre i det studerade urvalet än i den totalpopulation från vilket man dragit urvalet. Urvalet är därmed inte statistiskt representativt och generaliserbarheten minskar. Andra faktorer, som regelverket inom sjukförsäkringen eller arbetslivet generellt i det land där studien gjorts, påverkar också generaliserbarheten av fynden.

Ytterligare metodproblem är ”recall bias” (minnesfel) dvs systematiska fel som beror på skillnader i hur noga och fullständigt man minns händelser eller andra exponeringar.

Vidare är sjukfrånvarodata inte normalfördelad. De vanligaste statistiska metoderna förutsätter normalfördelning, medan sjukfrånvarodata är mycket kraftigt snedfördelad. De allra flesta i en population har ingen eller mycket lite sjukfrånvaro, medan ett fåtal svarar för den långa sjukfrånvaron. Det här problemet kan man hantera genom att stratifiera populationen i olika grupper med avseende på hur mycket sjukfrånvaro

man haft. Det sättet fungerar bra i stora material men i små material blir det vanligen för låga antal i de olika grupperna. Vissa statistiska analyser som Poissonregression har använts eftersom den inte förutsätter normalfördelning [15].

Flertalet epidemiologiska modeller och statistiska metoder är utvecklade för att studera nyinsjuknande respektive ett enstaka utfall. Sjukfall kan dock vara återkommande händelser för en person. I likhet med en rad sjukdomar och ohälsoproblem kan sjukfrånvaro upprepas dvs en individ kan under en studieperiod vara sjukskriven mer än vid ett tillfälle [5].

Slutsatser om huruvida en faktor verkligen orsakat sjukfrånvaron eller inte, är mycket svåra att dra och kan bara göras i experimentella situationer eller longitudinella studier där man följer enskilda individer. Dessutom krävs att man har god kontroll på confounders och övriga metodproblem.

Avslutning

Avsikten med det här kapitlet har varit att göra en översiktlig genomgång av några metodproblem i forskning om sjukfrånvaro och förtidspension. Väsentligen gäller de beskrivna problemen oavsett om utfallsmåttet är sjukfrånvaro eller förtidspension. Generellt sett behövs det också en metodutveckling inom forskningsområdet, kanske framför allt för att kunna göra jämförande studier. Skillnader i regelverk över tid och mellan länder och företag, och olika traditioner i metodanvändning mellan skilda vetenskapliga discipliner, innebär särskilda utmaningar i framtida forskning.

Referenser

1. Agius RM, Lloyd MH, Campbell S, Hutchison P, Seaton A, Soutar CA. Questionnaire for the identification of back pain for epidemiological purposes. *Occup Environ Med* 1994;51:756-60.
2. Alexanderson K. Sickness absence with special reference to age, occupation, gender, sex-integration and pregnancy: Linköping university, nr 734; 1995.
3. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:502-9.
4. Birnbaum H, Cremieux P, Greenberg P, Kessler R. Management of major depression in the workplace – Impact on employee work loss. *Disease Management & Health Outcomes* 2000;7:163-71.
5. Borg K. Sickness Absence with Musculoskeletal Diagnoses – An Eleven-Year Follow-Up of Young Persons. Linköping: Linköping University; 2003.
6. Burdorf A, Post W, Bruggeling T. Reliability of a questionnaire on sickness absence with specific attention to absence due to back pain and respiratory complaints. *Occup Environ Med* 1996; 53:58-62.
7. Fredriksson K, Toomingas A, Torgen M, Thorbjornsson CB, Kilbom Å. Validity and reliability of self-reported retrospectively collected data on sick leave related to musculoskeletal diseases. *Scand J of Occup Ther* 1998;24:425-31.
8. Gaudet F. Solving the problems of employee absence. New York: AMA; 1963.
9. Haglund L, Karlsson G, Kielhofner G, Lai J. Validity of the Swedish Version of the Worker Role Interview. *Scand J of Occup Ther* 1997;4:23-29.
10. Hensing G. Sickness absence and psychiatric disorder – epidemiological findings and methodological considerations: Linköping University; 1997.
11. Hensing G. Bedömning av arbetsförmåga – ett dilemma för rehabiliteringsaktörerna. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1998.
12. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med* 1998;26:133-44.
13. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:39-43.
14. Kielhofner G, Lai J, Olson L, Haglund L, Ekbladh E, Hedlund M. Psychometric properties of the work environment impact scale: a cross-cultural study. *Work* 1999;12:71-77.
15. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:124-30.
16. Muchinsky P. Employee Absenteeism: A Review of the Literature. *J Vocat Behav* 1977;316-40.

17. Revicki D, Irwin D, Reblando J, Simon G. The accuracy of self-reported disability days. *Med Care* 1994;32:401-4.
18. Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
19. Severens J, Mulder J, Laheij R, Verbeek A. Precision and accuracy in measuring absence from work as a basis for calculating productivity costs in The Netherlands. *Soc Sci Med* 2000;51:243-9.
20. Tellnes G. Sicknes Certification-an Epidemiological Study Related to Community Medicine and General Practice: University of Oslo; 1990.
21. Tellnes G, Bjerkedal T. Epidemiology of Sicknes Certification. *Scand J Soc Med* 1989;17:245-51.
22. van Poppel M, de Vet H, Koes B, Smid T, Bouter L. Measuring sick leave: a comparison of selfreported data on sick leave and data from company records. *Occup Med* 2002;52:485-90.
23. Östlin P, Alfredsson L, Hammar N, Reuterwall C. Myocardial infarction in male and female dominated occupations. *Occup Environ Med* 1998;55:642-44.

5. Riskfaktorer för sjukskrivning – generella studier

Sammanfattning

- Det finns omfattande underlag från offentlig statistik och deskriptiva studier om sambandet mellan olika sociodemografiska bakgrundsfaktorer och sjukfrånvaro. Det gäller ålder, kön, bostadsort och socialgrupp. Dock finns mycket få studier som analyserat dessa bakgrundsfaktorer på ett mer ingående sätt och vetenskaplig evidens, i egentlig mening, för ett kausalsamband mellan dessa faktorer och sjukskrivning saknas således.
- När det gäller familjeförhållanden fann vi ingen evidens för att civilstånd och hemmavarande barn har samband med sjukfrånvaro, däremot en begränsad evidens för effekten av skilsmässa.
- När det gäller förhållanden i arbetslivet fann vi begränsad evidens för effekten av fysiskt påfrestande arbete, och måttlig evidens för låg psykologisk kontroll över arbetssituationen.
- Vad gäller samhällsstrukturrella förhållanden fann vi begränsad evidens för samvariation i tid mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro, men vetenskapligt underlag om orsakerna till sambandet saknas i stort sett. Vi fann måttlig evidens för att omfattningen av sjukfrånvaro påverkas av socialförsäkringssystemens utformning, men det finns ingen evidensbaserad kunskap om hur stora förändringar som krävs för att sjukförsäkringsmönstret ska påverkas.
- Väsentligen samma resultat gäller för förtidspension, även om antalet studier är litet. Dock fann vi här måttlig evidens för effekten av socialgrupp, som delvis kunde förklaras av förhållanden i barndomen.

Inledning

Syftet med detta kapitel är att gå igenom vilka faktorer som påverkar förekomst av sjukskrivning och förtidspension generellt, dvs oavsett diagnos eller bakomliggande sjukdom.

Sökning har gjorts enligt vad som beskrivits i Kapitel 2, och söktermerna har här varit mycket breda, dvs sjukskrivning och dess bestämningsfaktorer. De artiklar vi funnit som speciellt berört en viss sjukdom eller en viss typ av behandling har uteslutits eller hänförts till annan arbetsgrupp som arbetat med det tillståndet.

Totalt har cirka 600 publikationer identifierats. Vi har gått igenom dessa översiktligt för att bedöma vilka som är relevanta för uppdraget och vilka huvudsakliga områden dessa har behandlat. Sammanlagt 188 publikationer bedömdes som relevanta. Vi har indelat sammanställningen i teman dels utifrån vilka områden vi funnit det logiskt att omnämna (exempelvis demografiska faktorer, arbetslivsförhållanden) och dels utifrån vilka teman som har varit särskilt framträdande i forskningen (exempelvis fysisk och psykisk arbetsmiljö, hälsofrämjande interventioner). Det innebär att vissa artiklar som behandlat riskfaktorer för sjukskrivning, men som fallit utanför dessa områden, inte finns med i sammanställningen. Kvalitetsbedömningen av artiklarna har gjorts enligt de principer som gällt för projektet, och totalt hade 97 studier tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet, utifrån här aktuella frågeställningar, för att tas med i genomgången.

I tabellerna och evidensbedömningen har bara artiklar som bedömts ha tillräckligt god kvalitet tagits med. I vissa fall har vi dock i texten omnämnt artiklar som inte uppfyller kvalitetskriterierna, då vi velat exemplifiera vad som är gjort eller inte gjort inom de olika avsnitten.

Vårt uppdrag har varit att ge en översikt över forskningen när det gäller *orsaker* till sjukskrivning. Vi har därför generellt inte tagit med rent deskriptiva studier eller studier som bara påvisar en statistisk *samvariation* mellan sjukfrånvaro och en eller flera potentiella orsaksfaktorer. Ett undantag är forskningen om samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Orsaken är den uppmärksamhet detta område har i den offentliga debatten, samtidigt som det är en viss osäkerhet om det överhuvudtaget

är så att sjukfrånvaron tenderar att vara högst i perioder med låg arbetslöshet – oavsett vilka orsaksmekanismer som kunde leda till detta.

Kanske inte så överraskande har betydelsen av arbetsförhållanden fått mest uppmärksamhet i sjukfrånvaroforskningen. Också betydelsen av familjeförhållanden (äktenskap och barn) och livsstilsfaktorer är någorlunda väl studerat. Vi tar också upp forskning om betydelsen av sociala och demografiska bakgrundsfaktorer, av interventioner med syfte att modifiera beteende samt betydelsen av arbetslöshet liksom utformningen av försäkringssystemen, även om det inom dessa sista områden finns få studier av tillräckligt god kvalitet. Antalet studier om orsaker till förtidspension är också mycket litet.

Det stora antalet studier om betydelsen av arbetsförhållanden gör att vi här kan diskutera evidensen ganska detaljerat, inte bara när det gäller arbetsförhållanden generellt utan också när det gäller specifika aspekter på arbetsmiljön (ergonomiska förhållanden, kontroll över arbetssituationen, etc). Här utvecklar vi också diskussionen om metodproblem. På flertalet andra områden är litteraturen mindre omfattande och både diskussion och konklusioner blir mindre utförliga.

Sjukfrånvaro

Sociala och demografiska bakgrundsfaktorer

Kön, ålder, bostadsort

De klassiska demografiska faktorerna ålder, kön och bostadsort är de faktorer som vanligen nämns som viktiga determinanter till sjukfrånvaro. De anses som så centrala att de regelbundet behandlas som confounders i studier över sjukfrånvaro. Ofta presenteras också resultat könsuppdelat. I statistik och offentliga publikationer analyseras de ofta ingående, medan det finns få vetenskapliga studier som fokuserar på demografiska förhållanden.

Många av de studier vi gått igenom har redovisat statistik över sjukfrånvaro fördelat på ålder, kön och sjukskrivningsdiagnos. Eftersom inga ytterligare analyser gjorts av orsaker till sjukfrånvaro har vi inte bedömt dessa studier som relevanta för detta arbete. I regressionsanalyser där

ålderseffekten har redovisats separat, exempelvis Thomson et al [99] har denna regelmässigt varit en stark prediktor för sjukfrånvaro. Vi har inte funnit någon studie som försökt analysera ålderseffekten, exempelvis hur sjukfrånvaron beror på förändringar i fysiska och mentala förmågor eller om det förekommer direkt eller indirekt utslagning av äldre pga arbetsmarknadens krav på yngre arbetskraft. I Thomson et als studie illustreras detta problem med att det finns en effekt av anställningstid, såtillvida att längre tjänstgöringstid var korrelerat till lägre sjukfrånvaro, men de berör inte frågan om selektion till långvarig tjänst.

I ESO-studien ”Den svenska sjukan” har försök gjorts att beräkna hur stor andel av de senaste årens ökning av sjukfrånvaron i Sverige som beror på förändringar i åldersstrukturen, dvs att medelåldern i den yrkesverksamma delen av befolkningen ökat, och funnit att denna bara kan förklara drygt 5 procent av ökningen [85]. Vi har inte funnit andra studier som analyserat denna frågeställning.

Vi har funnit fem artiklar med kvalitetsmässigt hållbara studier över orsaker till könsskillnaderna, vilka redovisas i Tabell 5.1. En studie har studerat i vad mån kvinnors sjukfrånvaro beror på hemmavarande barn [111]. Baserat på en populationsstudie i landstinget Östergötland visades att skillnaderna mellan män och kvinnor i andel som haft ett sjukfall på mer än sju dagar, var mycket liten bland dem som inte hade barn. En stor del av den högre frånvaron bland kvinnor, kunde förklaras av graviditetsrelaterade diagnoser, men inte hela skillnaden. Mastekaasa fann dock utifrån data från norska riksförsäkringsverket, att föräldraskap inte hade så stor betydelse för sjukfrånvaron [66]. Bland gifta personer fann han, när det gällde diagnoser i andningsorganen, en högre incidens av sjukfrånvaro bland dem som hade barn. En högre sjukfrånvaro bland kvinnor med barn kunde dock konstateras för ensamstående, aldrig gifta kvinnor, men inte för ensamstående kvinnor som tidigare varit gifta. Vistnes [107] utnyttjade en survey till 9 598 anställda i USA för att studera könsskillnader i sjukfrånvaro och fann att närvaro av barn ökade sannolikheten att kvinnor, men inte män, var frånvarande. Män som hade barn hade dock längre sjukfrånvaro än män utan barn.

Vi återkommer mer utförligt till frågan om familjelivets betydelse i avsnittet ”Familjeförhållanden” i detta kapitel.

Man har också försökt förklara skillnader mellan kön utifrån förhållanden på arbetsplatsen liksom högre arbetsbelastning totalt (dvs både på arbetet och i hemmet). Alexanderson et al [2] fann i en populationsstudie för hela Östergötlands län att i synnerhet kvinnors sjukfrånvaro var betydligt högre på mansdominerade arbetsplatser, och att både mäns och kvinnors sjukfrånvaro var lägre på arbetsplatser med jämnare könsfördelning.

Mastekaasa et al [67] jämförde män och kvinnor inom samma yrken och på samma arbetsplatser och kunde konstatera att kvinnors högre sjukfrånvaro inte kunde förklaras av att dessa arbetade på mindre hälsosamma arbetsplatser.

När det gäller bostadsort finns också här rikligt med information i offentlig statistik. Eftersom förekomsten av sjukfrånvaro bl a beror på förhållanden på arbetsmarknaden blir den också beroende av hur arbetsmarknaden ser ut i olika länder och regioner. Regelmässigt finner man i offentlig statistik, redovisat bl a i utredningarna ”Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen SOU 2000:121” [96] och ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. SOU 2002:5” [97] högre förekomst av såväl sjukskrivning som förtidspension i glesbygd. Vanligen hänför man det till svagare arbetsmarknad samt selektion av personer med arbets hinder i glesbygd (friska, mer aktiva personer skulle ha större tendens att flytta), men vi har inte funnit några vetenskapliga studier som mer i detalj analyserat detta och andra effekter av bostadsort.

Sammanfattningsvis har demografiska förhållanden, som ålder och kön, regelmässigt tagits med i studier över sjukfrånvaro, och regelmässigt har man funnit högre sjukskrivning bland kvinnor och i högre åldrar. Dock har ytterst få studier försökt att gå ett steg längre och förklara dessa samband. Vidare finns mycket lite forskning om effekten av bostadsort, trots att sjukskrivningsförekomst varierar mycket starkt över landet.

Evidens

Att kön, ålder och bostadsort i sig har starkt samband med sjukfrånvaro är otvetydigt. Det finns dock ingen evidensbaserad kunskap om mekanismerna för dessa samband.

Familjeförhållanden

Vi har funnit 14 studier vilka har sambandet mellan familjeförhållanden och sjukfrånvaro som en central problemställning. Elva av dessa uppfyller kvalitetskraven [7,15,28,35,41,49,62,65,66,107,111] (Tabell 5.2).

I ett större antal studier kontrolleras för äktenskap och antal hemmavarande barn i analys av andra problemställningar men vanligen ges ingen detaljerad beskrivning av resultat som gäller familjeförhållanden. Då de fokuserar på andra problemområden är de metodologiskt heller inte upplagda för att belysa effekter av familjeförhållanden. Eftersom familjeförhållanden varierar starkt med ålder är ett minimikrav att man kontrollerar för ålder i studier av sambandet mellan familjeförhållanden och sjukfrånvaro. Av dessa skäl har vi utöver ovan citerade studier bara tagit med en där familjestatus används som kontrollvariabel [88] (Tabell 5.2).

Av de sammanlagt tolv inkluderade studierna innehåller åtta information om sambandet mellan civilstånd och sjukfrånvaro [7,15,35,49,62,65,88,107] och fyra om betydelsen av skilsmässa eller andra förändringar i äktenskapsstatus [15,28,41,62]. Åtta studier berör sambandet mellan ansvar för barn och sjukfrånvaro [7,15,35,62,65,66,107,111].

Utöver dessa studier finns det några enstaka studier som tar upp andra teman som hänger samman med familjeförhållanden och sjukfrånvaro. Hensing et al [45] har analyserat betydelsen av våld och övergrepp i hemmet mot kvinnor och finner samband med sjukfrånvaro. Forthofer et al [33] analyserade betydelsen av upplevda problem i äktenskapet, och samband med sjukfrånvaro för män som varit gifta mindre än tio år. Eftersom dessa är de enda studierna inom dessa områden går det inte att skapa någon stabil grund för evidens och vi har inte analyserat dessa områden vidare.

Civilstånd

Bara en studie har använt en detaljerad indelning i ogifta eller aldrig gifta, gifta, skilda, separerade och änkor/änklingar [107], medan två slår samman frånskilda och separerade [49,88]. I Leigh [62] har änkor/änklingar slagits samman med frånskilda medan Bratberg et al [15] och Mastekaasa [65] bara skiljer mellan gifta å ena sidan och alla övriga å andra sidan.

Idealt skulle man kunna önska att sammanboende (icke gifta) behandlades som en egen kategori. Inte i någon av studierna har detta gjorts, i flera fall sannolikt pga bristande upplysningar om samboförhållanden eller få personer. De samboende har slagits ihop med gifta [7,65,88] och med icke gifta [15]. Det framgår inte helt klart hur samboende har placerats i de fyra övriga studierna [35,49,62,107], men personerna är sannolikt kategoriserade utifrån sin formella ställning som ogift, skild eller änka/änkling.

Resultaten är allmänt sett varierande. När det gäller studierna som har analyserat detaljerade kategorier av civilstånd fann Isacson et al [49] mycket högre frånvaro bland frånskilda/separerade och änkor/änklingar än bland gifta. Också ogifta (aldrig gifta) ligger högre än gifta. Leigh fick liknande resultat för en sammansatt kategori av tidigare gifta (frånskilda och änkor/änklingar) [62]. Rael et al [88] fann också hög sjukfrånvaro bland frånskilda män men däremot inte bland frånskilda kvinnor eller bland änkor. Ogifta män har något högre korttidsfrånvaro än gifta men lägre långtidsfrånvaro än gifta. Vistnes [107] fann ingen tendens till högre frånvaro bland separerade, frånskilda och änkor/änklingar. I den studien är det däremot gifta män som till viss grad skiljer ut sig med högre frånvaro.

När det gäller jämförelse av gifta å ena sidan och övriga kategorier å den andra fann följande studier [7,15,35] något lägre frånvaro bland gifta. Detta är samstämmigt med resultaten från Isacson [49] och Leigh [62], men inte med Rael et al [88] och Vistnes [107]. Mastekaasa [65] fann något högre sjukfrånvaro bland ogifta än bland gifta män.

Förändringar i civilstånd

Hallberg [41] studerade specifikt effekten av skilsmässa, medan Eriksen [28] studerade separation, skilsmässa och upphörande av samboende. Bägge dessa studier fann relativt tydliga samband med sjukfrånvaro. Leigh [62] fann att de som hade genomgått skilsmässa det senaste året hade betydligt högre frånvaro än andra. I Leighs studie var effekten av förlust av äkta make/maka pga död ännu starkare. Bratberg [15] skilde inte mellan skilsmässa och förlust pga dödsfall men fann att de som hade upplevt något av detta hade högre sjukfrånvaro. De få studier som har studerat skilsmässa ger alltså ett entydigt resultat om samband mellan skilsmässa och ökad sjukfrånvaro.

Hemmavarande barn

TVå av de åtta studierna inom detta område kommer från USA [62,107]. Båge fann att sjukfrånvaro bland kvinnor som hade egna barn var högre medan så inte var fallet bland män. En svensk studie fann en stark tendens till högre frånvaroincidens i fall överstigande sju dagar bland kvinnor som har egna barn under tio år men däremot ingen effekt av barn när det gäller män, dvs ett resultat som sammanföll med de amerikanska studierna [111]. En annan svensk studie fann samma tendens för frånvaro över sju dagar men en motsatt tendens för kort frånvaro [7].

En dansk studie fann också högre frånvaro bland kvinnor med barn men effekten förefaller vara begränsad till ogifta kvinnor [35]. Till skillnad från de två ovannämnda svenska studierna var tendensen till högre frånvaro hos kvinnor som hade barn starkast för korttidsfrånvaro.

De tre övriga studierna är norska. Liksom ovan nämnda studier fann Bratberg et al [15] ett samband mellan antal barn och kvinnors sjukfrånvaro, men bara när de utnyttjade en metod som statistiskt korrigerar för selektion av kvinnor till yrkesaktivitet. Vi kommer tillbaka till denna metod nedan. Utan denna korrektion fann Bratberg et al [15] ett svagt negativt samband, dvs att frånvaron sjunker med antal barn. Resultaten är alltså starkt annorlunda än de man fann vid den svenska och de två amerikanske studierna (där man inte korrigerade för selektion).

Mastekaasa [65,66] korrigerade heller inte för selektion. Mastekaasa [65] fann en svag tendens till att gifta av båge kön med barn hade lägre frånvaroincidens än gifta utan barn. Mastekaasa [66] fann generellt ett svagt samband mellan egna barn (antal och ålder) och sjukfrånvaro bland gifta kvinnor och gifta män när man bortser från kvinnors frånvaro det året de födde barn och året efter. Resultaten från Bratberg et al [15] och Mastekaasa är alltså samstämmiga: små eller negativa samband mellan antal barn och sjukfrånvaro bland gifta kvinnor när man inte korrigerar för selektion. När det gäller ensamstående ogifta kvinnor fann Mastekaasa [66] ett positivt samband mellan barn och sjukfrånvaro.

Resultaten när det gäller hemmavarande barn är alltså varierande. De två amerikanska, de två svenska och den danska studien fann att kvinnor med barn hade klart högre sjukfrånvaro än kvinnor utan barn, i vart fall när det gäller längre frånvaro, medan de tre norska studierna inte fann något sådant sammanhang. Resultaten är också varierande när det gäller frågan om det är längre eller kortare frånvaro som har starkast samband med att ha hemmavarande barn. Antalet studier från varje land är emellertid för litet för att man ska kunna dra slutsatser om skillnader mellan länder.

Metodproblem

Det otvetydigt största problemet när det gäller sambandet mellan familjeförhållanden och sjukfrånvaro är bakomliggande faktorer, som påverkar både familjeförhållanden och frånvaro, samt selektion. Om vi tar exemplet skilsmässa kan det faktum att de som genomgått skilsmässa under ett visst år har högre sjukfrånvaro samma år både förklaras av att själva skilsmässan har en effekt på sjukfrånvaron, men det kan också förklaras av en bakomliggande faktor som både har bidragit till hög frånvaro och sannolikhet för skilsmässa. Sådana bakomliggande faktorer kan vara antingen temporära, såsom arbetslöshet, eller långvariga, såsom personlighetsegenskaper, sjukdom eller missbruksproblem.

Ingen av studierna om skilsmässa har kontrollerats för sådan selektion. Hallberg [41] har sannolikt den bästa designen. Här har man information om sjukfrånvaro två år före skilsmässan och flera år efter. Svagheten med denna studie är framför allt att det är ett litet antal personer som ingår och därmed svag precision. I de andra studierna är tidsföljden mellan skilsmässa och sjukfrånvaro, dvs mellan exponering och utfall, oklar.

Selektion är också ett potentiellt stort problem i studier av effekter av civilstånd, snarare än övergång mellan tillstånden att vara gift, ogift, etc. En omfattande litteratur har tagit upp frågan om positiv selektion till äktenskapet av hänsyn till personlighet, hälsa osv. På samma sätt kan det vara en motsvarande negativ selektion till separation och skilsmässa. Det är också sannolikt att det kan vara en negativ selektion till tillståndet av att vara änka eller änking eftersom äktenskapspartners ofta har gemensamma karakteristika som påverkar sjukfrånvaron, exempelvis rökning, alkoholkonsumtion eller andra livsvillkors- och livsstilsfaktorer. Ingen av studierna har kontrollerat för sådana problem.

Selektionsproblem har diskuterats mycket i samband med eventuella effekter av hemmavarande barn. En typ av selektion är att personer (framför allt kvinnor) med relativt svag hälsa eller andra egenskaper som bidrar till hög sjukfrånvaro, i högre grad än andra väljer att inte vara i yrkeslivet eller att minska arbetstiden när de får barn. Det förekommer således en selektion ut ur arbetskraften bland personer som annars skulle ha ökad sjukfrånvaro som en effekt av att de fick barn. En annan typ av selektion är att de med störst risk för sjukfrånvaro avstår från att få barn eller får färre barn än andra. Dessa selektionsprocesser varierar dessutom mellan länder och över tid. I de skandinaviska länderna är förvärvsfrekvensen bland kvinnor med små barn hög, och det kan bidra till högre sjukfrånvaro i den gruppen än i länder där det är mer vanligt att kvinnor med små barn lämnar yrkeslivet för kortare eller längre tid.

Problemet med kvinnors selektion ut och in i yrkeslivet i samband med barn har studerats av Bratberg et al [15]. I den studien försökte man att korrigera för selektionen. Både ansatser och resultat är intressanta men förenade med betydande osäkerhet. Korrektion för selektion förutsätter nämligen att man a priori kan identifiera några variabler som påverkar om man är yrkesaktiv eller inte men som inte har en effekt på frånvaron utöver den effekt som går via förvärvsarbete. I Bratberg et al [15] är det tre variabler som har givits en sådan roll, nämligen typ av utbildning, partners inkomst och egna intjänade pensionspoäng. Valet av dessa variabler är inte klargjort och heller inte diskuterat i artikeln. Det kan t ex tänkas att äkta makes inkomst bidrar positivt till hälsotillstånd också för andra hushållsmedlemmar.

Ett särskilt problem i samband med skilsmässa är att själva den formella skilsmässan bara är ett stadium i en längre process och ofta inträder efter en period med problem i äktenskapet. Det är då svårt att skilja effekterna av dessa från varandra. Vid en viss nivå av problem i äktenskapet kan det t o m tänkas att frånvaron skulle vara högre om äktenskapet inte hade blivit upplöst. Något av detsamma kan tänkas i samband med förlust pga dödsfall. Innan dödsfallet kan det ha varit en period med sjukdom hos maken/makan som i sig själv har negativa konsekvenser för en persons hälsa.

En särskild fråga som ovannämnda studier väcker är varför betydelsen av hemmavarande barn verkar vara så olika i Norge och Sverige. Till viss del är skillnaden nog bara ytlig. Åkerlind et al [111] fann en sådan effekt framför allt bland unga kvinnor medan de norska studierna inte studerade separata åldersgrupper. Samtidigt skilde studien inte mellan gifta/samboende och ensamstående mödrar. Särskilt bland de yngsta kvinnorna är det sannolikt en stor andel ensamstående, och bland dessa finner man också i Norge ett positivt samband mellan hemmavarande barn och sjukfrånvaro. Frosts et al [35] undersökning visade också att barn framför allt har betydelse för frånvaro bland ogifta kvinnor. Blank et al [7] kontrollerade för civilstånd men redovisade inte om effekten var annorlunda bland gifta och ogifta.

I de svenska studierna [7,111] är det en klar tendens till mindre korttidsfrånvaro hos kvinnor med barn. Björklund [6] tolkar detta som ett resultat av att man i Sverige har gynnsamma regler för frånvaro för sjukt barn. Det finns dock ingen empirisk evidens för detta.

Studierna är inte helt jämförbara när det gäller hur faktorn ”att ha barn” har mätts. I de flesta studierna operationaliseras det som antal barn under en viss ålder, med ett undantag mellan 6 och 11 år. En studie har satt gränsen vid 16 år. I denna inkluderades emellertid yngsta barnets ålder som en egen variabel. Det innebär att skillnaderna mellan studierna i barnens ålder inte är så stora och därför inte kan förklara den stora variationen i de empiriska fynden.

Sammanfattning

Det är ett relativt litet antal relevanta och acceptabla studier inom området familjeförhållanden. Fem av åtta studier har gett relativt tydliga indikationer på högre frånvaro bland icke gifta än bland gifta. Tre studier visade emellertid små eller inga skillnader eller högre frånvaro bara i speciella grupper som änkemän.

Fyra studier med analyser av sambandet mellan äktenskapsupplösning och sjukfrånvaro tyder alla på att frånskilda har högre sjukfrånvaro. Det är emellertid inte klargjort i vilken grad detta samband beror på selektionseffekter.

När det gäller betydelsen av hemmavarande barn är det fem studier som finner ett klart samband medan två inte finner något samband. En studie (med måttlig kvalitet) finner en svag tendens till högre sjukfrånvaro bland kvinnor med barn bara när en speciell statistisk korrektion för selektionseffekter används. I analyser med metoder som är mer jämförbara med dem som används i de övriga studierna var det en tendens till lägre sjukfrånvaro bland kvinnor med barn. Fynden är således motstridiga.

Evidens

Vi konkluderar att det inte finns tillräcklig vetenskaplig evidens för en effekt av äktenskapsstatus på sjukfrånvaro. Inte heller när det gäller hemmavarande barn föreligger tillräcklig evidens, pga motstridiga resultat mellan studierna. Däremot finns det begränsad evidens för en effekt av skilsmässa, dvs att frånskilda har högre sjukfrånvaro (Evidensstyrka 3).

Socialgrupp

Det finns en omfattande litteratur som har dokumenterat sociala skillnader i en lång rad indikatorer på hälsa och sjukdom [38,64]. I sjukfrånvaroforskning har sociala skillnader inte varit ett vanligt förekommande tema. Några rent deskriptiva studier har redovisat sådana data [18,31,32,74]. Andra har betraktat socialgrupp eller socioekonomisk status som confounder och kontrollerat för detta, eller har givit information om sjukfrånvarons sociala fördelning som en del av en mer deskriptiv presentation av data. Information om sociala skillnader finns också i en del löpande statistik om sjukfrånvaro. Fram till nyligen har t ex både de svenska och norska näringslivsorganisationerna (Svenskt Näringsliv före detta SAF i Sverige och NHO i Norge) publicerat statistik som visar stora skillnader mellan arbetare och tjänstemän. Eftersom sambandet mellan social bakgrund och hälsa är så väl dokumenterat, och vi här är intresserade av orsaker till sjukfrånvaro, har inte sådana rent deskriptiva studier eller presentationer inkluderats.

Vi har bara funnit fem studier som har försökt säga något om orsaks-samband mellan socialgrupp och sjukfrånvaro, och bara två av dessa kan sägas ha acceptabel kvalitet (Tabell 5.3).

Fuhrer et al [36] undersökte den sociala gradienten i sjukfrånvaro i företagsbaserade urval av anställda i Frankrike (offentligt energiföretag; Gazel-studien) och Storbritannien (offentlig administration; Whitehall II-studien). Indelning i socialgrupper baserades på tjänsteställning i tre nivåer. Sambandet mellan tjänsteställning och sjukfrånvaro var något starkare i det engelska än det franska urvalet (relativa rater högsta i förhållande till lägsta nivå var 5,2 respektive 3,8). Kontroll för social bakgrund (bl a faders yrke och egen utbildning), livsstil (bl a rökning och alkohol), gift/icke gift och grad av kontroll i arbetet minskade sambanden något, mest i det brittiska materialet. Bland kvinnor var skillnader i utgångsläget något mindre (3,3 i det brittiska och 2,3 i det franska materialet) och det ändrade sig mindre efter kontroll av confounders (till 2,8 respektive 2,0).

Sociala skillnader i sjukfrånvaro i samma brittiska material har också analyserats tidigare. Med något mer detaljerad indelning efter tjänsteställning fann North et al [82] att män på lägst anställningsnivå hade 7,4 gånger fler långa respektive 5,6 gånger fler korta frånvaroepisoder jämfört med män på högsta anställningsnivån. Bland kvinnor var sambanden svagare, 3,7 för långa och 2,9 för korta frånvaroepisoder. Jämfört med Fuhrer et al kontrollerade man här för fler variabler, bl a flera yrkesegenskaper, ekonomiska problem och socialt stöd, men skillnaderna i förhållande till okontrollerade samband är ungefär i samma storleksordning som i Fuhrer et als analys av det brittiska materialet.

Ansatzerna i bägge dessa studier är alltså att undersöka hur mycket det funna sambandet mellan socialgrupp och sjukfrånvaro minskas när man kontrollerar för såväl bakomliggande förhållanden (t ex faderns yrke) som olika aspekter på den enskildes arbetsförhållanden och livsstil. Generellt förefaller det som om sambanden mellan socialgrupp och sjukfrånvaro bara i begränsad utsträckning kan förklaras av dessa faktorer. Studierna lyckas därmed bara i liten grad belysa orsaksmekanismerna bakom de socioekonomiska skillnaderna i sjukfrånvaro.

Sammanfattning

Det finns tydlig kunskap både från forskning och löpande statistik om ett samband mellan social ställning och sjukfrånvaro. Det finns dock mycket lite forskning om vilka orsaksmekanismer som ligger bakom detta samband.

Evidens

Det finns ett klart negativt samband mellan social ställning och sjukfrånvaro, men ingen vetenskaplig evidens när det gäller orsaksmekanismer.

Livsstil, levnadsförhållanden och beteende

Vi har funnit 22 artiklar som tagit upp livsstil, levnadsförhållanden och beteende som riskfaktorer för sjukskrivning. Tre av dessa gäller överkonsumtion av alkohol och behandlas inom psykiatriavsnittet, återstår således 19 artiklar. Av dessa har 12 tillräcklig kvalitet för att inkluderas i sammanställningen (Tabell 5.4). Ett vanligt kvalitetsproblem är att flera av studierna haft en tvärsnittsdesign där det är omöjligt att avgöra om sjukfrånvaro beror på t ex dålig fysisk kondition eller om rökning, stillasittande, m m har uppstått eller underhållits pga av sjukskrivning eller den sjukdom som lett till sjukskrivningen.

Åtta av dessa är studier av anställda personer, och flertalet av dessa har genomförts av eller i samarbete med företagshälsovården. Dessa har ett grundläggande medicinskt perspektiv, och vanligen har någon typ av hälsokontroll eller medicinsk undersökning gjorts i anslutning till att uppgifter om beteenderisker har inhämtats genom enkät eller intervju. Två studier har gjorts på befolkningsurval, i Norge respektive Australien [29,108]. Inom ramen för en hälsokontroll på ett stort antal arbetsplatser har Jacobson et al [50] speciellt fokuserat på upplevd stress, som man frågat om i samband med en hälsoprofilanalys. Vi tar upp denna här även om vi återkommer till specifika studier om arbetsförhållanden i avsnitt "Arbetsförhållanden" i detta kapitel.

I fyra studier har effekter av rökning specifikt tagits upp [16,29,87,108], tre har specifikt tagit upp effekter av övervikt [73,86,101] och tre har specifikt tagit upp effekter av fysisk träning och/eller "physical fitness" [13,27,75]. Bertera [5] och Parkes [86] har tagit upp flera av dessa beteendefaktorer, men också några andra.

I knappt hälften av studierna görs en adekvat kontroll för confounding av sociala faktorer [5,16,73,101,108].

Huvudfynden är, inte oväntat, att riskfaktorer inom alla tre områdena – rökning, övervikt, dålig fysisk kondition – är förenat med ökad risk för

sjukskrivning. Intressant är möjligen de ovannämnda studier som funnit detta samband efter noggrann kontroll för confoundingfaktorer. Bland specifika fynd kan nämnas att Bertera fann ökad risk för sjukskrivning vad avser både rökning, övervikt och hög alkoholkonsumtion, men däremot ingen skyddande effekt av fysisk träning. Eriksen [29] fann däremot att den ökade risken för sjukskrivning som noterades bland rökare var begränsad till dem som inte ägnade sig åt fysisk träning. Wooden [108] fann att omfattningen av sjukfrånvaro samvarierade med hur länge man hade rökt, samt att sjukfrånvaron efter rökstopp minskade mer ju längre personerna varit rökfria. Man kan diskutera om övervikt ska behandlas under denna rubrik, eftersom det också kan vara fråga om sjukdomsbetingad övervikt, men eftersom övervikt är en riskfaktor som i litteraturen ofta omnämnts bland livsstilfaktorer har vi också gjort det i detta kapitel.

Jacobson et al [50] fann ett signifikant samband mellan upplevd stress och sjukfrånvaro även då man kontrollerat för indikatorer på fysisk kondition (kolesterol, BMI, fysisk träning). Sambandet var starkare för kvinnor än för män.

Flera författare påpekar att det är svårt att med säkerhet uttala sig om kausalriktning, även om de har tillämpat en prospektiv studiedesign. Det finns många samvarierande faktorer, och det kan aldrig uteslutas att någon av dessa riskfaktorer uppstått pga sjukdom snarare än att sjukdom orsakas av faktorn ifråga. Dock talar flera studier för att riskfaktorerna övervikt, rökning och bristande fysisk aktivitet bidrar till ökad sjukskrivning även efter kontroll för hälsotillstånd och faktorer på arbetsplatsen, Dock kan det vara så att dessa också kan ingå i sammanhang där många hälsorisker samverkar.

Hälsofrämjande interventioner

Vi har funnit 17 studier som analyserat effekter på sjukfrånvaro av olika slags interventioner i hälsofrämjande syfte, flertalet av dessa har rört hälsofrämjande program på arbetsplatsen. Insatser på arbetsplatsen som handlar om arbetsmiljö och stressreducering behandlar vi dock i avsnittet nedan om faktorer på arbetsplatsen.

Av dessa 17 studier har vi identifierat 7 med tillräckligt god kvalitet för att inkluderas i sammanställningen (Tabell 5.5). De vanligaste skälen till bristande kvalitet har varit dels dålig kontroll för confounding, vilket gör det svårt att avgöra i vad mån förbättring beror på hälsofrämjande insatser, dels stort bortfall antingen i rekryteringen eller i uppföljningen.

Alla dessa sju studier, utom en, berör insatser på arbetsplatser eller för vissa grupper av anställda. Narbros studie [80] skiljer ut sig i och med att den handlar om en behandlingsinsats för att minska övervikt. Man har jämfört kirurgiskt behandlade patienter med konventionellt behandlade med avseende på sjukskrivning och förtidspension, men inte funnit någon statistisk skillnad mellan de två behandlingsmodellerna. Studien var inte randomiserad och självselektion till behandlingsalternativen har säkert förekommit. Studien är dock intressant såtillvida att det är den enda interventionsstudie vi funnit som specifikt riktat sig mot övervikt, en faktor som enligt studierna ovan förefaller bidra till sjukfrånvaro.

De sex återstående studierna behandlar insatser på en rad olika typer av arbetsplatser och/eller grupper av anställda. Som exempel kan nämnas personal vid samtliga skolor i vissa städer i Holland [42], 32 arbetsplatser – offentliga och privata – i Minneapolis–StPaul, USA [51], samt kvinnor anställda i tvätteriarbete i Finland [84].

Två av dessa studier [51,84] har genomförts som randomiserade kontrollerade studier, vilka vi särskilt refererar nedan. Sex studier har haft en kvasiexperimentell uppläggningsmetod, och en har varit en observationsstudie.

Jeffery [51] genomförde ett interventionsprogram där 32 arbetsplatser i StPaul och Minneapolis, USA randomiserades att delta respektive icke delta i program för de anställda avseende viktkontroll och rökslut. Uppgifter om sjukfrånvaro under de två följande åren inhämtades medels enkäter. De arbetsplatser där interventionsprogrammet genomförts uppvisade signifikant lägre sjukfrånvaro än kontrollarbetsplatserna. På individnivå visade sig deltagande i rökslutprogrammet ha samband med minskad sjukfrånvaro, men inte deltagande i viktkontrollprogrammet.

Nurminen [84] randomiserade 260 kvinnor anställda i tungt tvätteriarbete i Finland till träningspass med sjukgymnast en gång i veckan respektive kontrollgrupp utan intervention. Uppföljning under 15

månader visade ingen signifikant skillnad i sjukskrivningsförekomst mellan de två grupperna. Författarna konkluderar att isolerade insatser med fysisk träning har marginell effekt på sjukfrånvaro.

Bland de kvasiexperimentella studierna kan nämnas Bertera [4], som jämförde 41 arbetsplatser där ett hälsofrämjande program introducerades under 1985, med 19 arbetsplatser där detta ännu inte gjorts. De ingick i en stor tillverkningsindustri som gradvis på olika arbetsplatser införde ett program som innefattade fysisk träning, hälsorådgivning och rökslutargrupper. De fann att under en tvåårsperiod minskade antalet sjukskrivningsdagar signifikant mer på de arbetsplatser som hade interventionsprogram jämfört med kontrollarbetsplatserna. Liknande program innefattande hälsorådgivning och fysisk träning har rapporterats [94,98]. I dessa har man jämfört sjukfrånvaro bland dem som deltagit i programmet med dem som inte deltagit. Jämförbarheten mellan grupperna kan ifrågasättas. Betydande selektion till hälsoprogrammen kan förväntas, men Serxner [94] och Stein [98] har kontrollerat för bakomliggande faktorer. Samtliga studier visade på minskad sjukfrånvaro bland dem som deltog i hälsofrämjande insatser, men av ovannämnda skäl är det svårt att konkludera om det är programmen i sig som givit denna effekt.

Bland kontroversiella fynd kan nämnas Hamers [42] studie av effekterna av ett interventionsprogram på 333 skolor i Holland. Av dessa erbjöds alla skolor i vissa städer en mer aktiv och lättillgängligare företagshälsovård, medan kontrollgrupperna inte fick någon ändrad företagshälsovård. Sjukfrånvaron ökade i de skolor som fick bättre tillgång till företagshälsovård. Man förklarar det med att det blev lättare att bli sjukskriven och att mer intensiv behandling innebar längre sjukskrivningstid.

Sammanfattning

Det finns ett antal studier om effekter av hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Flertalet av dessa har kvasiexperimentell design som gör det svårt att dra säkra slutsatser angående interventionerna i sig. En randomiserad studie med välupplagd design visade att en intervention med hälsorådgivning, rökslut och fysisk träning kan ha effekt på sjukfrånvaro. Begränsade insatser med enbart fysisk träning enligt visst schema eller allmän tillgång till fysioterapi förefaller inte ha någon effekt.

Evidens

Flertalet studier är kvasiexperimentella med betydande självselektion. Vetenskaplig evidens saknas för att hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen har effekt på sjukfrånvaro.

Arbetsförhållanden

Vi identifierade totalt 84 studier som bedömdes vara relevanta för studier av orsakssambandet mellan arbeteegenskaper och sjukfrånvaro. Av dessa kan 64 sägas fokusera på de anställdas arbetsförhållanden och speciellt på belastningar i arbetssituationen av fysisk, psykosocial eller organisatorisk karaktär. Vi kan karakterisera dessa som arbetsmiljöstudier.

Sambanden mellan arbetstid, speciellt skiftarbete, och sjukfrånvaro var temat för åtta studier. Andra teman, som innefattade en till tre studier, var typ av anställningsförhållande (särskilt tillfällig i förhållande till fast anställning), könssammansättning på arbetsplatsen och företagsstorlek. Ett par studier tog också upp de anställdas inställning till arbetsplatsen eller det allmänna klimatet eller kulturen där. Dessutom var det ett par studier som mer generellt tog upp variation mellan anställda på olika arbetsplatser.

Det är svårt att dra någon klar gräns mellan studier som tar upp arbetsförhållanden och sådana som analyserar andra aspekter på sjukfrånvaro. När vi har kommit fram till 84 studier har vi inte tagit med en stor grupp på de 17 studier som tar upp effekter av olika slags erbjudanden om hälsofrämjande insatser till de anställda. Dessa har vi mer satt i samband med personernas livsstil och hälsobeteende och de behandlas därför i avsnittet ovan om hälsofrämjande interventioner. Vi har heller inte inkluderat studier av effekter av frånvaropolicy i företagen. Eftersom det är mer intressant att se sådana studier tillsammans med studier av effekter av försäkringssystem eller förändringar av dessa, behandlas dessa i avsnittet ”Regelverk och ekonomiska incitament” i detta kapitel sid 140.

Vid kvalitetsgranskning av de 84 studierna befanns 37 ha tillräcklig kvalitet. Av dessa studier kan 31 sägas handla om olika aspekter på arbetsmiljön. Av de övriga sex studierna tar två upp skillnader mellan fasta och tillfälligt anställda [89,106], en behandlar effekter av

företagsstorlek [3] och en variationer mellan yrken [2]. Två studier ser i liten grad på effekter av enstaka variabler men försöker istället att belysa betydelsen av några huvudtyper av variabler och processer, individegenskaper, arbetsplatsegenskaper och selektion [48,63]. Vi koncentrerar vår genomgång här till de 31 studier som har ägnat sig åt betydelsen av arbetsmiljö (Tabell 5.6). Antalet studier om var och en av de övriga aspekterna är för få för att de ska leda till någon vetenskaplig evidens, varför de ej redovisas här.

Fysisk arbetsmiljö

Studierna av sambandet mellan fysisk arbetsmiljö och sjukfrånvaro kan delas in i två huvudkategorier. Den ena är studier som utnyttjar relativt generella index för fysisk arbetsmiljö. Fem studier faller inom denna grupp [7,35,70,95,104]. Indexen täcker i flertalet fall en heterogen samling av arbetsmiljöfaktorer, såväl ergonomiska t ex arbetsställningar, som yttre påverkan som kyla eller damm. En studie fann inget samband mellan ett index för fysisk arbetsmiljö och sjukfrånvaro medan de övriga fyra studierna fann ett sådant samband [70]. Detsamma gäller Houtman et al [47] och Trinkoff et al [100] som utöver att studera effekter av enskilda arbetsmiljöexponeringar också använde index.

Den andra huvudgruppen av studier tar upp mer specifika arbetsförhållanden. Av de tio studierna som faller inom denna grupp är det fem [19, 26,34,68,72] som fokuserar på en specifik exponering medan övriga fem [8,47,71,100,110] är bredare studier av olika miljöfaktors betydelse.

Studierna som berör effekter av specifika fysiska exponeringar är en mycket heterogen grupp. Chevalier et al [19] studerade elektromagnetiska fält, English et al [26] giftiga ämnen vid trafikolyckor, Fried et al [34] damm, McGhee et al [68] passiv rökning och Milton et al [72] ventilation. Chevalier et al [19] och English et al [26] fann inga signifikanta samband med sjukfrånvaro. De tre övriga studierna rapporterade signifikanta samband.

När det gäller de mer allmänna studierna av fysisk arbetsmiljö fann Messing et al [71] att bara ett förhållande, nämligen anpassad arbetsplats, var relaterat till sjukfrånvaro, medan yttre påverkan som kyla, fuktighet, gaser, etc inte var det. På samma sätt fann Houtman et al

[47] ett samband för tungt fysiskt arbete, men inte för damm, smutsigt arbete, dålig luft och farligt arbete. En studie fann däremot starka samband för ett brett spektrum av förhållanden [110]. Det kan här påpekas att flera av frågorna om arbetsförhållanden hos Voss et al [110] är mycket subjektivt formulerade i och med att man tycks ha frågat om klagomål på arbetsförhållanden. Boedeker [8] fann också signifikanta samband för fem av de sex fysiska miljöförhållandena (fysiskt krävande arbete, obekväma arbetsställningar, vibrationer, etc), men ej för yttre påverkan som damm, klimatförhållanden och utomhusarbete. Trinkoff et al [100] fann ett samband mellan obekväma arbetsställningar, fysiskt krävande arbete och tunga lyft, men ej för repetitivt arbete, högt tempo och farlig utrustning.

Vi återkommer till evidensgradering i avsnittet ”Sammanfattning”.

Psykosocial arbetsmiljö

Totalt var det 20 studier som på ett eller annat sätt behandlade sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och sjukfrånvaro. De flesta studier av psykosocial arbetsmiljö synes explicit eller implicit vara baserade på någon slags stressteori. Särskilt Karaseks teori om betydelsen av krav och kontroll är mycket använd. Olika mått på krav och kontroll är också de arbetsmiljöförhållanden som man oftast har mätt. Många av studierna innefattar också mått på socialt stöd eller andra aspekter på mellanmänniska relationer på arbetsplatsen.

I femton studier har uppskattningar gjorts om sambandet mellan psykosociala *krav* och sjukfrånvaro [1,7,8,10,22,44,47,57,60,81,83,95,104,105,110]. Sju av dessa stöder antagandet om att högre krav ger högre sjukfrånvaro, även om sambanden är mycket svaga i ett par av studierna [1,10] eller bara gäller för kvinnor [1,7,56]. Två studier fann att högre krav hade samband med lägre frånvaro [8,83] medan fyra studier [22,47,81,110] inte fann något samband. I två studier var resultaten starkt varierande eller inte detaljerat beskrivna [55,95].

Fjorton studier redovisar resultat över sambandet mellan något mått på *kontroll* över sin arbetssituation och sjukfrånvaro [1,7,8,10,22,44,47,57,60,81,83,95,105,110]. Heaney et al [44] fann inget signifikant samband med frånvaro. Bourbonnais et al [10] fann bara en svag

interaktionseffekt av krav och kontroll, medan Voss et al [110] och Ala-Mursala et al [1] fann ett samband bara för kvinnor. I övrigt rapporterade alla att sjukfrånvaron avtar med högre kontroll.

Sju studier har undersökt interaktionseffekter av kontroll och krav. Bara tre av dem förefaller att ha gjort en direkt test av interaktionshypotesen [81,95,105] och ingen av dessa fann en signifikant interaktion. Även de övriga fyra studierna ger bara svaga indikationer på att interaktionseffekter kan föreligga.

Resultaten när det gäller effekter av krav och kontroll på sjukfrånvaro är samstämmiga med de man funnit i krav-kontroll-litteraturen mer generellt, dvs med andra beroendevariabler. Också där är det endast ett begränsat stöd för hypotesen om interaktion och effekten av krav förefaller vara svagare och mer varierande än effekten av kontroll.

Åtta studier redovisar resultat över sambandet mellan olika slag av personliga relationer på arbetsplatsen och sjukfrånvaro. I flertalet fall rör det sig om frågor om stöd från kolleger eller överordnade [10,22,57,81,83,110]. Inga samband rapporterades i två studier [10,57], en fann samband i analyser där man inte skilde mellan kvinnor och män [22], två fann samband för män men inte för kvinnor [81,83], och en fann samband för kvinnor men inte för män [110].

Av övriga resultat beträffande mellanmännsliga förhållanden, kan nämnas att Messing et al [71] fann samband med sjukfrånvaro för kvinnor men inte för män när det gäller konflikter med överordnade. Kivimäki et al [55] fann att de som själva var utsatta för mobbning hade högre frånvaro men att förekomst av mobbning på en anställds avdelning inte hade någon betydelse för hans eller hennes frånvaro. En studie rapporterade däremot att mobbning på arbetsplatsen hade samband med högre frånvaro men bara bland kvinnor [110].

En speciell fråga när det gäller mellanmännsliga relationer är om socialt stöd modererar eller dämpar effekten av stressfaktorer. Få studier av detta finns rapporterade. Vahtera et al [105] tog särskilt upp frågan om moderering av effekten av krav och kontroll. De fann ingen indikation på att socialt stöd har en sådan modererande effekt. Däremot fann de modererande effekt av hushållsstorlek och av en annan förmodad buffertvariabel, nämligen *sense of coherence* (känsla av sammanhang).

En studie har särskilt behandlat frågan om ändringar över tid i psykosociala förhållanden. Vahtera et al [104] gjorde detta med en regressionsanalys där ändringar i sjukfrånvaron mellan 1990 och 1993–97 relaterades till förändringar i arbetsförhållanden 1990–93. De fann signifikanta effekter i förväntad riktning av förändringar i olika krav- och kontrollvariabler, men ej av ändringar i socialt stöd.

Andra psykologiska variabler analyserades också i några studier, t ex rolloklarhet [44] och osäkerhet i arbetet [55–57]. Det finns också en interventionsstudie där man har utvärderat effekten av en insats för att öka anställdas deltagande i förändringsarbete i företaget [9]. Eftersom det är så få studier som tar upp dessa teman kan vi inte dra mer generella slutsatser.

Flera har påpekat att det är rimligt att anta att sjukdom har en större effekt på längre frånvaro än korttidsfrånvaro. Med detta som utgångspunkt är det intressant att ta reda på om studierna av arbetsförhållandena har störst effekt på lång eller kort frånvaro. Det är emellertid bara några få studier som har gjort en sådan jämförelse möjlig. Sex studier har genomfört parallella analyser för kort och lång frånvaro [7,10,55,83], för frånvaro totalt och för längre frånvaro [35] eller för frånvaro totalt och korttidsfrånvaro [72]. Gränsen för kort och lång frånvaro varierar från studie till studie men ligger i regel på mellan tre till sju dagar. I tre av dessa studier [10,55,83] är resultaten relativt lika för bägge typer av frånvaro, medan det är en svag tendens till starkare effekter av arbetsmiljön för längre frånvaro hos de övriga [7,35,72]. I fyra andra studier [19,22,81,95] har man analyserat både antalet frånvaroperioder (som i högre grad speglar korttidsfrånvaro) och antal frånvarodagar (som i högre grad speglar långtidsfrånvaro). I de Jonge et al [22] är det en svag tendens till starkare samband med arbetsmiljöförhållanden för antal dagar, medan de är förhållandevis likartade i två studier [19,81]. Resultaten i Smulders et al [95] är på denna punkt osäkra och svårbedömda.

Vi återkommer till evidensgradering i avsnittet ”Sammanfattning”.

Metodologiska problem

Mätning av arbetsförhållanden

Som nämnts är subjektiva mått på arbetsförhållanden problematiska. Flera av studierna har tagit hänsyn till detta och försökt använda olika, mer objektiva mått. En metod är att låta antingen forskarteamet eller en utomstående person bedöma den enskilda anställdes jobb (så kallad tredjepersonsvärdering). I Melamed et al [69] gjorde forskarna själva en bedömning av grad av enformighet och understimulering i arbetet. North et al [83] fick personalchefer att värdera psykosociala krav. I bägge dessa studier fick man relativt lika resultat vare sig man använde sig av dessa bedömningar eller om man baserade sig på de anställdas egna bedömningar. Milton et al [72] utnyttjade tekniskt utbildad personal till att värdera luftkvaliteten.

Ett sätt att undgå självrapportering är att låta experter göra värderingar för hela kategorier av yrkesgrupper eller typ av arbete och inte för den enskilde personens arbete. Denna metod har utnyttjats av Boedeker [8]. Den studien jämförde emellertid inte subjektiva bedömningar. Boedeker fann klara samband mellan externt bedömda arbetsegenskaper och sjukfrånvaro. Det är emellertid intressant att notera att sambanden mellan krav och sjukfrånvaro var motsatt de förväntade – högre krav var relaterat till lägre sjukfrånvaro.

En annan ansats till att objektivt mäta arbetsegenskaper är att aggregera svaren från enskilda anställda till ett genomsnitt för en yrkeskategori eller en avdelning. Denna metod har använts av Vahtera et al i två studier [104,105]. Vahtera et al [105] använde denna metod bara på psykosociala krav. De fann att det aggregerade och mer objektiva måttet var relaterat till korttidsfrånvaro, som förväntat med positivt samband för kvinnor, däremot negativt för män (dvs högre krav gav mindre frånvaro). Man fann inget samband mellan krav och långtidsfrånvaro. Vahtera et al [104] använde ”genomsnittsmetoden” för krav, kontroll och socialt stöd. I den studien fann man att aggregerade krav inte hade samband med frånvaro, medan man fann svaga men signifikanta samband när det gällde den enskildes subjektivt upplevda krav. För socialt stöd och kontroll gav emellertid subjektiva och aggregerade mått i högre grad likartade resultat.

Ytterligare exempel på en relativt objektiv mätning av arbetsförhållanden finner vi hos Bourbonnais et al [11]. Den studien mätte belastning bland sjuksköterskor genom att beräkna förhållandet mellan antal vårdpersonal och antal patienter. Man fann ett samband för överordnade sjuksköterskor men inte för övriga. Slutligen kan nämnas Fried et al [34] som gjorde fysiska mätningar av damm, och fann samband mellan dessa och sjukfrånvaro.

Flera studier har alltså funnit signifikanta samband med sjukfrånvaro också när relativt objektiva metoder för mätning av arbetsmiljöfaktorer har använts. Detta styrker tilliten till att det här föreligger reella samband.

Slutsatser om kausalitet

Fjorton av de 31 studierna är longitudinella. Den vanligaste longitudinella designen är mätning av aktuella oberoende variabler på baseline-tidpunkt med registrering av frånvaro under en uppföljningstid. Tre av dessa studier har en uppföljningstid på upp till tre till fyra år [83,95,105], tre har en uppföljning på ett år [1,55,81] och en har en uppföljning på sju dagar [26]. Sex studier har mätt både oberoende och beroende variabler vid minst två tidpunkter. Fyra av studierna kommer från samma forskargrupp [55–57,104] och förefaller vara baserade på samma databas. Data finns för två tidpunkter med tre års mellanrum. Chevalier et al [19] har årliga observationer över 15 år. Dessutom finns det en studie med före–efter-design, dvs med en beroende variabel mätt före och efter en intervention [9]. Tiden mellan före- och eftermätningen var 12 månader.

Distinktionen mellan tvärsnitts- och uppföljningsstudie är inte helt självklar. Det grundläggande i vår bedömning är att mätningen av oberoende variabel har avslutats innan registreringen av sjukfrånvaron har påbörjats, eller att sjukfrånvaro före respektive efter denna tidpunkt har behandlats separat i analyserna. Utifrån detta kriterium skulle en studie [26], där oberoende och beroende variabler har mätts under åtta dagar, definieras som longitudinell. Å andra sidan skulle studier med en mycket längre registreringsperiod för frånvaro betraktas som tvärsnittsstudier om mätningen av de oberoende variablerna föll inom registreringstiden. Detta gäller exempelvis för Heaney et al [44] där de oberoende variablerna mättes i januari medan frånvaro registrerades över hela året.

Värdet av en longitudinell design är beroende av såväl problemställning som analysmetod. Av de fem studierna med mätning av både sjukfrånvaro och arbetsförhållanden vid minst två tidpunkter, var det bara de finska studierna [55–57,104] som utnyttjade denna information fullt ut genom att se på sambandet mellan förändringar i arbetsförhållanden och förändringar i sjukfrånvaro. Det är bara genom sådana analyser som man vid longitudinella data kan stärka uppfattningen att sambanden inte är resultat av andra bakomliggande faktorer.

Chevalier et al [19] verkar ha slagit samman data från de olika tidpunkterna för varje enskild individ utan att utnyttja tidsstrukturen i materialet. Detta bidrar till mer precisa estimat men är inte till hjälp när det gäller att avgöra om det är fråga om ett orsakssamband.

Longitudinella studier garanterar att mätning av oberoende och beroende variabler är tidsmässigt åtskilda men bidrar ändå i många fall föga till att stärka evidensen för att orsakssamband föreligger. I de fall där man mätt exempelvis krav i arbetssituationen ett år och frånvaro det efterföljande året kan man vara säker på att den uppmätta frånvaron inte kan ha påverkat mätningarna av kraven, men kraven, respektive hur dessa graderas, kan likaväl ha varit påverkade av en persons tidigare sjukfrånvaro.

I vissa situationer kommer longitudinella studier också att ha lägre validitet än tvärsnittsstudier, detta gäller när de effekter man är intresserad av är av kortsiktig karaktär medan sjukfrånvarodata samlats in för en längre uppföljningstid. Under uppföljningstiden kan exponeringen förändras, exempelvis genom att kraven ökar eller minskar. I den mån krav i arbetssituationen har en kortsiktig effekt, på så sätt att sjukfrånvaron går ner när kraven minskas, kommer mätningar av sjukfrånvaro ett eller flera år efter baslinjemätningen av kraven att leda till en underskattning av effekten.

Långtidseffekter

Problemet med bristande mätning av korttidseffekter torde dock vara mindre än problemet med mätning av långtidseffekter. Många tillstånd som bidrar till hög sjukfrånvaro kräver ofta många års exponering för att utvecklas. Detta gäller exempelvis muskuloskeletal sjukdomar. För att fånga upp sådana långtidseffekter är longitudinella data otvivelaktigt av stort värde.

Mycket få av de studier vi har funnit tar upp problemet med långtidseffekter. Ett undantag är ovan nämnda studie [19] där kraftlinjearbetare följdes över en 20-årsperiod. I en tvärsnittsundersökning undersökte McGhee et al [68] effekten av passiv rökning genom att använda retrospektiv information från respondenterna om hur många år de hade varit utsatta för detta. Ett potentiellt allvarligt problem med denna ansats är emellertid att personer med hälsoproblem som de – med rätt eller orätt – tillskriver passiv rökning, kan tänkas överrapportera sådan exponering.

Uppföljningsstudien till Smulders et al [95] behandlade explicit frågan om korttids- och långtidseffekter. Här gjorde man separata analyser av sjukfrånvaro under baslinjeåret, och ett, två respektive tre år efter detta. När det gäller frånvarofrekvens, fann Smulders et al [95] att kontroll i arbetet och fysisk arbetsmiljö först och främst var relaterat till frånvaro under baslinjeåret och att dessa variabler hade litet prediktivt värde för frånvaro under följande år. Detta kan tyda på att dessa effekter är relativt kortsiktiga. Psykosociala krav hade inget samband med frånvarofrekvens varken på kort eller lång sikt. När det gäller sjukfrånvaro mätt i antal dagar, var resultaten mycket varierande beroende på om linjär regression eller Poissonregression användes och bör därför inte tillmätas någon betydelse.

Selektion

Det är knappast en slump vilka personer som hamnar i arbeten med god respektive dålig arbetsmiljö. Principiellt kan man tänka sig två processer som verkar i motsatt riktning. Å ena sidan kan personer som är hälsomässigt robusta (eller som har andra egenskaper som bidrar till låg frånvaro) i högre grad än andra vara villiga att gå in i arbeten med problematiska arbetsförhållanden. Detta gäller särskilt om arbetsförhållandena kompenseras på något sätt, exempelvis genom högre lön. De hälsomässigt robusta kommer också att tåla de sämre förhållandena bättre och därför ha mindre sannolikhet att lämna ett riskfullt arbete. I den mån en sådan process föreligger kommer vi att underskatta sambanden mellan arbetsmiljöproblem och sjukfrånvaro.

En motsatt selektionsprocess skulle föreligga om de mest resursstarka personerna får, eller tillägnar sig, de bästa, mindre riskfyllda jobben.

De mindre resursstarka, som också därmed kan vara i risk för högre frånvaro, hamnar i de arbeten som i högre grad bidrar till hög sjukfrånvaro. Om denna process dominerar skulle vi överskatta sambandet mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro.

Vi har inte funnit några studier som har kontrollerat för sådana selektionseffekter. Selektionsproblematiken är faktiskt så gott som ignorerad i alla de studier vi gått igenom.

Confounders

Flertalet studier har bristfällig kontroll för confounding. Risken för confounding är särskilt stor när man undersöker en yrkesmässigt heterogen population och man inte har kontrollerat för yrke. I så fall skulle arbetsmiljöfaktorerna i hög grad fånga upp mer allmänna skillnader mellan yrken, t ex skillnader mellan typiska arbetar- och typiska tjänstemannayrken. Många av artiklarna saknar en mer detaljerad beskrivning av den population som studeras. Några få studier verkar ha relativt homogena undersökningsgrupper. Det gäller särskilt Trinkoff et al [100] (sjuksköterskor), English et al [26] (polistjänstemän), Milton et al [72] (tjänstemän på lägre nivå) och delvis också Fried et al [34] (tjänstemän). I flertalet studier omfattas emellertid i stort sett alla anställda i ett eller flera företag och därmed relativt heterogena populationer. Detta gäller naturligtvis i ännu högre grad i studier av allmänna befolkningsurval [7,35]. Bara en av studierna kontrollerade för anställningsnivå [68] medan ytterligare tre [8,47,95] kontrollerade för utbildningsnivå. Klassificeringen av utbildning i Smulders et al [95] är dock mycket grov medan den inte beskrevs alls hos Boedeker [8].

Sammanfattning

Litteraturen om arbetsförhållanden och sjukfrånvaro är omfattande. Statistiska samband mellan vissa arbetsförhållanden och sjukfrånvaro är också väl dokumenterade. Problemet med att dra slutsatser om orsaks-sammanhang är emellertid stora. Inga studier tar upp selektionsproblem och kontrollen för confounding är ofta bristfällig.

På grund av stor variation i vilka specifika exponeringar som har mätts, är det svårt att sammanfatta resultaten för *fysiska arbetsmiljöfaktorer*. Vi finner det ändå rimligt att konkludera att det föreligger acceptabel

dokumentation av statistiska samband mellan fysiska arbetsmiljöförhållanden och sjukfrånvaro. Flertalet undersökningar har bara subjektiva data om exponering, men också Boedeker [8], Fried et al [34] och Milton et al [72] som har utnyttjat andra metoder, fann signifikanta samband.

Studierna ger ett svagt underlag för att skilja mellan effekter av olika fysiska arbetsmiljöfaktorer. Det förefaller ändå vara en tendens till att ergonomiska förhållanden som exempelvis obekväma arbetsställningar har större betydelse än yttre påverkan som temperatur, damm, etc.

När det gäller psykosocial arbetsmiljö, är sambandet mellan kontroll i arbetssituationen och sjukfrånvaro analyserat i 15 studier. Fjorton av dessa har funnit att hög kontroll är associerat med lägre frånvaro. En studie fann inget samband. Resultaten här är alltså relativt entydiga. Det finns däremot ingen klar tendens till att höga krav ger högre sjukfrånvaro. Sju av femton studier fann ett sådant samband (åtminstone för någon undergrupp), men fyra rapporterade inget samband och två fann att höga krav är associerat med *lägre* frånvaro. Inte heller när det gäller socialt stöd är det möjligt att dra en klar slutsats; fyra studier fann att starkt stöd är associerat med lägre frånvaro, medan två inte fann något samband.

Evidens

Vi finner begränsad vetenskaplig evidens för ett samband mellan fysiska arbetsförhållanden och sjukfrånvaro, möjligen speciellt för ergonomisk belastning. Det finns måttlig evidens för att låg kontroll över arbetssituationen leder till högre sjukfrånvaro. Vi har inte funnit tillräcklig evidens för effekter av andra arbetsmiljöfaktorer på sjukfrånvaro.

Arbetsmarknadsförhållanden

Som nämnts i kapitlet om förklaringsmodeller kan förhållanden på arbetsmarknaden tänkas påverka individers sjukfrånvaro. Enligt den så kallade disciplineringshypotesen antas att arbetstagare är mer försiktiga med att vara frånvarande när arbetslösheten är hög och möjligheten att få andra jobb därmed sämre. Samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro kan emellertid också bero på selektionseffekter, dvs att det är fler med sämre hälsa som är utan arbete när arbetslösheten är hög, eller

confounding med andra ekonomiska förhållanden, t ex högre arbetstempo i företag under högkonjunktur.

Vi har funnit åtta relevanta studier som har behandlat sambanden mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro, varav sju hade tillräcklig kvalitet. Ingen har tillräckligt hög kvalitet när det gäller att förklara orsakssambandet mellan dessa två förhållanden, dvs när det gäller att skilja ut den så kallade disciplinerings-effekten från selektion och confounding. Eftersom det är en viss osäkerhet om det över huvud taget finns en samvariation mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro har vi emellertid valt att presentera dessa studier [17,23,24,52,53,58,62] (Tabell 5.7).

Tre av studierna utnyttjar aggregerade tidsseriedata, dvs årliga eller kvartalsvisa observationer av arbetslöshet och sjukfrånvaro i den studerade populationen [17,23,24]. I de övriga har man genomfört analyser på individnivå, men med arbetslöshet i det län där individen är bosatt [52,53,62], eller i hans eller hennes köns-/ålders-/yrkesgrupp [58] inkluderat bland de oberoende variablerna.

En av fem studier ansågs ha måttlig kvalitet [24]. Denna och fyra av studierna med begränsad kvalitet fann ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro [23,53,58,62], medan de två resterande studierna inte fann något samband [17,52].

Metodproblem: som nämnts är vår bedömning att ingen av studierna (Tabell 5.8) har en design som gör det möjligt att fastställa om arbetslöshet i sig påverkar sjukskrivning. Tidsserieanalyserna utnyttjar aggregerade data, och effekter av arbetslöshet kan inte skiljas ut från selektionseffekter. I tvärsnittsanalyser av individdata är confounding ett stort problem. Arbetslöshet i ett område eller för en speciell kategori arbetstagare (t ex icke facklärda arbetare) är exempelvis korrelerat till den arbetspress som vissa anställda är utsatta för.

Sammanfattning

Doherty [23] analyserade effekten av kompensationsnivå på sjukfrånvaro, som helhet kan man säga att dessa studier stöder hypotesen om att sjukfrånvaron tenderar att vara högre vid låg arbetslöshet och lägre vid hög arbetslöshet. Som ovan nämnts går det emellertid utifrån dessa studier inte att bedöma om detta beror på arbetslösheten i sig, eller om det är fråga om selektion eller confounding.

Evidens

Det finns begränsad evidens för en negativ samvariation i tid mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Det finns inte tillräcklig vetenskaplig evidens när det gäller de underliggande orsaksmekanismerna.

Försäkringssystemens utformning

Bäckman [17] utnyttjade också tidsseriedata på nationsnivå, för Sverige 1935–1990. Studien om effekter på sjukfrånvaro av försäkringssystemens utformning är mycket heterogen. En typ av studie jämför försäkringssystem mellan olika länder [54] eller över tid inom ett land [17,23,24], vanligtvis utifrån aggregerade data på nationsnivå. Dessa studier är ofta gjorda av nationalekonomer. En annan typ av studier är analyser av belönings- eller bestraffningssystem i speciella företag [93]. En svensk studie av Voss et al [109] kan också placeras i denna kategori. Denna typ av studier är vanligen utförd av organisationspsykologer och managementforskare. Därutöver finns nationalekonomiska studier som mer generellt försöker uppskatta hur mycket den anställdes ekonomiska förlust av sjukfrånvaro påverkar omfattningen av frånvaro [52,53]. Dessa studier tar inte direkt upp effekten av försäkringssystemet men vi tar ändå med dem här eftersom de kan säga något om betydelsen av ekonomiska incitament mer generellt.

Vi har funnit 14 relevanta studier. Av dessa uppfyller sju kvalitetskraven. Orsaken till det relativt låga antalet relevanta studier är framför allt att vi begränsar oss till studier som klart skiljer ut sjukfrånvaro, och inte studerar frånvaro generellt. De flesta studier av effekter av försäkringssystemen inkluderar också annan frånvaro än sjukfrånvaro ("absenteeism").

En studie från 1979 analyserade effekten av kompensationsnivå på sjukfrånvaro [23]. Studien utnyttjade tidsseriedata på nationsnivå och man kontrollerade för arbetslöshet. En hög aggregeringsnivå och ett litet antal observationer gör emellertid resultaten osäkra. Hur kompensationsnivån beräknades beskrevs heller inte i detalj.

En studie utnyttjade också tidsseriedata på nationsnivå, för Sverige 1935 till 1990 [17]. Också här kontrollerade man bl a för arbetslöshet. Effekten av kompensationsnivå bedömdes inte direkt. Istället uppskattades effekten av ändringar i det svenska försäkringssystemet 1963

(högre kompensationsnivå), 1967 (färre karensdagar), 1974 (högre kompensation), 1985 (administrativa förändringar) och 1987 (högre kompensation och avskaffande av karensdagen). De flesta av dessa förändringar gav inget signifikant utslag på sjukfrånvaron. Man fann ändå indikationer på att ändringar som innebar färre karensdagar påverkar frånvaro i viss grad.

Dyrstad et al [24] utnyttjade, till skillnad från Bäckman [17] och Doherty [23], kvartalsvisa observationer istället för årliga, och uppnådde därmed betydligt högre precision. Man kontrollerade bl a för arbetslöshet. På samma sätt som Bäckman uppskattade man effekten av specifika förändringar i försäkringssystemet. De väsentligaste förändringarna i det norska regelsystemet var 1974 (färre karensdagar) och 1978 (ingen karensdag, egen sjukskrivning vid frånvaro upp till tre dagar sex gånger per år, högre kompensationsnivå). Dessutom var det fler administrativa förändringar 1984 (bl a att helgdagar inom en frånvaroperiod skulle räknas som sjukfrånvarodagar, något som kan ha lett till flera långa och färre korta frånvaroepisoder). Dyrstad et al analyserade separata modeller för kort (upp till tre dagar) och längre frånvaro för män och kvinnor. För längre sjukfrånvaro fann de att förändringen 1978 hade effekter för både män och kvinnor. I korttidsfrånvaro räknas också ”skolk” och inte bara sjukfrånvaro, men det är helt väsentligen sjukfrånvaro som är registrerad. För män är det här effekter i förväntad riktning av alla tre systemförändringarna, men för kvinnor bara av de mer tekniska ändringarna 1984.

Den höga aggregeringsnivån bidrar till osäkerhet också när det gäller Dyrstad et als [24] resultat. Dessutom kan man aldrig vara säker på att det inte sker andra förändringar mer eller mindre samtidigt och att det är dessa andra förhållanden som i större eller mindre grad påverkar sjukfrånvaronivåerna.

En studie undersökte effekten av ett lokalt försök med förändrade sjukersättningsregler i en kommunal verksamhet [92]. En avdelning som införde systemet jämfördes med en som inte gjorde det. Man fann vissa förändringar i sjukfrånvaron både i interventions- och jämförelsegruppen men inga tecken på interventionseffekter. Författarna påpekar själva problemen med att grupperna kan ha påverkat varandra. Dessutom är designen svag på så sätt att man bara registrerade frånvaro under en relativt kort tidsrymd och materialet var relativt litet.

En studie studerade effekten av ett system där anställda fick kompensation för outnyttjad sjukfrånvarokvot [93] (24 timmar per år). Denna studie är också begränsad till ett enskilt företag och med relativt få personer. Den ger några indikationer för att interventionen kan ha haft effekt.

I två studier [52,53] utnyttjades data från de svenska Levnadsnivåundersökningarna 1981 och 1991. I bägge studierna fann de att ökande kostnader vid sjukfrånvaro gav lägre frånvaro bland män. Johansson et al [52] fann ett negativt samband också för kvinnor medan Johansson et al [53] fann ett positivt samband. Man diskuterade inte varför resultaten bland kvinnor är så olika i de två studierna. En möjlig förklaring kan vara att man har kontrollerat för inkomst på olika sätt i de två studierna, hushållsinkomst respektive personlig inkomst.

Johansson et al [53] nämner själva att hög korrelation mellan kostnad vid frånvaro och lönenivå (de som tjänar mest förlorar också mest vid frånvaro) kan ge bias i resultaten och samma problem föreligger också i den andra studien.

Sammanfattning

I sex av sju inkluderade studier (tre med måttlig och tre med begränsad kvalitet) konkluderas att vissa karakteristika för sjukförsäkringssystemen påverkar sjukfrånvaro. I en studie med begränsad kvalitet fann man inget samband. Samband finns alltså både i studier som omfattar all frånvaro oavsett hur lång [23,93], eller frånvaro utöver sju [17,52,53] eller tre dagar [24]. Flera av studierna ger emellertid också exempel på att egenskaper hos sjukförsäkringssystemen eller förändringar i dessa inte har de förväntade effekterna.

Generellt kan man säga att det är en betydande osäkerhet knuten till alla studier och att det samlade antalet studier är litet. Å andra sidan analyserar flera av studierna effekter av relativt små förändringar eller variationer i kompensationen och mot den bakgrunden är det intressant att de ändå finner effekter.

Evidens

Det är måttlig evidens för effekter av sjukförsäkringssystemens utformning för sjukfrånvaronivåer. Vi bör emellertid lägga till att en allmän konklusion om man finner effekter eller ej på detta område har begränsat intresse. A priori är det svårt att tänka sig att utformningen av försäkrings- eller kompensationsystemen *inte* skulle ha någon betydelse för frånvaron. Den mer intressanta frågan är hur stora ändringar som bör till för att få effekter. Det lilla antalet studier vi funnit ger emellertid inte tillräcklig evidens för att svara på den frågan.

Förtidspension

Vi har funnit 26 artiklar som tar upp orsaker till förtidspension oberoende av diagnos. Några av dessa är dock publikationer av olika studier på samma material och med marginellt olika frågeställning, varför antalet studier är något färre. Av dessa 26 artiklar har vi funnit att 18 har tillräckligt godtagbar kvalitet för att inkluderas i sammanställningen. Några studier bland de vi beskrivit ovan (exempelvis studien angående obesitas [80]) har också behandlat både långtidssjukskrivning och förtidspension. Vi tar inte upp dessa studier separat här, i den mån de inte haft huvudfokus på förtidspension.

Studierna har mycket varierande inriktning, bland några huvudsakliga områden kan nämnas socioekonomiska bakgrundsfaktorer för sjukskrivning, arbetsrelaterade faktorer, betydelsen av ersättningsystemets utformning. Det innebär att antalet studier inom enskilda teman är mycket litet varför det är svårt att dra säkra slutsatser på så litet material. Indelningen nedan är pragmatiskt gjord utifrån innehållet i de artiklar vi identifierat. Exempelvis har de artiklar som tagit upp demografiska faktorer, som ålder, kön, civilstånd, i regel också tagit upp något mått på sociala skillnader. En enskild artikel kan beröra olika teman och refereras då också inom respektive tema.

Demografiska och socioekonomiska faktorer

Vi har funnit nio artiklar inom detta tema (Tabell 5.9).

Gjesdahl et al [37] studerade könsskillnader i förtidspension bland personer med långtidssjukskrivning i en longitudinell populationsstudie, och fann att ålder och längd på sjukskrivning var de starkaste prediktorerna för förtidspension. Det var ingen könsskillnad i förekomst av förtidspension. Däremot hade kvinnor med barn under sju år lägre risk för förtidspension, ett samband som ej gällde för män.

Dahl et al [21] utnyttjade samma norska populationsbaserade databas för att bl a studera könsskillnader i förtidspension. De fann bl a att ensamstående män hade högre risk för förtidspension, medan ensamstående kvinnor snarare hade lägre risk för förtidspension. Ålderseffekten var också tydligare för män.

Eden et al samt Grünfelt et al [25,39] har studerat förtidspension bland invandrare i Sverige respektive Norge och funnit att invandrare har 2–3 gånger högre risk för förtidspension jämfört med infödda. De har dock inte kontrollerat för samvariation med utbildning eller typ av yrke varför det är svårt att dra slutsatser om orsakssamband.

Krokstad et al [61] följde upp 62 400 personer i Trøndelag, Norge, som svarat på en enkät om hälsa och levnadsförhållanden. De fann en tydligt ökad risk för förtidspension i lägre socialgrupper. Riskökningen bland lågutbildade var särskilt stor i åldrarna under 50 år, med en relativ risk på 6,4 (män) respektive 7,0 (kvinnor).

Flera studier har analyserat förtidspension i förhållande till socialgruppstillhörighet [40,61,76,79,102]. Samtliga har funnit högre förekomst av förtidspension i lägre socialgrupper, med en flerfaldigt förhöjd relativ risk för förtidspension bland "arbetare" jämfört med tjänstemän. Selektion till yrke pga hälsa kan inte uteslutas, men samtliga dessa studier har varit kohortstudier där socialgruppstillhörighet har identifierats 10–20 år innan förtidspension inträtt, varför denna selektion i så fall har skett i ett mycket tidigt skede.

Månsson [76] har också i en kohort medelålders män i Malmö analyserat interaktionen mellan socioekonomisk ställning, självupplevd hälsa och

kroppsindex i förhållande till senare förtidspension, och funnit oberoende effekt av var och en av dessa riskfaktorer.

Upmark et al [40,79,102] har i en uppföljning av värnpliktiga män undersökt riskfaktorer i barndomen och ungdomen. I univariat analys hade ungdomar med arbetarbakgrund en fördubblad risk att senare drabbas av förtidspension (OR=2,0; CI 1,6–2,6). Denna risk sjönk till 1,2 (0,9–1,6) i multivariat analys, där man kontrollerade för beteende och andra variabler i barndomen. Ungdomar från den lägsta socialgruppen hade i univariat analys en oddskvot på 2,9 (2,3–3,1), vilken sjönk till 1,5 (1,2–2,0) i multivariat analys. Den multivariata analysen visade framför allt en överrisk för senare förtidspension bland unga män som tidigare har haft problem i skolan och fått låg skattning i psyko-metriska tester. Socialgruppsskillnader i förtidspension kunde således härledas till missförhållanden tidigt i livet. Upmark et al [103] har i ett populationsmaterial av kvinnor gjort en liknande analys av tidiga bakgrundsfaktorer och funnit att kvinnor som uppgav tidiga problem i familjen och i skolan hade högre risk för senare förtidspension.

Holmes et al [46] studerade ett enprocenturval av alla som fått förtidspension i Storbritannien 1975/76–1983/84. De fann att för både män och kvinnor var de viktigaste prediktorerna för förtidspension bl a ålder, boende i område med sämre bostadsstandard och svag arbetsmarknad, tidigare arbetslöshet, låg lön.

Sammanfattning

Ett flertal studier har visat samband mellan ålder, kön, socialgruppstilhörighet och förtidspension. Bland fynd som ofta återkommer, även i offentlig statistik, är att hög ålder, ensamstående och lägre socialgruppstilhörighet, ökar risken för förtidspension. Orsaksmekanismerna har dock belysts i liten omfattning.

Evidens

Måttlig evidens finns för att personer från lägre socialgrupp har ökad risk för förtidspension. Det finns också begränsad evidens för att denna kan medieras av ogynnsamma förhållanden tidigt i livet.

Livsstil, levnadsförhållanden, beteende

Vi har funnit fyra artiklar inom detta tema (Tabell 5.10).

Rothenbacher et al [91] studerade sambandet mellan rökning och förtidspension genom att följa upp cirka 4 800 byggnadsarbetare i Tyskland som undersökts i företagshälsovården med avseende på rökning, kroppsmasseindex, alkoholvanor, respektive nationalitet. De fann en signifikant ökad risk för förtidspension bland rökare även efter kontroll för ovannämnda confoundingfaktorer samt för typ av yrke.

I ovannämnda studie av Krokstad [61] studerade man i en multivariat analys vilka faktorer som kunde förklara den ökade risken bland dem med låg utbildning, och fann att sjukdom, arbetslöshet, uppfattning om hälsa, ensamhet, fysisk belastning, låg kontroll, missnöjdhet, och rökning kunde förklara ungefär hälften av riskökningen, resten kunde inte förklaras med de faktorer som inkluderats.

Månsson, Merlot et al [77] samt Månsson och Råstam [78] följde under cirka 11 år upp en kohort av medelålders män i Malmö som undersökts 1974–78. I tillägg till vad som ovan citerats från detta material har man analyserat självupplevd hälsa samt användning av analgetika och hypnotika. Man fann en oberoende ökad risk för förtidspension bland dem som rapporterat dålig självupplevd hälsa, och man fann också en cirka trefaldigt förhöjd risk för förtidspension bland dem som använt analgetika eller hypnotika, även efter kontroll för socioekonomisk ställning, rökning, BMI och alkoholbruk.

Sammanfattning

Vi har funnit några studier som visat ökad risk för förtidspension bland rökare, ensamstående personer och de som rapporterar användning av hypnotika/analgetika. Detta efter kontroll av sociala bakgrundsfaktorer. Det gäller dock ett fåtal studier som var och en har delvis olika bakgrundsvariabler. Variabler som självupplevd hälsa och bruk av hypnotika/analgetika har dock starkt samband med sjukdom, och i de citerade artiklarna är det med få undantag svårt att urskilja variabler som avspeglar livsstil och beteende.

Evidens

Vi finner således ingen evidens för att livsstilsfaktorer eller levnadsförhållanden i sig skulle öka risken för förtidspension.

Yrkesrelaterade faktorer

Vi har funnit tre artiklar inom detta område (Tabell 5.11). Vad gäller studier över specifika yrkesgrupper har det bland dem vi sorterat bort pga bristande kvalitet funnits många studier där man redovisat förtidspension inom olika yrkesgrupper, men enbart i form av statistik och diagnosfördelning, utan några jämförelser eller statistik där man kontrollerat för ens ålder och kön. En sådan av bättre kvalitet är dock en studie [90] som gjorde en femårsuppföljning av ambulansförare i Nordirland och fann en kraftigt ökad risk för förtidspension bland ambulansförare jämfört med annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Hayward samt Krause [43,59] har studerat arbetslivsfaktorer mer generellt. Hayward et al [43] har i en longitudinell studie över 2 816 män studerat bl a komplexitet i arbetsinnehåll, fysiska krav, sociala krav samt även individvariabler som civilstånd, hälsa, utbildning. De fann att lönenivå och hälsa predicerade förtidspension, samt att även hög komplexitet i arbetet och fysiska krav ökade risken för förtidspension, även efter kontroll för lönenivå och hälsa.

En studie följde upp 1 038 män som deltagit i en befolkningsstudie av hjärt-kärlsjukdom [59]. De fann att ett antal arbetskaraktäristika, som tungt arbete, långa arbetspass, repetitiva arbetsuppgifter m fl ökade risken för förtidspension, även efter kontroll av sociala faktorer och hälsoförhållanden. Förmågan att kommunicera med medarbetare och socialt stöd från arbetsledare minskade dock risken för förtidspension.

Sammanfattningsvis har vi funnit två studier som analyserat samband mellan faktorer i yrkeslivet och förtidspension. Även om man i studierna har kontrollerat för sociala förhållanden och hälsa finns selektionsproblem av den typ som omnämns i avsnittet ”Psykosocial arbetsmiljö, Metodologiska problem” i detta kapitel, och när det dessutom är så få studier kan man inte säga att det finns *evidens* för samband.

Regelverk och ekonomiska incitament

Vi har funnit tre artiklar inom denna grupp, samtliga från Norge.

I en studie [20] har man analyserat förtidspension i två norska län 1990 och 1993, före respektive efter en reform som innebar större restriktivitet i beviljning av förtidspension. Man fann att avslagen på begäran om förtidspension ökade från 8 procent till 21 procent. Även antalet sökande minskade från 2,2 per 1 000 till 1,4 per 1 000. Det totala antalet nybeviljade förtidspensioner minskade kraftigt efter reformen, men har senare ökat igen.

I en studie [14] har man följt upp 2 053 långtidssjukskrivna, som identifierades i olika register, i syfte att studera betydelsen av ekonomiska incitament på förtidspension. Man fann att lönesystemet hade större betydelse än den avhållande effekten av pensionsersättning, samt att denna effekt var tydligast bland kvinnor. I övrigt fann man att ålder, sjukskrivningstid samt hälsotillstånd var de starkaste prediktorerna för förtidspension.

I en studie [12] gjordes tidsserieanalyser av förtidspensioneringar i Norge 1972–91 i syfte att studera sambandet med arbetslöshet, arbetsmarknad och nivå på ersättning. Man fann att ökad arbetslöshet bidrog till ökad förekomst av förtidspensionering. Den ökade ersättningsnivån påverkade mycket måttligt medan ändrad åldersstruktur på arbetskraften bidrog till att förtidspensioneringarna minskade. I Holmes m fl ovannämnda studie [46] försökte man finna förklaringar till den kraftiga ökningen av förtidspensioner under studietiden, men fann inte att den ekonomiska tillbakagången under perioden eller ändringar i systemet kunde förklara ökningen.

Sammanfattningsvis har vi funnit få studier inom detta område, med delvis olika syften och design. Det går inte att utifrån dessa studier dra några slutsatser om effekten av regelverk och ekonomiska incitament på omfattningen av förtidspension.

Sammanfattande slutsatser

Det finns omfattande underlag från offentlig statistik och i huvudsak deskriptiva studier om sambandet mellan olika bakgrundsfaktorer och sjukfrånvaro. Det gäller exempelvis ålder, kön och socialgrupp. Dock finns mycket få studier som analyserat dessa bakgrundsfaktorer på ett mer ingående sätt och vetenskaplig evidens, i egentlig mening, för ett kausalsamband mellan dessa faktorer och sjukskrivning saknas således.

När det gäller familjeförhållanden fann vi ingen evidens för att civilstånd och hemmavarande barn har samband med sjukfrånvaro, däremot en begränsad evidens för effekten av skilsmässa.

När det gäller förhållanden i arbetslivet fann vi begränsad evidens för effekten av fysiskt påfrestande arbete, och måttlig evidens för låg psykologisk kontroll över arbetssituationen.

Vad gäller strukturella förhållanden fann vi begränsad evidens för samvariation i tid mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro, men ingen evidensbaserad kunskap om orsakerna till sambandet. Vi fann måttlig evidens för effekt av socialförsäkringssystemens utformning, men ingen evidens för hur stora förändringar som krävs för att sjukfrånvaromönstret ska påverkas.

Väsentligen samma resultat gäller för förtidspension, även om antalet studier är litet. Dock fann vi här måttlig evidens för effekten av socialgrupp, som delvis kunde förklaras av förhållanden i barndomen

Följande områden har vi funnit vara svagt täckta i litteraturen:

Demografiska förhållanden (ålder, kön, bostadsort): Redovisning av ålders- och könsfördelning har ofta funnits, ofta medtagna som confoundingfaktorer, men utan någon ansats att förklara eller gå djupare bakom redovisning av statistik. De studier som försökt förklara demografiska förhållanden bakom sjukskrivning har sällan haft tillräckligt hållbar kvalitet.

Förtidspension: Vi har visserligen identifierat ett antal artiklar inom några huvudsakliga teman, men med tanke på åtgärdens genomgripande effekt på såväl individen som samhället, tycker vi ändå att området är svagt utforskat.

Försäkringssystemens utformning: Här pågår en intensiv debatt, och det hade varit värdefullt med bättre vetenskaplig belysning om betydelsen av försäkringssystemens utformning för förekomst av sjukskrivning och förtidspension.

Attityder och frånvarokultur: I den offentliga debatten förklaras ibland den just nu höga sjukfrånvaron i Sverige och Norge, och speciellt den starka ökningen, som ett resultat av ändrade attityder till sjukfrånvaro. Det är emellertid ytterst få vetenskapliga studier som ägnats åt frågor kring attityder och ”frånvarokultur”.

Tabell 5.1 Riskfaktorer för sjukskrivning – könsskillnader.

Författare År Land [Ref]	Syfte	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av sjukskrivningsdata
Alexanderson 1994 Sverige [2]	Beskriva ssk i förhållande till kön, ålder och yrke	Kohort	Alla anställda i Östergötland 1985	184 549 46% ♀	Register
Mastekaasa 2000 Norge [66]	Samband kön, föräldraskap, yrke, ssk	Tvärsnitt	Befolkningsurval anställda i Norge 1990. Befolkningsurval anställda i Norge 1995	1990: 99 742 ♀ 1995: 94 869 49% ♀	Register
Mastekaasa 2000 Norge [67]	Studera om kvinnors yrken har mer negativa hälsoeffekter	Tvärsnitt	Befolkningsurval anställda i Norge 1990. Befolkningsurval anställda i Norge 1995	1990: 79 529 48% ♀ 1995: 179 431 48% ♀	Register
Vistnes 1997 USA [107]	Beskriva och förklara könsskilln i ssk	Tvärsnitt	Befolkningsurval anställda i USA	9 598 ♂ och ♀	Självrapporterad
Åkerlind 1996 Sverige [111]	Studera ssk i förh till föräldraskap	Kohort	Alla anställda i Östergötland 1985, 16–54 år	165 735 48% ♀	Register

♀ = kvinna; ♂ = man; ssk = sjukskriven; sbd = samband; koeff = koefficient; kontr = kontroll; f = för; förh = förhållande; ant = antal; bltr = blodtryck; hemmav = hemmavarande; BMI = Body Mass Index; FHV = Företagshälsovården; SRR = Standardized relative risk

Viktigaste oberoende variabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Kommentarer	Kvalitets-gradering
Yrke, kön, mans/kvinnodominans	Sick leave rate, Antal pers med ssk/antal pers i gruppen	Deskr stat, χ^2 -test, t-test	Ssk ratio Kv/M 2,15 i extremt mansdominerade yrken, 1,58 i integrerade yrken	Ej kontr ekonomi, socialgrupp	Begränsad
Kön, ålder, barn utbildning, inkomst	Ssk eller inte under 9 resp 12 mån	Log regr	Svagt sbd antal barn/ssk. Ensamstående kv starkt sbd (koeff 0,4836). Sbd ssk och barn födda under året	Kontr f ålder, utbildning, inkomst, deltidsarbete	Måttlig
Kön, ålder, yrke, lön, arbetstid	Ssk eller inte under 9 resp 12 mån	Log regr	Könsskillnader i ssk gäller även på likartade arbetsplatser	Kontr f ålder, utbildning, inkomst, deltidsarbete	Måttlig
Kön, etnicitet, yrke, lön, civilstånd, hemmavarande barn	Årligt ant dagar frånvarande pga sjukdom	Negativ binomialförd, logitanalys	Pos sbd antal barn och ssk (koeff 0,250) för kvinnor, ej män. Kvinnor mindre ssk än män i småföretag (-0,503/-0,278)	Samtidig kontroll för många faktorer. Självrappr ssk, tvärsnitt	Begränsad
Ålder, kön, hemmavarande barn	Antal ssk-dagar/person, antal sskdagar/ssk-tillfälle	Deskr stat, 95% konfidensintervall	Unga kvinnor med barn mer ssk än kvinnor utan barn, äldre kvinnor mer ssk	Ej kontroll ekonomi, socialgrupp	Begränsad

Tabell 5.2 Studier av familjeförhållanden och sjukfrånvaro.

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie-objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Blank 1995 Sverige [7]	Effekter av arbetsförhållanden, sociala förhållanden och kön	Tvärsnitt. 1986–1989	Allmänt befolkningsurval	13 828 (49% ♀)	Register (försäkring)
Bratberg 2002 Norge [15]	Effekt av familjeförhållanden på lång frånvaro	Longitudinell. Några oberoende variabler mättes 1989, andra 1989–. 1994 Ber mättes 1994	Befolkningsurval. ♀ 30–40 år undantag statsanställda	25 465 (100% ♀)	Register (försäkring)
Eriksen 1999 Norge [28]	Effekt av skilsmässa på långvarig frånvaro/förtids-pension	Longitudinell. Ober variabler mättes 1990 och 1990–1994. Ber mättes 1994	6 ålderskohorter i en kommun. 20–62 år, yrkesaktiva, gift/samboende 1990	1 359 (50% ♀)	Självrapporterad
Frost 1995 Danmark [35]	Effekt av småbarn, fysisk arbetsmiljö och psykiskt krävande arbete	Tvärsnitt. 1986	Allmänt befolkningsurval	2 950 (kön framgår ej)	Självrapporterad senaste året (intervju)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Ensamstående (referens gift/samboende). Minst ett barn under 7 år (referens inget). Separata analyser för ♀ och ♂	(1) Mer än 3 perioder >7 dagar, (2) minst 1 period >59 dagar	Logistisk regression	OR. Ensamstående, ♂: 1,4 för kort frånvaro; ensamstående, ♀: 1,7 för kort frånvaro. Barn, ♀: 0,6 för kort, 1,9 för lång	Aktivt/passivt/högstress/låg-stress arbete, deltid, offentlig sektor, ekonomiska problem, rökning	Begränsad
Civilstånd: Ej gift 1989 och 1994 (referens), gift båda åren, gift 1989 men ej 1994, ej gift 1989 och gift 1994. Antal barn under 11 år 1989. Antal barn födda 1989–1994	(1) Antal dagar, (2) frånvaro/icke frånvaro. Uppföljningsperiod 1989–1994. För både (1) och (2) enbart perioder >2 veckor	Tobitregression, probit, bivariat probit	Tobitregr: Gift 1989 och 1994 $\beta=-9,83$, gift 1989 men ej 1994 $\beta=4,12$. Barn 1989 $\beta=-2,13$. Barn 1989–1993 $\beta=10,68$. Probitregression ger frånvarosannolikhet 0,39 och 0,35 vid 0 respektive 3 barn år 1989. Med korrektion för selektion 0,45 och 0,48	Ålder, utbildningsnivå, utbildning under uppföljningsperioden, inkomst, förtidspensionerad make, antal yrkesaktiva år	Måttlig
Ej gift eller samboende 1994 (referens fortsatt gift/samboende)	Mer än 8 veckors frånvaro senaste året (ja/nej)	Logistisk regression	OR för ej gift eller samboende (dvs upplöst förhållande) 3,02	Ålder, mycket lyft, muskel-skelett-smärtor, emotionella problem	Begränsad
Ej gift (referens gift). Minst ett barn under 7 år (referens ingen)	(1) Minst 1 frånvarodag senaste året, (2) minst 10 dagar	Logistisk regression	OR. Ej gift: 1,42 för (1) och 1,39 för (2). Småbarn: 1,42 (enbart 1). Samband småbarn – frånvaro troligen enbart för ogifta kvinnor	Kön, ålder, rökning, långvarig sjukdom, fysisk/kemisk arbetsmiljöbelastning, psykosocial belastning	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.2 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Hallberg 1992 Sverige [41]	Effekt av skilsmässa på hälsa och sjukfrånvaro	Longitudinell. Oberoende variabler mättes 1984. Beroende mättes 1982–1989	Alla män 30–44 år skilda andra halvåret 1984 i en kommun	30 plus referensgruppen på 6 118 ♂ 30–39 år (oavsett civilstånd)	Register (offentlig)
Isacsson 1992 Sverige [49]	Frånvaro i förhållande till socio-demografisk bakgrund	Tvärsnitt. 1985	Alla sjukförsäkrade 16–65 år i en stad	124 411 (% ♀ framgår ej)	Register (försäkring)
Leigh 1986 USA [62]	Förhållanden som predicerar sjukfrånvaro	Tvärsnitt. 1978–1979	Befolkningsurval. Huvudförsörjare anställd minst 500 timmar per år	4 100 (22% ♀)	Självrapporterad
Mastekaasa 1990 Norge [65]	Effekt av omsorgsuppgifter (barn och vårdbehövande)	Tvärsnitt. 1981–1988	Befolkningsurval. Personer med frånvaro och referensgrupp	6 170 med frånvaro plus 15 827 referenspersoner (47% ♀)	Självrapporterad

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgranskning
Skilsmässa år 1984 (referens ej skilsmässa)	Antal dagar per år i perioder 7 dagar	Medelvärden	Frånvaro lägre än referensgruppen 1982 (10 dagar mot 15), 1983 (12 mot 15), 1988 (18 mot 20), 1989 (9 mot 20). Högre 1984 (20 mot 15), 1985 (19 mot 16), 1986 (26 mot 16) och 1987 (21 mot 18)	Ingen kontroll för confounders, men information om frånvaro före skilsmässan	Begränsad
Civilstånd (ogifta, gifta, skilda, änkor/änklingar). Separat analys för ♀ och ♂	Antal dagar per år	Medelvärden	Genomsnittlig frånvaro. Ogifta ♂: 26 dagar, ♀: 28. Gifta ♂: 21, ♀: 25. Skilda ♂: 37, ♀: 43. Änklingar: 33, änkor: 35	Ålder	Begränsad
Civilstånd: ogift, gift, tidigare gift (referens). Skild senaste året. Änka/änkling senaste året. Antal barn <6 år	Antal timmar senaste året	Tobit-regression	Tobitkoefficienter: Ogift -20,06, gift -27,10. Änka (änkling) senaste året 133,62. Skilsmässa senaste året 66,46. Barn: 26,77 för ♀	Lön, övertid, pendling, anställningstid i verksamheten, fackligt ansluten, funktionshämning, kön, ras, utbildningsnivå, befolkningsstorlek, ålder, arbetslöshetskvot, sjukdomskvot i yrket	Begränsad
Familjetyp: Gift/samboende utan barn (referens), ensamstående utan barn, ensamstående med barn, gift 1-2 små barn, gift 1-2 större barn, gift ≥3 små barn, gift ≥3 större barn. Separat analys för ♀ och ♂	Frånvaro/icke frånvaro i referensveckan	Logistisk regression	OR. Ensamstående utan barn: ♂: 1,16. Gift 1-2 större barn: ♀: 0,77; ♂: 0,82. Gift 3+ små barn: ♀: 0,70	Ålder, vårdbehövande i hushållet, socioekonomisk status, näring	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.2 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie-objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Mastekaasa 2000 Norge [66]	Effekt av barn	Tvärsnitt. 1990, 1995	Befolkningsurval av anställda 18–59 år. (1) 10% av alla gifta 1990. (2) 10% av alla ♀ i 1995	1990: 100 938 (bara ♀). 1995: 95 283 (49% ♀)	Register (försäkring)
Rael 1995 Storbritannien [88]	Effekter av socialt stöd och ekonomisk stress	Longitudinell. Ober mättes 1985–88. Ber variabel från baseline –1990	Anställda i departement	10 308 (33% ♀)	Register (arb givare)
Vistnes 1997 USA [107]	Orsaker till könskillnader i frånvaro	Tvärsnitt. 1987	Befolkningsurval av hushåll	9 598 (48% ♀)	Självrapporterad
Åkerlind 1996 Sverige [111]	Samband föräldrastatus och frånvaro och variationer i denna efter ålder och kön	Tvärsnitt. 1985, 1986, 1987	Befolkningsurval av anställda och egenföretagare i ett landsting. 16–54 år	165 735 (48% ♀) i 1985. Motsv för 1986 och 1987	Register (försäkring)

Not: Om inte annat har angetts, redovisar "Resultat"-kolumnen de signifikanta sambanden mellan sjukfrånvaro och variablerna som angetts i kolumnen "Centrala förklaringsvariabler". Kolumnen "Confounders" redovisar variabler som kontrollerats för utöver dem som angetts som "Centrala förklaringsvariabler". OR = Odds ratio. RR = relativ risk.

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Antal barn under 16 år (0, 1, 2, 3+; 0 referenskategori). Ålder yngsta barnet. Separata analyser efter kön och civilstånd (gift, samboende, aldrig gift, tidigare gift)	Frånvaro/ icke frånvaro i perioder av 9 eller 12 månader. Frånvaro >3 dagar (2), >2 veckor (1)	Logistisk regression	OR. (1) ♂: 1 barn 1,23, 2 barn 1,26, 3 barn 1,26. ♀: 1 barn 1,17. Yngsta barnets ålder: ♂: $\beta=-0,011$ ♀: $\beta=-0,018$ (2) Gifta: 1 barn 1,14; 2 barn: 0,84. Aldrig gift: 1 barn 1,49; 2 barn 1,62. Yngsta barnets ålder: Gift: $\beta=-0,018$	Ålder, utbildningsnivå, arbetsinkomst, deltid	Begränsad
Civilstånd: ogift, skild/separerad, änka(änkling), gift/samboende (referens). Separat analys för ♂ och ♀	Antal perioder, (1) ≤ 7 dagar, (2) > 7 dagar	Poisson regression	RR. Ogifta ♂: 1,11 gånger mer kort och 0,78 gånger mer lång frånvaro än gifta ♂. Änklingar: 1,60	Ålder, tjänsteställning	Begränsad
Civilstånd: gift, änka, skild, separerad, ogift (referens). Förändring i civilstånd (referens ingen förändring). Barn under 15 (referens inget). Antal barn under 6. Separat analys för ♀ och ♂	(1) Frånvaro/ icke frånvaro, (2) antal dagar senaste året	Logistisk och negativ binomial regression	OR. Civilstånd: Gift ♂ 1,38. Barn under 6, ♀: 1 barn 1,28, 2 barn 1,65, 3 barn 2,12	Ras, hälsotillstånd, landsdel, stad/land, fackansluten, företagsstorlek, yrke, näring, antal kroniska sjukdomar	Begränsad
Barn under 10 år (referens inget). Separata analyser efter kön/ ålder	Bl a antal dagar per person per år. Perioder >7 dagar	Rater med konfidensintervall	RR barn/icke barn: ♀ 16–24 år 3,01 (ca 1,7 utan graviditetsdiagnoser), ♀ 25–34 år, 1,29 ♀ (ca 1,14 utan graviditet), 35–44 år 0,83. ♂ 16–24 år 0,43, 25–34 år 0,50, 35–44 år 0,56	Kön, ålder	Begränsad

Tabell 5.3 Studier av socialgrupp och sjukfrånvaro.

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvaro- data
Fuhrer (2002) Storbritannien och Frankrike [36]	Jämförelse av sambandet socialgrupp – sjukfrånvaro i Frankrike och Storbritannien	Longitudinell. Oberoende variabler mättes på bastidpunkt, frånvaro fyra efterföljande år. Årtal framgår ej	Anställda i departement och i offentligt energibolag. ♂ 42–52 år; ♀ 37–52 år	5 825 i Stor- britannien (45% ♂). 6 818 i Frankrike (56% ♀)	Register (arbetsgivare)
North (1993) Storbritannien [82]	Beskriva och förklara socio- ekonomiska skillnader i sjukfrånvaro bland stats- anställda	Longitudinell. Oberoende variabler mättes 1985–1988, frånvaro efterföljande 0,3 till 39,6 månader	Anställda i departement 35–55 år (inga manuella yrken)	10 314 (33% ♀)	Register (arbetsgivare)

Not: Om inte annat har angetts, redovisar "Resultat"-kolumnen de signifikanta sambanden mellan sjukfrånvaro och variablerna som angetts i kolumnen "Centrala förklaringsvariabler".
RR = relativ risk.

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Tjänsteställning (tredelat). Separat för ♀ och ♂	Antal perioder >7 dagar	Poisson-regression	RR, lägsta jämfört med högsta tjänsteställningskategori. Storbritannien, utan kontroll: ♂ 5,17; ♀ 3,26. Med kontroll: ♂ 3,85; ♀ 2,76. Frankrike, utan kontroll: ♂ 3,77; Med kontroll: ♂ 3,17; ♀ 1,96	Fars yrke, längd, utbildningsnivå, rökning, alkohol, matvanor, BMI, blodtryck, civilstånd, nätverk, sociala jobbkraV, kontroll, kön, ålder	Måttlig
Tjänsteställning (sexdelat). Separat för ♀ och ♂	Antal perioder ≤7 dagar och >7 dagar	Poisson-regression	RR, lägsta jämfört med högsta tjänsteställningskategori. Kort frånvaro, utan kontroll: ♂ 5,61; ♀ 2,93. Med kontroll: ♂ 3,69; ♀ 2,11. Lång frånvaro, utan kontroll: ♂ 7,35; ♀ 3,65. Med kontroll: ♂ 6,44; ♀ 2,55	Ålder, rökning, alkohol, jobbkontroll variation, bruk av färdigheter, socialt stöd i arbetet, arbetstempo, jobbtillfredsställelse, stöd utanför jobbet, betalningsproblem, etnisk grupp	Måttlig

Tabell 5.4 Riskfaktorer för sjukskrivning – livsstil, levnadsförhållanden, beteende.

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Bertera 1991 USA [5]	Samband beteende riskfaktorer och sjukskrivning	Tvärsnitt 1984–1988	Anställda på företag som deltog i hälsofrämjande insats	45 976 28% kv	Självrapporterad
Boyce 1991 USA [13]	Samband fysisk kondition och ssk	Tvärsnitt 1988–1989	Poliser i stad i USA	514 15% kv	Register
Bush 1995 Australien [16]	Samband rökning och ssk	Tvärsnitt 1989–1990	Befolkningsurval anställda i Australien	23 813 42% kv	Självrapporterad
Eriksen 1998 Norge [29]	Samband rökning och långtidssk	Kohort 1990–1995	Befolkningsurval anställda i norsk kommun	1 426 50% kv	Självrapporterad
Eriksen 2002 Norge [27]	Samband fritidsaktiviteter och ssk	Kohort 1999–2000	Urval sjukvårdsbitr	4 744 96% kv	Självrapporterad
Jacobson 1996 USA [50]	Samband upplevd stress och ssk	Tvärsnitt 1988–1993	Urval anställda vid 250 arbetsplatser	79 080 48% kv	Självrapporterad
Moens 1999 Belgien [73]	Samband BMI och ssk	Tvärsnitt 1994	Urval anställda	106 495 45% kv	Register
Muto 1993 Japan [75]	Samband fys träning och ssk	Tvärsnitt 1988	Urval anställda i kemisk industri	21 924 män	Register

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Rökning, alkohol, obesitas, fys träning, säkerhetsbälte	Ant sskdagar /12 mån	ANOVA	Flertal beteenderisker sign ökad risk, rökning 0,90 "excess illness days", alkohol 0,37, obesitas 0,36	Ej kontroll av vilka företag som valde att delta	Begränsad
Olika mått på fys träning o kropps-konstitution	Ant sskdagar /12 mån	Lin o log regr, ANOVA Hierarisk regr analys	Svagt sbd fys kondition o ssk % kropps fett sign prediktor bland <35 år	Ej kontroll andra beteendevariabler, arbetsplats	Begränsad
Rökning, socio-ekon förh, hälso-tillstånd	Ssk/ej under den senaste tvåveckors-perioden	Logit analys	Sannolikheten ssk för rökare är 66% högre bland män, 23% bland kv	Kontroll för socio-ekonomi, hälso förhållanden	Medel
Rökning, mått på fys träning	Sjukfrånvaro >8 veckor/år	Chi ² -test, log regr	Rökning ökade risken för ssk (OR=2,2; 1,3–3,9)	Kontroll för hälsoförh o arbetslivs förh	Medel
Typ av fys träning, rökning, hälso-tillstånd, arbetsförhåll	Ant ssk >14 dagar/år	Chi ² -test, log regr	Minskad risk ssk snabba promenader (OR 0,8; 0,6–1,0) aerob/gymn (OR 0,7; 0,5–1,0)	Kontroll för hälso förh o arbetslivs förh	Medel
Upplevd stress inom olika områden, utbildning, yrke, livsstil	Ant sskdagar /12 mån	Chi ² -test, Mantel-Haenszel-test	Sign sbd stress o ssk, hög stress hade OR 2,2 (2,0–2,4) för ssk >4 dagar	Kontroll för utbildn, rökning, alkohol, BMI, m m	Medel
BMI, rökning, bltr, yrke	Antal sskdagar /år	Chi ² -test, ANOVA Log regr	Dos-reponssbd, högre BMI, högre ssk. BMI>40 gav OR 1,3(0,8–1,9) män och OR 1,9 (1,4–2,4)	Kontroll för yrke, rökning, o flera andra variabler	Medel
Fys träning, rökning, alkohol, typ av arbete	Ant ssk tillfällen/100. Antal sskdagar/100. Antal dagars frånvaro	Chi ² -test, log regr	Sign sbd fys träning och ssk. OR=0,88, 0,90, resp 0,87 för ssk vid tre olika grader av träning	Kontroll för yrke, BMI, rökning, alkohol	Medel

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.4 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Parkes 1987 England [86]	Samband vikt, rökning, psykisk hälsa och ssk	Kohort 1977/1980 –1983	Studenter vid påbörjan av sjuksköterske- utbildning	221 kvinnor	Register
Qun 1992 Kina [87]	Samband rökning och ssk	Tvärsnitt, 1988	Urval anställda i petrol industri i Shanghai	1 856 män	Register
Tucker 1998 USA [101]	Samband obesitas och ssk	Tvärsnitt oklart när	Urval anställda i 50-tal företag i USA	10 825 43% kv	Själv- rapporterad
Wooden 1995 Australien [108]	Samband rökslut och ssk	Tvärsnitt, 1989–1990	Befolkn urval anställda i Australien	5 219	Själv- rapporterad

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Längd/vikt, rökning, somatiska besvär, social funktion	Antal ssk-tillfällen/33 månaders-period	Hierarkisk registeranalys. Diskriminantanalys	Övervikt, undervikt och rökning sign samband med ssk	Kontroll för somatiska besvär social funktion	Begränsad
Rökning, utbildn, typ av yrke, alkohol	Antal sskdagar under 2 år	Chi ² -test log regr Mantel-Haenszel-test	Rökare ökad risk för ssk OR 1,6 (1,0–2,3) resp OR 1,3 (0,9–2,0) 1986 och 87	Kontroll för ålder, alkohol, yrkessexp	Måttlig
Obesitas mätt med hudvecks-metod. Inkomst, utbildn, arbete, rökning	Antal sskdagar /6 mån	Stratifierad analys, Mantel-Haenszel-test	Obesitas ökad risk för ssk, OR 1,7 för hög ssk, OR 1,6 för måttlig ssk	Kontroll för inkomst, yrkesaktivitet, rökning	Måttlig
Slutat röka, andra rök-variabler, yrke, utbildn, socio-ekon, alkohol, fys träning	Ssk/ej under den senaste tvåveckors-perioden	Chi ² -test log regr	Hög risk för ssk första året efter rökslut, 20 år senare 4,5 ggr lägre risk för ssk	Kontroll för hälsorisker, yrke, utbildning, socio-ekonomiska faktorer	Måttlig

Tabell 5.5 Riskfaktorer för sjukskrivning – interventionsstudier.

Författare År Land [Ref]	Syfte	Typ av studie	Studieobjekt	Antal inkluderade	Typ av sjukskrivningsdata
Bertera 1990 USA [4]	Studera effekten av hälsofrämjande program på ssk	Före–efter Kvasiexperim 1984–1986	41 arbetsplatser i tillverkningsindustrin i USA som genomförde program, 19 kontrollarbetsplatser	43 888 "hourly employees" 19% ♀	Register
Hamers 1992 Holland [42]	Samband företagshälsövård och ssk	Kvasiexperim	Lärare i 333 skolor med spec företagshälsövård i Holland	7 031 lärare (intervent) 10 320 (kontroll) ? % ♀	Register
Jeffery 1993 USA [51]	Effekten av hälsofrämjande program på ssk	RCT 1987–1990	32 arbetsplatser i Minn/StPaul, 16 intervention: rökning, vikt-nedgång	200 anställda/arbetsplats 54% ♀	Själv-rapporterad
Narbro 1999 Sverige [80]	Samband obesitasbeh och ssk/förtidspens	Kvasiexperim 1987–1996	Patienter med övervikt, intervention kirurgi/konv behandling	740 67% ♀	Register
Nurminen 2002 Finland [84]	Effekten av träningsprogram på ssk	RCT 1996–1997	Kvinnor i tvätteri-arbete Intervent fys träning	260 (133 intervent, 127 kontr)	Register
Serxner 2001 USA [94]	Effekten av hälsofrämjande program på ssk	Kvasiexperim 1996–1998	Anställda vid tele-komföretag i USA, intervent fysträning, rökslut, hälso-rådgivn m m	450 60% ♀	Register
Stein 2000 USA [98]	Effekten av hälsofrämjande program på ssk	Kvasiexperim Före–efter 1994–1998	Anställda på ett sjukhus i USA. Intervent rökslut, vikt-nedgång, stressredukt	2 421–2 868 (beroende på år) 80% ♀	Register

Viktigaste oberoende variabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Kommentar	Kvalitets-gradering
Arbetsplats intervent/ ej sociala, demografiska karakteristika	Antal sskdagar/år	t-test varians-analys	Minskning av ssk-dagar med 10,5% på interventionsarbetsplatser första året efter, 1,9% ökning på kontrollarbetsplatser	Selektion av arbetsplatser till deltagande	Begränsad
Skolor intervent /ej lärargruppernas sammansättning, skol-karakteristika	Andel ssk personer, antal ssk-tillfällen/år	Multivar. analys, MANO-VA	Ökad långtidssk i interventionsgruppen (1,40), minskad i kontrollgrupp (-1,10)	Kontroll för arbets-platskarakteristika	Måttlig
Arbetsplats slumpad till intervention/ ej fys träning, rökning, hälsförh, arbetsförh	Andel pers ssk åtminstone 1 dag senaste mån	Multivar regr model-ler varians-analys	3,5 resp 4,5% minskad andel ssk i interventionsgruppen, oförändrat i kontrollgrupp. $p=0,04$ resp $0,06$	Randomiserad design	Hög
Kirurgisk behandling alt konventionell beh obesitas hälsförh, demografi, tid ssk	Ant dagar ssk resp förtids-pens	Varians-analys Linjär regr Log regr	Ingen sign skillnad opererade/ ej opererade	Ej randomiserad Kontroll för hälsförh, demogr, tid ssk	Begränsad
Slumpad till intervent/ ej hälsförh. Upplevd arbetsförmåga, arbetsförh	Kumulativt antal timmar ssk vid 8, 12 och 15 mån	Covarians-analys, Regr analys Wilcoxon test	Ingen sign skillnad i ssk mellan interv och kontroller	Randomiserad design	Hög
Deltagare/ ej i program Typ arbete, ställning, tid ssk	Antal ssk-dagar/år	Varians-analys F-test	Ssk dagar minskade 29,2–27,8 i interventionsgrupp, ökade 33,2–8,1 i kontrollgrupp	Kontroll för tid ssk, arbetstyp, ställning	Begränsad
Deltagare/ ej i program Hälsförh Arbetsförh	Antal sskdagar/år	Multivar linjär regr Log regr	Minskad ssk bland deltagarna under vissa år ($p<0,05$) men ej konsistent	Kontroll för baslinje förh, arbetstyp, ställning	Begränsad

Tabell 5.6 Studier av arbetsförhållanden och sjukfrånvaro.

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Ala-Mursala 2002 Finland [1]	Effekt av kontroll över arbetstid	Longit: Ober mätt 1996–1997, frånvaro 1997–1998	Kommunalt anställda i 10 städer	6 442 (77% ♀)	Register (arbets- givaren)
Blank 1995 Sverige [7]	Effekter av arbetsförhål- landen, sociala förhållanden och kön på frekvent vid lång frånvaro	Tvärsnitt. 1986–1989	Allmänt befolkningsurval	13 828 (49% ♀)	Register (försäkring)
Boedeker 2001 Tyskland [8]	Frånvaro i förhållande till belastande arbete	Tvärsnitt. 1995–1997	Anställda i 5 företag inom industri och handel	42 508 (68% ♀)	Register (försäkring)
Bond 2001 England [9]	Effekt av inter- vention för ökad jobb- kontroll	Kvasiexperi- ment, före/efter med ett års mellanrum. Randomisering? År framgår ej	Anställda i departement	97 (37% ♀)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Kontroll av arbetstid (6 frågor, fyrdelat item). Psykosociala krav och kontroll (båda fyrdelade items). Separata analyser för ♀ och ♂	Antal perioder >3 dagar	Poisson-regression	RR, minst gynnsamt versus mest gynnsamt värde på ober variabel. Kontroll av arbetstid: 1,19 för ♀. Krav: 1,24 för ♀. Kontroll: 1,29 för ♀, 1,28 för ♂	Utbildningsnivå, civilstånd, barn, rökning, alkohol, BMI, stillasittande	Måttlig
Fysiska jobbkrav (5 frågor, tvådelade item), psykiska jobbkrav (2 frågor, tvådelade item), kontroll (tvådelat item), kombinationer av krav och kontroll. Separata analyser för ♀ och ♂	(1) Mer än 3 perioder >6 dagar, (2) minst 1 period >59 dagar	Logistisk regression	OR, minst gynnsamt versus mest gynnsamt värde på ober variabel Fysiska krav: ♂: 1,7 för korta, 1,6 för långa. ♀: 2,0 för långa. Kontroll: ♂: 1,9 för korta, 2,2 för långa. ♀: 1,4 för långa. Psykiska krav: ♀: 1,5 för långa	Deltid, sektor, arbetslöshet senaste 5 åren, civilstånd, barn under 7, rökning, ekonomiska problem	Begränsad
Fysiska krav (femdelat item), arbetsställningar (tredelat item), arbetsplats (femdelat item), omgivning (t ex buller; femdelat item), vibrationer (femdelat item), stillasittande (tredelat item), kontroll (femdelat item), psykosociala krav (femdelat item), organisatoriska krav (tredelat item). Expertvärdering av 79 jobbkategorier	Antal perioder >1 dag (>3 dagar för 28%)	Poisson-regression	OR, minst gynnsamt versus mest gynnsamt värde på ober var: Fysiska krav 1,46, arbetsställningar 1,15, arbetsplats 1,13, vibrationer 1,56, låg kontroll 2,46, psykosociala krav 0,55 (omvänt mot förväntat), organisatoriska krav 0,49 (också omvänt)	Ålder, kön, företag, utbildningsnivå, arbetstid, anställningstid	Måttlig
Deltagit i förändringsarbete (ja/nej)	Antal dagar per år	Variansanalys, linjär regression	Förändring av medelvärde från 3,23 till 2,02 i experimentgruppen, från 3,02 till 3,40 i kontrollgruppen		Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Bourbonnais 2001 Canada [10]	Arbetsbelastning och frånvaro	Tvärsnitt. Oberoende variabler mätt 5/1994–12/ 1994, frånvaro 5/1994–12/1995	Sjuksköterskor vid 6 sjukhus	1 793 (100% ♀)	Register (arbetsgivare)
Bourbonnais 1992 Canada [11]	Arbetsmängd och frånvaro	Tvärsnitt, fallkontroll. 1984–1987	Sjuksköterskor på 7 sjukhus	1 165 fall och 1 165 kon- troller (%♀ framgår ej)	Register (arbetsgivare)
Chevalier 1999 Frankrike [19]	Effekter av elektro- magnetiska fält	Longitudinell. Beroende och oberoende variabler mätt årligen 1978–1992	Anställda i elektricitets- bolag	Anställd minst ett år 1978– 1992	Ca 1 700 per år (troligen nästan 0% ♀)
de Jonge 2000 Nederländerna [22]	Test av krav- kontroll-stöd modell	Tvärsnitt. Oberoende variabler mätt 3/1994–4/1995, frånvaro för 1995	Anställda i 24 bolag	1 412 (30% ♀)	Register (arbetsgivare)
English 1989 USA [26]	Effekt av exponering för utsläpp av skadliga ämnen	Longitudinell: Uppföljning över 7 dagar efter expone- ring 1984	Anställda inom trafikpolisen exponerade för utsläpp	993 (% ♀ framgår ej)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Psykologiska krav, kontroll och stöd från överordnade och kollegor. Alla variabler två svarsalternativ. Kombinationer av krav och kontroll	(1) Antal korta perioder (<4–6 dagar), (2) antal långa perioder	Poisson-regression	Kombination höga krav och låg kontroll ger 1,20 gånger så många korta frånvaroperioder (i förhållande till låga krav och hög kontroll). Svagt stöd ger 1,26 gånger så många korta och 1,27 gånger så många långa frånvaroperioder	Sjukhus, typ av avdelning, arbetstid, tobak, alkohol, socialt stöd utanför jobbet, stresshändelser, ålder, typ-A beteende, arbetsbelastning hemma, säkerhet i arbetet	Begränsad
Antal sköterskor/ antal patienter (tredelat item), vårdtid (tredelat item), avdelning (nominal), sjukhus (nominal)	Frånvaro/ icke frånvaro 1/1984–5/1987	Logistisk regression	Effekt av antal sköterskor/antal patienter endast för översjuksköterskor (OR=2,56)	Tjänstebeteckning, heltid, arbetstidsordning	Begränsad
Register (arbetsgivare)	Tre jobb-kategorier med olika grad av exponering. Anställningstid (1–4 mot 5–13 år)	Antal perioder och antal dagar per år	Rater etc och χ^2 -test och troligen t-test		Begränsad
Psykologiska krav, "skill discretion", beslutsauktoriteten och stöd från överordnade och kollegor. Interaktion. Kontinuerliga skalor 1–4	(1) Antal dagar, (2) antal perioder	Linjär regression	Regressionskoefficienter. Beslutsauktoriteten: $-0,58$ för antal dagar och $-0,27$ för perioder. Stöd $-0,40$ för antal perioder	Kön, ålder, utbildning	Begränsad
Två grupper: giftiga (N=655) och icke giftiga (N=338) utsläpp	Antal timmar i loppet av första 7 dagarna	Medelvärde, t-test			Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvaro- data
Eshøj 2001 Danmark [30]	Risikfaktorer för långtids- frånvaro	Tvärsnitt, fall–kontroll. 1991–1992	Befolknings- urval i kom- muner	1 807 (50% ♀)	Register (ej specificerat)
Fried 2002 Israel [34]	Interaktions- effekter av buller, jobb- komplexitet och kön	Tvärsnitt 1985–1987	Anställda i 21 företag	802 (55% ♀)	Register (försäkring)
Frost 1995 Danmark [35]	Effekt av småbarn, fysisk arbets- miljö och psykiska krav	Tvärsnitt. 1986	Allmänt befolknings- urval	2 950 (% ♀ framgår ej)	Självrap- porterat för senaste året (intervju)
Heaney 1995 USA [44]	Effekter av stress på läkar- intygad och icke intygad frånvaro	Tvärsnitt. Oberoende variabler mätt i januari, från- varo för hela året 1990	Arbetare i tillverknings- industrin	998 (23% ♀)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Tunga lyft, upprepade rörelser, jobbtillfredsställelse tillfredsställelse med inflytande. Samtliga tvådelade item	Mer än 10 veckor på 1 år (fall)	Logistisk regression	OR: Tunga lyft (σ : 2,1; ρ : 2,8), jobbtillfredsställelse (σ : 2,1), enformigt arbete (σ : 1,7), tillfredsställelse inflytande (ρ : 2,1)	Ålder, civilstånd, utbildning, tidigare arbetslöshet, svår barndom, ryggsmärtor	Begränsad
Buller (fysisk mätning), jobbkomplexitet (expertvärdering, summerad poäng baserat på fyra fyrdelade item), kön	Ant perioder (logaritimisk)	Linjär regression	Additiva effekter av buller och komplexitet ökar R^2 från 0,24 till 0,30, interaktion buller-komplexitet-kön till 0,36. Effekt av buller särskilt vid hög komplexitet och för ρ	Ålder, anställningstid, näring, typ av jobb, somatiska besvär, hörselskydd	Begränsad
Fysisk påverkan (minst 2 av 13 tvådelade item), psykosocial påverkan (minst 2 av 5 tvådelade item)	Förekomst av (1) frånvaro generellt, (2) perioder över 10 dagar	Rater, logistisk regression	OR, frånvaro generellt respektive lång frånvaro: fysisk påverkan: 1,32 och 1,73; psykisk påverkan: 1,36 och 1,46	Små barn, kön, ålder, ogift, rökning, långvarig sjuklighet	Begränsad
Stressfaktorer: kontroll över tempo (2 item), rollklarhet (4), ackordslön. Upplevd stress: rollkonflikt (3), omgivning (5, t ex buller), direkt fråga om stress	Frånvaro/icke frånvaro med läkarintyg	Logistisk regression	OR. Upplevd stress: fysisk omgivning 1,34, rollkonflikt 1,54, upplevd stress 1,24	Civilstånd, ras, kön, utbildning, ålder	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Houtman 1994 Nederländerna [47]	Effekter av stress på muskuloskeletala besvär och frånvaro	Tvärsnitt. 1977, 1983, 1986	Befolkningsurval av anställda 18–65 år	5 865 (% ♀ framgår ej)	Självrapporterat
Kivimäki 1997 Finland [57]	Psykosociala variabler som förklaring på förändring i frånvaro under nedskärningsperiod	Longitudinell. Oberoende variabler mätt 1990 och 1993, frånvaro 1991 och 1993–1995	Kommunalt anställda	763 (73% ♀)	Register (arbetsgivare)
Kivimäki 1998 Finland [56]	Har jobbrelaterad stress starkare effekt för personer med fientligt reaktionsmönster	Longitudinell. Oberoende variabler mätt 1990 och 1993, frånvaro 1991 och 1993–1995	Kommunalt anställda	866 (73% ♀)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Psykosociala faktorer: Högt arbetstempo, enformigt arbete, möjligheter för personlig utveckling, anpassning arbete – utbildning, karriärmöjligheter. Fysiska faktorer: Farligt arbete, fysiskt tungt, buller, smutsigt, dålig lukt. Enskilda och flera psykosociala och fysiska faktorer	Förekomst (ja/nej) sista 3 mån	Logistisk regression	OR: dåliga utvecklingsmöjligheter 1,17, fysiskt tungt 1,23, max antal psykosociala faktorer 1,67, max antal fysiska faktorer 1,83	Utbildningsnivå	Begränsad
Nedskärning (för 32 yrkeskategorier), osäkerhet (5 item), kontroll (18 item), socialt stöd (6 item). Kontinuerliga variabler. Interaktioner med kön analyserat	Ant perioder över 3 dagar (läkarintyg)	Poisson-regression med kontroll för frånvaro på starttidpunkt	RR. Effekt av stark nedskärning reduceras från 2,17(σ : 1,99; c: 2,73) till 1,60 (f: 1,46; c: 1,97) vid kontroll för förändring av arbetsrelaterade faktorer (särskilt fysiska krav), ej vid kontroll för stöd och hälsovanor	Ålder, kön, inkomst, Måttlig psykisk hälsa (GHQ), rökning, BMI, alkohol, fysisk aktivitet, negativa händelser, känsla av sammanhang	Måttlig
Fientlighet (3 item, variation 3–21), nedskärning (% ändring under verksamhetsåret), anställningosäkerhet (5 item, tredelat), krav i arbetet (5 item, tredelat), förändring av krav (2 item, tredelat), negativ arbetsförändring (ja/nej). Separat analys för ♀ och ♂	Ant perioder över 3 dagar (läkarintyg)	Poisson-regression med kontroll för frånvaro på starttidpunkt	RR vid låg respektive hög fientlighet: nedskärning (σ : 1,71, 1,20; ♀: 1,16, 1,76), anställningsosäkerhet (♀: 1,60, aktivitet 1,03), krav i arbetet (♀: 1,14, 1,87), ökade krav (♀: 1,01, 1,56), negativ arbetsförändring (♀: 1,22, 1,76)	Ålder, frånvaro, starttidpunkt, inkomst, rökning, BMI, alkohol, fysisk aktivitet	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Kivimäki 2000 Finland [55]	Samband mobbing på arbetsplats och ssk	Longitudinell. Tidpunkt för mätning ober variabler framgår ej. Frånvaro mätt 1998	Anställda vid 10 sjukhus	5 655 (88% ♀)	Register (arbetsgivare)
Kristensen 1991 Danmark [60]	Effekter av psykosociala stressfaktorer	Tvårsnitt. År framgår ej	Anställda i 147 slakterier	4 407 (22% ♀)	Självrap- porterade
McGhee 2000 Hong Kong [68]	Effekt av passiv rökning på arbetsplatsen	Tvårsnitt. 1995	Polistjänstemän	5 142 (14% ♀)	Enkät
Melamed 1995 Israel [69]	Effekter av objektiva och subjektiva arbetsför- hållanden	Tvårsnitt. 1985–1987	Arbetare i 21 företag	1 278 (31% ♀)	Register (försäkring)

Centrala förklaringsvariabler	Utfallsmått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Utsatt för mobbing (ja/nej/vet ej), avdelning med minst en mobbad (ja/nej)	Antal frånvaro (1) ≤ 3 dagar och (2) längre än 3 dagar	Poisson-regression	RR. Högre frånvaro om utsatt för mobbing (1,21 för korta, 1,36 för långa sjukfrånvarofall)	Rökning, alkohol, stillasittande livsstil, BMI, diagnostiserad sjukdom, kön, yrkes grupp, ålder, fast anställd, deltid, inkomst, frånvaro 1997	Måttlig
"Taylorisering" (kontroll) (7 item, 11 eller 3 kategorier), tempo (3 kategorier), kombinationer av taylorisering och tempo, lönesystem (ackord, bonus, timlön). Separat för ♂ och ♀	Antal dagar senaste 12 mån	Poisson-regression	RR (hög versus medel/låg): taylorisering (♂ 1,95), tempo (♀ 1,68)	Ålder, förhållande till ledningen, ryggproblem, teknologi i arbetet, antal arbetsolyckor	Begränsad
Antal år utsatt för passiv rökning på arbetsplats (icke exponerad, under median, över median)	Frånvaro/icke frånvaro och antal dagar senaste 6 mån	Logistisk regression och kovarians analys	OR, över median jämfört med icke exponerad, ♂: 2,04; ♀: 1,58. Motsvarande för antal dagar (linjär reg): ♂: 0,21	Ålder, civilstånd, anställningskategori, alkohol, passiv rökning hemma	Begränsad
Jobb klassificerat av observatör: repetitivt (lång, medel, kort serie), understimulering (ja, nej). Subjektiv upplevelse av monotoni (4 item, variationsvidd 0–12)	Antal perioder. Deskriptiv statistik också för antal dagar	Linjär regression	Regressionskoefficienter. Ökat frånvaro vid kort repetitiv serie ($\beta=0,24$), understimulering ($\beta=0,24$) och vid subjektiv monotoni ($\beta=0,02$)	Ålder, kön, etnisk bakgrund	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvaro- data
Melamed 1989 Israel [70]	Effekter av ergonomiska belastningar	Tvärsnitt. År framgår ej	Arbetare i 5 företag	729 ♂	Register (försäkring)
Messing 1988. Frankrike [71]	Arbetsförhållande och frånvaro, könsskillnader	Tvärsnitt. 1987–1988	Anställda i 17 slakterier och konserveringsindustri	1 348 (59% ♀)	Register (arbetsgivare)
Milton 2000 USA [72]	Effekt av luftkvalitet	Tvärsnitt. 1994	Timanställda i tillverkningsindustrin	3 720 (33% ♀). Därav 1 341 kontorsanställda (74% ♀)	Register (arbetsgivare)
Niedhammer 1998 Frankrike [81]	Samband psykosociala arbetsförhållanden och frånvaro	Longitudinell. Oberoende variabler 1995, frånvaro följande 12 månader	Anställda i statligt företag. 41–56 år	12 555 (12% ♀)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Ergonomiskt belastningsindex (kroppsställning, farligt arbete, yttre påverkan, fyrdelat), somatiska besvär (12 item), nöjd med arbetsinnehåll	Frånvaro/icke frånvaro under ett år	Logistisk regression	Regressionskoefficienter: somatiska besvär ($\beta=0,045$), nöjd med arbetsinnehåll ($\beta=-0,021$)	Ålder, somatiska besvär, nöjdhet	Begränsad
Väldigt många variabler. Huvudgrupper: yttre påverkan, psykosociala förhållanden, ergonomiska förhållanden, arbetstidsordning. Separat för ♀ och ♂	Frånvaro/icke frånvaro senaste året	Logistisk regression (stegvis)	OR: kön (♀ 2,0), dåligt förhållande till kollegor/arbetsgivare (♀: 3,0), ej anpassad arbetsplats (♀: 2,1), köld/fukt/drag (♀: 2,0), vet ej när skiftet slutar (♂: 1,9), upprepade repetitiva moment (♂: 2,1), låg temperatur (♂: 1,6)	Kön	Begränsad
Definierat för 165 områden i företaget: ventilation (expertvärdering), luftfuktighetsutrustning, registrerade klagomål, litet utrymme per anställd? Alla tvådelade	Procent förlorad tid, totalt och för kort frånvaro	Poisson regression. Person månader	RR. Totalt frånvaro: dålig ventilation (2,30), ingen luftfuktning (1,96), litet utrymme (0,54). Kort frånvaro: dålig ventilation (1,52), område för klagomål (1,52)	Ålder, kön, etnicitet, antal frånvaro icke pga sjukdom	Begränsad
Psykologiska krav (5 item), kontroll (6 item), socialt stöd i arbetet (5 item). Dikotomiserat vid median. Separat analys för ♀ och ♂	Antal perioder och antal dagar	Poisson regression	RR: kontroll (♀: 1,19; ♂: 1,22), stöd (♂: 1,21). Ant dagar: kontroll (♀: 1,34; ♂: 1,22), stöd (♂: 1,17)	Ålder, rökning, alkohol, civilstånd, utbildningsnivå, yrke	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
North 1996 Storbritannien [83]	Samband psykosociala arbetsförhållanden och frånvaro	Longitudinell. Oberoende variabler mätt vid baslinje 1985–1988. Frånvarot o m 3/1988	Anställda i departement	9 072 (33% ♀)	Register (arbetsgivare)
Smulders 1999 Nederländerna [95]	Test av kravkontroll modell med varierande uppföljningstid	Longitudinell. Oberoende variabler mätt år 0, frånvaro år 0, 1, 2, 3. Årtal framgår ej	Anställda i offentligt ägt företag för tekniskt underhåll	1 755 (0% ♀)	Register (arbetsgivare)
Trinkoff 2001 USA [100]	Effekter av fysisk belastning	Tvärsnitt. 1994–95	Slumpmässigt urval av sjuksköterskor	3 727 (95% ♀)	Självrapporterad
Vahtera 2000 Finland [104]	Effekter av ändringar i psykosoc miljö vid nedskärning	Longitudinell. Oberoende variabler mätt 1990 och 1993, frånvaro 1990 och 1993–1997. Nedskärningar mätt 1993	Anställda i kommuner	530 (74% ♀)	Register (arbetsgivare)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Värdering av personalchef: psykologiska krav, kontroll. Självvärdering: psykologiska krav, kontroll, stöd. Tredelade variabler. Separat analys för ♀ och ♂	Antal perioder (1) ≤7 dagar, (2) >7 dagar	Poisson-regression	RR. Lång frånvaro, självvärdering: krav (♂: 0,73, motsats till förväntat), kontroll (♂: 0,77; ♀: 0,82). Extern värdering: krav (♂: 0,67; ♀: 0,74), kontroll (♂: 0,61). Liknande för kort frånvaro. Socialt stöd bara för ♂ och kort frånvaro (0,81)	Ålder, utbildning, äger hus, bil, etnisk bakgrund, rökning, alkohol, fysisk aktivitet, betalningsproblem, negativt socialt stöd	Måttlig
Kontroll/variation (8 item), krav (8 item), fysiska förhållanden (temperatur, buller etc, 5 item). Alla tvådelade	Antal dagar och antal perioder	Linjär och Poisson-regression	Koefficienter. Bara resultat för antal perioder redovisas här. Linjär: kontroll 2,90 år 0, fysisk 2,49 år 0, 1,99 år 1 Poisson: 3,06 år 0, fysisk 3,21 år 0. Ingen interaktion	Ålder, utbildning, hälsa, frånvaro år 0	Begränsad
Fysiska krav (obehaglig ställning för huvud, för kropp, fysisk ansträngning, lyft, repetitivt arbete, arbeta mycket, snabbt, farlig utrustning, arbeta fort)	Frånvaro senaste månaden (ja/nej)	Logistisk regression	OR. Obehaglig ställning för huvud 1,56, för kropp 1,34, fysiskt ansträngande 1,24, tunga lyft 1,30. Frånvaro ökade med antal krav (8 i förhållande till 0: OR 3,74)	Ålder, kön, fysisk aktivitet. Delvis också för rökning, depression, etnicitet, civilstånd, barn under 4 år, arbets-tidsordning	Begränsad
Kontroll (11 item), "skill discretion" (4 item) beslutsauktoriteten (7), deltagande i beslut (3), förutsägbarhet (4), psyk krav (5), fys krav (3), stöd från överordnade (9), stöd från kollegor (4). Kontinuerliga variabler Separata analyser för nivå och förändring i oberoende variabler och med oberoende variabler på individnivå och aggregerad nivå	Antal perioder över 3 dagar	Poisson-regression	RR för 1 standardavvik över versus 1 standardavvik under medelvärde. Nivå år 0, individnivå: kontroll 1,24, deltagande i beslut 1,42, förutsägbarhet 1,15, stöd kollegor 1,23, psykiska krav 1,21, fysiska krav 1,66. Något starkare utslag vid bruk av aggregerade variabler. Också i stort sett signifikant vid förändring i oberoende variabler	Alkohol, rökning, stillasittande livsstil, BMI	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.6 fortsättning

Författare, År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Studie- objekt	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Vahtera 1996 Finland [105]	Variabler som modererar krav-kontrolleffekter	Longitudinell. Oberoende variabler mätt 1990, frånvaro år 1991–1993	Anställda i kommuner	856 (73% ♀)	Register (arbetsgivare)
Voss 2001 Sverige [110]	Fysisk, psykosocial och organisatorisk arbetsmiljö och frånvaro	Tvärsnitt. Frånvaro 1993, enkät 1994	Anställda i Postverket Anställd minst 7/92 till 9/94	2 628 (46% ♀)	Register (arbetsgivare)

Not: Om inte annat har angetts, redovisar "Resultat"-kolumnen de signifikanta sambanden mellan sjukfrånvaro och variablerna som angetts i kolumnen "Centrala förklaringsvariabler". Kolumnen "Confounders" redovisar variabler det kontrollerats för utöver dem som angetts som "Centrala förklaringsvariabler".
OR = Odds ratio. RR = relativ risk.

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Krav (5 item), obj krav (medelvärde för jobb/arbetsplats), kontroll (5 item), känsla av sammanhang, socialt stöd (5 item). Separat analys för ♀ och ♂	Antal perioder ≤3 dagar och >3 dagar	Poisson-regression	Sign effekt av krav och kontroll för kort och lång frånvaro för båda könen (effektstorlek framgår ej). Ingen interaktion krav-kontroll. Några trevägs interaktioner med sense of coherence, jobbnivå, hush storlek, men inte med socialt stöd	Gift, anställningsnivå, inkomst, utbildningsnivå, jobbtillfredsställelse, konflikter med överordnade, konflikter med kollegor, subjektiv hälsa, kroniska sjukdomar, muskel- och skelettsmärter, psykiska besvär, beteende relaterad risk, tidigare frånvaro	Måttlig
150 variabler inom arbetsmiljö och annat som oro för förändringar på arbetsplatsen och arbetar istället för att ta ut frånvaro (kan inte redovisas här). Separat för ♀ och ♂	Minst 2 perioder under året (ja/nej)	Logistisk regression	Signifikanta samband för fysiska och mellanmänskliga förhållanden, inte för organisatoriska förhållanden		Begränsad

Tabell 5.7 Studier av sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro.

Författare, År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inklu- derade	Typ av frånvaro- data
Bäckman 1992 Sverige [17]	Samband arbets- löshet – frånvaro	Aggregerade tidsseriedata 1935–1990	Population som omfattas av sjukförsäk- ring i RFV	56 årliga observationer	Register (försäkring)
Doherty 1979 Storbritannien [23]	Förklara frånvaro med ekonomiska variabler	Aggregerade tidsseriedata 1954–1969	Population som omfattas av National Insu- rance	16 årliga observationer	Register (försäkring)
Dyrstad 1998 Norge [24]	Effekter av eko- nomiska incita- ment	Aggregerade tidsseriedata 1971–1996	Arbetare i urval av företag i arbetsgivarorga- nisation	104 kvartalsvisa observationer	Register (arbetsgivar- organisation)
Johansson 1998 Sverige [52]	Om frånvaro är resultatet av äkta makars samordnade beslut	Longitudinell. Oberoende och beroende. variabler mätt 1981 och 1991	Befolkningsurval. Arbetare 20–64 år	517 arbetare (52% ♀)	Register (försäkring)
Johansson 1996 Sverige [53]	Effekter av eko- nomiska incita- ment	Tvårsnitt. 1981	Befolkningsurval. Arbetare 20–64 år	1 967 (53% ♀)	Register (försäkring)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering
Arbetslöshet	Antal sjukdagar per försäkrad per år	ARIMA-regression. Nivåtal och differenser	Ingen effekt av arbetslöshet	Lönenivå, dödlighet, förändringar i försäkringssystem	Begränsad
Arbetslöshet	Antal dagar och antal tillfällen	Linjär regression på nivå-tal och differenser	Negativ effekt av arbetslöshet. Numerära resultat framgår i stort sett inte	Kompensationsgrad, inkomst, dödlighet, frånvaro pga influensa	Begränsad
Arbetslöshet Separat analys för ♀ och ♂	Procent förlorade dagar. Frånvaroperioder över 3 dagar	Dynamisk tidsserie-modell	Långsiktig proportionell förändring i frånvaro vid ökning av arbetslöshet: ♀ -0,05	Förändringar i försäkringsbestäm-melser 1974, 1978 och 1984	Måttlig
Arbetslöshet i län. Separat analys för ♀ och ♂	Antal dagar. Perioder över 7 dagar	Poisson-modell för panel data	Ingen effekt av arbetslöshet	Inkomstbortfall vid frånvaro, arbetstid, äkta makes arbetstid, inkomst, funktionshämning, ålder, indikatorer på arbetsförhållande och hälsa	Begränsad
Arbetslöshet i länet	Antal dagar. Perioder över 7 dagar	Binomisk modell	Effekt av arbetslöshet -0,20	Inkomstbortfall vid frånvaro, arbetstid, inkomst, kön, ålder, funktionshämning, indikatorer på arbetsförhållande och hälsa, olycksrisk, barn, civilstånd	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.7 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av frånvaro- data
Knutsson 1998 [58] Sverige	Samband arbetslöshet och sjuk- frånvaro	Longitudinell. Oberoende variabler mätt 1991, frånvaro 3/1992	Befolkningsurval i två län. ♀ i yrken med >999 ♀ i materialet, ♂ i yrken med >999 ♂	84 319 (62% ♀)	Register (försäkring)
Leigh 1986 USA [62]	Förhållande som predicerar sjukfrånvaro	Tvärsnitt. 1978–1979	Befolkningsurval. Huvudförsörjare anställd minst 500 timmar per år	4 100 (22% ♀)	Själv- rapporterad

Not: Om inte annat har angetts, redovisar "Resultat"-kolumnen de signifikanta sambanden mellan sjukfrånvaro och variablerna som angetts i kolumnen "Centrala förklaringsvariabler". Kolumnen "Confounders" redovisar variabler det kontrollerats för utöver dem som angetts som "Centrala förklaringsvariabler".
OR = Odds ratio. RR = relativ risk.

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitets-gradering
Procent arbetslösa i enhet definierat efter yrke, kön, ålder, län (4 kategorier). Separat för ♀ och ♂	Frånvaro-period längre än 29 dagar på bestämt datum	Logistisk regression	OR, högsta v. lägsta kategori. Vid kontroll för ålder och yrke: ♂ 0,4	Ålder, yrke	Begränsad
Arbetslöshet i länet	Antal timmar senaste året	Tobit-regression	Tobitkoefficient -1,23	Lön, övertid, pendling, anställningstid i yrket, fackligt organiserad, funktionshämning, kön, ras, utbildningsnivå, befolkningsstorlek, ålder, civilstånd, barn, sjukdomskvot i yrket	Begränsad

Tabell 5.8 Studier av samband mellan kompensationsbestämmelser och sjukfrånvaro.

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Bäckman 1992 Sverige [17]	Samband arbetslöshet – frånvaro	Aggregerade tidsseriedata 1935–1990	Personer som omfattas av sjukförsäkring i RFV	56 årliga observationer	Register (försäkring)
Doherty 1979 Storbritannien [23]	Förklara från- varo med ekonomiska variabler	Aggregerade tidsseriedata 1954–1969	Personer som omfattas av National Insurance	16 årliga observationer	Register (försäkring)
Dyrstad 1998 Norge [24]	Effekter av ekonomiska incitament	Aggregerade tidsseriedata 1971–1996	Arbetare i urval av företag i arbetsgivarorga- nisation	104 kvartalsvisa observationer	Register (arbetsgivar- organisation)
Johansson 1998 Sverige [52]	Om frånvaro är resultat av äkta makars samord- nade beslut	Longitudinell. Oberoende och ber variabler mätt 1981 och 1991	Befolkningsurval. Arbetare 20–64 år	517 arbetare (52% ♀)	Register (försäkring)

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Confounders kontrollerade för	Kvalitetsgradering för
Förändringar i kompensationsbestämmelser (1963, 1974: högre ersättning; 1967: färre karensdagar; 1985: också fridagar räknas som sjukdagar; 1988: både högre ersättning och färre karensdagar)	Antal sjukdagar per försäkrad per år	ARIMA-regression. Nivåtal och differenser	Effekter av reformer 67 (♂: 2,7 dagar per år) och 85 (♀: 2,4 dagar). Alltså förväntad effekt av färre karensdagar, men inte av högre ersättningsnivå	Lönenivå, dödlighet, arbetslöshet	Begränsad
Kompensationsgrad	Antal dagar och antal tillfällen	Linjär regression på nivåtal och differenser	Positiv effekt av ökad kompensation för antal dagar. Varierande resultat för antal perioder. Numerära resultat framgår i stort sett inte	Inkomst, dödlighet, frånvaro pga influensa	Begränsad
Diskreta förändringar i kompensationsordning 1974, 1978 och 1984. Separat analys för ♀ och ♂	Procent förlorade dagar. Frånvaroperioder över 3 dagar	Dynamisk tidsserie-modell	Uppskattat långsiktig proportionell förändring av frånvaro: Förändring år 1978 (ökning till 100% ersättning borttagande av karensdag, egensjukskrivning för kort frånvaro) gav ökad frånvaro: ♂ 0,22; ♀ 0,14	Arbetslöshet	Måttlig
Inkomstbortfall vid frånvaro (bestäms av två faktorer: om lönen är över gränsen och av marginalskatt på differensen mellan lön och kompensation). Separat analys för ♀ och ♂	Antal dagar. Perioder över 7 dagar	Poisson-modell för frågepanel korrigerat för spridning	Negativ effekt av inkomstbortfall: ♀ -0,48; ♂ -0,55	Arbets-tid, äkta makes arbetstid, inkomst, funktionsnedsättning, ålder, indikatorer på arbetsförhållanden och hälsa, arbetslöshet	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.8 fortsätter

Författare År Land [Ref]	Tema	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av frånvarodata
Johansson 1996 Sverige [53]	Effekter av ekonomiska incitament	Tvärsnitt. 1981	Befolkningsurval. Arbetare 20–64 år	1 967 (53% ♀)	Register (försäkring)
Saksvik 2001 Norge [92]	Införande av förlängd egen sjukskrivning, bl a effekter på frånvaron	Interventionsstudie Frånvaro 1996 (innan intervention), 1997 (intervention), 1998 (efter intervention). Icke-ekvivalent jämförelsegrupp	Anställda i kommunal hälso- och sjukvård i en stad	Distrikt med egen sjukskrivning (15 avdelningar, 167 anställda) och utan (4 avdelningar, 355 anställda)	Register (arbetsgivare)
Schlotzhauer 1985 [93] USA	Effekt av system	Longitudinell 1979–1982 (också 1983, men inte i huvudanalysen). Intervention 1980–1982	Anställda på ett sjukhus	164 med i belönings-systemet (ej fackanslutna), 136 ej med "fackanslutna"	Register (arbetsgivare)

Not: Om inte annat har angetts, redovisar "Resultat"-kolumnen de signifikanta sambanden mellan sjukfrånvaro och variablerna som angetts i kolumnen "Centrala förklaringsvariabler". Kolumnen "Confounders" redovisar variabler det kontrollerats för utöver dem som angetts som "Centrala förklaringsvariabler".
OR = Odds ratio. RR = relative risk.

Centrala förklaringsvariabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat för	Confounders kontrollerade	Kvalitetsgradering
Inkomstbortfall vid frånvaro (bestäms av två faktorer: om lön är över ersättningsgränsen och av marginalskatt på differensen mellan lön och ersättning)	Antal dagar. Perioder över 7 dagar	Binomisk modell, korrektion för observerad heterogenitet	Negativ effekt av inkomstbortfall för σ^2 : -0,47; positiv för φ : 0,78	Arbets tid, inkomst, kön, ålder, funktionsnedsättning indikatorer på arbetsförhållanden och hälsa, olycksrisk, barn, civilstånd	Begränsad
Intervention ger tillåtelse till 4 egenintygade frånvarotillfällen à max 5 dagar per år, mot vanligtvis max 3 dagar	Procent förlorad tid, totalt och separat för egensjuk-skrivning och läkarintygad sjuk-skrivning	Variansanalys	Ingen effekt av intervention		Begränsad
Inkluderade i ordning som ger kompensation för upp till 24 oanvända timmar per år	Antal timmar per person per år	Sammanläggning av grupperna, t-test. Linjär regression med kontroll för frånvaro tidigare år	Behandlingseffekt i regression: $\beta=0,31$ i 1980, 0,18 i 1981 och 0,23 i 1982 tidigare frånvaro	Ålder, kön, civilstånd, utbildning, anställningsnivå, anställningstid,	Begränsad

Tabell 5.9 Riskfaktorer för förtidspension – demografiska och socioekonomiska faktorer.

Författare År Land [Ref]	Syfte	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av sjukskrivningsdata
Dahl 2000 Norge [21]	Samband kön, demografiska faktorer och förtidspension	Longitudinell 1989–1995	10% bef urval	10 512 (44% ♀)	Register
Gjesdahl 2002 Norge [37]	Samband kön – långtidsfrånvaro – förtidspension	Longitudinell 1990–1995	10% bef urval	14 657 (56% ♀)	Register
Guberan 1998 Schweiz [40]	Samband socialgrupper och förtidspension	Longitudinell 1970–1972 1990–1992	Bef urval Genève	5 137 ♂	Register
Holmes 1991 Storbritannien [46]	Orsaker till förtidspension samt ökningen	Serie tvärsnittsundersökning 1975/1976– 1983/1989	Befolkningsurval	400 000 ♀ och ♂	Register
Krokstad 2002 Norge [61]	Medicinska, sociala, ekonomiska riskfaktorer för förtidspension	Longitudinell 1984/1986– 1994	Bef urval Trøndelag	54 387 ♀ och ♂	Register
Månsson 1998 Sverige [79]	Samband socialgrupp och förtidspension	Longitudinell 1974/198 11 års uppföljning	Urval män i Malmö	5 782 ♂	Register
Månsson 2001 Sverige [76]	Samband socialgrupp, självrapp hälsa, BMI och förtidspension	Longitudinell 1974/1978 11 års uppföljning	Urval män i Malmö	5 313 ♂	Register
Upmark 2001 Sverige [102]	Uppväxtförhållanden som mekanism till sambandet socialgrupp och förtidspension	Longitudinell 1969/1970– 1993	Årskohort vpl-mönstrade i Sverige	33 609 ♂	Register
Upmark 2002 Sverige [103]	Samband barndomsförhållanden, alkoholisering och förtidspension	Tvärsnitt	Bef urval kvinnor i Göteborg	299 ♀	Register

Viktigaste oberoende variabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Kvalitets-gradering
Ålder, kön, utbildning, barn, arbetsfaktorer	Incidens förtidspension	Multinomial logitmodell	Ensamstående o frånskilda män högre risk (koeff 0,027 resp 0,03). Ensamstående och frånskilda kv lägre risk (koeff -0,066 resp -0,039)	Måttlig
Ålder, kön, civilstånd, utbildning	Incidens förtidspension	Log regr	12,4% ♂ 12,6% ♀ förtidspension. Ålder och tid ssk viktigaste prediktorer	Måttlig
Yrke, social-grupp	Incidens förtidspension	SMR, SIR Aktuarieanalys	Högre risk för förtidspension i lägre socialgrupper, RR 11,4 för grupp IV och V	Måttlig
Ålder, kön, bostads-ort, yrke, lön, tid ssk	Incidens förtidspension	Lin och log regr	Ålder, tid ssk viktigaste riskfaktorer. Därutöver lokal bostads- och arb marknad	Begränsad
Självuppl hälsa, yrke, utbildn, alkohol/rökning	Incidens förtidspension	Cox regr	RR okval arbetare =3,0 (M) resp 1,4 (K). Ålder, låg kontroll och fys anstr arbete viktiga riskfaktorer	Måttlig
Yrke, BMI, bltr, alkohol	Incidens förtidspension	Cox regr	RR=2,6 för arbetare 1,7 för tjänstemän i förhållande till högre tjänstemän	Måttlig
Yrke, självrapp hälsa, BMI	Incidens	Cox regr	RR=2,2 för arbetare i förhållande till tjänstemän	Måttlig
Faderns soc gr, faders alkons, egen alkons, skolprest, psyk tester	Incidens förtidspension	Log regr	OR utbildade arbetare =2,9, sjönk till 1,5 vid kontroll av bakgr fakt. Ogynnsam uppväxt stark riskfaktor för förtidspension	Måttlig
Utbildn, yrke, alk diagnos, barndomsförh	OR förtidspension	Log regr	OR låg socialgrupp i barndom=3,6 OR föräldrar problemdrick=2,5 Flera barndomsförh starka riskfakt	Begränsad

Tabell 5.10 Riskfaktorer för förtidspension – livsstil, levnadsförhållanden, beteende.

Författare År Land [Ref]	Syfte	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av sjukskrivnings- data
Krokstad 2002 Norge [61]	Medicinska, sociala, ekonom riskfaktorer för förtidspension	Longitudinell 1984/1986– 1994	Befolknings- urval Trøndelag	54 387 ♀ och ♂	Register Självuppl hälsa
Månsson 2001 Sverige [78]	Samband själv- rappl hälsa och förtidspension	Longitudinell 1974/1978 11 års upp- följning	Befolknings- urval män i Malmö	5 932 ♂	Register
Månsson 2001 Sverige [77]	Samband analgetika/ hypnotika och förtidspens	Longitudinell 1974/1978 11 års upp- följning	Befolknings- urval män i Malmö	5 798 ♂	Register
Rothenbacher 1998 Tyskland [91]	Samband rökning och förtidspens	Kohort 1986/1988– 1992/1994	Byggnadsarb undersökta i FHV	4 796 ♂	Register

Viktigaste oberoende variabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Kvalitets-gradering
Yrke, utbildn, alkohol/rökning	Incidens förtidspens	Cox regr	RR okval arbetare =3,0 (M) resp 1,4 (K). Ålder, låg kontroll och fysiskt ansträngande arbete viktiga riskfaktorer	Måttlig
Självrapp hälsa, yrke, BMI, alkohol	Incidens förtidspension	Kaplan-Meyer, Cox regr	RR= 3,7 för ej perfekt hälsa	Måttlig
Självrapp hälsa, bruk av analgetika/hypnotika	Incidens förtidspension	Log regr Cox regr	RR=2,7 för analg, 3,1 för hypnotika, 7,0 för bägge. Ökad risk vid kontroll för självrapp hälsa	Måttlig
Rökning, alkohol, BMI, yrke, arb plats	Incidens förtidspension	Cox regr	RR=1,3 för alla rökare. Dos-responsbnd 1,6 för >= 30 cig/d	Måttlig

Tabell 5.11 Riskfaktorer för förtidspension: yrkesrelaterade faktorer.

Författare År Land [Ref]	Syfte	Typ av studie	Objekt för studie	Antal inkluderade	Typ av sjukskrivnings- data
Hayward 1989 USA [43]	Samband yrkes- karaktäristika och förtidspension	Longitudinell 1966–1981	Bef urval män i USA	2 816 män	Själv- rapporterad
Krause 1997 Finland [59]	Riskfaktorer för förtidspension	Kohort 1984/1989 4 års uppföljning	Bef urval män i Kuopio	1 038 män	Själv- rapporterad
Rodgers 1998 Irland [90]	Förtidspension bland ambulansförare	Tvärsnitt 1988–1992	Anställda inom hälso- och soc sektorn i ett distr	534 (66% K)	Register

Viktigaste oberoende variabler	Utfalls-mått	Statistisk metod	Resultat	Kvalitets-gradering
Utbildn, yrke, typ arbete, demografi	Incidens förtidspension	Life-table, Hazard model	Låglönearbetare högre risk (-0,095), hälsa enda övriga sign riskfaktor (0,858)	Måttlig
Fys o psyk arbetsförh, soc förh, hälsoförh	Incidens förtidspension	Log regr	RR tungt arbete = 3,3, obekväma ställningar = 2,6 lång arbetstid = 2,8	Måttlig
Yrkeskategori, typ av arbete (manuellt, adm, med, soc)	Incidens förtidspension	Indir ålders- o könsstandardiserad SRR Chi ² -test	Ambulansförare högst risk, SRR=56/1000 Manuell 25/1000 Sjuksköt 6/1000 Ej man 3/1000	Begränsad

Referenser

1. Ala-Mursala L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MC, Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:272-78.
2. Alexanderson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, Bjurulf P. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. *Scand J Soc Med* 1994;22:27-34.
3. Barmby T, Stephan G. Worker absenteeism: Why firm size may matter. *Manchester School* 2000;68:568-77.
4. Bertera R. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population [see comments]. *Am J Public Health* 1990;80:1101-5.
5. Bertera R. The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. *J Occup Med* 1991;33:1119-24.
6. Björklund A. Vem får sjukpenning? En empirisk analys av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer. In: Arbetskraft, arbetsmarknad och produktivitet, Expertrapport nr 4 till Produktivitetsdelegationen. Stockholm; 1991. p. 285-99.
7. Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, working conditions and gender. *Scand J Soc Med* 1995;23:265-72.
8. Boedeker W. Associations between workload and diseases rarely occurring in sickness absence data. *J Occup Environ Med* 2001;43:1081-88.
9. Bond FW, Bunce D. Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *J Occup Health Psychol* 2001;6:290-302.
10. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Quebec. *Am J Ind Med* 2001;39:194-202.
11. Bourbonnais R, Vinet A, Vezina M, Gingras S. Certified sick leave as a non-specific morbidity indicator: a case-referent study among nurses. *Br J Ind Med* 1992;49:673-8.
12. Bowitz E. Disability benefits, replacement ratios and the labour market. A time series approach. *Appl Econ* 1997;29:913-23.
13. Boyce RW, Jones GR, Hiatt AR. Physical fitness capacity and absenteeism of police officers. *J Occup Med* 1991;33:1137-43.
14. Bratberg E. Disability retirement in a welfare state. *Scand J Econ* 1999;101:97-114.
15. Bratberg E, Dahl SA, Risa AE. "The double burden" – Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? *European Sociological Review* 2002;18:233-49.
16. Bush R, Wooden M. Smoking and absence from work: Australian evidence. *Soc Sci Med* 1995;41:437-46.

17. Bäckman O. Sjukfrånvaro och arbetslöshet - samband eller skensamband. *Sociologisk forskning* 1992;38-49.
18. Chevalier A, Luce D, Blanc C, Goldberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. *Br J Ind Med* 1987;44:101-10.
19. Chevalier A, Souques M, Coing F, Dab W, Lambrozo J. Absenteeism and mortality of workers exposed to electromagnetic fields in the French Electricity Company. *Occup Med* 1999;49:517-24.
20. Claussen B, Bjerkedal T. Søknader om uførepensjon før og etter innstramningen i 1991. [Norwegian]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119:2182-6.
21. Dahl SA, Nilsen OA, Vaage K. Work or retirement? Exit routes for Norwegian elderly. *Appl Econ* 2000;32:1865-76.
22. de Jonge J, Reuvers MM, Houtman IL, Bongers PM, Kompier MA. Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: baseline results from SMASH. *Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress, and Health. J Occup Health Psychol* 2000;5:256-68.
23. Doherty NA. National Insurance and Absence from Work. *Econ J* 1979; 89:50-65.
24. Dyrstad JM, Lyso N. Økonomiske faktorer bak sykefraværet. *Norsk Økonomisk Tidsskrift* 1998;112:155-84.
25. Eden L, Ejlertsson G, Lamberger B, Leden I, Nordbeck B, Sundgren P. Immigration and socio-economy as predictors of early retirement pensions. *Scand J Soc Med* 1994;22:187-93.
26. English PB, Shaw GM, Windham GC, Neutra RR. Illness and absenteeism among California highway patrol officers responding to hazardous material spills. *Arch Environ Health* 1989;44:117-9.
27. Eriksen W, Bruusgaard D. Physical leisure-time activities and long-term sick leave: a 15-month prospective study of nurses' aides. *J Occup Environ Med* 2002;44: 530-8.
28. Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scand J Public health* 1999;27:196-202.
29. Eriksen W, Natvig B, Rutle O, Bruusgaard D. Smoking as a predictor of long-term work disability in physically active and inactive people. *Occup Med* 1998;48:315-20.
30. Eshøj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence – risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occup Med* 2001;51: 347-53.
31. Eyal A, Carel RS, Goldsmith JR. Factors affecting long-term sick leave in an industrial population. *Int Arch Occup Environ Health* 1994;66:279-82.
32. Feeney A, North F, Head J, Canner R, Marmot M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998;55:91-8.
33. Forthofer MS, Markman HJ, Cox M, Stanley S, Kessler RC. Associations between marital distress and work loss in a national sample. *J Marriage Fam* 1996;58:597-605.

34. Fried Y, Melamed S, Ben-David HA. The joint effects of noise, job complexity, and gender on employee sickness absence: An exploratory study across 21 organizations – the CORDIS study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2002;75:131-44.
35. Frost P, Breddam E, Bendsen J, Carlsen HB, Trykker HU. Sykefravær i relation til arbejdsmiljø og familieforhold. En analyse av data fra sundheds- og sygelighetsundersøgelsen 1986. [Danish]. *Ugeskr Laeger* 1995;157:2856-60.
36. Fuhrer R, Shipley MJ, Chastang JF, Schmaus A, Niedhammer I, Stansfeld SA, et al. Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. *Am J Public Health* 2002;92:1290-4.
37. Gjesdal S, Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits - Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995. *Eur J Publ Health* 2002;12:180-86.
38. Gregorio DI, Walsh SJ, Paturzo D. The effects of occupation-based social position on mortality in a large American cohort. *Am J Public Health* 1997;87:1472-75.
39. Grünfeld B, Noreik K. Utførepensjonering bland invandrere i Oslo. [Norwegian]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1991;111:1147-50.
40. Guberan E, Usel M. Permanent work incapacity, mortality and survival without work incapacity among occupations and social classes: a cohort study of ageing men in Geneva. *Int J Epidemiol* 1998;27:1026-32.
41. Hallberg H, Mattsson B. Separation and distress – sickness absence and health screening in newly divorced middle-aged Swedish men. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:91-7.
42. Hamers P, Kamphuis P, van Poppel J. Relationship between occupational health care and absenteeism. *Occup Med (Oxford)* 1992;42:188-92.
43. Hayward MD, Grady WR, Hardy MA, Sommers D. Occupational influences on retirement, disability, and death. *Demography* 1989;26:393-409.
44. Heaney CA, Clemans J. Occupational stress, physician-excused absences, and absences not excused by a physician. *Am J Health Promot* 1995;10:117-24.
45. Hensing G, Alexanderson K. The relation of adult experience of domestic harassment, violence, and sexual abuse to health and sickness absence. *Int J Behav Med* 2000;7:1-18.
46. Holmes P, Lynch M, Molho I. An Econometric-Analysis of the Growth in the Numbers Claiming Invalidity Benefit – an Overview. *J Soc Policy* 1991;20:87-105.
47. Houtman ILD, Bongers PM, Smulders PGW, Kompier MAJ. Psychosocial Stressors at Work and Musculoskeletal Problems. *Scand J Work Environ Health* 1994;20:139-45.
48. Ichino A, Maggi G. Work environment and individual background: Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm. *Q J Econ* 2000;115:1057-90.
49. Isacson A, Hanson BS, Janzon L, Kugelberg G. The epidemiology of sick

- leave in an urban population in Malmo, Sweden. *Scand J Soc Med* 1992;20:234-9.
50. Jacobson BH, Aldana SG, Goetzel RZ, Vardell KD, et al. The relationship between perceived stress and self-reported illness-related absenteeism. *Am J Health Promot* 1996;11:54-61.
51. Jeffery RW, Forster JL, Dunn BV, French SA, McGovern PG, Lando HA. Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. *J Occup Med* 1993;35:1142-6.
52. Johansson P, Brannas K. A household model for work absence. *Appl Econ* 1998;30:1493-503.
53. Johansson P, Palme M. Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *J Public Econ* 1996;59:195-218.
54. Kangas O. Behov eller rättighet? Sjukfrånvaros strukturella och institutionella förklaringsfaktorer i OECD-länderna. *Sociologisk forskning* 1991;23-41.
55. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57:656-60.
56. Kivimäki M, Vahtera J, Koskenvuo M, Uutela A, Pentti J. Response of hostile individuals to stressful changes in their working lives: test of a psychosocial vulnerability model. *Psychol Med* 1998;28:903-13.
57. Kivimäki M, Vahtera J, Thomson L, Griffiths A, Cox T, Pentti J. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol* 1997;82:858-72.
58. Knutsson A, Goine H. Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish counties. *Soc Sci Med* 1998;47:25-31.
59. Krause N, Lynch J, Kaplan GA, Cohen RD, Goldberg DE, Salonen JT. Predictors of disability retirement. *Scand J Work Environ Health* 1997;23:403-13.
60. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med* 1991;32:15-27.
61. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:1479-85.
62. Leigh JP. Correlates of absence from work due to illness. *Hum Relat* 1986;39:81-100.
63. Lindeboom M, Kerkhofs M. Multistate models for clustered duration data - An application to workplace effects on individual sickness absenteeism. *Rev Econ Stat* 2000;82:668-84.
64. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997;44:901-10.
65. Mastekaasa A. Gender Differences in Sickness Absence – the Importance of Family and Job Characteristics. *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 1990;31:531-54.
66. Mastekaasa A. Parenthood, gender and sickness absence. *Soc Sci Med* 2000;50:1827-42.

67. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review* 2000;16:267-86.
68. McGhee SM, Adab P, Hedley AJ, Lam TH, Ho LM, Fielding R, Wong CM. Passive smoking at work: the short-term cost. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:673-76.
69. Melamed S, Ben-Avi I, Luz J, Green MS. Objective and subjective work monotony: effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers [published erratum appears in *J Appl Psychol* 1995 Aug;80(4):538]. *J Appl Psychol* 1995;80:29-42.
70. Melamed S, Luz J, Najenson T, Jucha E, Green M. Ergonomic stress levels, personal characteristics, accident occurrence and sickness absence among factory workers. *Ergonomics* 1989;32:1101-10.
71. Messing K, Tissot F, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Bourguine M. Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions: factors associated with sickness absence. *J Occup Environ Med* 1998;40:250-60.
72. Milton DK, Glencross PM, Walters MD. Risk of sick leave associated with outdoor air supply rate, humidification, and occupant complaints. *Indoor AIR-International Journal of Indoor AIR Quality and Climate* 2000;10:212-21.
73. Moens G, Van Gaal L, Muls E, Viaene B, Jacques P. Body mass index and health among the working population – Epidemiologic data from Belgium. *Eur J Publ Health* 1999;9:119-23.
74. Moncada S, Navarro A, Cortes I, Molinero E, Artazcoz L. Sickness leave, administrative category and gender: results from the "Casa Gran" project. *Scand J Public health* 2002;30:26-33.
75. Muto T, Sakurai H. Relation between exercise and absenteeism due to illness and injury in manufacturing companies in Japan. *J Occup Med* 1993;35:995-9.
76. Månsson NO, Merlo J. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. *Eur J Epidemiol* 2001;17:65-69.
77. Månsson NO, Merlo J, Östergren PO. The use of analgesics and hypnotics in relation to self-rated health and disability pension – a prospective study of middle-aged men. *Scand J Public health* 2001;29:133-9.
78. Månsson NO, Råstam L. Self-rated health as a predictor of disability pension and death – a prospective study of middle-aged men. *Scand J Public health* 2001;29:151-8.
79. Månsson NO, Råstam L, Eriksson KF, Israelsson B. Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-aged men. *Int J Epidemiol* 1998;27:1019-25.
80. Narbro K, Agren G, Jonsson E, Larsson B, Naslund I, Wedel H, Sjostrom L. Sick leave and disability pension before and after treatment for obesity: a report from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:619-24.
81. Niedhammer I, Bugel I, Goldberg M, Leclerc A, Gueguen A. Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel

- cohort: a prospective study. *Occup Environ Med* 1998;55:735-41.
82. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining Socioeconomic Differences in Sickness Absence – the Whitehall-II Study. *Br Med J* 1993;306:361-66.
83. North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study [see comments] [published erratum appears in *Am J Public Health* 1996 Aug;86(8 Pt 1):1093]. *Am J Public Health* 1996;86:332-40.
84. Nurminen E, Malmivaara A, Ilmarinen J, Yloestalo P, Mutanen P, Ahonen G, Aro T. Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:85-93.
85. Nyman K, Bergendorff S, Palmer E. Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder. Stockholm: Regeringskansliet, Finansdepartementet; 2002. Report No.: Ds 2002:49.
86. Parkes KR. Relative weight, smoking, and mental health as predictors of sickness and absence from work. *J Appl Psychol* 1987;72:275-86.
87. Qun WW, Dobson AJ. Cigarette smoking and sick leave in an industrial population in Shanghai, China. *Int J Epidemiol* 1992;21:293-7.
88. Rael EG, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:474-81.
89. Riphahn RT, Thalmaier A. Behavioral effects of probation periods: An analysis of worker absenteeism. *Jahrbucher fur Nationalökonomie und Statistik* 2001;221:179-201.
90. Rodgers LM. A five-year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part I: Incidences of retirements. *Occup Med* 1998;48:7-16.
91. Rothenbacher D, Arndt V, Fraisse E, Zschenderlein B, Fliedner TM, Brenner H. Early retirement due to permanent disability in relation to smoking in workers of the construction industry. *J Occup Environ Med* 1998;40:63-8.
92. Saksvik PØ, Nytrø K. Improving subjective health and reducing absenteeism in a natural work life-intervention. *Scand J Psychol* 2001;42:17-24.
93. Schlotzhauer DL, Rosse JG. A five-year study of a positive incentive absence control program. *Personnel Psychology* 1985;38:575-85.
94. Serxner S, Gold D, Anderson D, Williams D. The impact of a worksite health promotion program on short-term disability usage. *J Occup Environ Med* 2001;43:25-29.
95. Smulders PGW, Nijhuis FJN. The Job Demands-Job Control Model and absence behaviour: results of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress* 1999;13:115-31.

96. Socialstyrelsen, SoS. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen SOU. 2000:121.
97. Socialstyrelsen, SoS. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. SOU. 2002:5.
98. Stein AD, Shakour SK, Zuidema RA. Financial incentives, participation in employer-sponsored health promotion, and changes in employee health and productivity: HealthPlus Health Quotient program. *J Occup Environ Med* 2000;42:1148-55.
99. Thomson L, Griffiths A, Davison S. Employee absence, age and tenure: a study of nonlinear effects and trivariate models. *Work & Stress* 2000;14:16-34.
100. Trinkoff AM, Storr CL, Lipscomb JA. Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *J Occup Environ Med* 2001;43:355-63.
101. Tucker LA, Friedman GM. Obesity and absenteeism: An epidemiologic study of 10,825 employed adults. *Am J Health Promot* 1998;12:202-07.
102. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Bigert C. Conditions during childhood and adolescence as explanations of social class differences in disability pension among young men. *Scand J Public health* 2001;29:96-103.
103. Upmark M, Thundal KL. An explorative, population-based study of female disability pensioners: the role of childhood conditions and alcohol abuse/dependence. *Scand J Public health* 2002;30:191-9.
104. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change on the psychosocial work environment on sickness absence: A seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:484-93.
105. Vahtera J, Pentti J, Uutela A. The effect of objective job demands on registered sickness absence spells: Do personal, social and job-related resources act as moderators? *Work & Stress* 1996;10:286-308.
106. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:365-72.
107. Vistnes JP. Gender differences in days lost from work due to illness. *Industrial & Labor Relations Review* 1997;50:304-23.
108. Wooden M, Bush R. Smoking cessation and absence from work. *Prev Med* 1995;24:535-40.
109. Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit – findings from Sweden Post. *Scand J Public health* 2001;29:166-74.
110. Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occup Environ Med* 2001;58:178-84.
111. Åkerlind I, Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, Bjurulf P. Sex differences in sickness absence in relation to parental status. *Scand J Soc Med* 1996;24:27-35.

Relevanta studier vilka inte bedömts ha tillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med genomgången

- Bailey RD. Autogenic regulation training and sickness absence amongst student nurses in general training. *J Adv Nurs* 1984;9:581-7.
- Baun WB, Bernacki EJ, Tsai SP. A preliminary investigation: effect of a corporate fitness program on absenteeism and health care cost. *J Occup Med* 1986;28:18-22.
- Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:494-501.
- Biefang S, Potthoff P, Bellach BM, Buschmann-Steinhage R. Predictors of early retirement and rehabilitation for use in a screening to detect workers in need of rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 1998;21:13-27.
- Bonsall JL, Squier JE, Baron CA, Parker G. Effect of physiotherapy on sickness absence in industry: a comparative study [see comments]. *J Soc Occup Med* 1991;41:176-80.
- Boumans NPG, Landeweerd JA. Nurses' well-being in a Primary Nursing care setting in the Netherlands. *Scand J Caring Sci* 1999;13:116-22.
- Bridges S, Mumford K. Absenteeism in the UK: A comparison across genders. *Manch Sch* 2001;69:276-84.
- Brown N, Redmon WK. The effects of a group reinforcement contingency on staff use of unscheduled sick leave. *Journal of Organizational Behavior Management* 1989;10:3-17.
- Brulin C, Goine H, Edlund C, Knutsson A. Prevalence of long-term sick leave among female home care personnel in northern Sweden. *J Occup Rehabil* 1998;8:103-11.
- Cant R, O'Loughlin K, Legge V. Sick leave – Cushion or entitlement?: A study of age cohorts' attitudes and practices in two Australian workplaces. *Work: a Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2001;17:39-48.
- Chan OY, Gan SL, Yeo MH. Study on the health of female electronics workers on 12 hour shifts. *Occup Med* 1993;43:143-8.
- Chevalier A, Luce D, Blanc C, Goldberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. *Br J Ind Med* 1987;44:101-10.
- Chia KS. Sickness absence of migrant workers. *Singapore Med J* 1988;29:387-92.
- Conrad KM, Riedel JE, Gibbs JO. Effect of worksite health promotion programs on employee absenteeism. A comparative analysis. *AAOHN Journal* 1990;38:573-80.
- Cooper CL, Bramwell RS. A comparative analysis of occupational stress in managerial and shopfloor workers in the brewing industry: Mental health, job satisfaction and sickness. *Work & Stress* 1992;6:127-38.
- Cooper CL, Sadri G. The impact of stress counselling at work. *J Soc Behav Pers* 1991;6:411-23.
- Cooper CL, Sadri G, Allison T, Reynolds P. Stress counselling in the Post Office. *Couns Psychol* 1990;3:3-11.

- Cox CL, Montgomery AC. Fitness and absenteeism among hospital workers. Clarifying the connection. *AAOHN J* 1991;39:189-98.
- Damlund M, Goth S, Hasle P, Jeune B, Munk K. The incidence of disability pensions and mortality among semi-skilled construction workers in Copenhagen. A retrospective cohort study with two control groups. *Scand J Soc Med* 1982;10:43-7.
- de Lange AH, Taris TW, Kompier MA, Houtman IL, Bongers PM. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:94-108.
- Diderichsen F, Kindlund H, Vogel J. Kvinnans sjukfrånvaro. *Läkartidningen* 1993;90:289-92.
- Disney R, Webb S. Why Are There So Many Long-Term Sick in Britain. *Econ J* 1991;101:252-62.
- Dwyer DJ, Ganster DC. The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of Organizational Behavior* 1991;12:595-608.
- Evans GW, Palsane MN, Carrere S. Type A behavior and occupational stress: A cross-cultural study of blue-collar workers. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:1002-07.
- Evans O, Steptoe A. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Soc Sci Med* 2002;54:481-92.
- Feeney A, North F, Head J, Canner R, Marmot M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998;55:91-8.
- Fischer FM. Retrospective study regarding absenteeism among shiftworkers. *Int Arch Occup Environ Health* 1986;58:301-20.
- Folkedal J, Vaag E, Halvari H, Svebak S. Absenteeism and attitudes toward organizational change in a manufacturing industry with low ergonomic load. *North American Journal of Psychology* 2000;2:357-78.
- Forthofer MS, Markman HJ, Cox M, Stanley S, Kessler RC. Associations between marital distress and work loss in a national sample. *J Marriage Fam* 1996;58:597-605.
- Friedlander BR, Hearne FT, Newman BJ. Mortality, cancer incidence, and sickness-absence in photographic processors: an epidemiologic study. *J Occup Med* 1982;24:605-13.
- Galloway D, et al. The health of primary school teachers. *New Zealand Journal of Educational Studies* 1984;19:136-42.
- Goldstein NB, Burke MJ, Sulzer JL. Note on the role of negative affectivity in understanding relationships between self-reports of exercise and sick leave. *Perceptual & Motor Skills* 1995;80:339-46.
- Green MS, Luz J, Gofer D. Absence from work among smokers and nonsmokers in Israeli industries – the Cordis Study. *Isr J Med Sci* 1992;28:645-9.
- Greiner BA, Krause N, Ragland DR, Fisher JM. Objective stress factors, accidents, and absenteeism in transit operators: A theoretical framework and empirical evidence. *J Occup Health Psychol* 1998;3:130-46.

- Guidotti TL. Absence experience of career firefighters reaching mandatory retirement age. *J Occup Med* 1992;34:1018-22.
- Harvey E, Burns J. Staff burnout and absenteeism through service transition: From hospital to hostel. *Mental Handicap Research* 1994;7:328-37.
- Hendrix WH, Steel RP, Leap TL, Summers TP. Development of a stress-related health promotion model: Antecedents and organizational effectiveness outcomes. *J Soc Behav Pers* 1991;6:141-62.
- Hendrix WH, Steel RP, Schultz SA. Job stress and life stress: Their causes and consequences. *J Soc Behav Pers* 1987;2:291-302.
- Hendrix WH, Taylor GS. A multivariate analysis of the relationship between cigarette smoking and absence from work. *Am J Health Promot* 1987;5-11.
- Høverstad T, Koefoed G, Gudding IH. [Intervention against sick-leave in an industrial company]. [Norwegian]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994;114:1317-20.
- Ide CW. Failing firefighters: a survey of causes of death and ill-health retirement in serving firefighters in Strathclyde, Scotland from 1985-94. *Occup Med* 1998;48:381-8.
- Indulski JA, Szubert Z. Female sickness absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 1996;9:219-25.
- Indulski JA, Szubert Z. Medical causes of female sickness absence during economic transition in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 1999;12:295-303.
- Jones RC, Bly JL, Richardson JE. A study of a work site health promotion program and absenteeism. *J Occup Med* 1990;32:95-9.
- Kangas O. Behov eller rättighet? Sjukfrånvaros strukturella och institutionella förklaringsfaktorer i OECD-länderna. *Sociologisk forskning* 1991;23-41.
- Kerr JH, Vos MC. Employee fitness programmes, absenteeism and general well-being. *Work & Stress* 1993;7:179-90.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Rasanen K, Toyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58:361-66.
- Kleiven M, Boggild H, Jeppesen HJ. Shift work and sick leave. *Scand J Work Environ Health* 1998;24:128-33.
- Koller M. Health risks related to shift work. An example of time-contingent effects of long-term stress. *Int Arch Occup Environ Health* 1983;53:59-75.
- Krantz G, Östergren PO. Do common symptoms in women predict long spells of sickness absence? A prospective community-based study on Swedish women 40 to 50 years of age. *Scand J Public Health* 2002;30:176-83.
- Kuorinka I, Nurminen M. Arduousness of work, career, and disability pensioning of Finnish iron ore miners. *Scand J Soc Med* 1984;12:69-74.
- Landstad B, Vinberg S, Ivergard T, Gelin G, Ekholm J. Change in pattern of absenteeism as a result of workplace intervention for personnel support. *Ergonomics* 2001;44:63-81.

- Lannerstad O. Morbidity related to smoking and other risk factors. A population study of disability pension, hospital care and sickness benefit days among middle-aged men in Malmo, Sweden. *Scand J Soc Med* 1980;8:25-31.
- Latham GP, Frayne CA. Self-management training for increasing job attendance: A follow-up and a replication. *J Appl Psychol* 1989;74:411-16.
- Lechner L, de Vries H, Adriaansen S, Drabbels L. Effects of an employee fitness program on reduced absenteeism. *J Occup Environ Med* 1997;39:827-31.
- Lee JB, Eriksen LR. The effects of a policy change on three types of absence. *J Nurs Adm* 1990;20:37-40.
- Lewin-Epstein N. Work characteristics and ill health: Gender differences in Israel. *Work & Occupations* 1989;16:80-104.
- Lynch WD, Golaszewski TJ, Clearie AF, Snow D, Vickery DM. Impact of a facility-based corporate fitness program on the number of absences from work due to illness. *J Occup Med* 1990;32:9-12.
- Löfvander M, Engstrom A, Theander H, Furhoff AK. Young immigrants on long-term sick-leave – A clinical study of diagnostic factors, psychosocial stressors, functional ability and sick-leave patterns. *Scand J Soc Welf* 1997;6:54-60.
- Macdonald S, Wells S, Lothian S, Shain M. Absenteeism and other workplace indicators of Employee Assistance Program clients and matched controls. *Employee Assistance Quarterly* 2000;15:41-57.
- Marmot M. Work and other factors influencing coronary health and sickness absence. *Work & Stress* 1994;8:191-201.
- McGuire JB, Liro JR. Absenteeism and Flexible Work Schedules. *Public Pers Manage* 1987;16:47-59.
- Melamed S, Luz J, Green MS. Noise exposure, noise annoyance and their relation to psychological distress, accident and sickness absence among blue-collar workers – the Cordis Study. *Isr J Med Sci* 1992;28:629-35.
- Moncada S, Navarro A, Cortes I, Molinero E, Artazcoz L. Sickness leave, administrative category and gender: results from the "Casa Gran" project. *Scand J Public Health* 2002;30:26-33.
- Nielsen ML, Kristensen TS, Smith-Hansen L. The intervention project on absence and well-being (IPAW): Design and results from the baseline of a 5-year study. *Work & Stress* 2002;00:000-00.
- Paringer L. Women and Absenteeism - Health or Economics. *Am Econ Rev* 1983;73:123-27.
- Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med* 1997;45:1111-20.
- Petterson IL, Arnetz BB, Arnetz JE. Predictors of job satisfaction and job influence – results from a national sample of Swedish nurses. *Psychothe Psychosom* 1995;64:9-19.
- Poole CJ. Retirement on grounds of ill health: cross sectional survey in six organisations in United Kingdom. *BMJ* 1997;314:929-32.
- Pryer JA. Body mass index and work-disabling morbidity: results from a Bangladeshi case study. *Eur J Clin Nutr* 1993;47:653-7.

- Pålsson B, Horstmann V, Attewell RG, Ohlsson K, Skerfving S. Sick-leave and disability pensions among female assembly workers. *Eur J Public Health* 1997;7:162-68.
- Rix G. Staff sickness and its relationships to violent incidents on a regional secure psychiatric unit. *J Adv Nurs* 1987;12:223-8.
- Rose G, Hamilton PJ. A randomised controlled trial of the effect on middle-aged men of advice to stop smoking. *J Epidemiol Community Health* 1978;32:275-81.
- Saksvik PØ. Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management* 1996;3:47-59.
- Sandanger I, Nygård JF, Brage S, Tellnes G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences – A comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand J Public Health* 2000;28:244-52.
- Shi L. Worksite health promotion and changes in medical care use and sick days. *Health Values: the Journal of Health Behavior, Education, & Promotion* 1993;17:9-17.
- Stansfeld S, Head J, Ferrie J. Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. *Int J Law Psychiatry* 1999;22:425-39.
- Steel RP, Shane GS, Kennedy KA. Effects of social-system factors on absenteeism, turnover, and job performance. *J Bus Psychol* 1990;4:423-30.
- Tang TL, Hammontree ML. The effects of hardiness, police stress, and life stress on police officers' illness and absenteeism. *Public Pers Manage* 1992;21:493-510.
- Taylor PJ. The effects of shift work on worker health. *IMS – Industrial Medicine & Surgery* 1973;42:13-9.
- Thomson L, Griffiths A, Davison S. Employee absence, age and tenure: a study of nonlinear effects and trivariate models. *Work & Stress* 2000;14:16-34.
- Tsai SP, Gilstrap EL, Colangelo TA, Menard AK, Ross CE. Illness absence at an oil refinery and petrochemical plant. *J Occup Environ Med* 1997;39:455-62.
- Ulleberg P, Rundmo T. Job stress, social support, job satisfaction and absenteeism among offshore oil personnel. *Work & Stress* 1997;11:215-28.
- Unden A-L. Social support at work and its relationship to absenteeism. *Work & Stress* 1996;10:46-61.
- Wahlstedt K, Edling C. Organizational changes at a postal sorting terminal – their effects upon work satisfaction, psychosomatic complaints and sick leave. *Work & Stress* 1997;11:279-91.
- Vahtera J, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J. Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:399-407.
- Williams G, Slater K. Absenteeism and the impact of a 38-hour week, rostered day off option. *Aust Health Rev* 2000;23:89-96.
- Williamson AM, Gower CG, Clarke BC. Changing the hours of shiftwork: a comparison of 8- and 12-hour shift rosters in a group of computer operators. *Ergonomics* 1994;37:287-98.

Woo M, Yap AK, Oh TG, Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J* 1999;40:590-5.

Wood EA, Olmstead GW, Craig JL. An evaluation of lifestyle risk factors and absenteeism after two years in a worksite

health promotion program. *Am J Health Promot* 1989;4:128-33.

Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit – findings from Sweden. *Post. Scand J Public Health* 2001;29:166-74.

6. Sjukfrånvaro vid rygg- och nackbesvär

Sammanfattning

Det vetenskapliga underlaget för orsaker till sjukskrivning för rygg- och nackbesvär granskades, varvid en indelning gjordes i akuta, recidiverande samt kroniska besvär, utifrån längden på sjukskrivningsfallet. Fyrtioåtta artiklar identifierades som relevanta. Av dessa bedömdes två ha hög kvalitet och 26 måttlig eller begränsad kvalitet. Kvalitetsbedömningen gjordes uteslutande i relation till syftet med denna systematiska granskning. Resultaten visar att den publicerade forskningen kring orsaker till sjukskrivning för rygg- och nackbesvär är begränsad. Generaliserbarheten av fynden är begränsad, bl a på grund av att en majoritet av studiedeltagarna var män och personer anställda inom tillverkningsindustrin. Kvinnor, tjänstemän, anställda inom offentlig sektor (vård, omsorg, skola m m) var underrepresenterade i studierna vilket innebär att för att säkerställa och öka kunskapen om orsaker till sjukskrivning för rygg- och nackbesvär bör dessa grupper och områden studeras vidare.

Följande faktorer kunde dock påvisas ha överensstämmande men begränsat stöd för påverkan av risk för sjukskrivning med rygg- eller nackbesvär:

- Hög fysisk arbetsbelastning, böjd eller vriden arbetsställning samt låg arbetstillfredsställelse ökar risken för kort och lång sjukskrivning.
- Specifik ryggdiagnos samt tidigare sjukskrivning pga ryggbesvär ökar risken för kort och lång sjukskrivning.
- Kvinnligt kön, rökning, vibrationsexponering samt bristande socialt stöd kunde inte signifikant påvisas öka risken för kort och lång sjukskrivning.

- Självrapporterade besvär och funktionsnedsättning hade samband med högre risk för lång sjukskrivning.
- Längre anställningstid minskade risken för kort sjukskrivning.
- Upplevda krav i arbetet påverkade inte kort sjukskrivning.
- Kvinnligt kön och högre ålder ökar risken för förtidspension.

Förekomst av rygg- och nackbesvär

I Sverige är rygg- och nackbesvär några av de vanligaste orsakerna till både kort- och långvarig sjukskrivning och även förtidspension. Även om prevalensen av rygg- och nackbesvär förefaller variera mellan olika länder är förhållandet väsentligen detsamma i åtminstone den industrialiserade delen av världen. Punktprevalensen av ryggbesvär, dvs den andel som uppger att de har ryggbesvär när frågan ställs, har i Europa visats variera mellan som lägst 14–15 procent i Storbritannien och Danmark till som högst 31 procent i Sverige, Finland och Tyskland [74,76]. Ettårsprevalensen, dvs andelen av befolkningen som uppger sig ha haft ryggbesvär under det senaste året, har också visats variera mellan som lägst 36 procent i Storbritannien till som högst 65 procent i Danmark [74,76]. På samma sätt har livstidsprevalensen, dvs andelen av befolkningen som någon gång under livet haft rygg- eller nackbesvär, rapporterats variera mellan som lägst 55 procent i Belgien till som högst 77 procent i Finland [74,76]. Den troligaste förklaringen till den stora variationen är sättet på vilket frågorna ställts respektive hur definitionen av ryggbesvär varit samt svårigheten att på ett validerat sätt bestämma den enskilde individens subjektiva upplevelser av besvären. Variationen och därmed också otillförlitligheten av de olika prevalensangivelserna bekräftas åtminstone delvis av de stora skillnader man fått även vid olika studier inom ett och samma land. Det finns dock inga entydiga belägg för att förekomsten av rygg- eller nackbesvär ökat under de senaste decennierna oavsett använt prevalensmått [18,73,74].

Sjukskrivning pga rygg- och nackbesvär

Från de flesta EU-länder rapporteras olika grad av ökning av ryggbesvärsorsakad sjukskrivning [59]. Inom EU intar Sverige emellertid en tätposition när det gäller frekvensen av sjukskrivningar pga rygg- och

nackbesvär [59]. Sverige delar denna position tillsammans med Norge (associerad till EU) och Nederländerna, medan tätpositionen är odelad när det gäller ökningstakten av sjukskrivning under den senaste femårsperioden [59].

Kostnader för sjukskrivning pga rygg- och nackbesvär

I rapporten Ont i ryggen ont i nacken värderades det vetenskapliga underlaget för effekten av prevention, utredningar och behandlingar vid dessa tillstånd [57,73]. I rapporten redovisades även uppskattningar av sjukvårdens utrednings- och behandlingskostnader för rygg- och nackbesvär liksom kostnaderna besvären förorsakar samhället i form av sjukskrivning, sjukbidrag och förtidspension. De totala samhällskostnaderna för rygg- och nackbesvär uppskattades till knappt 30 miljarder kronor för år 1995. Senare individuellt och prospektivt utförda kostnadsstudier av sjukskrivna svenska rygg- och nackpatienter har visat att sjukvårdens samtliga kostnader, inkluderande även kostnaderna för de relativt få som opereras, utgör omkring sju procent av de totala [28]. Resultaten visar således att de stora samhällsekonomiska kostnaderna, relativt och absolut, utgörs av de så kallade indirekta kostnaderna dvs de kostnader samhället har för sjukskrivning, sjukbidrag och förtidspension.

Orsaker till rygg- och nackbesvär

Sjukvårdens insatser i form av undersökningar, utredningar och behandlingar vid rygg- och nackbesvär liksom vid alla andra skador eller sjukdomar riktas åtminstone primärt i allt väsentligt mot de medicinska problemen. Man vill finna en förklaring dvs en diagnos, för att sedan adekvat kunna rikta sin behandling mot de symtom, vid rygg- och nackbesvär vanligast i form av smärta, den patoanatomiska skadan/sjukdomen leder till.

Som visats i flera vetenskapliga evidenssammanställningar är möjligheterna att klarlägga en patoanatomisk diagnos, som förklaring till rygg- eller nackbesvär, starkt begränsade. Evidensen visar även att psykosociala faktorer är förknippade med uppkomst av besvär och med utvecklingen från akuta till kroniska besvär [9,18,73]. Sannolikheten för att även den i ryggproblematik bevandrade läkaren ska kunna klarlägga en distinkt diagnos vid akuta ryggbesvär är endast cirka fem procent. Vid kroniska

problem anses möjligheterna större, omkring 15–30 procent, men är således fortfarande starkt begränsade [21,29]. Man får i den stora majoriteten av alla fall nöja sig med en symtomdiagnos som i bästa fall beskriver det område i nacke eller rygg till vilket smärtan/besvären är lokaliserad(e). Eftersom patienten söker bl a för att få klarhet i vad som orsakar besvären innebär oförmågan att ställa en säker diagnos en frustration både för patient och läkare. Behovet av en förklarande diagnos är sannolikt extra stor hos patienter med rygg- och nackbesvär eftersom undersökningar i stora patientmaterial visat att dessa patienter upplever en funktionspåverkan och reduktion av livskvaliteten som inte sällan är större än hos patienter med sjukdomar som diabetes, hjärtinkompensation, hjärtinfarkt och t o m malignitet [30]. Utan kännedom om den bakomliggande förklaringen till besvären blir deras svårighetsgrad i allt väsentligt beroende på patientens upplevelse [4,5,57,73,74].

Specifika och ospecifika rygg- och nackbesvär

Den stora majoritet av rygg- och nackbesvär där en patoanatomisk diagnos inte kan klargöras kallas därför ospecifika rygg- eller nackbesvär. Motsatsen är specifika besvär där orsaken till symtomen kan vara t ex diskbräck, spinal stenos, spondylolistes m m [29]. Förutom klassificering i specifika och ospecifika rygg- eller nackbesvär indelas de, beroende på duration, i akuta, subakuta eller kroniska besvär. Huruvida dessa benämningar än kan förefalla, kallas besvär med en duration från debuten till tre månader för akuta eller subakuta rygg- och nackbesvär. Besvär som har en duration längre än tre månader kallas kroniska [4,5,57,73]. Upprepade episoder av besvär inom en begränsad tidsperiod kallas recidiverande rygg- eller nackbesvär.

Att inte kunna ställa annat än en symtomdiagnos trots patientens många gånger uttalade problem är en viktig, kanske avgörande faktor för ställningstagandet till adekvat behandling, och då inte minst mellan behandlingsalternativen fortsatt fysisk aktivitet trots besvären kontra inaktivitet och avlastning, dvs vanligen sjukskrivning. Oförmågan att på ett för skolmedicinen vedertaget sätt ställa en distinkt diagnos bidrar också starkt till professionens svårigheter att skilja mellan vad som är det ”medicinska” problemet i form av vävnadsskada/förändring/funktion (impairment) och patientens upplevda funktions-tillstånd (disability) [4,5,73].

För de specifika rygg- och nackbesvären finns vanligtvis patofysiologiskt väl definierade orsaker till patientens symtom. Därmed finns också specifika behandlingar och behandlingsstrategier vilka, på rätt indikation, ofta men långt ifrån alltid, är framgångsrika både avseende de medicinska problemen (impairment) och det upplevda funktionstillståndet (disability) (International Classification of function, WHO 2001) [30,80].

Det ligger i sakens natur att det vid ospecifika besvär är näst intill omöjligt att skilja på det medicinska problemet och det upplevda handikappet och därmed t ex arbetsförmåga. Att behandla båda som ett enda ”medicinskt problem” när det sedan länge är känt att arbetsförmåga/oförmåga och framför allt långvarig sådan till största delen bestäms av faktorer andra än sedvanligt medicinska tenderar därför att leda helt fel [10,18,57,73,74]. Risken är alltså att patienten till följd av sin upplevda arbetsoförmåga ordinerar eller kräver alltför utredningar och behandlingar av medicinsk typ, åtgärder vilka i hög utsträckning inte visats vara framgångsrika [11,74].

Arbete och risken för rygg- och nackbesvär

Framför allt hos patienter med ospecifika rygg- eller nackbesvär blir, förutom oklarheten om den patoanatomiska förklaringen till smärtan, orsakssambanden i relation till olika fysiska aktiviteter och belastningar inte minst under arbete svåra att avgöra. I en nyligen genomförd evidenssammanställning över sambanden mellan fysiska arbetsexponeringar och rygg- och nackbesvär konstaterades bl a att kausalsamband mellan arbetsexponering och besvärsuppkomst i princip inte kunde fastställas vid ospecifika besvär [29]. Även utan krav på kausalsamband påträffades få evidens för samband mellan uppkomst av rygg- och nackbesvär och fysisk arbetsexponering. Arbeten med frekvent tunga lyft respektive arbeten med böjd eller roterad rygg samt långvarig exponering för helkroppsvibrationer i sittande visades innebära en ökad risk för förekomst av ryggbesvär. För nackbesvär påträffades ingen motsvarande riskökning oavsett arbetsexponering [29]. Utan kännedom om kunskapsläget finns en påtaglig risk att både profession och patienter överskattar arbetets ”farlighet”. Bedömningen, hos båda parter, av arbetsförmåga respektive arbetsoförmåga riskerar att bli onödigt negativ och inte minst övervärdera de fysiska riskerna. När det gäller psykosociala faktorer i arbetet

såsom exempelvis krav och kontroll, arbetstillfredsställelse, socialt stöd har man i flera studier påvisat samband mellan dessa faktorer och rygg- och nackbesvär, men den samlade evidensen är svag [73].

Behandling av rygg- och nackbesvär

Flera omfattande evidenssammanställningar under de senaste åren har värderat det vetenskapliga kunskapsläget vad gäller betydelse och effekter av undersökningar, utredningar och behandlingar vid både akuta och kroniska besvär från rygg och nacke [9,18,73]. De vanligaste utfallsmåtten har då varit faktorer som t ex smärta, funktion, livskvalitet och sjukfrånvaro/arbetsförmåga. Framför allt när det gäller kroniska besvär finns få behandlingsmetoder med visad positiv effekt [8,73].

Under de senaste åren har nya behandlingsstrategier prövats bl a med avsikt att återge ryggpatienter arbetsförmågan. Ett antal randomiserade kontrollerade studier (RCT) har undersökt effekten av olika grader av fysisk aktivitet, bl a arbetsåtergång eller uppehållande av arbete som delar av en intervention vid behandling av rygg- och nackbesvär [7,25,37,50,53,56,67]. De här studierna visar att fysisk aktivitet varierande från att i första hand och i så hög utsträckning som möjligt förbli eller återgå till ”så normal fysisk aktivitet som möjligt”, inklusive arbete, till intensiva träningsprogram med multidisciplinär inriktning visats förbättra både smärta och funktion och även när så varit aktuellt brutit sjukskrivning [7,37,50,53,56,67,72].

Syfte

Det övergripande syftet med den här kunskapssammanställningen var att identifiera och kvalitetsvärdera vetenskapliga studier med avseende på riskfaktorer för sjukskrivning respektive faktorer påverkande arbetsåtergång efter sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär.

Selektionsprocessen

Sökningar via litteraturdatabaser genomfördes i enlighet med kriterier beskrivna i Kapitel 2. Vid relevansbedömningen användes rapportens gemensamma kriterier. Speciella inklusionskriterier för detta avsnitt var att studierna skulle omfatta sjukskrivna, sjukbidragstagare eller förtidspensionerade pga rygg- eller nackdiagnos. Studier som omfattade

sådana individer men där orsaken till sjukskrivningen eller förtidspensionen var rygg- eller nackbesvär förorsakade av t ex en generell inflammatorisk sjukdom, tumörer eller frakturer inkluderades ej. Förutom rapportens gemensamma exklusionkriterier exkluderades i denna del studier som innebar specifika behandlingsinterventioner respektive studier där rygg- eller nackproblematik inte gick att särskilja från andra muskuloskeletala problem, skador eller sjukdomar. Eftersom tidsaspekten, inte minst när det gäller sjukskrivningar är väsentlig för bedömning av risker och ett tämligen stort antal longitudinella studier identifierades, exkluderades alla tvärsnittsstudier i relevansbedömningen.

Totalt 132 artiklar ingick i relevansbedömningen, av dessa bedömdes 48 studier vara relevanta för denna genomgång. Vid kvalitetsbedömningen av de relevanta studierna användes samma kriterier som i rapporten i övrigt. Av dessa bedömdes 28 stycken vara av hög, måttlig eller begränsad kvalitet. Två bedömdes ha hög kvalitet, medan 26 bedömdes ha måttlig eller begränsad kvalitet. Studiernas kvalitet har uteslutande bedömts i relation till syftet med denna granskning, dvs att finna riskfaktorer för sjukskrivning vid rygg- och nackbesvär. Evidensgradering har skett enligt beskrivningen i Kapitel 2.

Redovisning av vetenskapligt underlag

Inkluderade studier av hög, måttlig eller begränsad kvalitet och det vetenskapliga underlaget redovisas uppdelat i avsnitt för akuta rygg- eller nackbesvär (akuta + subakuta), kroniska (långdragna) besvär, recidiverande (upprepade) besvär respektive förtidspension pga rygg- eller nackbesvär, definierade utifrån längden på sjukskrivningen. Med akuta avses sjukfall som varat upp till tre månader, med kroniska de vars sjukfall överstigit denna tid.

Riskfaktorerna för varje sådant avsnitt redovisas som demografiska, medicinska, fysiska arbetsplatsfaktorer, psykosociala arbetsplatsfaktorer m m. Termen sjukskrivning används för alla former av sjukfrånvaro oberoende av försäkringsslag (sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring, workers compensation osv). Sjukskrivning och sjukfrånvaro används som synonyma begrepp. Detta föranleds av att kravet på sjukintyg i flera länder inte är detsamma som t ex i Sverige.

Många av studierna säger sig behandla förekomst av ryggbesvär och arbetsåtergång (return to work) men i själva verket studerar de förekomst av arbetshindrande ryggbesvär varvid längden på sjukfallet (sjukskrivning) pga ryggbesvär ofta varit den parameter som använts. Detta gäller inte minst de studier, vanligen amerikanska, som använt workers compensationregister.

När benämningarna rygg- eller nackbesvär används menas genomgående de symtom som är förenade med dessa besvär t ex smärta, kraft-rörelsepåverkan, neurologiska bortfall etc. Lokalisationen av besvären framgår ej klart i alla studier. Endast en studie med enbart nackbesvär identifierades. Övriga studier hade i sina inklusionskriterier antingen specificerat ländryggsbesvär (besvär i nedre delen av ryggen ibland väl definierat i studiernas inklusionskriterier) eller endast angett ryggbesvär utan närmare specificerad lokalisering.

Samtliga riskfaktorer undersökta i de inkluderade studierna och deras eventuella evidens presenteras i Tabell 6.1.

Akuta rygg- och nackbesvär

Förekomst av akuta rygg- och nackbesvär

Det finns, som redan påpekats en betydande variation i prevalensen av akuta rygg- och nackbesvär. Punktprevalensen för ländryggsbesvär har angetts så hög som 33 procent i åldrar mellan 15 och 90 år [71]. Motsvarande prevalens för nackbesvär är vanligtvis lägre. I den så kallade Minifinland-undersökningen som omfattade alla finländare 30 år och äldre uppgav 25 procent att de haft nackbesvär under det senaste halvåret [55]. I Norge har ettårsprevalensen för nackbesvär i den vuxna befolkningen rapporterats vara 40 procent hos kvinnor och 29 procent hos män [13]. I Kanada fann man vid en befolkningsundersökning, omfattande personer 20 år och äldre att 54 procent hade haft nackbesvär under det senaste halvåret [17].

Här redovisas alltså studier om sjukfall kortare än tre månader med dessa besvär.

Demografiska riskfaktorer

Undersökta demografiska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av hög kvalitet

När 103 patienter med akuta ryggbesvär som debuterat de senaste tre dygnet följdes dagligen med avseende på ryggsmärta, funktion och arbetsförmåga konstaterades att mediantiden till smärtfrihet var sju dagar och att 90 procent av de 103 patienter som ingick i studien var återställda inom två veckor. Endast två av patienterna blev inte återställda inom studiens uppföljningstid av tre månader. Fyrtio procent av de patienter som hade ett arbete, 75 stycken, fortsatte att arbeta trots ryggbesvären. Ålder och kön påverkade inte signifikant risken för sjukskrivning [16].

Studier av måttlig kvalitet

I Kalifornien valdes 850 personer slumpmässigt ut från ett försäkringsregister innehållande anställda som fick sjukersättning pga akuta ryggbesvär. Kohorten inkluderade alla "ryggfall" under en treårsperiod. Sjuhundratjugoen av de slumpmässigt utvalda telefonkontaktades efter denna periods utgång. Man fann att ökande ålder (i tioårsintervall) ökade sannolikheten med 15 procent för fortsatt sjukfrånvaro inom 30 dagar. Man fann inget signifikant samband mellan kön och fortsatt sjukskrivning [19].

Studier av begränsad kvalitet

I en finsk studie av alla 364 anställda arbetare, varav 55 kvinnor vid en husvagnsmonteringsfabrik, indelades de förekommande arbetena vid fabriken i sådana med hög respektive låg fysisk arbetsbelastning. Förekomsten av sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär undersöktes därefter bl a i relation till arbetsbelastningen. Studien som genomfördes under åren 1987 och 1990 visade att varken kön eller ålder signifikant påverkade risken för sjukskrivning [36].

I en dansk studie i staden Glostrup utanför Köpenhamn fann man, vid uppföljning efter 15 år av primärt i femårsintervall representativt utvalda

invånare, att yngre åldrar (<50 år) var en riskfaktor både vad gällde sjukskrivning under det senaste året likaväl som sjukskrivning under de senaste sju åren. Man fann inget signifikant samband mellan kön och sjukskrivning [20].

I en studie av den så kallade Michigandatabasen, i staten Michigan i USA, som inkluderar alla anställda och egenföretagare i hela delstaten, undersöktes sannolikheten för arbetsåtergång vid sjukskrivning pga ryggbesvär. Man fann att chansen för en man sjukskriven pga akuta ryggbesvär att återgå i arbete inom åtta veckor var 12 procent större än för en kvinna. I samma undersökning fann man också ett omvänt förhållande mellan ålder och chansen för arbetsåtergång, dock med en viss plataeffekt mellan åldrarna 35–54 år [60].

I en nederländsk registerstudie av sjukskrivningsförhållanden bland 13 962 privat sjukförsäkrade läkare, tandläkare, sjukgymnaster och veterinärer fann man, bland de 1 119 (14,2 procent kvinnor) som varit sjukskrivna pga ryggbesvär mellan 1977 och 1990, att högre ålder i samtliga yrkesgrupper innebar en längre sjukskrivning pga akuta ryggbesvär [78].

Sammanfattning

Sex studier uppfyllde kvalitetskraven, varav en med hög och en med måttlig kvalitet.

Av undersökta demografiska faktorer var fynden något motsägande. I studien med hög kvalitet fanns inte något samband mellan ålder och sjukskrivning, men i en studie med måttlig kvalitet samt i flera av studierna med begränsad kvalitet var högre ålder riskfaktorer för en förlängsamad återgång i arbete efter sjukskrivning pga akuta ryggbesvär. Även när det gäller kön var fynden något motsägande, men i studierna av hög och måttlig kvalitet samt i två med begränsad kvalitet fanns inga signifikanta samband mellan kön och risken för sjukskrivning vid akuta ryggbesvär.

Evidens

- Vetenskapligt stöd saknas för effekter av ålder för sjukskrivning vid akuta ryggbesvär pga motstridiga resultat.
- Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att kön inte påverkar sjukskrivning vid akuta ryggbesvär.

Diskussion

Som framgår av Tabell 6.1 har ett relativt stort antal demografiska riskfaktorer för sjukskrivning undersökts. Inledningsvis konstaterades att förekomsten av rygg- och nackbesvär varierar starkt från land till land och från studie till studie. Variationen orsakas sannolikt bl a av hur frågorna ställs, hur förekomst av besvär definieras och kanske även av hur ryggbesvär uppfattas i olika kulturer och länder. Av demografiska faktorer fanns flera studier kring ålder, men resultaten var motstridiga vad avser ökad risk med högre ålder. Ökning av besvärsförekomst med ålder finns heller inte noterad i studier över prevalens [73].

I studier av debutålder av ryggbesvär (åldern vid den första episoden med besvär) förefaller denna vara tämligen jämnt fördelad över olika åldrar [73]. Med ökande ålder degenererar vävnaderna framför allt mellan kotskivan, disken, i människans rygg [73]. Åldersförändringar i ryggen kan i uttalade fall förorsaka specifika besvär t ex spinal stenos, vilket alltså är en specifik orsak med tämligen distinkt symtomatologi. Längre har de på röntgen ganska tidigt synbara och normalt förekommande åldersförändringarna i människans kotpelare betraktats som en förklaring till rygg- och nackbesvär. Alltmer övertygande har emellertid visats att dessa, i stort sett hos alla förekommande åldersförändringar, inte är orsaken till ryggbesvär [6,63,81,82]. Inte heller när det gäller nackbesvär syns ”normala” åldersförändringar annat än marginellt bidra till besvären [62].

Medicinska riskfaktorer

Undersökta medicinska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av hög kvalitet

När 103 patienter med akuta ryggbesvär, som debuterat de senast tre dygnen som inklusionskrav, följdes dagligen med avseende på ryggsmärta, funktion och arbetsförmåga konstaterades att mediantiden till smärtfrihet var sju dagar. Inom två veckor var 90 procent av de 103 patienter som ingick i studien återställda. Endast två av patienterna blev inte återställda inom studiens uppföljningstid av tre månader. Av de 103 var 28 arbetslösa vid studiestart. Vid analysen av återgång i arbete bestod studiematerialet av 75 personer varav 27 var sjukskrivna. Tidigare episod med ryggbesvär var den starkaste riskfaktorn för sjukskrivning vid de akuta ryggbesvären. Högre risk i detta avseende hade även de patienter som rapporterade att ryggsmärtan initialt försämrades vid liggande. Förbättringen av smärta och funktion konstaterades vara snabbare än arbetsåtergången [16].

Studier av måttlig kvalitet

I en studie från England bedömdes effekten på sjukfrånvaron av att ryggpatienten randomiserat fick, eller inte fick, en röntgenundersökning av ryggen. Fyrahundratjugo patienter från flera olika primärvårdsmottagningar randomiserades till röntgenundersökning (n=210) respektive ingen röntgenundersökning (n=211). Bland dem som röntgades var 57,1 procent kvinnor medan kontrollgruppen bestod av 60 procent kvinnor. Vid randomiseringen hade båda grupperna haft ryggsmärta i 10 dagar (median). Vid uppföljning efter tre månader hade de som randomiserats till röntgen mer smärta än de som inte röntgats, men det fanns ingen skillnad i sjukskrivning mellan de båda grupperna [45].

En amerikansk studie bland 98 slumpmässigt utvalda individer, varav 71 procent män med ryggsjukskrivning (Workers Compensation) representerande 44 olika stater och bland vilka sjukskrivningstillfällenas medianlängd var 18,5 dagar (medellängd 59,4 dagar), var den omständigheten att inte ha blivit remitterad till specialist (OR 1,94, 95 procentigt konfidensintervall (KI) 1,15–3,29) eller behandlad mindre än fem gånger av sjukgymnast eller annan terapeut (OR 4,28, KI 2,43–7,52) förenad

med en kortare sjukskrivning. Bland alla inkluderade avsåg studien det första registrerade sjukfallet för ryggbesvär med icke specifika diagnoser (exkluderat frakturer, cauda equina påverkan, neurologiskt bortfall). Indelning efter besvärens allvarlighetsgrad gjordes utifrån förekomst av bensmärta eller ej. Att inte ha genomgått någon MR (OR 2,91, KI 1,45–5,84), inte intagit smärtstillande av morfinderivattyp längre än en vecka (OR 2,58, KI 1,22–5,47) respektive att inte ha varit föremål för ryggträning (OR 1,80, KI 1,15–2,85) var ytterligare faktorer förenade med en kortare sjukskrivning [54].

Åttahundra femtio personer i Kalifornien valdes ut slumpmässigt i en studie av ett register innehållande fall med sjukfrånvaro pga ryggbesvär. Kohorten inkluderade alla ”ryggfall” under en treårsperiod av vilka 721 telefonkontaktades efter denna periods utgång. Akuta ospecifika ryggbesvär innebar en fyrfaldigt ökad sannolikhet för tidig arbetsåtergång, dvs avslutad sjukskrivning, jämfört med specifika ryggbesvär [19].

I en registerstudie från Kalifornien undersökte man bl a effekten av ”ryggskadornas” svårighetsgrad på återgången i arbete. Svårighetsgraden bedömdes utifrån diagnosen (ICD-9) på sjukanmälan. Diagnoser antydande degenerativa förändringar eller ospecifika problem bedömdes som minst allvarliga (79 procent av de 850 individer som inkluderades i studien). Den akuta fasen klassificerades som sjukskrivning kortare än 30 dagar. Fall med ischias, möjlig instabilitet, diskbräck utan tecken på myelopati graderades som medelsvåra (17 procent), medan fall med tillstånd efter så kallad laminectomi, spinal stenos, eller diskbräck med tecken på myelopati bedömdes som mest allvarliga (4 procent). I den slutliga analysmodellen slogs medelsvåra och svåra fall ihop och jämfördes som grupp med de mindre allvarliga. De svårare fallen hade en lägre frekvens av arbetsåtergång under den akuta fasen än de lindrigare fallen [47].

I en omfattande studie av i statsförvaltningen anställda män och kvinnor i Storbritannien predikterades sjukskrivning pga ryggbesvär, både kortare och längre än en vecka, av antalet tidigare egenrapporterade sjukskrivningsepisoder till följd av sådana besvär. Riskökningen för sjukfrånvaro ökade med antal tidigare rapporterade frånvaroepisoder (en gång tidigare RR 2,00, KI 1,65–2,42; 3 ggr tidigare RR 6,55, KI 5,22–8,22). Rökning ökade inte risken för sjukskrivning pga ryggbesvär [31].

En studie involverande anställda vid 34 nederländska företag. De undersökta hade arbetat längre tid än ett år vid respektive företag och där arbetsexponeringen utvärderades, undersöktes även bl a rökning som riskfaktor för sjukskrivning vid akuta ryggbesvär. Något samband med sjukskrivning påträffades inte [34].

Studier av begränsad kvalitet

En kohort av drygt 3 000 anställda arbetare följdes under drygt tre år vid en stor flygindustri i staten Washington i USA med avseende på riskfaktorer för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär uppkomna under arbetet. 74 procent av kohorten bestod av män. I ett stort batteri av initialt undersökta faktorer konstaterades att tidigare sjukskrivning för ryggbesvär, tidigare behandling för ryggbesvär (kiropraktorbehandling ($p=0,01$) och antal läkarbesök ($p=0,002$)) samt smärtutstrålning ned i ett eller båda benen (SLR, $p<0,041$) var faktorer som ökade risken för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär. Rökning innebar ingen ökad risk [10].

I en svensk studie utvaldes initialt 2 000 ålders-, kön- och boendestratifierade individer mellan 20 och 59 år. I den slutliga undersökningen deltog 278 individer med syfte att klarlägga olika ryggundersökningsfynds betydelse för bl a sjukskrivning pga ryggbesvär. Riskfaktorer för sjukskrivning pga ryggbesvär var palpabel smärta över trapeziusmuskeln hos kvinnor. En (relativt) rak ländrygg (lumbal lordos <20 grader) och inskränkt halsryggsrörlighet (<70 grader) var riskfaktorer för sjukskrivning bland både män och kvinnor [66].

I en dansk studie genomförd på representativt utvalda invånare i staden Glostrup fann man att tidigare sjukskrivning oavsett orsak, inkluderande även ryggbesvär, under tioårsperioden innan studiestart var en riskfaktor för ny sjukskrivning pga ryggbesvär. Att tidigare ha haft ischias dvs smärta utstrålade utmed ischiasnervens utbredningsområde i ett eller båda benen, att ha intagit smärtstillande för att minska ryggbesvär, att ha dålig förmåga att i bukkläge statistiskt orka hålla uppe överkroppen var i ordning tre faktorer som innebar ökad risk för sjukskrivning under det närmaste året. Medicinering pga ryggbesvär innebar också en ökad risk för sjukskrivning under sju år från studiestart. Rökning innebar ingen ökad risk [20].

Studie av en databas inkluderande alla anställda i staten Michigan, USA visade att framför allt personer med ryggbesvär uppkomna vid fallolyckor hade en större risk för en sjukskrivning längre än åtta veckor efter skadan än personer med ryggbesvär uppkomna genom överansträngning eller som följd av olämplig arbetsställning [60].

Vid en finmekanisk tillverkningsindustri i staten New York, USA såg man att skillnaden mellan kort (<13 dagar) och lång sjukskrivning förklarades av genomgången ryggkirurgi i samband med frånvarotillfället eller att tidigare ha genomgått ryggkirurgi. Skillnaden i sjukskrivning mellan kort och medellång (14–65 dagar) förklarades också av att de med längre frånvaro i större omfattning haft en specifik ryggdiagnos t ex diskbräck. Rökning innebar ingen ökad risk för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär [15].

I en retrospektiv registerstudie över 13 år vid ett försäkringsbolag i Nederländerna – omfattande 1 119 sjukskrivna, egenförsäkrade läkare, veterinärer, tandläkare och sjukgymnaster (14,2 procent kvinnor) – fann man att specifika ryggbesvär jämfört med ospecifika ryggbesvär minskade sannolikheten (RR 0,16, KI 0,11–0,23) för en kortare sjukskrivning vid akuta besvär. Att ha haft ryggbesvär innan försäkringen tecknades minskade också sannolikheten för en kortare sjukskrivning pga ryggbesvär (RR 0,65, KI 0,50–0,84) [78].

Sammanfattning

En studie med hög, fem med måttlig och sex med begränsad kvalitet identifierades. I studien av hög kvalitet konstaterades att tidigare ha haft ryggbesvär, att ryggbesvären initialt försämrades i stående respektive i liggande båda var faktorer som predikterade fortsatt sjukskrivning. Risken ökade för sjukskrivning, såväl kortare som längre än en vecka, av antalet tidigare episoder av sjukskrivning pga ryggbesvär, i en studie av måttlig kvalitet. Två studier av begränsad kvalitet visade också att tidigare sjukskrivning för ryggbesvär ökade risken för ny sjukskrivning.

En studie av måttlig kvalitet visade att slumpmässigt utförd ryggröntgen inte påverkade sjukskrivningsförhållandena vid akuta ryggbesvär. Att under ryggsjukskrivning inte ha blivit remitterad till specialist eller att ha varit hos sjukgymnast eller motsvarande terapeut mindre än fem gånger, att inte genomgått MR undersökning, ätit morfinderivat som

smärtstillande, respektive att inte varit utsatt för ryggträningsbehandling, visades i en studie av måttlig kvalitet öka sannolikheten för en tidigare arbetsåtergång.

I två studier av måttlig kvalitet fann man att ospecifika ryggbesvär jämfört med specifika innebar ökad sannolikhet för arbetsåtergång inom 30 dagars sjukskrivning.

Fem studier, två av måttlig och tre av begränsad kvalitet, fann att rökning inte utgjorde någon riskfaktor för sjukskrivning vid akuta ryggbesvär.

I studier av begränsad kvalitet fann man att tidigare ha haft specifika ryggbesvär, att tidigare ha haft ischias, behövt inta smärtstillande för att minska ryggbesvärerna, dålig förmåga att statistiskt hålla upp överkroppen, att ha fått besvärerna i samband med ett fall, att tidigare ha genomgått ryggkirurgi ökade risken för längre sjukskrivning. Palpabel ömhet över trapeziusmuskeln hos kvinnor, en rak ländrygg (lordos <20 grader) och inskränkt halsryggsrörlighet predikerade en ökad risk för sjukskrivning pga både nack- och ryggbesvär.

Evidens

- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att sjukskrivning pga tidigare ryggbesvär ökar risken för sjukskrivning av samma anledning.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att specifika ryggbesvär ökar risken för en mer utdragen sjukskrivning vid akuta ryggbesvär.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att rökning inte ökar risken för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär.

Diskussion

Ett antal medicinska faktorer påverkade kortare sjukskrivning vid ryggbesvär. Att tidigare ha varit sjukskriven för ryggbesvär var en sådan faktor. Till följd av ryggbesvärsförekomstens höga prevalens i befolkningen blir denna riskfaktor mycket generell och därmed till begränsad hjälp för behandlande läkare. Recidivfrekvensen av ryggbesvär är också mycket hög [27,65,70]. Det förhållandet att den stora majoriteten av alla besvär är av ospecifik typ (smärtorsaken inte känd) försvårar i mycket hög utsträckning dessutom möjligheterna att klarlägga om de uppkomna besvärerna är ett recidiv eller en genuint ny episod.

Det begränsade vetenskapliga underlaget indikerar, om ej helt entydigt, att risken för sjukskrivning liksom risken för en längre sjukskrivning är större vid specifika än vid ospecifika besvär. Smärtor vid belastning av ryggen, smärtutstrålning ned i ett eller båda benen är här faktorer som oftare ses vid specifika besvär. Förhållandet att inte bli remitterad till specialist som en positiv faktor för kortare sjukskrivning pekar i samma riktning eftersom en sådan remiss bl a för ställningstagande till kirurgi är vanlig vid specifika besvär t ex diskbräckssjukdomen. Att inte ha blivit MR-undersökt kan peka i samma riktning eftersom MR (Magnetrontgen) eller DT (Datortomografi) vanligtvis används för att bekräfta en klinisk stark misstanke om att ett diskbräck eller spinal stenosis orsakar symtomen.

Orsaker till specifika ryggbesvär kan vara t ex diskbräck, spinal stenosis eller uttalad glidning mellan två kotor (spondylolistes). Symtomgivande diskbräck är den vanligaste orsaken till specifika ryggbesvär. Detta gäller i både länd- och halsrygg. De vanligaste symtomen vid diskbräck i form av rygg- eller nacksmärta samt i benet eller armen utstrålade smärta förbättras och normaliseras för de allra flesta inom de närmaste veckorna efter debuten. Mycket tyder ändå på att förloppet vid t ex symtomgivande diskbräck är mer utdraget än det som konstaterats vid besvär av ospecifik typ där symtomen hos 90 procent helt normaliserats inom 14 dagar [16].

Resultaten av studierna med begränsad kvalitet avviker inte från dem som bedömts ha hög eller måttlig kvalitet. Att tidigare ha genomgått ryggkirurgi som en riskfaktor för en mer långvarig förnyad episod av sjukskrivning är ett återkommande fynd. De resultaten återspeglar bl a ryggkirurgins ofullkomlighet, men kanske också den ryggopererade patientens känsla av att ha en ”dålig” och ”skadebenägen” rygg? Att ha fått sina ryggbesvär vid ett trauma t ex ett fall var också en orsak till ett mer långdraget sjukskrivningsförlopp. Förutom möjligheterna av en specifik skada kan i dessa fall även försäkringsmässiga faktorer tänkas bidra till en längre sjukskrivning.

Fysiska arbetsplatsfaktorer

De undersökta fysiska arbetsplatsfaktorerna framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

I en nederländsk studie följdes under tre år 1 789 anställda varav tre fjärdedelar var män med avseende på sjukskrivning för akuta nackbesvär. De som arbetade med nacken böjd mer än 20 grader under mer än 40 procent av arbetstiden hade en ökad risk (RR 4,19, KI 1,50–11,69) jämfört med en referensgrupp för att vara sjukfrånvarande mer än tre dagar pga nackbesvär. Risken för dem som arbetade med nacken böjd >45 grader under mer än 5 procent av arbetstiden var också ökad (RR 2,76, KI 1,27–5,99) jämfört med dem som arbetade med en på samma sätt böjd nacke men under mindre än 5 procent av arbetstiden. För de som arbetade med nacken roterad >45 grader under längre tid än 25 procent av arbetstiden fanns också en riskökning (RR 2,81, KI 1,29–6,09) jämfört med dem som arbetade på samma sätt men under mindre än 25 procent av arbetstiden. Sittande arbetsställning upp till 50 procent av arbetstiden, jämfört med icke sittande arbetsställning, innebar en minskad risk för sjukskrivning pga nackbesvär [3].

En studie involverande personal vid nederländska företag, med anställningstid mer än ett år, där arbetsexponeringen för varje individ utvärderades vid fyra olika tillfällen med hjälp av video [34]. En ökad risk för sjukfrånvaro pga ryggbesvär rapporterades vid vissa typer av arbetsställningar. Sjukfrånvaro indelades i kort (tre till sju dagar) och längre än sju dagar. Risken för sjukfrånvaro var ökad hos de anställda som varit anställda maximalt fem år och som arbetade med ryggen böjd >30 grader under mer än 10 procent av arbetstiden. När samma exponeringseffekter på sjukfrånvaro undersöktes bland dem som varit anställda i samma arbete under längre tid än fem år, fann man riskökningar på samma sätt, men inte för de som arbetade i den mest böjda ryggställningen dvs med ryggen böjd >30 grader under mer än 20 procent av arbetstiden (RR 1,69, KI 0,46–5,42). För de som arbetade med ryggen roterad >30 grader fann man en riskökning för den grupp som arbetade i denna ställning under 5–10 procent av arbetstiden (RR 2,12, KI 1,45–3,07), men inte för de som gjorde det under längre tid än 10 procent av arbetstiden (RR 1,10, KI 0,49–2,21).

För de som under en arbetsdag aldrig lyfte mer än 10 kg, eller de som aldrig lyfte föremål med en vikt upp till 25 kg, konstaterades riskökningar för ryggsjukskrivning (RR 2,47, KI 1,42–4,29, respektive RR 2,32, KI 1,41–3,89) oavsett anställningstid. För de med en anställningstid mellan ett och fem år och som lyfte >25 kg en till 15 gånger per arbetsdag, respektive de som lyfte >25 kg >15 gånger per dag, ökade också risken (RR 2,27, KI 1,25–4,14 respektive RR 2,18, KI 1,07–4,37). För anställda längre än fem år fann man ingen riskökning bland de som lyfte mer än 25 kg en till 15 gånger per arbetsdag (RR 2,06, KI 0,69–6,30). I denna grupp fann man heller ingen riskökning för de som lyfte >25 kg oftare än 15 gånger per dag (RR 2,77, KI 0,81–9,56). När effekten av de undersökta fysiska arbetsexponeringarna analyserades med avseende på sjukfrånvaro mellan tre till sju dagar, respektive sjukfrånvaro längre än sju dagar, fann man att ingen av dessa faktorer med ett undantag hade någon inverkan på den kortare frånvaron. Undantaget var de som aldrig lyfte föremål tyngre än 10 kg i arbetet, vilka hade en ökad risk för både lång och kort sjukskrivning [34].

Efter slumpmässigt registerurval av 850 anställda med arbetsrelaterade ryggproblem (i Kalifornien, USA), följt av en telefonintervju efter tre år, såg man att angivet fysiskt tungt arbete (lyftande, böjande, skjutande och dragande) minskade sannolikheten för arbetsåtergång med 25 procent inom 30 dagar efter debuten. Exponering för helkroppsvibrationer påverkade inte risken för sjukskrivning [19].

I en registerstudie från Kalifornien undersökte man bl a effekten av ”ryggskadornas” svårighetsgrad på återgången i arbete. Svårighetsgraden bedömdes utifrån diagnosen (ICD-9) på sjukanmälan. Man fann att tungt fysiskt arbete minskade sannolikheten (RR 0,77, KI 0,67–0,89) för tidig arbetsåtergång. Exponering för helkroppsvibrationer i arbetet eller arbetsställningen påverkade däremot inte sannolikheten för arbetsåtergång [47].

Studier av begränsad kvalitet

I en finsk studie vid en husvagnsmonteringsfabrik indelades de förekommande arbetena vid fabriken i sådana med hög respektive låg fysisk belastning. Man fann ingen skillnad i duration på sjukskrivning pga nack- eller ryggbesvär beroende på den fysiska arbetsbelastningens storlek [36].

Sammanfattning

Fyra studier med måttlig och en med begränsad kvalitet identifierades. I två av studierna med måttlig kvalitet fann man att tungt fysiskt arbete – definierat som lyftande, ryggböjningar, skjutande och dragande – predikterade en förlängsammad arbetsåtergång vid akuta ryggbesvär.

I en andra studie med måttligt bevisvärde såg man att arbete med böjd eller roterad nacke under tidsmässigt definierade delar av arbetsdagen innebar en ökad risk att vara sjukfrånvarande längre än tre dagar.

Den tredje studien visade att arbete med ryggen böjd >30 grader under definierade delar av dagen innebar en ökad risk för sjukskrivning längre än tre dagar. Undantag här var de med längst anställningstid och mest böjda arbetsställningar. Att inte lyfta något under arbetsdagen respektive att lyfta >25 kg mellan en gång och >15 ggr innebar också en riskökning. För dem med längre anställningstid än fem år innebar de senare lyften ingen riskökning för sjukskrivning vare sig mellan tre och sju dagar eller längre än sju dagar.

I två studier, båda av måttlig kvalitet som utnyttjar samma individmaterial, fann man att exponering för helkroppsvibrationer inte påverkade sannolikheten för arbetsåtergång vid akuta ryggbesvär.

I en studie med begränsad kvalitet fann man inget samband mellan sjukskrivningens längd och den fysiska arbetsbelastningen.

Evidens

- Det finns begränsad evidens för att arbete med tunga lyft, böjd eller roterad rygg ökar risken för förlängning av sjukskrivningen (>7 dagar) vid akuta ryggbesvär.
- Det finns begränsad evidens för att exponering för helkroppsvibrationer inte påverkar arbetsåtergången vid akuta ryggbesvär.

Diskussion

Att ha ett arbete som innebär tunga lyft, arbete med böjd och/eller roterad rygg, ökade risken för en sjukskrivning längre än en vecka. I relation till att så få fysiska arbetsexponeringar har några evidens för samband mellan ryggbesvär och sjukskrivning, diskuteras i en av

studierna bl a den så kallade ”healthy worker” effekten, dvs att personer med besvär slutar eller söker ett nytt arbete. Något försök till kontroll av denna effekt gjordes dock inte i någon av studierna.

När effekten på besvärs- och funktionsgrad av olika behandlingsstrategier undersöktes i en multicenterstudie i Helsingfors (RCT) fann man att de ryggpatienter med akuta besvär som randomiserat ordinerades att trots besvären ”förbli så normalt fysiskt aktiva som möjligt inkluderande arbete” tidigare än annan behandling normaliserade både smärta, funktion och även arbetsförmåga [56].

Vid en evidensgenomgång av samband mellan arbetsexponering och förekomsten av rygg- och nackbesvär konstaterades också att det fanns ett samband mellan arbeten med frekvent förekommande tunga lyft och att arbeta med ryggen i böjd/roterad ställning och risken för ryggbesvär [29]. I denna sammanställning påträffades även evidens för en ökad risk för ryggbesvär vid långvarig helkroppsvibrationsexponering [29]. Effekten av vibrationerna på ryggen har i första hand bedömts ge tidigare och mer uttalade degenerativa förändringar. Den ökade medvetenheten om den potentiellt skadliga effekten av långvarig helkroppsvibrationsexponering kan ha inneburit att den mest uttalade vibrations-exponeringen, t ex vid arbete i olika typer av fordon, på olika sätt dämpats varvid en skadlig effekt kunnat lindras [29].

När det gäller subakuta ryggbesvär visades nyligen i en finsk studie (RCT) att intervention på arbetsplatsen med viss diskussion och anpassning av arbetssätt och ergonomiska arbetsförhållanden kortade sjukskrivningen [40].

Psykosociala faktorer

Undersökta psykosociala riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier med hög kvalitet

Patienter med akuta ryggbesvär, symtom <72 timmar, följdes dagligen i en fransk studie avseende smärta, funktion och sjukskrivning. Nittio procent av de 103 patienter som ingick i studien var återställda inom två veckor. Låg arbetstillfredsställelse påverkade eventuellt arbetsåtergången i negativ riktning (RR 0,57, KI 0,24–1,13 $p < 0,02$) [16].

Studier med måttlig kvalitet

I en nederländsk studie där tre fjärdedelar av de undersökta var män, och i vilken den så kallade krav/kontrollmodellen [39] användes som mått på den psykosociala arbetsexponeringen, fann man att måttlig och låg beslutslatitud jämfört med hög innebar en ökad risk (RR 3,03, KI 1,35–6,82 respektive RR 3,66, KI 1,44–9,26) för sjukfrånvaro pga nackbesvär. Samma undersökning konstaterade också att lägre krav på kompetens/kunnande vid genomförandet av arbetsuppgifterna innebar en ökad risk (RR 2,56, KI 1,08–6,04) för sjukfrånvaro pga nackbesvär. Inget signifikant samband erhöles mellan kvantitativa krav, socialt stöd från chef eller arbetskamrater och sjukfrånvaro [3].

I en svensk studie med syfte att finna instrument för att i primärvården prediktera ryggbesvärsfall med dålig prognos konstaterades att följande påståenden, beroende på valt värde (cut off), korrekt kunde förutsäga 75 procent av de utan sjukskrivning och 85 procent av de med stor risk för sjukskrivning >30 dagar:

1. uppfattningen att man inte ska arbeta med nuvarande smärtnivåer
2. den egenuppskattade sannolikheten att man jobbar inom sex månader
3. fysiskt lätt arbete (jag kan utföra lättare arbete under en timma av arbetstiden)
4. graden av stress på arbetet (hur spänd eller orolig har du känt dig senaste veckan)
5. antalet sjukskrivningsdagar under det senaste året (hur många arbetsdagar har du varit sjukskriven pga smärta den senaste 12-månadersperioden?) [51].

I en registerstudie från Kalifornien omfattande 850 anställda undersökte man bl a socialt stöd från chef och arbetskamrater, arbetsbelastning (job strain) och kontroll över arbetet. Inget samband påträffades i relation till sjukskrivning pga akuta ryggbesvär och detta oavsett om besvären var av specifik eller ospecifik typ [47].

I den så kallade Whitehall II-studien, vilken inkluderade en stor grupp av tjänstemän inom statsförvaltningen i Storbritannien, fick de undersökta bl a beskriva sina arbetsförhållanden med hjälp av den psykosociala arbetsbelastningsmodell som inkluderar kategorierna kontroll, konflikt, arbetstakt, socialt stöd i arbetet och arbetstillfredsställelse [39]. Kort sjukskrivning, <7 dagar, pga ryggbesvär predikterades bland männen oavsett arbetskategori och efter hänsynstagande till alla andra i studien ingående ”psykosociala faktorer” och så kallade confounders av låg (RR 1,44, KI 1,11–1,85) och måttlig kontroll (RR 1,31, KI 1,04–1,64) jämfört med hög kontroll, respektive av låg arbetstakt jämfört med hög (RR 1,79, KI 1,39–2,31). Få motstridiga krav minskade risken för kort sjukskrivning bland männen i studien (RR 0,73, KI 0,55–0,95). Bland kvinnorna i undersökningen förutsades kort sjukskrivning endast av medelhög arbetstakt, som ökade risken (RR 1,17, KI 1,05–2,15). Ingen av de i modellen ingående kategorierna hade någon effekt på risken för sjukskrivning längre än sju dagar. Inget signifikant samband mellan kvantitativa krav, socialt stöd och sjukskrivning kunde konstateras [31].

En nederländsk undersökning som omfattade 21 olika företag och med 1 080 slutligt inkluderade anställda, varav två tredjedelar arbetare och en tredjedel tjänstemän, visade att lägre arbetstillfredsställelse var en riskfaktor för sjukfrånvaro under mer än tre dagar hos de som varit anställda hos samma arbetsgivare mellan ett och fem år (RR 1,95, KI 1,08–3,39), men inte hos de som varit anställd längre än fem år. När fysiska och psykosociala faktorer analyserades samtidigt i denna kohort, befanns endast två psykosociala faktorer öka risken för sjukfrånvaro. Dåligt stöd från chef var en av dessa riskfaktorer (RR 2,89, KI 1,06–8,94) för sjukfrånvaro mellan tre och sju dagar. Dålig eller måttligt låg arbetstillfredsställelse var den andra riskfaktorn (RR 2,13, KI 1,09–3,95) och då för sjukfrånvaro pga ryggbesvär under längre tid än sju dagar. Inget signifikant samband mellan kvantitativa krav och sjukfrånvaro konstaterades [34].

Studier med begränsad kvalitet

I den så kallade Boeing-studien, som företogs vid en stor flygindustri i nordvästra USA, undersöktes riskfaktorer för att de som drabbats av ryggbesvär under arbete sjukskrev sig pga av dessa. En kohort av 3 020 anställda arbetare följdes i drygt tre år. Tjugosex procent av de undersökta

var kvinnor. Ett stort antal parametrar undersöktes. De psykosociala faktorer som ökade risken för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär var låg arbetstillfredsställelse (RR 1,70, KI 1,31–2,21) och höga värden på Hysteri-skalan (Hy-skalan) ingående i MMPI-instrumentet (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (RR 1,37, KI 1,11–1,68). Ett förhöjt värde på Hy-skalan anges tyda på ”en tendens att somatisera besvär eller ett förnekande av känslomässig obalans” [10].

När sjukskrivningsförhållandena vid akuta ryggbesvär under en period av 13 år undersöktes bland 1 119 nederländska läkare, veterinärer, tandläkare och sjukgymnaster minskade sannolikheten (RR 0,48, KI 0,34–0,67) för en kortare sjukskrivningsperiod vid akuta ryggbesvär hos de, som vid den initiala hälsodeklarationen angivit förekomst av psykosociala problem [78].

Sammanfattning

En studie med hög kvalitet, fem av måttlig och två av begränsad kvalitet inkluderades. I studien med hög kvalitet, i en studie med måttlig kvalitet samt i en studie av begränsad kvalitet konstaterades att låg eller måttligt låg arbetstillfredsställelse var förenat med en ökad risk för sjukskrivning pga ryggbesvär.

Låg eller måttligt låg beslutslatitud ökade risken för sjukskrivning för akuta rygg- respektive nackbesvär i två studier med måttlig kvalitet. I en av dessa studier var dåligt utnyttjande av yrkesskicklighet också en riskfaktor.

I en studie med måttlig kvalitet visades att för både män och kvinnor var låg kontroll över arbetet en riskfaktor för ökad sjukskrivning pga ryggbesvär. Låg arbetstakt var ytterligare en riskfaktor för sjukskrivning, men bara bland män. Få motstridiga krav minskade risken för sjukskrivning bland männen i samma undersökning.

I fyra studier av måttlig kvalitet fann man inget samband mellan kvantitativa krav/arbetsbelastning och sjukskrivning för akuta ryggbesvär.

Dåligt stöd av chef ökade risken för sjukskrivning pga ryggbesvär i en av studierna med måttlig kvalitet. I tre studier av måttlig kvalitet påverkar inte stöd från chef sjukskrivning.

De ryggssjukskrivnas egna uppfattningar – man ska inte arbeta vid en viss ryggsmärtnivå, egna arbetsförmågan inom ett halvår, möjligheten till ett fysiskt lättare arbete samt upplevelsen av stress under det senaste året – påverkade starkt arbetsåtergången respektive fortsatt sjukskrivning till följd av akuta ryggbesvär i en studie av måttlig kvalitet. Psykosociala problem påvisades öka risken för sjukskrivning i en studie av begränsad kvalitet. En personlighet med tendens att somatisera (att beskriva psykologiska problem i termer av fysiska dito) ökade, enligt en av studierna av begränsad kvalitet, risken för sjukskrivning pga ryggbesvär.

Evidens

- Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukskrivning pga akuta ryggbesvär.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att låg beslutslatitud i arbetet ökar risken för sjukskrivning pga akuta rygg- eller nackbesvär.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att kvantitativa krav/arbetsbelastning inte påverkar sjukskrivning för ryggbesvär.
- Det finns inget vetenskapligt stöd för att socialt stöd från chef påverkar sjukskrivning för ryggbesvär pga motstridiga resultat.

Diskussion

Det fanns ett måttligt respektive begränsat vetenskapligt stöd för några psykosociala faktorer inverkan på sjukskrivning. Låg arbetstillfredsställelse var den riskfaktor som konstaterades ha det starkaste vetenskapliga stödet och som mest frekvent återkom i olika studier. Låg arbetstillfredsställelse har även visats öka förekomsten av uppgivna ryggbesvär [29]. Resultaten visar att faktorer i den psykosociala arbetsmiljön har betydelse för både incidens och duration av sjukskrivning med akuta rygg- eller nackdiagnoser. Tidigare forskning har visat att balansen mellan krav och kontroll är en viktig faktor för hälsa [39]. Inflytande i form av beslutslatitud visade sig ha betydelse för sjukskrivning medan mängden arbete (kvantitativa krav) inte påverkade sjukskrivningen. Resultaten tyder på att det framför allt är upplevelsen av inflytande och kontroll som påverkar sjukskrivningen och att mängden arbete är underordnat detta. Det är möjligt att arbeten och arbetsuppgifter som ger den

arbetande möjlighet till kontroll och påverkan, där kraven är hanterbara, arbetstakten rimlig, där yrkesskicklighet uppskattas och där förmannen/arbetsledaren har en stödjande inställning till medarbetarna leder till ökad arbetstillfredsställelse och därmed ger en effekt som positivt påverkar arbetsnärvaro även vid ryggbesvär. Tidigare evidenssammanställningar av psykosociala faktorer inverkan på ryggbesvär har visat att det finns stark evidens för dessa faktorer betydelse på uppkomst och utveckling av ryggbesvär [35].

Socioekonomiska riskfaktorer

Undersökta socioekonomiska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av hög kvalitet

Att få speciell ersättning pga arbetsrelaterade ryggbesvär minskade sannolikheten för återgång i arbete. Studien visade även att arbetskadereättning korrelerar med fynd som indikerar specifika besvär bland individer som inte i övrigt har någon psykologisk ”störning”. Detta visades i en fransk kohortstudie (n=103) av smärta, funktion och sjukskrivning hos individer med akuta ryggbesvär [16].

Studier av måttlig kvalitet

Konjunkturcyklernas effekt på frekvensen av arbetsfrånvaro pga rygg- och nackbesvär undersöktes bland anställda inom handels-, byggnads- och tillverkningsområdena i delstaten Ontario i Kanada. Ett omvänt förhållande påträffades mellan arbetsfrånvaro och arbetslöshetsfrekvens dvs ett statistiskt säkerställt samband fanns mellan hög sjukskrivning pga rygg-/nackbesvär i tider med låg arbetslöshet medan sjukskrivningsfrekvensen var låg i tider av hög arbetslöshet. Könstillhörighet eller ålder syntes inte ändra på dessa förhållanden [14].

Studier av begränsad kvalitet

I en studie över 13 år av ett försäkringsregister i Nederländerna undersöktes 1 119 privatpraktiserande och självförsäkrade läkare, veterinärer, tandläkare och sjukgymnaster. De som valt en försäkring med tre karensdagar innan ersättning utgick hade sex gånger högre risk (RR 5,88, KI 4,76–7,14) att sjukskriva sig för ryggbesvär än de som valt en karensperiod om 14 dagar. De som hade tagit en försäkring med

högre ersättning vid sjukskrivning hade oavsett yrkeskategori och ålder en minskad chans för en kort frånvaroperiod än de som hade en försäkring som gav en lägre sjukersättning. Vid ospecifik ryggdiagnos ökade en karenstid >14 dagar risken för en mer långvarig sjukskrivning [78].

I en dansk studie genomförd på representativt utvalda invånare i staden Glostrup fann man att de som var arbetare utan yrkesutbildning hade en ökad risk för sjukskrivning pga ryggbesvär jämfört med i ordning yrkesutbildade arbetare, tjänstemän respektive egenföretagare [20].

I delstaten Michigan, USA, där en registerundersökning inkluderade samtliga anställda vid ett företag, konstaterades byggnadsarbetare och tjänstemän ha lägre sannolikhet för arbetsåtergång inom åtta veckor efter ryggbesvärdebuten än andra yrkeskategorier. Sannolikheten för arbetsåtergång minskade även i relation till antal individer som man hade försörjningsansvar för. Lägre ersättningsnivå minskade även sannolikheten för arbetsåtergång [60].

Sammanfattning

Tre studier varav en av hög, en av måttlig och tre av begränsad kvalitet identifierades. Studien av hög kvalitet visade att speciell ersättning pga arbetsrelaterade ryggbesvär, vilket personer med mer specifika besvär fick, ökade risken för längre sjukskrivning.

I studien av måttlig kvalitet visades att frekvensen av sjukskrivning pga ryggbesvär var omvänt proportionell mot arbetslöshetsfrekvensen, dvs högre sjukskrivning vid låg arbetslöshet och omvänt. (Fler studier om samvariation mellan arbetslöshets- och sjukfrånvaronivåer finns i Kapitel 5.)

Studier av begränsad kvalitet visade att färre antal karensdagar innebar en högre incidens av sjukskrivning och att de som valt en försäkring med högre sjukersättning var sjukskrivna längre än de som valt en lägre sjukersättning vid akuta ryggbesvär. Man fann även att sjukskrivning åren innan aktuella ryggbesvär¹ samt försörjningsansvar ökade risken för sjukskrivning. Slutligen visar två av studierna av begränsad kvalitet att olika yrken har olika hög risk för sjukskrivning.

¹ Fenomenet att personer med högre risk för sjukdom tenderar att välja försäkring med gynnsammare försäkringsvillkor diskuteras i Kapitel 1.

Evidens

- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att sjuk-/arbetskadeförsäkring (att erhålla ersättning, högre ersättningsnivå, kortare karenstid) ökar risken för förlängd sjukskrivning vid ryggbesvär.

Diskussion

Den enda studien av hög kvalitet som identifierades avseende socio-ekonomiska faktorer konstaterade att arbetsskadeersättning (sjukskrivning) av individer med arbetsrelaterade ryggbesvär förlängde sjukskrivningen vid akuta ryggbesvär jämfört med individer utan denna ersättning men med väsentligen likartade ryggproblem [16]. Man fann även i en studie av begränsad kvalitet att ersättningsnivå och antal karensdagar påverkade risken för sjukskrivning [78]. Resultaten kan tolkas antingen som att arbetsskadeersättning och utformningen av densamme onödigt förlänger sjukskrivningen, att den som får arbetsskadeersättning har råd att stanna borta från arbetet lite längre och därmed återhämta sig mer än den som inte fick arbetsskadeersättning vid motsvarande problem eller att de som fick sådan ersättning hade allvarigare besvär. I studien av hög kvalitet, som samtidigt registrerade inte bara sjukskrivning utan även smärta och funktion, konstaterades emellertid att smärta och funktion tenderar att förbättras och normaliseras tidigare om personen återgår i arbete.

Konjunkturcyklerna och deras effekt på arbetslösheten, dvs låg arbetslöshet i högkonjunktur och hög i lågkonjunktur, som i en kanadensisk underökning visades ha en mycket påtaglig men omvänt proportionell effekt på sjukskrivningen, bekräftades inte bara för Sveriges del utan även för Norges och Nederländernas [59]. Att detta förhållande inte är lika entydigt överallt har visats i t ex Finland och kan knappast iakttas i andra länder t ex i Danmark, Storbritannien eller Tyskland [59]. En tolkning har gjorts, att eftersom Sverige, Norge och Nederländerna har högst sjukskrivning när alla diagnoser slås samman, är det rimligt anta att de olika ländernas ersättningssystem här spelar in [11].

Arbetsorganisatoriska faktorer

Undersökta arbetsorganisatoriska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

En anställning längre än ett år, jämfört med kortare anställningstid än ett år, hos samma arbetsgivare innan debuten av de arbetsrelaterade ryggbesvärerna ökade sannolikheten med 37 procent för arbetsåtergång inom 30 dagar vid sjukskrivning för akuta ryggbesvär i en registerstudie i Kalifornien. I samma studie konstaterades också att sannolikheten för tidig arbetsåtergång ökade hos sjukskrivna i större företag jämfört med mindre. Man fann även att fackligt medlemskap inte påverkade risken för sjukskrivning [19].

Kortare anställningstid ökade risken för längre sjukskrivning i en studie på motsvarande patientmaterial i Kalifornien [47].

I den omfattande engelska så kallade Whitehall II-studien, inkluderande flera tusen anställda i statsförvaltningen fann man att lägre tjänsteställning ökade risken ($p < 0,001$) för längre sjukskrivning för ryggbesvär [31].

I en nederländsk studie utförd mellan 1994 och 1997 följdes totalt 1 789 anställda, varav 75 procent var män, avseende sjukfrånvaro pga akuta nackbesvär. Man fann inget samband mellan upplevd anställningstrygghet – ”I feel secure about my job” – och risk för sjukskrivning vid akuta nackbesvär [3].

Studier av begränsad kvalitet

Vid en finmekanisk tillverkningsindustri i staten New York, USA fann man att anställningstid inte påverkade risken för sjukskrivning [15].

Sammanfattning

Sammanlagt inkluderades fyra studier av måttlig kvalitet i vilka arbetsorganisatoriska faktorer undersökts. Studierna visade att längre anställningstid och anställning vid större företag minskade risken för sjukskrivning samt att lägre tjänsteställning ökade risken för sjukskrivning. Fackligt medlemskap och anställningstrygghet påverkade inte risken för sjukskrivning. En studie av måttlig kvalitet visade att kortare anställningstid ökade risken för längre sjukskrivning pga ryggbesvär. Även i dessa

sammanhang kan man förmoda att den så kallade ”healthy worker” effekten kan vara av betydelse. Någon analys av detta gjordes dock inte i någon av de ingående studierna.

Evidens

- Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att kortare anställningstid ökar sjukskrivningens längd vid akuta ryggbesvär.

Recidiverande rygg- och nackbesvär

Recidiverande sjukskrivningsperioder pga ryggbesvär är vanligt. I en kanadensisk undersökning över tre år fann man att recidivfrekvensen av sjukskrivning vid ryggbesvär var 36 procent [1]. Recidivfrekvensen av besvär har visat ännu högre prevalens. I en nederländsk undersökning rapporterades 83 procent ha haft mer än en period med ryggbesvär under en tvåårsperiod medan recidivfrekvensen i en belgisk undersökning under motsvarande tid var 85 procent [71,75].

Demografiska faktorer

Undersökta demografiska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av hög kvalitet

Hög ålder (OR 1,36, KI 1,20–1,54) predikterade en ökad förekomst av upprepad sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär under de kommande tre åren i en slumpmässigt utvald kohort av 2 342 personer från den population av mer än 37 000 individer i delstaten Quebec, Kanada som 1981 var sjukskrivna pga ryggbesvär [68].

Sammanfattning

En studie av hög kvalitet undersökte demografiska faktorer relation till recidiverande sjukskrivning pga rygg-/nackbesvär uppfyllde inklusionskriterierna. Högre ålder innebar en ökad risk för upprepad sjukskrivning pga ryggbesvär. Man fann även att kön inte påverkade risken för recidiverande sjukskrivning pga ryggbesvär.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Medicinska faktorer

Undersökta medicinska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av hög kvalitet

Den ackumulerade sjukskrivningen följdes under tre år bland mer än tvåtusen slumpmässigt utvalda hos samtliga rygg-/nackbesvärsmål som 1981 fick sjukersättning pga sjukskrivning i provinsen Quebec i Kanada. När de tre diagnosregionerna i kotpelaren halsryggen, brösttryggen och ländryggen jämfördes med avseende på risken för sjukskrivning framgick att risken var mindre (OR 0,35, KI 0,18–0,69) för att bröst-ryggsbesvär jämfört med ländryggsbesvär skulle leda till upprepad sjukskrivning [68].

Sammanfattning

En studie av hög kvalitet inkluderades. I studien fann man att besvär från brösttryggen hade mindre tendens att ge arbetsförhindrande recidiv än ländryggsbesvär.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Fysiska arbetsplatsfaktorer

Inga studier uppfyllde inklusionskriterierna.

Psykosociala arbetsplatsfaktorer

Inga studier uppfyllde inklusionskriterierna.

Socioekonomiska faktorer

Studier av hög kvalitet

Typ av yrke påverkade inte risken för upprepad sjukskrivning pga rygg- och nackbesvär under de kommande tre åren i en slumpmässigt utvald kohort av 2 342 personer från den grupp av mer än 37 000 individer i Quebec, Kanada som 1981 var sjukskrivna pga rygg- och nackbesvär [68].

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Arbetsorganisation

Inga studier uppfyllde inklusionskriterierna.

Diskussion

Risken för recidiverande sjukskrivning pga ländryggsbesvär var högre än motsvarande för brösttryggen. Eftersom brösttryggsbesvär i relation till ländryggsbesvär är ganska ovanligt ger detta resultat ingen direkt praktiskt användbar information. Som för sjukfrånvaro under tre månader pga kroniska rygg- eller nackbesvär utgjorde högre ålder en riskfaktor för recidiverande sjukfrånvaro. I studien med hög kvalitet fördubblades risken under en treårsperiod. Eftersom samtliga resultat, även utebliven effekt av olika yrken, erhöles i en enda studie var det vetenskapliga underlaget otillräckligt.

Kroniska rygg- och nackbesvär

Här avses sjukfrånvarofall >3 månader pga rygg- eller nackbesvär. Kroniska rygg- och nackbesvär och därmed också sjukskrivningen förenad med den, är ur många aspekter ännu svårare att definiera än vid akuta besvär. Ibland definieras det som rygg- och nackbesvär med en duration längre än 7–12 veckor [2], medan andra anser att kroniska besvär är sådana som inte normaliserats inom förväntad tid [70]. En del menar att kroniska besvär är sådana som ofta recidiverar [74].

Även om andelen specifika orsaker till kroniska besvär är högre än vid akuta, kan en patoanatomisk diagnos som orsak till besvären klarläggas i högst 30 procent av alla fall [2].

Demografiska faktorer

Undersökta demografiska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

Högre ålder, analyserat i tioårsintervaller, minskade sannolikheten för arbetsåtergång med 15 procent under kronisk såväl som akut fas av arbetsförhindrande ryggbesvär i en kohort av sjukskrivna arbetare i Kalifornien. Kön påverkade inte sannolikheten för att återgå i arbete [19].

Högre ålder påverkade arbetsåtergången i negativ riktning när sjukfrånvaron redan varat i mer än 30 dagar [47].

I en studie i Dallas, Texas, USA undersöktes 200 konsekutivt utvalda ryggpatienter vid en ryggmottagning. Samtliga hade varit sjukfrånvarande med sjuksättning. Ett stort antal av de faktorer som ingår vid en noggrann klinisk patientundersökning undersöktes. Återgång i arbete var huvudutfallsmått. När detta differentierades i sjukskrivning kortare eller längre än sex månader, fann man att de som uppgav sig varit ensamstående längre än sju år eller sambo/gift utan barn hade en ökad risk för sjukskrivning längre än ett halvt år. Att ha uppgivit att man flyttat pga hälsoproblem ökade sannolikheten för sjukskrivning kortare än sex månader [49].

Faktorer påverkande arbetsåtergång respektive fortsatt sjukskrivning undersöktes samtidigt och med identiska protokoll hos anställda som varit sjukskrivna tre månader pga ryggbesvär i Danmark, Tyskland, Nederländerna, Sverige, Israel och USA (staterna Kalifornien och New Jersey). Ett år lägre ålder ökade chansen för arbetsåtergång inom ett år från starten av besvären med 4 procent i Danmark, Tyskland och Nederländerna och 5 procent i USA. I Sverige och Israel påträffades inget ålderssamband. Manligt kön ökade också sannolikheten för återgång i arbete, men bara i Danmark och Tyskland [30].

Högre ålder minskade sannolikheten (OR 0,70, KI 0,52–0,93) för arbetsåtergång inom ett år i en nederländsk kohort av anställda personer med ett ryggsjukskrivningsfall som pågått mer än tre månader. Femtionio procent av de undersökta var män. Kön och utbildning visades inte påverka sannolikheten för återgång i arbete [77].

Studier av begränsad kvalitet

En studie från USA visade att lägre ålder ökade chansen för arbetsåtergång inom sex månader. Samma studie visade att kön inte påverkade sannolikheten för arbetsåtergång [23,24].

När arbetsåtergången undersöktes bland alla anställda, sjukskrivna med ryggbesvärproblematik i delstaten Michigan, USA fann man att högre ålder var den enskilt viktigaste prediktorn som påverkade arbetsåtergången

efter de första åtta veckorna av sjukfallet. Högre ålder innebar längre sjukskrivning [60].

I en studie från Nya Zeeland undersöktes företrädesvis sköterskor, undersköterskor, industriarbetare med fysiskt tunga arbeten samt chaufförer i avsikt att klarlägga initiala riskfaktorer för långvarig sjukskrivning pga ryggbesvär. Man fann ingen skillnad i risk för sjukskrivning för olika åldrar eller kön när man kontrollerat för medicinska faktorer (se nedan) [22].

Återgång i arbete bland ryggsjukskrivna arbetare anställda inom lokaltrafik och renhållning i New York påverkades inte av varken kön eller ålder [58].

Sammanfattning

Fem studier av måttlig kvalitet och fyra av begränsad kvalitet undersökte demografiska faktorerens samband med långvarig sjukskrivning pga besvär från rygg eller nacke. I studierna av måttlig kvalitet fanns ett samband mellan högre ålder och en minskande sannolikhet för arbetsåtergång pga kroniska besvär. Rörande kön förelåg motstridiga resultat i de tre studierna av måttlig kvalitet. Två av studierna av måttlig kvalitet samt flera studier av begränsad kvalitet visade emellertid att kön inte påverkade sannolikheten för arbetsåtergång.

Att ha varit ensamstående under >7 år ökade risken för sjukskrivning under >6 månader, att ha flyttat pga problem ökade sannolikheten för sjukskrivning <6 månader, konstaterades i en av studierna av måttlig kvalitet.

Ålderns negativa effekt på arbetsåtergången vid kroniska besvär rapporterades också i de tre studierna av begränsad kvalitet.

Evidens

- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att högre ålder minskar sannolikheten för arbetsåtergång hos individer sjukskrivna >3 månader pga ryggbesvär.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att kön inte minskar sannolikheten för arbetsåtergång hos individer sjukskrivna >3 månader pga ryggbesvär.

Diskussion

I flera studier finner man att högre ålder är en riskfaktor för en förlängsamtidig återgång i arbete efter både kort och lång (>3 månader) sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär. Som redan berörts uppträder som ett naturligt led i åldrandet degenerativa förändringar i ryggens vävnader. I uttalade fall leder åldersförändringarna till specifika problem t ex spinal stenosis. Förändringar i mellankotskivan, disken, och i de leder, facettleder som styr ryggens rörelser, samt i vissa elastiska ligament på insidan av ryggmärgskanalen leder vid spinal stenosis till att nervrötterna, vanligast i den lumbala delen av ryggmärgskanalen, komprimeras och utsätts för ett mekaniskt tryck. Denna kompression åstadkommer smärtor i ryggen och i ett eller båda benen. Typiskt är att smärtorna kommer vid gång, vissa rörelser eller kroppspositioner och de lindras i vila eller att man ändrar position.

Spinal stenosis är ett symtomatiskt och diagnostiskt väldefinierat tillstånd vars förekomst ökar med ökande ålder. Även om förekomst av spinal stenosis och andra degenerativa specifika ryggbesvärstillstånd ökar med ökande ålder kan de inte förklara mer än några få procent av alla kroniska ryggbesvär.

Liksom vid akuta besvär kan konstateras, att den höga frekvensen sjukskrivning pga kroniska besvär inte motsvaras av någon känd smärtgenererande orsak. Detta gäller generellt men även i relation till ökande ålder.

Som vid akuta besvär indikerar evidensen vid kroniska besvär att kön inte påverkar längden av sjukskrivning eller arbetsåtergång. Resultaten är dock av begränsat värde då majoriteten av de undersökta i studierna var män.

Medicinska faktorer

Undersökta medicinska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

I sex länder, Danmark, Tyskland, Nederländerna, Sverige, Israel och USA (staterna Kalifornien och New Jersey) undersöktes vid samma tillfälle och med identiska protokoll vilka faktorer som påverkade återgång i arbete inom ett år, respektive fortsatt sjukskrivning efter ett år, hos

anställda som vid studiens start varit sjukskrivna tre månader pga ryggbesvär. Studien skedde i likartat utvalda nationella kohorter med initialt sammanlagt 2 752 deltagare. Andelen kvinnor i de nationella kohorterna varierade mellan som högst 61 procent i Sverige till 26 procent i Israel. Endast i de svenska och amerikanska kohorterna hade medicinska faktorer betydelse för att sjukskrivningen skulle upphöra. I Sverige och USA ökade chansen för arbetsåtergång inom ett år efter inledningen av sjukskrivningen hos dem som tidigare inte behandlats för ryggbesvär. I Sverige som enda land ökade sannolikheten för ett upphörande av sjukskrivningen hos de deltagare som opererades för diskbråck under studiens första år (patienter som således var sjukskrivna för specifika ryggbesvär, i detta fall diskbråckssjukdom). Rökning innebar ingen ökad risk för långvarig sjukskrivning i något av de sex länderna [30].

I en nederländsk studie som initialt inkluderade 59 procent män undersöktes riskindikatorer för en fortsatt sjukskrivning i en kohort av rygg-sjukskrivna som vid inklusionen i studien varit frånvarande från arbetet cirka tre till fyra månader. Samtliga i kohorten var vid studiens början anställda och hade ett arbete. Lägre smärtintensitet initialt samt självrapporterat bra allmänt hälsotillstånd (RR 1,53, KI 1,37–4,40) var de medicinska faktorerna som ökade sannolikheten för arbetsåtergång inom ett år efter starten av sjukfrånvaron. Diagnos, smärtduration, komorbiditet, bensmärta eller rökning påverkade inte arbetsåtergång [77].

I en studie från staden Dallas, USA undersöktes 200 konsekutivt utvalda ryggpatienter vid en ryggklinik. Samtliga patienter var sjukfrånvarande och undersöktes åren 1987 och 1988. Ett stort antal kliniska undersökningsparametrar utvärderades. De olika riskfaktorernas betydelse för sjukskrivning längre eller kortare tid än sex månader bedömdes. Faktorer som ökade sannolikheten för sjukskrivning (<6 månader) var att i anamnesen ha haft smärta utstrålade i ett eller båda benen, att ha mätbar muskelatrofi i ett ben, att ha en upplevd funktionsnedsättning, att uppvisa ett ökat smärtbeteende (non-organic signs), inskränkt rygg-rörlighet (framåtböjning) samt ömhet vid palpation över kotpelaren. Att ha SLR-positivitet, dvs tecken på att delar av ischiasnerven är utsatt för tryck, smärta vid sidoböjning av bålen, nedsatt gångförmåga, inskränkt rygg-rörlighet (framåtböjning) eller ömhet vid palpation över ryggraden ökade risken för långvarig sjukskrivning (>6 månader). Att tidigare ha

varit sjukskriven för ryggbesvär ökade också risken för långvarig sjukskrivning (>6 månader) [49].

En annan studie visade att tidigare ha varit sjukskriven för ryggbesvär fördröjde arbetsåtergången under både ett kroniskt och subakut skede med 59 procent [19].

Tidigare sjukskrivning pga arbetsrelaterade ryggbesvär var en av flera faktorer som påverkade arbetsåtergången i negativ riktning när arbetsfrånvaron redan varat i mer än 30 dagar [47].

Studier av begränsad kvalitet

Vid en amerikansk finmekanisk tillverkningsindustri fann man att en ryggbesvärsrelaterad sjukfrånvaro under längre än 66 dagar jämfört med kortare frånvaro i första hand förklarades av antalet ryggoperationer. Fler genomgångna ryggoperationer var förenat med längre sjukskrivning. Ryggkirurgi i samband med frånvarotillfället, specifik ryggdiagnos (förekomst av diskdegeneration), diskriminerade mellan tidigare respektive senare (>66 dagar) arbetsåtergång. Rökning eller fetma ökade inte risken för sjukskrivning [15].

I en studie från Nya Zeeland undersöktes företrädesvis sköterskor, undersköterskor, industriarbetare med fysiskt tunga arbeten samt chaufförer i avsikt att klarlägga initiala riskfaktorer för långvarig (kronisk) sjukskrivning pga ryggbesvär. Man fann att en uttalad smärta ned i benet (benen), fetma, upplevd funktionsnedsättning samt självrapporterat sämre hälsotillstånd innebar en ökad risk för sjukskrivning längre än tre månader. "Oswestry Disability Index" (självupplevd ryggfunktionspåverkan) högre än 21 gav en signifikant ökning av risken för mer än tre månaders sjukskrivning bland personer sjukskrivna för ryggbesvär. Personer med ett BMI-värde (Body Mass Index) om 30 eller högre hade en ökad risk (OR 1,68, KI 1,01–2,81) för sjukskrivning pga ryggbesvär längre än tre månader [22].

Från en ryggklinik vid ett universitetssjukhus rekryterades ryggsgjukskrivna patienter som inte arbetat pga ryggbesvär under minst tre månader. Avsikten var att se hur medicinska, psykosociala och biomekaniska faktorer påverkade återgång till arbete. Etthundrafemtio av 169 kunde följas upp efter ett halvt år. Uttalad påverkan av ADL-funktionen

(Activities of Daily Living) minskade sannolikheten för arbetsåtergång inom sex månader. För de som varit sjukfrånvarande mindre än sex månader var chanserna större för arbetsåtergång jämfört med de som varit sjukskrivna 6–12 månader, och ytterligare större jämfört med de som varit sjukskrivna längre än 12 månader [23,24].

Återgång i arbete bland ryggsjukskrivna arbetare anställda inom lokaltrafik och renhållning i New York påverkades i den subakuta/kroniska fasen negativt av om annan sjuklighet förekom samtidigt (komorbiditet). Mest uttalat försenades arbetsåtergången av samtidiga problem i nacke, skuldror eller nedre extremiteter [58].

Sammanfattning

Fyra studier med måttlig kvalitet och sex med begränsad kvalitet inkluderades. Att tidigare ha varit sjukskriven för ryggbesvär visades i tre studier av måttlig kvalitet, och en av begränsad, öka risken för längre sjukskrivning. Självrapporterat negativt påverkat hälsotillstånd visades i två studier (en av måttlig och en av begränsad kvalitet) påverka risken för längre sjukskrivning.

I en studie med måttlig kvalitet och en med begränsad kvalitet var bensmärta en faktor som ökade risken för sjukskrivning.

En studie av måttlig och två av begränsad kvalitet visade att upplevd funktionsnedsättning ökade risken för sjukskrivning.

Rökning innebar ingen riskökning för långvarig sjukskrivning pga ryggbesvär konstaterades i två studier av måttlig kvalitet och en av begränsad.

Flera enstaka riskfaktorer framkom i de kvalitetsgranskade studierna öka risken för långvarig sjukskrivning. Sådana faktorer var fetma, inskränkt ryggrörlighet, smärtbeteende, genomgångna ryggoperationer, ryggkirurgi i samband med frånvarotillfället och specifik diagnos.

Evidens

- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att tidigare ha varit sjukskriven för ryggbesvär ökar risken för långvarig sjukskrivning.

- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att bensmärta (smärta utstrålade ned i ett eller båda benen) ökar risken för långvarig sjukskrivning.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att självrapporterat hälsotillstånd påverkar risken för långvarig sjukskrivning.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att upplevd funktionsnedsättning ökar risken för långvarig sjukskrivning.
- Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att rökning inte är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär.

Diskussion

Att ha varit sjukfrånvarande till följd av ryggbesvär ökade risken för långdragen sjukfrånvaro. Även vid sjukskrivning pga akuta besvär var tidigare sjukskrivning för ryggbesvär en riskfaktor för en längre frånvaroperiod. Som tidigare påpekats är förloppet t ex vad gäller smärta i allmänhet mer utdraget vid specifika än vid ospecifika ryggbesvär. Den vanligaste orsaken till specifika besvär i arbetsför ålder är diskbråck vars mest typiska symtom är bensmärta (ischias). Förloppet vid specifika besvär t ex diskbråck kan illustreras med resultaten från en svensk studie av närmare 2 000 anställda, sjukskrivna 28 dagar eller längre. Man fann att de i kohorten som opererades för diskbråck, cirka 100 patienter, hade en relativt lång sjukskrivning men där operationen dock hos flertalet innebar arbetsåtergång [30]. Kirurgisk behandling för de relativt få i kohorten som hade uttalade besvär till följd av diskbråck var i studien den enda av alla företagna medicinska och arbetslivsinriktade behandlingar och åtgärder, som ökade sannolikheten för arbetsåtergång. Här måste poängteras att de allra flesta med symtomgivande diskbråck återställs utan att de behöver opereras [73].

I en helt nyligen genomförd evidensvärdering av effekten av olika rehabiliteringar efter diskbråckskirurgi konstaterades för övrigt att det inte finns någon evidens för att patienter som opererats för första gången för ett diskbråck i ländryggen behöver begränsa sin aktivitet (efter operationen). Det finns däremot stark evidens för att intensiv träning (åtminstone när startad 4–6 veckor postoperativt) är effektiv för att återställa funktionsförmågan hos dessa patienter. Individens egen upplevelse av hälsa och

funktion visades i värderingen ha betydelse för sjukskrivningen och återgången i arbete. Otillräckligt vetenskapligt stöd fanns för att avgöra betydelsen av den ”objektivt mätbara funktionen” t ex styrka eller rörelseförmåga för sjukskrivningen [61]. Tidigare studier har visat att för patienter med sjukskrivning pga kroniska ryggbesvär är åtgärder som syftar till att få patienten att ”vara så normalt fysiskt aktiv som möjligt” en strategi som har förutsättningar att återställa ryggpatientens funktions- och arbetsförmåga [25,37,56].

Få av de funktionstester som används i studierna är validerade [52]. Detta försvårar möjligheterna när det gäller att avgöra om det är testet som inte fungerar eller om det är så att den faktiska fysiska funktionen är av mindre betydelse vid bedömning av behov av sjukskrivning.

I en nyligen genomförd studie kunde man visa att det framför allt var patientens egen bedömning av hälsotillstånd och funktion som påverkade sjukskrivningen 6–12 månader senare [38].

Fysiska arbetsplatsfaktorer

Undersökta fysiska arbetsplatsfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

Samtidigt och med samma utvärderingsinstrument undersöktes i sex olika länder, Danmark, Tyskland, Nederländerna, Sverige, Israel och USA (staterna Kalifornien och New Jersey) faktorer som påverkade återgång i arbete inom ett år, respektive fortsatt sjukskrivning efter ett år, hos anställda som också hade ett arbete och som vid studiens start varit sjukskrivna tre månader pga ryggbesvär. Sammanlagt inkluderade de nationella kohorterna 2 752 deltagare vid starten. Andelen kvinnor i de olika nationella kohorterna varierade mellan som högst 61 procent i Sverige till 26 procent i Israel. I samtliga länder innebar lägre fysiska krav i arbetet en ökad sannolikhet för att sjukskrivningen skulle upphöra inom ett år efter dess inledning [30].

Fysiskt tungt arbete minskade sannolikheten för arbetsåtergång under både kronisk och akut fas av arbetsrelaterade ryggbesvär med 25 procent i en kohort av anställda i USA (Kalifornien). Arbetsställning och arbete på vibrerande underlag påverkade inte risken för längre sjukskrivning [19].

Tungt arbete ökade risken för längre sjukskrivning bland ryggsjukskrivna under subakut/kronisk fas av ryggbesvär. Arbete med vibrationer eller böjda, vridna och sittande arbetsställningar ökade inte risken för längre sjukskrivning. Detta fynd gjordes i en studie av 850 anställda sjukskrivna personer representerande en kvarts miljon försäkrade i Kalifornien [47].

Studier av begränsad kvalitet

I en studie från Nya Zeeland var avsaknad av lättare arbetsuppgifter på arbetsplatsen en riskfaktor för långvarig (kronisk) sjukskrivning (OR 1,66, KI 1,12–2,46). Ett arbete som innebar lyft under tre fjärdedelar av dagen eller mer innebar på samma sätt en riskfaktor för långvarig sjukskrivning (OR 1,98, KI 1,30–3,04). Arbete i vibrerande fordon påverkade inte risken för långvarig sjukskrivning [22].

I två amerikanska studier med samma studiepopulation ökade lättheten med vilken den sjukskrivne kunde byta arbetsuppgifter sannolikheten för arbetsåtergång inom sex månader [23,24].

Sammanfattning

Fem studier inkluderades. Tre var av måttlig kvalitet medan de övriga hade begränsad kvalitet. Studierna av måttlig kvalitet rapporterade att upplevd arbetstyngd (tyngre = sämre) påverkade sannolikheten för långvarig sjukskrivning. Två studier med måttlig kvalitet och en med begränsad fann att arbetsställning och exponering för helkroppsvibrationer inte påverkade risken för långvarig sjukskrivning.

Två av studierna med begränsad kvalitet fann att bristande möjlighet till lättare arbeten på arbetsplatsen, ökade risken för långvarig sjukskrivning.

Evidens

- Det finns begränsad evidens för att den självrapporterade fysiska arbetsbelastningen (högre) ökar risken för längre sjukskrivning vid kroniska ryggbesvär.
- Det finns begränsad evidens för att självrapporterade arbetsställningar (böjda, vridna, sittande, stående) och exponering för helkroppsvibrationer inte påverkar risken för längre sjukskrivning vid kroniska ryggbesvär.

Diskussion

Precis som vid kortare sjukskrivning pga rygg- och nackbesvär påverkar den självrapporterade fysiska arbetsbelastningen långvarig sjukskrivning >3 månader. Resultaten från undersökningar, som studerat effekten av begränsningar av arbetsbelastningen hos personer med ryggbesvär, är delvis motsägande. I en studie från staten Ontario i Kanada, där effekten av detta undersöktes, fann man att de sjukfrånvarande arbetare som inte erbjöds någon begränsning av arbetsbelastningen återvände tidigare till arbetet [27]. I en annan undersökning från New York fann man att vissa företag inte hade som rutin att erbjuda anställda sjukfrånvarande med ryggbesvär någon temporär modifiering av arbetsbelastningen. När så gjordes hade detta emellertid ingen effekt på arbetsåtergången [32].

I motsats till vid akuta besvär påträffades otillräckligt vetenskapligt stöd för samband mellan arbetsställningar och risken för långvarig sjukskrivning. Någon ökad risk vid exponering för helkroppsvibrationer påträffades inte vare sig vid sjukskrivning för akuta eller kroniska ryggbesvär.

Psykosociala faktorer

Undersökta psykosociala faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

Faktorer påverkande arbetsåtergång respektive fortsatt sjukskrivning undersöktes samtidigt och med identiska protokoll i sex olika länder hos anställda som varit sjukskrivna tre månader pga ryggbesvär. De deltagande länderna var Danmark, Tyskland, Nederländerna, Sverige, Israel och USA (staterna Kalifornien och New Jersey). Den psykosociala arbetsmiljön utvärderades bl a med hjälp av den så kallade krav-kontroll-modellen. I Danmark och Nederländerna ökade sannolikheten för arbetsåtergång inom ett år efter sjukskrivningens start i arbeten med högre beslutslatitud. I Tyskland ökade sannolikheten för upphörande av sjukskrivning i arbeten med lägre krav. I Sverige, USA och Israel hade ingen av de psykosociala faktorerna i modellen någon influens på upphörandet av sjukskrivningen pga ryggbesvär. Social funktion påverkade inte risken för längre sjukskrivning [30].

I den omfattande engelska så kallade Whitehall II-studien inkluderande många tusen anställda i statsförvaltningen hade inga av de faktorer som

ingår i den så kallade krav–kontrollmodellen någon influens på risken för långdragen sjukskrivning pga ryggbesvär, förutom låg arbetstakt som minskade risken för långvarig sjukskrivning hos kvinnor [31].

Hög arbetsbelastning och låg kontroll (job strain) var faktorerna i en multivariatmodell som påvisade minskad sannolikhet för tidig arbetsåtergång bland personer sjukskrivna med ryggdiagnoser under en subakut/kronisk fas (>30 dagar). Socialt stöd i arbetet påverkade inte risken för långvarig sjukskrivning [47].

I en kohort utvald för att vara representativ för förhållandena i Nederländerna och där bland anställda som hade ett sjukfall som pågått mer än tre månader vid studiens start, fann man att hög arbetstillfredsställelse (OR 1,26, KI 1,11–1,44) ökade sannolikheten för att sjukfallet skulle vara kortare än ett år. Ingen av de ingående faktorerna i krav/kontroll modellen påverkade risken för långvarig sjukfrånvaro [77].

Studier av begränsad kvalitet

När 854 individer i fyra högriskgrupper för sjukskrivning pga ryggbesvär (sjuksköterskor, undersköterskor, arbetare med fysiskt tunga arbeten samt chaufförer) undersöktes med avseende på psykosociala riskfaktorer påverkade varken ångest, depression, påfrestande livshändelser eller social funktion risken för långvarig sjukskrivning [22].

Frågeinstrumentet Health Locus of Control (HLC) (hur mycket den sjuke uppfattar sig behärska/kontrollera/bemästra sjukdomen) användes i en studie bland sjukskrivna ryggpatienter vid en ryggklinik på ett universitetssjukhus i USA. Större känsla av att själv bemästra sina ryggbesvär innebar en ökad chans för arbetsåtergång inom en sexmånadersperiod. I samma undersökning innebar högre värden på MMPI's Hy-skala (hysteri) en minskad sannolikhet för arbetsåtergång inom samma period [23,24].

Vid en finmekanisk tillverkningsindustri i staten New York, USA såg man att skillnaden mellan kort (<13 dagar) och lång sjukskrivning förklarades av att ha genomgått ryggkirurgi i samband med frånvarotillfället eller att tidigare genomgått ryggkirurgi. Skillnaden i sjukskrivning mellan medellång (14–65 dagar) och lång sjukfrånvaro förklarades av att de med långvarig frånvaro hade lägre arbetstillfredsställelse [15].

I en nederländsk registerstudie av sjukskrivningsförhållanden hos 13 962 läkare, tandläkare, sjukgymnaster och veterinärer med en egen sjukpenningförsäkring fann man, bland de 1 119 (14,2 procent kvinnor) som varit sjukskrivna pga ryggbesvär mellan 1977 och 1990, att förekomst av självrapporterade psykosociala problem innebar en längre sjukskrivning pga kroniska ryggbesvär [78].

Sammanfattning

Fyra studier av måttlig kvalitet och lika många av begränsad kvalitet inkluderades.

I studierna av måttlig kvalitet användes den så kallade krav-kontrollmodellen för att utvärdera effekten av den psykosociala arbetsmiljöns effekter på hur långt sjukfallet blev bland personer sjukskrivna pga ryggbesvär. I två av studierna noterades ingen påverkan förutom av låg arbetstakt som ökade sannolikheten för arbetsåtergång hos kvinnor, medan det i den tredje studien konstaterades att hög beslutslatitud ökade sannolikheten för arbetsåtergång i två av de sex länder undersökningen omfattade, dock inte i Sverige. I en studie av begränsad kvalitet ökade hög arbetsbelastning och låg kontroll risken för längre sjukskrivning.

Socialt stöd i arbetet påverkade inte risken för längre sjukskrivning framkom i två studier av måttlig kvalitet. I en annan studie av begränsad kvalitet påvisades att social funktion inte påverkade sjukskrivningens duration.

Låg arbetstillfredsställelse påverkade risken för längre sjukskrivning i en studie av måttlig och en av begränsad kvalitet.

God förmåga att hantera sina ryggbesvär ökade chansen för arbetsåtergång medan hysteriska personlighetsdrag minskade chansen för arbetsåtergång i en studie av begränsad kvalitet.

Evidens

- Det finns begränsad evidens för att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för längre sjukskrivning vid kroniska ryggbesvär.
- Det finns begränsad evidens för att socialt stöd på arbetet inte påverkar sjukskrivning vid kroniska ryggbesvär.

Diskussion

Låg arbetstillfredsställelse var precis som för sjukskrivning vid akuta besvär en riskfaktor för en senare arbetsåtergång vid kroniska besvär. I det vetenskapliga underlaget som finns att tillgå rörande psykosociala faktorerers samband med sjukskrivning finns litet stöd för krav-kontroll-modellen [39]. När det gäller risker för besvärsuppkomst har man däremot konstaterat att det finns en ökad risk för sådan vid låg arbetstillfredsställelse, dåligt socialt stöd respektive låg beslutslatitud [35]. Socialt stöd på arbetet kunde inte beläggas vara en riskfaktor för sjukskrivning för kroniska ryggbesvär. Socialt stöd och låg arbetstillfredsställelse har i flera studier visat sig vara en riskfaktor för att utveckla ryggbesvär [29,73].

Arbetsorganisation

Undersökta arbetsorganisatoriska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

Att som sjukskriven med ryggdiagnos vara anställd hos ett medelstort (amerikanskt) företag ökade sannolikheten för arbetsåtergång med 32 procent, jämfört med att vara anställd hos både mindre och större företag, och vid både kroniska och akuta/subakuta ryggbesvär. Längre anställningstid minskade risken för längre sjukskrivning. Fackligt medlemskap påverkade inte sjukskrivningen [19].

I en studie av 850 anställda sjukskrivna personer representerande en kvarts miljon försäkrade i Kalifornien fann man att anställning längre än ett år på det företag där besvären uppkom hade, jämfört med rygg-sjukskrivna med kortare anställningstid (<1 år), en positiv inverkan på arbetsåtergången [47].

I en kohort utvald för att vara representativ för förhållandena i Nederländerna, bland anställda som hade ett sjukfall som pågått mer än tre till fyra månader vid studiens start, fann man inget samband mellan typ av arbetsplats, anställningstid, företagets soliditet eller sjukskrivning [77].

Studier av begränsad kvalitet

I staten Michigan, USA, fann man vid genomgång av alla ryggbesvärsfall i hela staten, som ledde till sjukskrivning och varat längre än åtta veckor,

att de som arbetade i företag med färre än 400 anställda hade mindre sannolikhet för arbetsåtergång än de som var anställda i företag med mer än 500 anställda [60].

Sammanfattning

Fyra studier varav tre av måttlig kvalitet inkluderades. Två av studierna, båda från USA, av måttlig kvalitet fann att anställning i medelstora företag (cirka 500 anställda) ökade sannolikheten för tidigare arbetsåtergång vid långvarig ryggsjukskrivning.

Två amerikanska studier, en av måttlig och en av begränsad kvalitet, som undersökte samma individmaterial, men använde olika variabler visade att fackligt medlemskap inte påverkade risken för sjukskrivning. Dessa studier visade också att längre anställningstid ökade sannolikheten för återgång i arbete.

Evidens

- Det finns begränsad evidens för att anställning i ett medelstort företag ökar sannolikheten för arbetsåtergång vid långvarig sjukskrivning pga ryggbesvär.
- Det finns begränsad evidens för att längre anställningstid ökar sannolikheten för arbetsåtergång vid långvarig sjukskrivning pga ryggbesvär.
- Det finns begränsad evidens för att fackligt medlemskap inte påverkar sannolikheten för arbetsåtergång vid långvarig sjukskrivning pga ryggbesvär.

Diskussion

Att vara anställd vid ett medelstort företag ökade sannolikheten för arbetsåtergång vid sjukfrånvaro pga kroniska ryggbesvär. På vilket sätt företagets storlek påverkar detta förhållande är oklart. Man kan bara spekulera i att ett medelstort företag är tillräckligt stort för att avsätta resurser för detta ändamål och ändå tillräckligt litet för att engagera sig i den enskilde medarbetaren. Längre anställningstid ökar också sannolikheten för återgång i arbete vilket kan tyda på att lojalitet med företaget (i form av längre anställning) och företagets investering i sin personal kanske kan främja ett ökat engagemang för återgång i arbete. I detta

sammanhang kan även den så kallade ”healthy worker” effekten tänkas vara av betydelse, dvs att individer med t ex ryggbesvär kan ha bytt eller tvingats byta arbete pga detta.

Socioekonomiska faktorer

Undersökta socioekonomiska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

I en kohort från Nederländerna av sjukfrånvarande pga ryggbesvär, inkluderade i undersökningen efter mer än tre månaders sjukskrivning, undersöktes vilka faktorer som påverkade arbetsåtergång eller fortsatt sjukskrivning inom ett år efter debuten av sjukskrivningen. Att vara familjeförsörjare ökade sannolikheten (OR 2,46, KI 1,37–4,40) för en kortare sjukskrivning än ett år [77].

I en studie i Dallas, Texas, USA undersöktes 200 konsekutivt utvalda ryggpatienter vid en ryggmottagning, vilka samtliga varit sjukfrånvarande med sjukersättning. Ett stort antal faktorer undersöktes. Återgång i arbete var huvudutfallsmått. När detta differentierades i sjukskrivning kortare eller längre än sex månader fann man att de som uppgav sig ha ekonomiska problem hade en ökad risk för sjukskrivning längre än ett halvt år [49].

Studier av begränsad kvalitet

I delstaten Michigan, USA fann man att låg ersättning vid sjukskrivning bland individer frånvarande längre än åtta veckor pga ryggbesvär ökade sannolikheten för att återgå tidigare till arbetat än de med hög ersättning [60].

I en Nederländsk registerstudie av sjukskrivningsförhållanden hos 13 962 läkare, tandläkare, sjukgymnaster och veterinärer med en egen sjukpenningförsäkring fann man, bland de 1 119 (14,2 procent kvinnor) som varit sjukskrivna pga ryggbesvär mellan 1977 och 1990, att längre karenstid och lägre ersättning från försäkringen minskade risken för längre sjukskrivning pga kroniska ryggbesvär [78].

Sammanfattning

I en studie med måttlig kvalitet innebar familjeförsörjaransvar en ökad sannolikhet för arbetsåtergång vid sjukskrivning pga kroniska ryggbesvär.

I flera av studierna visade sig ekonomiska förhållanden ha en påverkan på sjukskrivningen. Lägre ersättning, kort karenstid, ekonomiska problem ökade sannolikheten för långvarig sjukskrivning.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier om socioekonomiska faktorer vid kroniska rygg- och nackbesvär.

Sjukbidrag och förtidspension pga rygg- och nackbesvär

Demografiska faktorer

Undersökta demografiska riskfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

I en norsk prospektiv kohortstudie inkluderades alla anställda i landet mellan 20 och 53 år. Riskfaktorer för förtidspension hos dessa undersöktes under åren 1983 till 1993. Man fann ökad risk för förtidspension pga rygg- och nackbesvär bland kvinnor (OR 1,22, KI 1,09–1,35). När risken för kvinnorna och männen analyserades separat fann man att risken ökade med ålder (femårsintervall) (OR 1,11, KI 1,11–1,11) för såväl män som för kvinnor. Varje års utbildning över grundskolenivå minskade risken (OR 0,78, KI 0,77–0,79) för kvinnor likaväl som för män [26].

Studier av begränsad kvalitet

Sammanlagt 391 åldersindelade män, representerande alla typer av anställda hos en svensk pappers- och pappersmassetillverkare, undersöktes första gången med avseende på ryggbesvär 1961. Sjukskrivnings- och förtidspensionsförhållanden följdes sedan upp 22 år senare. Trettio anställda beviljades förtidspension under uppföljningstiden. I en slutlig multivariat analysmodell avseende risken för förtidspension och som inbegrep bl a uppgivna ryggbesvär eller för ryggbesvär positiva fynd

1961, neuroticism m m hittades att en åldersökning med 10 år (RR 4,5, KI 3,0–6,7) ökade risken för förtidspension pga ryggbesvär. Ett års högre utbildning minskade risken (RR 0,8, KI 0,7–1,0) [84].

I en prospektiv kohortstudie i en kommun av alla 213 unga personer, som under ett år var sjukskrivna minst 28 dagar med ryggdiagnoser, hade 22 procent fått förtidspension 11 år senare. Den multivariata analysen visade att kvinnor och personer med utländskt medborgarskap hade en ökad risk för förtidspension under uppföljningstiden (RR 2,41, KI 1,23–4,73 respektive RR 3,57, KI 1,37–9,32)[12].

I en grupp av 80 patienter, 52,5 procent kvinnor, långvarigt sjukskrivna pga specifika och ospecifika ländryggsbesvär undersöktes faktorer påverkande risken för förtidspension. Kön och ålder påverkade inte risken för förtidspension pga ryggbesvär [83].

Sammanfattning

En studie av måttlig och tre studier av begränsad kvalitet inkluderades. Studien av måttlig kvalitet, som inkluderade den norska befolkningen 20–53 år, konstaterade att risken för förtidspension var högre hos kvinnor, ökade med högre ålder bland båda könen och minskade med utbildningsgraden.

En av studierna med begränsad kvalitet fann också att högre ålder och lägre utbildning var riskfaktorer för förtidspension.

Den tredje studien visade att kvinnligt kön och att vara utländsk medborgare ökade risken för förtidspension pga ryggbesvär.

I den fjärde studien fanns inget samband mellan kön eller ålder och förtidspension.

Studierna angående kvinnligt kön och ålder som riskfaktor för förtidspensionering är få och av måttlig (en studie) respektive begränsad kvalitet (en studie), vilket normalt sett inte kvalificerar för slutsatsen att evidens föreligger. Emellertid utgör den prospektiva studien av måttlig kvalitet, omfattande mer än 1,3 miljoner anställda i Norge, ett tydligt bevis för om ålderns respektive kvinnligt köns betydelse för risken för förtidspensionering pga ryggbesvär.

Evidens

- Det föreligger begränsad evidens för att högre ålder ökar risken för förtidspension pga ryggbesvär.

Diskussion

Den enda studien som bedömdes ha måttlig kvalitet och således inkluderades i evidensgraderingen inkluderade hela den norska befolkningen mellan 20 och 53 år [26]. Som vid sjukskrivning vid både akuta och kroniska rygg- och nackbesvär var högre ålder en riskfaktor för förtidspension. En ökad risk för kvinnor konstaterades också. I både Norge och Sverige är andelen av förvärvsarbetande kvinnor mycket hög. Speciellt gäller detta andelen kvinnor över 55 år när jämförelser görs med andra europeiska länder [59]. Samtliga inkluderade studier sträcker sig över en betydande tidsperiod (upp till 22 år). Eftersom åtminstone två av studierna utgör urval ur en hel befolkning [26] respektive från en befolkningsgrupp [12] bör resultaten ha hög generaliserbarhet.

Medicinska faktorer

Undersökta medicinska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av begränsad kvalitet

I en svensk studie med 22 års uppföljningstid av 391 anställda av alla kategorier vid en svensk pappersindustri var angivandet av en mindre bra generell hälsa vid studiens start den starkaste riskfaktorn (RR 3,4, KI 1,1–10,1) för framtida förtidspension pga ryggbesvär. Kliniska fynd tydande på ryggbesvär vid inklusionen ökade risken för förtidspension (RR 2,4, KI 1,0–5,6) pga ryggbesvär liksom högt blodtryck initialt (RR 1,4, KI 1,1–1,8). Rökning ökade också risken för förtidspension pga ryggbesvär (RR 1,8, KI 1,1–2,9). Alkoholkonsumtion, bröstsmärta, hög kolesterolnivå, samt lågt födointag under ungdomen påverkade inte risken [84].

Sammanfattning

I den enda inkluderade undersökningen av begränsad kvalitet fann man att självrapporterad mindre bra hälsa (generellt), kliniska undersökningsfynd tydande på pågående ryggbesvär vid inklusionen, högt blodtryck samt rökning ökade risken för förtidspension pga ryggbesvär.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Fysiska arbetsplatsfaktorer

Undersökta fysiska arbetsplatsfaktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av begränsad kvalitet

I en svensk studie med 22 års uppföljningstid av 391 anställda vid en pappers- och pappersmasseindustri undersöktes effekterna av kyla, tungt arbete och upprepade lyft. Ingen av dessa faktorer påverkade risken för förtidspension pga ryggbesvär [84].

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Psykosociala faktorer

Undersökta psykologiska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av begränsad kvalitet

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) och dess enskilda delar (subscales) har företrädesvis använts i anglosachsiska studier. När instrumentet användes i en svensk studie för att prediktera arbetsförmågan på lång sikt (6–12 år) hos en grupp ryggpatienter med långvarig sjukskrivning till följd av både specifika och ospecifika ryggbesvär, fann man att signifikant fler skalor var förhöjda hos dem som fick full förtidspension jämfört med dem som endast fick partiell förtidspension eller ingen förtidspension alls. Risken för hel förtidspension var som störst (62 procents riskökning) när två av de ingående skalorna var förhöjda. Den ofördelaktigaste kombinationen av två förhöjda skalor var Hy (Hysteri) och Hs (hypokondri). Intelligensnivå hade inget prediktivt värde i detta sammanhang [83].

I den svenska studien av 391 åldersindelade män representerande alla typer av anställda hos en svensk pappers- och pappersmassetillverkare undersöktes även vissa psykosociala arbetsfaktorer. Neuroticism initialt ökade risken för förtidspension (RR 1,9, KI 1,1–3,5).

Eget ansvar över arbetet, påverkansmöjligheter och rutinarbete undersöktes också i relation till förtidspension pga ryggbesvär 22 år senare. Ingen av dessa faktorerna och inte heller intelligensnivå ökade risken för förtidspension [84].

Sammanfattning

Två studier av begränsad kvalitet inkluderades. Båda studierna antyder att vissa personlighetsdrag ökar risken för förtidspension medan intelligensnivå inte gör det.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Arbetsorganisatoriska faktorer

Undersökta arbetsorganisatoriska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av begränsad kvalitet

I en svensk studie bland ett representativt urval av anställda vid en pappers- och pappersmassetillverkare undersöktes bl a anställningstidens betydelse för framtida (22 års uppföljning) förtidspension. Något samband med risken för förtidspension pga ryggbesvär påträffades inte [84].

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt underlag pga för få studier.

Socioekonomiska faktorer

Undersökta socioekonomiska faktorer framgår av Tabell 6.1.

Studier av måttlig kvalitet

I en norsk prospektiv kohortstudie inkluderande alla anställda i landet mellan 20 och 53 år 1980 undersöktes riskfaktorer för förtidspension hos dessa under åren 1983 till 1993. Det framkom att alla fem i undersökningen förekommande arbetskategorier ökade risken för förtidspension jämfört med den sjätte arbetskategorin, att ha ett högkvalificerat specialistyrke. Okvalificerat manuellt arbete innebar i detta sammanhang den största risken för förtidspension (OR 2,05, KI 1,67–2,51 för kvinnorna och OR 3,14, KI 2,63–3,74 för männen) [26].

Studier av begränsad kvalitet

I en prospektiv kohortstudie av alla 213 unga personer i en kommun (Linköping) som under ett år var sjukskrivna minst 28 dagar med ryggdiagnoser hade 22 procent fått förtidspension 11 år senare. Prediktorer för denna var sjukskrivningsperioder med en duration längre än en vecka respektive längre än 14 dagar (RR 2,07, KI 1,00–4,29 respektive RR 3,10, KI 1,46–6,60) under de tre åren före studiens start [12].

Totalt 391 åldersindelade män representerande alla kategorier av anställda hos en svensk pappers- och pappersmassetillverkare undersöktes med avseende på ryggbesvär första gången 1961. Sjukskrivnings- och förtidspensionsförhållanden följdes sedan upp 22 år senare. Trettio anställda beviljades förtidspension under uppföljningstiden. I en slutlig multivariat analysmodell avseende risken för förtidspension fann man, att ett års högre utbildning minskade risken för en sådan (RR 0,8, KI 0,7–1,0) [84].

Sammanfattning

Tre studier inkluderades varav en av måttlig och två av begränsad kvalitet. Högkvalificerat specialistyrke och högre utbildning minskade risken för förtidspension, medan tidigare sjukskrivning ökade risken.

Evidens

- Otillräckligt vetenskapligt stöd pga för få studier.

Sammanfattande diskussion

Som framgår av Tabell 6.1 undersöktes ett stort antal olika faktorer relation till sjukfrånvaro vid olika typer av rygg- och nackbesvär. Bara ett litet antal av de undersökta faktorerna visades vara riskfaktorer för sjukfrånvaro vid en multivariat statistisk analys och ännu färre bidrog till att ge ett bedömbart vetenskapligt underlag.

Medvetenhet om de variationer som kan uppträda vid en multivariat analys till följd av bl a vilka variabler som använts, indexering av variablerna, så kallade cut off scores, respektive i vilken ordning variablerna introducerats måste betonas som en osäkerhetsfaktor i en evidensanalys av denna typ.

I de flesta inkluderade studierna var kvinnorna oftast i klar minoritet. De individer som studerades var således till övervägande del män, oftast arbetare inom framför allt tillverkningsindustrin. Endast en studie inom offentlig sektor identifierades, men ingen inom vård eller omsorg. Detta måste beaktas när resultatens generaliserbarhet värderas.

Som konstaterades bl a i den evidensgenomgång som avsåg samband mellan arbetsexponering och uppkomsten av rygg- och nackbesvär är kunskapsläget vad gäller riskfaktorer betydligt bättre vad avser ländryggs- än nack/halsryggsbesvär [29]. Även om mycket talar för att väsentligen samma mekanismer förorsakar besvär i de båda regionerna finns det uttalade kunskapsluckor framför allt när det gäller de senare. Kunskapsluckorna gäller i princip alla aspekter, dvs patofysiologi, patoanomi, diagnostik och behandling. När det gäller faktorer som påverkar sjukskrivning och förtidspension pga rygg- eller nackbesvär är kunskapsläget likartat. Det finns ett relativt stort antal studier som undersökt riskfaktorer för sjukskrivning vid ryggbesvär, medan antalet studier som omfattar nacken/halsryggen är betydligt mer begränsat.

Avsaknaden av distinkta medicinska faktorer påverkande sjukskrivning tenderar att stödja de forskare som alltmer ifrågasatt om den stora majoriteten av långvarig sjukskrivning pga rygg- eller nackbesvär ska betraktas som något annat än ett kroniskt smärttillstånd där lokaliseringen av besvären är av underordnat intresse [5,74].

Uppdelningen av riskfaktorer för sjukskrivning vid akuta och kroniska ryggbesvär gjordes för att dels följa gängse kliniska definitioner, dels den empiriska kunskap som sedan länge gjort det klart att skillnaderna mellan de båda är markanta och detta trots att avgränsningen eller övergången mellan dem (subakut) i högsta grad måste sägas vara diffus. Delvis bekräftas skillnaderna mellan sjukfrånvaro vid akuta respektive kroniska rygg- och nackbesvär av det faktum att antalet gemensamma riskfaktorer för de båda typerna var mycket litet.

Ökande ålder minskade sannolikheten för återgång i arbete vid långvarig sjukskrivning. Inte förvånande innebar högre ålder även en ökad risk för förtidspension.

Relativt få rent medicinska riskfaktorer för sjukskrivning påträffades. Att tidigare ha haft besvär återkom som riskfaktor vid både akut och kronisk sjukskrivning. En genomgående skiljelinje, dock utan att vara speciellt skarp vid både akut och kronisk sjukskrivning, var om besvären var av specifik eller ospecifik typ. Specifika besvär ökade risken för längre sjukskrivning medan ospecifika hade den motsatta effekten. Avsaknad i övrigt av ”medicinska riskfaktorer” vid sjukskrivning – inte bara vid akuta, reciderande och kroniska besvär utan även för förtidspension – antyder eventuellt att medicinska faktorer är av underordnad betydelse. Vid sjukskrivning pga akuta ryggbesvär utgör emellertid smärta vid vissa typer av ryggbelastning och ryggrorelser en ökad risk för en förlängsamman arbetsåtergång. Dessa två förhållanden är även rimliga, eftersom det inte i första hand är sjukdom utan den nedsättning av arbetsförmågan, i förhållande till de krav som ställs i arbetet, som ger rätt till sjukskrivning. I samma studie av hög kvalitet konstateras samtidigt att sjukskrivning varade längre än både smärtan och ryggfunktionspåverkan [16]. Resultaten från den randomiserade multicenterstudie som jämförde effekten av ”sedvanlig behandling vid akuta ryggbesvär” eller speciell sjukgymnastisk behandling med ”behandlingen att patienten, trots besvären, skulle försöka förbli så normalt aktiv som möjligt inklusive arbete”, och där den sistnämnda snabbast förbättrade smärta och ryggfunktion, syns ytterligare bekräfta aktivitetsprincipens nytta som behandlingsprincip framför inaktivitetens [56]. Helt nyligen har ytterligare en så kallad miniintervention med ett likartat innehåll visats bättre lindra smärta och förbättra ryggfunktion och korta sjukskrivning, än bl a så kallad sedvanlig behandling av akuta och subakuta ryggbesvär [40].

Vid sjukskrivning pga akuta rygg- eller nackbesvär konstaterades att den fysiska arbetsmiljön i form av tunga lyft och obekväma arbetsställningar ökade risken för sjukskrivning längre än en vecka. Det förefaller inte orimligt att akuta besvär försvårar en återgång i arbeten med belastande och kanske obekväma arbetsställningar. Den kunskap som finns visar emellertid att efter det mest akuta smärttillståndet ger fortsatt ”så normal aktivitet som möjligt trots besvären” snabbast reduktion av smärta och återställning av ryggfunktionen.

Vid sjukskrivning pga kroniska besvär var det den sjukskrivnes uppfattning om arbetstyngden som påverkade arbetsåtergången. En litteraturgenomgång av effekten av arbetsanpassning tyder på att en sådan kan återföra sjukskrivna i arbete [46] men det finns även studier där detta inte visats [27,32].

De flesta som idag försöker påverka kroniska besvär och även långvarig sjukskrivning arbetar med ett så kallad biopsykosocialt anslag [33,41–44, 64,79]. Med det menas en intervention som avser påverka både fysisk och psykosocial funktion. När det gäller anpassning av arbetet rapporterades i en amerikansk kvalitetsvärderande litteraturgenomgång att detta syntes ha en positiv effekt på arbetsåtergången [46]. Sammanställningen som omfattade alla typer av arbetsrelaterad sjukskrivning, dvs sjukskrivning även av andra orsaker än rygg-/nackbesvär, visade att de anställda som erbjöds modifiering av arbetet hade en dubbelt så hög arbetsåtergång som de där detta inte var fallet [46]. Arbetsanpassningen varierade från "lättare arbete" till olika former av "coaching" för den sjukskrivne. Rapporten anger som en svårighet att de flesta åtgärderna inklusive arbetsanpassning innehöll flera olika moment, vars separata effekter oftast inte kunde särskiljas.

Vid både akuta och kroniska besvär var arbetstillfredsställelse en faktor som påverkade inte bara risken för sjukskrivning pga ryggbesvär utan även frånvarons längd [72]. Låg arbetstillfredsställelse har i litteraturgenomgångar också visats öka risken för förekomst av ryggbesvär [35]. I samma genomgång över risken för besvärsförekomst var dåligt socialt stöd och låg beslutslatitud över arbetsinnehåll och organisation riskfaktorer, vilket således också var fallet för låg beslutslatitud, men inte för dåligt socialt stöd vid sjukskrivning pga rygg-/nackbesvär [35]. De arbetsorganisatoriska och socioekonomiska faktorer som påverkade sjukskrivning är med stor sannolikhet inte specifika för rygg- och nackproblematik, utan kan förväntas äga giltighet vid de flesta typer av sjukskrivning.

Några studier där sjukskrivning på ett kontrollerat sätt direkt använts som en behandlingsintervention vid rygg- eller nackbesvär har såvitt känt inte genomförts. Den specifika effekten av sjukskrivning som behandling vid dessa typer av besvär har således inte testats. I några få

studier har effekten på ryggsmärta och ryggfunktion av arbetsåtergång jämfört med fortsatt sjukskrivning prövats [37,56].

Resultaten från denna evidensgenomgång överensstämmer i mycket hög utsträckning med likartade sammanställningar [69].

Obesvarade frågor

I en nyligen gjord sammanställning över faktorer som påverkar sjukfrånvarons längd vid arbetsrelaterade skador och sjukdomar, dvs inte specifikt rygg- eller nackproblematik ser man flera oklara områden och utmaningar för framtiden [48]. Sammanställningen är genomförd i USA och Kanada vilket bl a innebär att besvärens arbetsrelation, till följd av sjukförsäkringarnas utformning, där har en större betydelse för sjukskrivningen än i t ex Sverige. Flera av de svårigheter och oklarheter som fortfarande finns när det gäller sjukskrivning pga rygg- och nackbesvär är emellertid i hög omfattning allmängiltiga och åtminstone delvis oberoende av i vilket ”system” de förekommer.

I ljuset av den här kunskapsgenomgången finns, när det gäller sjukfrånvaro för rygg-/nackbesvär, fortfarande många områden med mycket begränsad kunskap. Några exempel på sådana områden där förbättrad kunskap skulle kunna bidra till åtgärder som minskar eller förkortar sjukfrånvaron är:

- den fysiska arbetskapacitetens eventuella åldersberoende
- förhållanden rörande kvinnors rygg- och nackbesvär (få studier med representativa kvinnliga undersökningsgrupper)
- arbetsmiljöfaktorer (fysiska, psykosociala, organisatoriska) inom olika typer av arbetsplatser (offentlig, tjänsteproducerande m m)
- sjukskrivningen använd som en distinkt behandlingsåtgärd
- naturalhistorien vid olika typer av rygg-/nackbesvär
- betydelsen av livsstilsfaktorer för sjukskrivning, respektive återgång i arbete vid rygg- och nackbesvär.

Tabell 6.1 Sammanställning över studerade faktorer och vilken evidens som etablerats utifrån kvalitetsbedömningen av de ingående studierna.

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Demografiska, socioekonomiska faktorer				
Ålder (ökande ålder)	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+)	Begränsad (+)
Kön	Begränsad (+/-)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Begränsad (+)
Utbildning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+)
Yrke	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Civilstånd (ensamstående)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Hushållsstorlek (liten)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Antal barn	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Antal år som gift/sambo	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Nationalitet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Bostadsflytt	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Bostadsflytt pga hälsoproblem	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbetspendlar	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Anlitat advokat i arbetsskadeärende	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbetslöshet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbetskada/sjuk- ersättning för ryggbe- svär (ja, samt ersätt- ningsnivå/karenstid)	Begränsad (+)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Egenföretagare	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ekonomiska svårigheter	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Demografiska, socioekonomiska faktorer				
Försörjningsansvar	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Lönenivå	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Socialgrupp	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Tidigare sjukskrivning alla diagnoser	Begränsad (+)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Medicinska/funktionella faktorer				
Bra allmänt hälso- tillstånd (självrappport)	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (-)	Ingen evidens
Allmänkondition	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Andnöd	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Längd	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Skolios	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Rygghälsa (kyfos, lordos)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Reflexer (nedsatta)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Rörlighet nedre extremiteter	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Diabetes	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Gång (inskränkt)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Avslappningsförmåga	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Bensmärta/Ischias	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+)	Ingen evidens
Brösttrycksbeväring (jmf rt ländrygg)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Medicinska/funktionella faktorer				
Vikt/BMI	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Diagnos (specifika ryggbesvär)	Begränsad (+)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Domningar i ben/en	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Upplevd funktionsnedsättning (låg)	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+)	Ingen evidens
Funktionstest magmuskulatur (låg)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Kolik (magsmärtor)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Komorbiditet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Kramp i ben/en	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ej MR-undersökt	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Muskelfunktion	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Muskelatrofi	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Muskelömhet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Nackbesvär	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Nervrotspåverkan	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Neurogen hälta	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Orsak till ryggbesvär (arbete/fritid)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Parestesier i ben/en	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ryggbesvär (jmfrt övriga rörelseapp)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ryggbesvärens svårighetsgrad	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Medicinska/funktionella faktorer				
Ryggkirurgi	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Rygg rörlighet (inskränkt)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ej ryggt träning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Rökning	Begränsad (+/-)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Röntgen	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärtans kvalitet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärtduration	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärtförekomst (frekvens)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärtintensitet (hög)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ej smärtstillande medel	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärtutbredning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärta förvärras vid stående/liggande	Begränsad (+)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Symtomvariation dag/natt	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Sömnstörande smärta	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Tidigare ryggbesvär	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär	Begränsad (+)	Ingen evidens	Begränsad (+)	Ingen evidens
Träningsaktivitet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Vilovanor	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Läkarundersökt	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Medicinska/funktionella faktorer				
Ej remitterad till specialist	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Antal tidigare läkarbesök (hög)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Typ av skadeorsak (överansträngning/olycksfall)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Fysisk belastning				
Arbetsställning(ar)	Begränsad (+)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Arbetsuppgifter vid skadetillfället	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Fysisk aktivitet utanför arbetet (motion)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Fysisk arbetsbelastning (hög)	Begränsad (+)	Ingen evidens	Begränsad (+)	Ingen evidens
Gå/promenera	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Köra fordon	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Monotont arbete	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbete med nacken böjd eller roterad	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ordinärt hushållsarbete	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ryggbelastning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Roterande/vridna arbetställningar	Begränsad (+)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Vibrationsexponering	Begränsad (+/-)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Veckoköp (hushåll)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Psykosociala				
Arbetsstillfredsställelse (låg)	Begränsad (+)	Ingen evidens	Begränsad (+)	Ingen evidens
Anställningstrygghet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbetstakt	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Benägenhet att rapportera ryggsbesvär till sin förman	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Beslutslatitud	Begränsad (+)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Enhetens arbetsmoral	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Rädsla/undvikande	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Kontroll i arbetet (låg)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Arbetskrav (låga)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Kvantitativa krav	Begränsad (+/-)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Motstridiga arbetskrav (få)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Lokus av kontroll	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Problemlösningsförmåga	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Socialt stöd arbetskamrater	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Socialt stöd överordnad	Begränsad (+/-)	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Psykosociala				
Skicklighet i arbetet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Somatisering	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Tillfredsställelse med lön/arbetsvillkor	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Upplevd stress i arbetet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Önskan byta arbete	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Önskan återgå i arbete	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Attityder till arbetet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Smärthantering (coping)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Depression	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Hypokondri	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Hysteri	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Neuroticism	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Personlighet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Oro/Ångest	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Sjukdomsbeteende (smärtbeteende)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Psykosociala problem (us)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.1 fortsättning

Ingen evidens = otillräckligt undersökt, (+) = ökad risk för sjukskrivning, (-) = minskad risk för sjukskrivning, (+/-) = ingen signifikant påverkan på risken för sjukskrivning.

	Sjukfall <3 mån	Recidi- verande	Sjukfall >3 mån	Förtids- pension
Arbete				
Fått arbetsanpassning (efter skada)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Befattning (lägre)	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Anställningstid (längre)	Begränsad (-)	Ingen evidens	Begränsad (-)	Ingen evidens
Hel/deltidsanställning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Företagets storlek (medel/stor)	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (-)	Ingen evidens
Förkortad arbetstid	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Förmåner i arbetet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Förändrade verktyg/utrustning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Medlem fackförening	Ingen evidens	Ingen evidens	Begränsad (+/-)	Ingen evidens
Personalomsättning	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Ändrade arbetsförhållanden	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Privat/Offentlig arbetsgivare	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Typ av företag	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens
Företagets soliditet	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens	Ingen evidens

Tabell 6.2 Inkluderade studier, rygg- och nackbesvär.

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Ariens 2002 [3] Holland	Sambandet mellan fysisk och psyko-social arbetsbelastning och sjukskrivning pga nackbesvär	Nacke, akuta	Longitudinell prospektiv 1994–1997	Anställda n=758 74,8% män
Bigos 1992 [10] USA	Sambandet mellan demografiska, medicinska, funktionella, psykosociala faktorer och ryggbesvär	Rygg, akuta	Longitudinell prospektiv 1982–1987	Anställda, n=3 020 78% män
Borg 2001 [12] Sverige	Prediktorer för förtidspension/sjukbidrag	Rygg, nacke	Longitudinell prospektiv 1982, 1985–1996	Sjukskrivna >28 dagar i en kommun (Linköping), n=213 39% män
Brooker 1997 [14] Canada	Sambandet mellan arbetsmarknads-cykeln och sjukfrånvaro pga ryggbesvär	Rygg, akuta	Longitudinell retrospektiv, ekologisk, 1975–1993	Samtliga anställda inom handel, bygg, tillverkningsindustrin i Ontario.
Coste 1994 [16] Frankrike	Sambandet mellan kliniska undersökningsfynd, psykosociala faktorer och sjukfrånvaro	Ländrygg, akuta	Longitudinell, prospektiv juni–nov 1991	Akuta patienter n=103 62% män
Dasinger 2000 [19] USA	Samband mellan fysisk arbetsbelastning och sjukfrånvaro	Ländrygg, akuta, kroniska	Retrospektiv och tvärsnitt. Telefonintervju 1997	Anställda sjukskrivna arbetare n=850 70% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i den slutliga analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukfrånvaro Registerdata	Arbetsställning (nack flexion/ rotation), sittande, kvantitativa arbetskrav, motsägelsefulla arbetskrav, beslutslatitud, upplevd skicklighet, socialt stöd arbets- kamrater och chef, anställnings- trygghet	Arbete med böjd nacke >20 gr >40% och >45 gr >5% av arbetstid, roterad nacke >45 gr >25%, låg beslutslatitud samt medium upplevd skicklighet ökar risken för sjukfrånvaro pga nack- besvär. Sittande arbetsställning <50% av arbetstid minskade risk för sjukskrivning	Måttlig
Anmälda arbetshind- rande rygg- besvär (sjuk- frånvaro) Registerdata	Tidigare ryggbesvär, tidigare behandling/operation, komor- biditet, rökning, fysisk och psyko- social arbetsmiljö, psykologiska faktorer, bensmärta (SLR)	SLR, tidigare kiropraktor behandling och antal tidigare läkarebesök, hysteri samt låg arbetstillfredsställelse ökade risken för sjukfrånvaro	Måttlig
Sjukbidrag Förtidspension Registerdata	Kön, medborgarskap, sjukskrivning innan inklusion	Kvinna, antal sjukskrivningar innan inklusion, utländskt medborgarskap ökade risken för förtidspension	Begränsad
Arbetsskade- ersättning för sjukfrånvaro pga ryggbesvär Registerdata	Kön, ålder, antal anställda (sammhällsnivå), antal arbetslösa	Antal ersättningar för rygg- besvär ökar när arbetslös- heten minskar	Måttlig
Återgång i arbete Självrapport, läkarrapport	Kön, tidigare ryggbesvär, förvärrad smärta vid stående/ liggande, fysisk funktion, arbets- skadeersättning, arbetstillfreds- ställelse	Låg arbetstillfredsställelse, arbetsskadeersättning, tidigare ryggbesvär, smärta förvärras vid stående/liggande ökade risken för sjukfrånvaro	Hög
Register och självrapporterad sjukfrånvaro	Ålder, kön, tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär, specifika/icke- specifika besvär, arbetsmiljöindex rörande: tungt, vibrerande arbete (lyftande, böjande, skjutande, bärande), fackligt medlemskap, anställningstid, företagsstorlek	Högre ålder (akut, kronisk), tungt arbete minskade chansen att återgå i arbete (akut, kronisk). Längre anställningstid, större företagsstorlek samt icke-speci- fika besvär ökade chans att återgå i arbete. Tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär/skada ökade risken för längre sjukfrånvaro	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Fransen 2002 [22] New Zealand	Sambandet mellan självrapporterade demografiska, medicinska/funktionella, psykosociala och arbetsrelaterade faktorer och långvarig sjukskrivning	Rygg, kroniska	Prospektiv longitudinell maj 1994– dec 1995	Sjukskrivna anställda med ryggbesvär. n=1 440 andel Kv/män framgår ej
Florvall Muller 1999 [20] Danmark	Risikfaktorer för sjukskrivning	Ländrygg, akuta	Longitudinell retrospektiv 1977–1993	Befolkning i ett mindre samhälle i Danmark (Glostrup) n=928, 42% män
Gallagher 1989 [23] USA	Samband mellan medicinska, biomekaniska, psykologiska faktorer och återgång i arbete	Ländrygg, kroniska	Longitudinell, prospektiv jan–maj 1984	Arbetslösa ej sjukskrivna patienter n=92 samt individer som ansöker om försäkringskom- pensation n=77 64% män
Gallagher 1995 [24] USA	Sambandet mellan funktionell kapacitet, psykosociala faktorer samt ersättning workers compensation och återgång i arbete	Ländrygg, kroniska	Longitudinell, prospektiv jan–maj 1984	Arbetslösa patienter n=92 samt individer som ansöker om försäkrings- kompensation n=77, 64% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukskrivning Register	Kön, ålder, bensmärta, BMI, fysisk funktion, ångest, social störning, depression, allmänt hälsotillstånd, livshändelser, tillgång till lättare arbetsuppgifter, antal och tyngd av lyft per dag i arbetet, körtid per dag, upplever vibrationer vid körning	Fetma, ischias, nedsatt funktion, nedsatt allmänt hälsotillstånd, inga lättare, upprepade lyft >3/4 av arbetstid ökade risken för långvarig sjukfrånvaro pga ryggbesvär	Begränsad
Sjukskrivning Självrapporterad	Ålder, kön, tidigare ryggbesvär, ischiassmärta, orsak till ryggbesvär, frekvens av ryggbesvär, läkarundersökt, analgetika, yrke, socialgrupp, förändrade arbetsuppgifter pga LBP, skyddar ryggen under arbetet, sjukskrivning alla orsaker, sjukskrivning pga rygg, BMI, test av ryggmuskulatur, smärta vid test, finger/golv test, test av magmuskulatur, rökning, självskattad allmänt hälsotillstånd, läkarskattad allmänt hälsotillstånd, oro, magsmärta, andnöd, självskattad fysisk kondition, motion, tidigare sportaktiviteter	Tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär men även tidigare sjukfrånvaro oberoende av diagnos under 10-årsperioden före inklusion, ej yrkesutbildad arbetare, ischiassmärta samt analgetikabruk, ökade risken för sjukfrånvaro totalt. Högre ålder minskade risken för sjukskrivning totalt. Låg prestation vid magmuskeltest ökade risken för sjukskrivning under det kommande året	Begränsad
Återgång i arbete Register data Själv- rapport	Ålder, duration sjukfrånvaro vid inklusion, inställning till möjligheten att byta arbete, ADL funktion, hysteri (MMPI), lokus av kontroll	Prediktorer för arbetsåtergång; yngre ålder, kortare sjukfrånvaro, lätt att byta arbete, bra förmåga att utföra dagliga aktiviteter, lägre grad av hysteri, hög lokus av kontroll	Begränsad
Återgång i arbete Självrapport	Ålder, ryggbesvären uppkom på jobbet, ryggrörlighet, funktion, duration av funktionsnedsättning, advokat engagerad i ersättningsfråga, ersättning arbetsskada anställd/arbetslös, utbildning, affektiv störning, lokus av kontroll, hysteri (MMPI)	Erhållandet av ersättning från workers comp har samband med utbildningsnivå och ryggstatut. Erhållandet av ersättning från workers comp är inte relaterad till återgång i arbete förutom i gruppen med extern lokus av kontroll	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Hagen 2000 [26] Norge	Samband mellan socioekonomisk status, utbildning och risken för förtidspension	Rygg, kroniska	Retrospektiv registerstudie 1983–1993	Alla anställda i Norge n=1 333 556 andel kv/män framgår ej
Hansson 2000 [30] Sverige	Sambandet mellan demografiska, medicinska, funktionella, interventiva, psykosociala faktorer och sjukskrivning	Rygg, kroniska	Longitudinell prospektiv, Datainsamlingsår framgår ej	Sjukskrivning >3 mån pga rygg-, nacke- eller skulderbesvär: Sverige n=539, Danmark n=565, Tyskland n=410, Israel n=327, Holland n=427, USA n=484 Totalt antal inkluderade n=2 752, 39–74% män i de olika nationella kohorterna
Hemingway 1997 [31] England	Sambandet mellan psykosociala arbetsfaktorer, tjänsteställning och sjukfrånvaro	Rygg, akuta	Longitudinell, prospektiv 1985–1990	Anställda tjänstemän n=10 308 66,8% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Förtidspension Registerdata	Ålder, utbildning, socioekonomisk status (typ av arbete). Könseparerade analyser	Risken för kvinnor och män att bli förtidspensionerade ökade med högre ålder, lägre socioekonomisk status och lägre utbildning. Risken att bli förtidspensionerad pga icke-inflammatoriska ryggbesvär ökade med kvinnligt kön, högre ålder samt manuellt arbete	Måttlig
Sjukskrivning Registerdata	Kön, ålder, ryggoperation under första uppföljningsåret, deltagit i ryggskola, fysisk funktion, smärtintensitet, social funktion, tidigare behandling, kravkontroll i arbetet, fysiska och psykiska krav i arbetet	För samtliga länders kohorter var högre fysiska krav i arbetet en prediktor för återgång i arbete. För samtliga länders kohorter utom Sverige och Israel var yngre ålder en prediktor för att återgå i arbete. Övriga faktorer som predicerade arbetsåtergång var: manligt kön (Danmark, Tyskland), ingen tidigare behandling (Sverige, USA), psykiska krav i arbetet (Tyskland), kontroll i arbetet (Danmark, Holland), ryggkirurgi under första uppföljningsåret (Sverige)	Måttlig
Sjukfrånvaro Registerdata	Ålder, utbildning, tillgång till bil, boendeförhållande, BMI, motion, rökning, tidigare ryggbesvär, tjänsteställning, psykosociala arbetsförhållanden (kontroll, krav, arbetstakt, socialt stöd, arbetstillfredsställelse). Könseparerade analyser	Lägre tjänsteställning ökade risken för sjukfrånvaro för både män och kvinnor. Tidigare ryggbesvär (m/kv), låg kontroll (m), låg arbetstakt (m) ökade risken för korttidssjukfrånvaro (<7 dag) både för ryggbesvär samt annan orsak. Låg arbetstakt minskade risken för långtidssjukfrånvaro bland kvinnor. Avsaknad av motstridiga krav minskade risken för korttidssjukfrånvaro bland män	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Häkkänen 2001 [36] Finland	Sambandet mellan fysisk arbetsbelastning och sjukskrivning	Nacke, rygg, akuta	Longitudinell prospektiv jan 1987–sept 1990	Nyanställda arbetare n=364 85% män
Hoogendoorn 2002 [34] Holland	Samband mellan arbetsförhållanden (fysiska & psyko-sociala) och sjukskrivning	Ländrygg, akuta	Longitudinell prospektiv mars 1994–hösten 1997	Anställda arbetare n=2 064 75% män
Kendrick 2001 [45] England	Samband mellan röntgen och sjukskrivning	Ländrygg, akuta	RCT 1995–1999	Patienter n=476, 36,5% män
Krause 2001 [48] USA	Samband psyko-sociala arbetsfaktorer och längden på sjukfrånvaro	Ländrygg, akuta kroniska	Longitudinell prospektiv. Datainsamling jan 1994–dec 1996	Arbetare, n=850 74,1% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukskrivning Journaldata Registerdata	Ålder, fysisk arbetsbelastning, kønsseparerade analyser	Inga signifikanta fynd	Begränsad
Sjukskrivning Registerdata	Ålder, kön, anställningstid, rökning, BMI, motion, problemhanteringsförmåga, kvantitativa arbetskrav, krav- konflikt, beslutskrav, yrkes- skicklighet, socialt stöd chef och arbetskamrater, anställnings- trygghet, arbetstillfredsställelse, tungt lyft, arbetsmoment med böjd/vriden överkropp, bilkörning på fritiden och i arbetet	Ökad risk för korttidssjuk- skrivning (3–7 dagar) vid lågt stöd från chef. Ökad risk för längre sjukskrivning (<7 dagar) vid mkt arbete i böjda, roterade o tunga lyft jobb samt låg arbets- tillfredsställelse. Ju längre anställ- ningstid desto färre signifikanta prediktorer	Måttlig
Sjukfrånvaro självrapport	Röntgen vs icke röntgen	Röntgen inget samband med sjukskrivning	Måttlig
Återgång i arbete Register	Ålder, kön, fackligt medlemskap, anställningstid, företagsstorlek, tidigare sjukfrånvaro pga rygg- besvär, typ av besvär (icke- specifika/specifika), fysisk arbetsbelastning (tungt, vibration, arbetsställning), socialt stöd chef/arbets- kamrater, arbetsbelastning, kontroll över arbetet,	Hög arbetsbelastning, låg kontroll i arbetet, tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär ökade risken för lång sjukfrån- varo hos subakuta/kroniska besvär. Specifika ryggbesvär, tungt arbete, äldre åldrar, kortare anställningstid ökade risken för lång sjukfrånvaro för både akuta och subakuta/ kroniska besvär	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Lancourt 1992 [49] USA	Sambandet mellan demografiska, medicinska, funktionella, faktorer och sjukfrånvaro	Rygg, kroniska	Longitudinell prospektiv. Datainsamling 1987–1988	Patienter n=200 andel kv/män framgår ej
Linton 1998 [51] Sverige	Sambandet mellan psyko- sociala faktorer och sjuk- skrivning	Rygg, akuta	Longitudinell prospektiv. Datainsamlingsår framgår ej men 6 mån uppföljning	Patienter n=142 35% män
Mahmud 2000 [54] USA	Samband mellan arbetssituation, kliniska data, vård- utnyttjande och sjukfrånvaro	Ländrygg, akuta	Longitudinell prospektiv. Datainsamling 1995–1996	Sjukskrivna anställda/ försäkrade i WCC n=98 74,4% män
Nordin 2002 [58] USA	Sambandet ryggbesvär, annan sjuklighet och sjukfrånvaro	Ländrygg, kroniska	Longitudinell prospektiv. 1994–1999	Sjukskrivna arbetare n=1 932 89% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukfrånvaro (återgång i arbete). Framgår ej om det är register eller självrapport	Tidigare sjukfrånvaro, självrapporterad funktionsnedsättning, tidigare bensmärta, sjukfrånvarotid innan inklusion, civilstånd, boende, anställningstid, uppsägning, finansiell situation, coping, medicinska och funktionella faktorer, smärtbeteende	Sämlre funktion, tidigare bensmärta, ensamstående eller sambo/gift utan barn, flytt pga hälsoproblem, kort anställningstid, ekonomiska svårigheter, smärtbeteende, muskel atrofi, ömhet vid palpation, ryggrörlighet (inskränkt framåtböj) prediktorer för fortsatt sjukfrånvaro i gruppen med sjukfrånvaro kortare än 6 månader vid inklusion. Tidigare sjukfrånvaro, ensamstående eller sambo/gift utan barn, sambo/gift kortare <7år, ekonomiska svårigheter, positivt SLR, inskränkt rörlighet i rygg och gång samt ömhet vid palpation prediktorer för fortsatt sjukfrånvaro i gruppen med sjukfrånvaro mer än 6 mån vid inklusion	Måttlig
Sjukskrivning Självrapport	Fysisk funktion, smärtintensitet, smärtduration, antal smärtlokalisationer, smärthantering (coping), stress, depression, upplevelse av prognos, rädsla för smärta (fear avoidance) , tidigare sjukskrivning, ålder, kön, nationalitet, arbetsbelastning, arbetstillfredsställelse	Inställning till att jobba med nuvarande smärtproblematik, uppfattning om möjligheten att kunna arbeta inom 6 mån, arbetsbelastning, stress samt antalet tidigare sjukskrivningsdagar predicerade sjukskrivning	Måttlig
Åter i arbete Registerdata	Kön, ålder, ryggbesvärens allvarlighetsgrad, röntgen, MRI, CT, opioider, rekommenderad vila (bed rest), ryggövningar (behandling hos sjukgymnast), ultraljud, komorbiditet, typ av läkare, antal remisser till specialist, fysisk arbetsbelastning	Tungt arbete, specialistläkare, röntgen, MRI, rekommenderad vila (bed rest) samt ryggövningar ökade risken för fortsatt sjukfrånvaro	Måttlig
Sjukskrivning Journaldata Register	Typ av företag, kön, ålder, komorbiditet	Annan sjukdom (komorbiditet) ökade risken för lång sjukskrivningstid	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
Oleinick 1996 [60] USA	Riskfaktorer för sjukfrånvaro	Rygg, akuta, kroniska	Longitudinell, prospektiv. Datainsamling 1986–1990	Sjukskrivna anställda n=8 628 31% män
Reigo 2000 [66] Sverige	Samband mellan kliniska undersök- ningsfynd och sjuk- skrivning	Rygg, akuta	Longitudinell prospektiv. Datainsamling år framgår ej men 18 mån uppföljning	Befolkning n=383 45,9% män
Rossignol 1988 [68] Canada	Sambandet demografiska faktorer och sjukfrånvaro	Rygg, recidiverande, kronisk	Longitudinell, prospektiv. Datainsamling 1981–1984	Anställda arbetare n=2 342 84,3% män
van der Giesen 2000 [77] Holland	Prognostiska faktorer för arbetsåtergång	Ländrygg, kroniska	Longitudinell, prospektiv. Datainsamling 1994–1995	Anställda sjuk- skrivna n=328 59% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukskrivning Register	Kön, ålder, försörjningsansvar, ersättningsnivå, typ av arbetsplats (industri), storlek på företaget, yrke, skadeorsak	Kvinnor (akut), äldre (akut/kronisk), fallolycka (akut), försörjningsansvar (akut), byggnadsarbetare (akut), tjänstemän (akut), låg ersättningsnivå (akut/kronisk), små företag (kronisk) ökade risken för att ej återgå i arbete	Begränsad
Sjukskrivning Register	Skoliosis, Trendelburg symtom, SLR, höft rörlighet, muskelfunktion, muskelömheter, reflexer, hållning, ryggrörlighet	Ömhet över trapezius (kv), lordos <20 grader samt nedsatt cervikal rörlighet ökade risken för ny sjukskrivning (<30 dagar). Skolios (m), pos trendelburg (kv), ömhet över trapezius (m, kv) nedsatt rörlighet thorakalt (m) samt cervikalt (kv) ökade risken för ny sjukskrivning (>30 dagar)	Begränsad
Sjukskrivning Register	Ålder, kön, smärtlokalisering, yrke	Äldre och ländryggsbesvär ökad risk för sjukskrivning	Hög
Sjukskrivning Återgång i arbete Självrapport	Diagnos, komorbiditet, smärtintensitet, smärta nedan knä, självskattat allmänt hälsotillstånd, rökning, typ av arbetsplats, anställningstid, företagets soliditet, ryggbesvärens påverkan på arbetsförmåga, duration ryggbesvär, ryggbesvären orsakad av arbetet, deltidsarbete, inflytande på beslut i arbetet, socialt stöd arbetet, arbetstillfredsställelse, psykiska krav på arbetet, kön, ålder, utbildning, försörjningsansvar, upplevt stöd under sjukskrivning	Bra allmänt hälsotillstånd, god arbetstillfredsställelse, försörjningsansvar, yngre ålder, lägre smärtintensitet, ökade chansen för återgång i arbete	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.2 fortsättning

Författare År [Ref nr] Land	Syfte	Diagnos/ besvärs- område	Typ av studie Datainsam- lingsår	Objekt för studien, Kv/män
van Doorn 1995 [78] Holland	Sambandet mellan försäkringsfaktorer, medicinska, demografiska, psykosociala faktorer och sjukfrånvaro	Rygg, akuta, kroniska	Longitudinell retrospektiv 1977–1991	Sjukskrivna Egen företagare, n=13 962 Andelen kv/män framgår ej
Åkerlind 1992 [83] Sverige	Sambandet mellan psykiatriska faktorer (MMPI) och förtids-pension	Ländrygg, kroniska	Longitudinell prospektiv, Retrospektiv. Datainsamling 1973–1985	Patienter n=80 47,5% män
Åstrand 1988 [84] Sverige	Sambandet mellan ryggbesvär och sjuk-skrivning, förtids-pension	Rygg, kroniska	Longitudinell prospektiv. Datainsamling 1961–1983	Anställda arbetare vid pappersindustri n=391 100% män

Utfalls- mått	Faktorer som kontrollerats för i analysen	Resultat	Kvalitets- gradering
Sjukskrivning Register	Diagnos, karenstid, yrke, ålder, tidigare ryggbesvär, psykosociala problem, ersättningsnivå	Specifik ryggdiagnos, högre ålder, tandläkare och veterinär-yrke, tidigare sjukfrånvaro pga ryggbesvär, psykosociala problem ökade risken för längre sjukfrånvaro. Längre karenstid, lägre ersättning minskade risken för sjukfrånvaro. Vid icke-specifik ryggdiagnos ökade karenstid över 14 dagar risken för längre sjukfrånvaro	Begränsad
Förtidspension Registerdata	MMPI-profil samt antal förhöjda skalor på MMPI Intelligens, ålder, kön	Förhöjda hypokondri- och hysteriskalor enl MMPI hade samband med förtidspension. Mer än två förhöjda skalor på MMPI hade samband med förtidspension	Begränsad
Sjukskrivning Förtidspension Registerdata	Ryggbesvär, kliniska fynd neuroticism, ålder, utbildning, yrke, anställningstid, lågt födointag under ungdomstid, intelligens, alkoholkonsumtion, rökning, blodtryck, kolesterol, bröstsmärta, allmänt hälsotillstånd, fysisk (kyla, tungt arbete, upprepade lyft) och psykosocial (ansvar, rutinarbete, påverkan) arbetsmiljö	Dåligt allmänt hälsotillstånd, högt blodtryck, kliniska fynd vid inklusion ökade risken för förtidspension pga ryggbesvär. Hög ålder, lägre utbildning, rökning samt neuroticism ökade risken för förtidspension oberoende av diagnos	Begränsad

Referenser

1. Abenheim L, Suissa S. Importance and economic burden of occupational back pain: a study of 2,500 cases representative of Quebec. *J Occup Med* 1987;29:670-4.
2. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581-5.
3. Ariens GA, Bongers PM, Hoogendoorn WE, van der Wal G, van Mechelen W. High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neck pain. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:222-31.
4. Aronoff GM, Feldman JB, Campion TS. Management of chronic pain and control of long-term disability. *Occup Med* 2000;15:755-70, iv.
5. Aronoff GM, Feldman JB. Preventing disability from chronic pain: a review and reappraisal. *International Review of Psychiatry* 2000;157-69.
6. Battie MC, Videman T, Gibbons LE, Fisher LD, Manninen H, Gill K. 1995 Volvo Award in clinical sciences. Determinants of lumbar disc degeneration. A study relating lifetime exposures and magnetic resonance imaging findings in identical twins. *Spine* 1995;20:2601-12.
7. Bendix AE, Bendix T, Hastrup C, Busch E. A prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients. *Eur Spine J* 1998;7:111-9.
8. Bergendorff S, Hansson E, Hansson T, Jonsson R. Rygg och Nacke. Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning? Prediktorer för återgång i arbete och förändring av hälsotillstånd. Stockholm: RfV; 2001.
9. Bigos S, Bowyer O. Acute low-back problems in adults. Clinical practice guidelines no 14. AHCPR publication no 95-0642 Rockville, MD; Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service, US Department of Health and Human Services 1994.
10. Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, Fisher LD, Fordyce WE, Hansson T, et al. A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. *Clin Orthop* 1992;21-34.
11. Bloch FS, Prins R. Who returns to work & why. A six country study on work incapacity and reintegration. New Brunswick USA and London UK: Transaction Publishers; 2000.
12. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension—an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. *Scand J Public Health* 2001;29: 104-12.
13. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994;19:1307-9.
14. Brooker AS, Frank JW, Tarasuk VS. Back pain claim rates and the business cycle. *Soc Sci Med* 1997;45:429-39.
15. Cleary L, Thombs DL, Daniel EL, Zimmerli WH. Occupational low back disability: effective strategies for reducing lost work time. *AAOHN J* 1995;43:87-94.

16. Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen de Lara A, Le Parc JM, Paolaggi JB. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ* 1994;308: 577-80.
17. Cote P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998;23:1689-98.
18. Danish Institute for Health Technology Assessment, DIHTA. Low-back pain. Frequency, management and prevention from an HTA perspective. Copenhagen. Denmark. 1999;1:(1).
19. Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ, Rudolph L. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *J Occup Environ Med* 2000;42:323-33.
20. Florvall Muller CF, Monrad T, Biering-Sorensen F, Darre E, Deis A, Kryger P. The influence of previous low back trouble, general health, and working conditions on future sick-listing because of low back trouble. A 15-year follow-up study of risk indicators for self-reported sick-listing caused by low back trouble. *Spine* 1999;24: 1562-70.
21. Fordyce W. Evaluation and treatment of chronic pain. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
22. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002;27:92-8.
23. Gallagher RM, Rauh V, Haugh LD, Milhous R, Callas PW, Langelier R, et al. Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain* 1989;39:55-67.
24. Gallagher RM, Williams RA, Skelly J, Haugh LD, Rauh V, Milhous R, Frymoyer J. Workers' Compensation and return-to-work in low back pain. *Pain* 1995;61:299-307.
25. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000;25:1973-6.
26. Hagen KB, Holte HH, Tambs K, Bjerkedal T. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983-1993 population-based prospective study in Norway. *Spine* 2000;25:2480-7.
27. Hall H, McIntosh G, Melles T, Holowachuk B, Wai E. Effect of discharge recommendations on outcome. *Spine* 1994;19:2033-7.
28. Hansson EK, Hansson, TH. The costs for persons sick listed more than one month because of low back or neck problems. A prospective two years study in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2003.
29. Hansson TH, Westerholm P. Arbete och besvär i rörelseorganen. En vetenskaplig värdering av frågor om samband. Stockholm: AFA, Göteborgs Universitet och Arbetslivsinstitutet; 2001.
30. Hansson TH, Hansson EK. The effects of common medical interventions on pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain: A prospective 2-year cohort study in six countries. *Spine* 2000;25:3055-64.

31. Hemingway H, Shipley MJ, Stansfeld S, Marmot M. Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scand J Work Environ Health* 1997;23:121-9.
32. Hiebert R, Skovron ML, Nordin M, Crane M. Work restrictions and outcome of nonspecific low back pain. *Spine* 2003;28:722-8.
33. Hildebrandt VH, Bongers PM, Dul J, van Dijk FJ, Kemper HC. The relationship between leisure time, physical activities and musculoskeletal symptoms and disability in worker populations. *Int Arch Occup Environ Health* 2000;73:507-18.
34. Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Ariens GA, van Mechelen W, Bouter LM. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2002;59:323-8.
35. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000;25:2114-25.
36. Häkkänen M, Viikari-Juntura E, Martikainen R. Incidence of musculoskeletal disorders among newly employed manufacturing workers. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:381-7.
37. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995;20:473-7.
38. Jensen IB, Bodin L, Ljungqvist T, Gunnar Bergstrom K, Nygren A. Assessing the needs of patients in pain: A matter of opinion? *Spine* 2000;25:2816-23.
39. Karasek R, Theorell T. *Health work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York, USA: Basic Books, Inc, Publishers; 1990.
40. Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, Hurri H, Mutanen P, Rissanen P, et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2003;28:533-40.
41. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3.
42. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3.
43. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001;26:174-81.
44. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001;26:262-9.

45. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001;5:1-69.
46. Krause N, Dasinger L, Neuauser F. Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1998;8: 113-39.
47. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand RJ. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med* 2001;40:374-92.
48. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for the future. *Am J Ind Med* 2001;40:464-84.
49. Lancourt J, Kettelhut M. Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine* 1992;17:629-40.
50. Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE, Nachemson AL. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992;72: 279-90.
51. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998;14:209-15.
52. Ljungquist T. Physical performance tests and spinal pain. Assessing impairments and activity limitations. Stockholm: Karolinska Institute; 2002.
53. Loisel P, Abenham L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997;22:2911-8.
54. Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, Matz S, Tacci JA, Christiani DC. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *J Occup Environ Med* 2000;42:1178-87.
55. Makela M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-67.
56. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351-5.
57. Nachemson AJ, E. The scientific evidence of causes, diagnoses and treatment. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
58. Nordin M, Hiebert R, Pietrek M, Alexander M, Crane M, Lewis S. Association of comorbidity and outcome in episodes of nonspecific low back pain in occupational populations. *J Occup Environ Med* 2002;44:677-84.
59. Nyman K, Bergendorff S, Palmer E. Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder. Stockholm: Regeringskansliet. Finansdepartementet.; Ds 2002:49.

60. Oleinick A, Gluck JV, Guire K. Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *Am J Ind Med* 1996;30:540-55.
61. Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G, Kerckhoffs MR, Leffers P, van Tulder M. Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration. *Spine* 2003;28:209-18.
62. Peterson C, Bolton J, Wood AR, Humphreys BK. A cross-sectional study correlating degeneration of the cervical spine with disability and pain in United Kingdom patients. *Spine* 2003;28:129-33.
63. Peterson CK, Bolton JE, Wood AR. A cross-sectional study correlating lumbar spine degeneration with disability and pain. *Spine* 2000;25:218-23.
64. Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Fletcher KE, Himmelstein J, Katz JN. Work-related outcomes in occupational low back pain: a multidimensional analysis. *Spine* 2002;27:864-70.
65. Raspe H. How epidemiology contributes to the management of spinal disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16:9-21.
66. Reigo T, Tropp H, Timpka T. Clinical findings in a population with back pain. Relation to one-year outcome and long-term sick leave. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:208-14.
67. Rossignol M, Abenham L, Seguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000;25:251-8; discussion 58-9.
68. Rossignol M, Suissa S, Abenham L. Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med* 1988;30:502-5.
69. Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. *Disabil Rehabil* 2001;23:815-28.
70. Shekelle PG, Markovich M, Louie R. An epidemiologic study of episodes of back pain care. *Spine* 1995;20:1668-73.
71. Skovron ML, Szpalski M, Nordin M, Melot C, Cukier D. Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. *Spine* 1994;19:129-37.
72. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Koke AJ, Smid T, van Mechelen W. Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Med* 2002;32:251-67.
73. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Ont i ryggen ont i nacken. Stockholm: SBU-rapport nr 145/1+2; 2000.
74. Waddell G, Aylward M, Sawney P. Back pain, incapacity for work and social security benefits: an international literature review and analysis. London; 2002.
75. Valkenburg HA. [Possibilities and limitations of epidemiological studies in the early diagnosis of disease]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1968;112:1874-81.
76. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000;13:205-17.

77. van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3- 4 months. *Pain* 2000;87:285-94.
78. van Doorn JW. Low back disability among self-employed dentists, veterinarians, physicians and physical therapists in The Netherlands. A retrospective study over a 13-year period (N = 1,119) and an early intervention program with 1-year follow-up (N = 134). *Acta Orthop Scand Suppl* 1995;263:1-64.
79. van Tulder MW, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:
80. Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. *Spine* 1993;18:1433-8.
81. Videman T, Battie MC. The influence of occupation on lumbar degeneration. *Spine* 1999;24:1164-8.
82. Videman T, Battie MC, Gibbons LE, Maravilla K, Manninen H, Kaprio J. Associations between back pain history and lumbar MRI findings. *Spine* 2003;28:582-8.
83. Åkerlind I, Hornquist JO, Bjurulf P. Psychological factors in the long-term prognosis of chronic low back pain patients. *J Clin Psychol* 1992;48:596-605.
84. Åstrand NE, Isacson SO. Back pain, back abnormalities, and competing medical, psychological, and social factors as predictors of sick leave, early retirement, unemployment, labour turnover and mortality: a 22 year follow up of male employees in a Swedish pulp and paper company. *Br J Ind Med* 1988;45:387-95.

Relevanta studier vilka inte bedömts ha tillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med genomgången

- Bigos S, Hansson T, Castillo R, Beecher P, Wortley M. The Value of Preemployment Roentgenographs for Predicting Acute Back Injury Claims and Chronic Back Pain Disability. *Clin Orthop* 1992;283:124-29.
- Bigos S, Spengler D, Martin N, Zeh J, Ficher L, Nachemson A. Back Injuries in Industry: A Retrospective Study III. Employee-related Factors. *Spine* 1986;11:252-56.
- Butterfield PG, Spencer PS, Redmond N, Feldstein A, Perrin N. Low back pain: predictors of absenteeism, residual symptoms, functional impairment, and medical costs in Oregon workers' compensation recipients. *Am J Ind Med* 1998;34:559-67.
- Cleary L, Thombs DL, Daniel EL, Zimmerli WH. Occupational low back disability: effective strategies for reducing lost work time. *Am J Ind Med* 1995;43:87-94.
- Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ, Rudolph L. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *J Occup Environ Med* 2000;42:323-33.
- Feuerstein M, Berkowitz SM, Hauffer AJ, Lopez MS, Huang GD. Working with low back pain: workplace and individual psychosocial determinants of limited duty and lost time. *Am J Ind Med* 2001;40:627-38.

- Hildebrandt VH, Bongers PM, Dul J, van Dijk FJ, Kemper HC. The relationship between leisure time, physical activities and musculoskeletal symptoms and disability in worker populations. *Int Arch Occup Environ Health* 2000;73:507-18.
- Hildebrandt VH, Bongers PM, van Dijk FJH, Kemper HCG, Dul J. The influence of climatic factors on non-specific back and neck-shoulder disease. *Ergonomics* 2002;45:32-48.
- Leavitt F. The role of psychological disturbance in extending disability time among compensable back injured industrial workers. *J Psychosom Res* 1990;34:447-53.
- Lofvander M. Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long-term sick leave. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:164-9.
- Milhous R, Haugh LD, Frymoyer J, Ruess M, Gallagher RM, Wilder DG, Callas P, W. Determinants of vocational disability in patients with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1989;70:589-93.
- Muller CF, Monrad T, Biering-Sorensen F, Darre E, Deis A, Kryger P. The influence of previous low back trouble, general health, and working conditions on future sick-listing because of low back trouble. A 15-year follow-up study of risk indicators for self-reported sick-listing caused by low back trouble. *Spine* 1999;24:1562-70.
- Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Fletcher KE, Himmelstein J, Katz JN. Work-related outcomes in occupational low back pain – A multidimensional analysis. *Spine* 2002;27:864-70.
- Seferlis T, Nemeth G, Carlsson AM, Gillstrom P. Acute low-back-pain patients exhibit a fourfold increase in sick leave for other disorders: a case-control study. *J Spinal Disord* 1999;12:280-6.
- Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, Main CJ. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? *Occup Med* 1996;46:25-32.
- Tate RB, Yassi A, Cooper J. Predictors of time loss after back injury in nurses. *Spine* 1999;24:1930-5.
- Vallfors B. Acute, subacute and chronic low back pain: clinical symptoms, absenteeism and working environment. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1985;11:1-98.
- Wickstrom GJ, Pentti J. Occupational factors affecting sick leave attributed to low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 1998;24:145-52.
- Viikari-Juntura E, Takala E, Riihimaki H, Martikainen R, Jappinen P. Predictive validity of symptoms and signs in the neck and shoulders. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:800-8.
- Viikari-Juntura E, Takala EP, Riihimaki H, Malmivaara A, Martikainen R, Jappinen P. Standardized physical examination protocol for low back disorders: feasibility of use and validity of symptoms and signs. *J Clin Epidemiol* 1998;51:245-55.

7. Sjukfrånvaro och psykiska problem

Sammanfattning

- Det finns en begränsad evidens för att kvinnor har en högre frekvens respektive incidens av sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos.
- Evidens saknas pga motstridiga resultat avseende könsskillnader i sjukfrånvarons längd.
- Resultaten är motstridiga avseende sambanden mellan ålder och sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos (avsaknad av evidens).
- Evidens saknas avseende sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos och arbetsrelaterade faktorer, faktorer relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet och psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren då ingen enskild faktor studerats i mer än en enstaka studie.
- Resultaten i de fem studier där man studerat om personer med psykisk sjukdom har ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension oavsett intygsdiagnos var motstridiga (avsaknad av Evidens).
- I de fyra studier som använde alkoholdiagnos för att identifiera alkoholproblem fann man en ökad sjukfrånvaro, oavsett intygsdiagnos, i form av fler sjukdagar eller en ökad risk för lång sjukfrånvaro hos personer med alkoholproblem. I två av studierna fann man dessutom en ökad risk för förtidspension bland kvinnor med alkoholdiagnos. Det saknades emellertid evidens pga för få studier.
- Resultaten är motstridiga avseende sambandet mellan hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro oavsett intygsdiagnos (avsaknad av evidens).

Inledning

Psykiatriska diagnoser är och har varit en av de vanligaste diagnosgrupperna på intyg för sjukfrånvaro och förtidspension. De senaste åren har de psykiatriska diagnosernas andel av all sjukfrånvaro i Sverige ökat. I början av 1990-talet utgjorde de 14 procent av all sjukfrånvaro över 60 dagar. Denna siffra hade år 2000 ökat till 23 procent [21]. Ökningen har skett i sjukskrivningar för neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. Också andelen nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag med psykiatriska diagnoser har ökat, särskilt i åldersgruppen 30–44 år [22]. Generellt är de psykiatriska diagnosernas andel av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag högre i yngre åldersgrupper. Detta innebär också att kostnaderna för förtidspensioner med psykiatriska diagnoser blir stora över tid även om antalet individer som drabbas inte är lika omfattande som för rörelseorganens sjukdomar [22].

Ökningen av långtidssjukfrånvaro och förtidspension/sjukbidrag behöver emellertid inte innebära att den psykiska sjukligheten i sig har ökat i den yrkesverksamma befolkningen utan kan bero på andra faktorer. Exempelvis har kunskapen om psykiska sjukdomar ökat samtidigt som stigmatiseringen förknippad med psykiska sjukdomstillstånd har minskat [26]. Sådana förändringar påverkar både läkare och patienter. Patienterna kan bli mer villiga att berätta om psykiska problem. Ett eventuellt tidigare motstånd hos läkaren mot att skriva en psykiatrisk diagnos på intyget minskar. Tillgången till fler och mer effektiva behandlingsmetoder mot psykisk sjukdom kan bidra till att läkare i högre utsträckning identifierar psykiska hälsoproblem hos sina patienter. Ökade psykosociala arbetsmiljöproblem särskilt i den offentliga sektorn och stressrelaterade sjukdomar har i olika statliga utredningar och rapporter från Riksförsäkringsverket framförts som andra möjliga förklaringar till ökningen av sjukfrånvaron med psykiatriska diagnoser [21,29,30].

Hur diagnostiseras psykisk sjukdom?

För att kunna värdera och jämföra fynden i olika studier är det nödvändigt att det framgår vilken typ av diagnostiskt instrument som använts. Psykiatriska diagnoser baseras på kriterier fastställda av expertgruppers konsensusbeslut. Kriterierna reflekterar känslomässiga

och fysiska symtom, kroppsliga och sociala beteenden samt anger ramar för hur länge och hur intensivt ett symtom eller beteende ska ha uppträtt. De är ofta också kopplade till förändring relativt den enskilda individens normala sinnesstämning eller beteende [18]. Validiteten i de psykiatriska diagnoserna över tid och i förhållande till kultur, kön, klass, ålder och etnicitet har varit föremål för vetenskapliga diskussioner eftersom deras validitet är central för en studies kvalitet och inte minst för möjligheten att jämföra studier med varandra. De två mest använda klassifikations-systemen för psykiatriska diagnoser är ICD [36] och DSM [1] (Tabell 7.1). Med utgångspunkt i de här båda klassifikationssystemen har en rad olika instrument utvecklats för skattning av psykisk sjuklighet [2]. Andra instrument har utvecklats för att skatta psykiska hälsoproblem i allmänhet utan anknytning till specifika diagnoser.

På liknande sätt är det, för att kunna jämföra och värdera studier, centralt att veta hur information om alkohol- eller drogkonsumtion insamlats. Instrumentens tillförlitlighet i att skilja ut friska från sjuka är ett viktigt kvalitetskriterium. Vidare är psykiatriska diagnoser i praktiken ganska grova mått på tillstånd vars effekter på funktions- och arbetsförmåga kan variera i mycket hög grad mellan olika individer. Det behövs alltså kompletterande information för att kunna dra slutsatser om funktions- och arbetsförmåga utöver diagnoserna, vilket delvis har beaktats i DSM-systemet.

Var går gränsen mellan sjukdom och icke-sjukdom?

Under senare delen av 1900-talet skedde en dramatisk utveckling beträffande synen på och behandlingen av människor som drabbats av allvarliga psykiska problem. De stora mentalsjukhusen kunde avvecklas genom en kombination av bättre läkemedel, minskad stigmatisering, utvecklingen av olika psykoterapier och sociala stödinsatser för dem som drabbats och för deras anhöriga. För många har behandling med psykofarmaka ökat livskvalitet och funktionsförmåga men negativa aspekter är biverkningar och risk för beroende/missbruk av vissa av läkemedlen. Medikaliseringen, dvs att psykiska problem ses som sjukdom och i första hand behandlas med läkemedel, har kritiserats från olika utgångspunkter. Det ligger utanför syftet med det här kapitlet att redogöra för eller diskutera olika ståndpunkter i denna debatt, som har

många kopplingar bl a till frågor om människosyn, kunskapssyn, behandlingsresurser och samhällsansvar. Vi har dock i detta kapitel valt att använda termerna psykisk sjukdom, psykisk sjuklighet och psykiska problem. De tre termerna utgör i viss mån förenklingar men används i första hand för att göra texten mer läsbar. Valet av psykisk sjukdom och psykisk sjuklighet som termer utgår från att översikten baseras på medicinskt inriktade studier i första hand och att den vänder sig till personer verksamma inom det medicinska paradigmet. Psykiska problem är den mest inklusiva termen. Vi använder den som en övergripande term som innefattar psykisk sjukdom men också psykosociala risksituationer eller påfrestningar.

Hur vanliga är de psykiska sjukdomarna?

Det finns ingen nationell undersökning av omfattningen av psykisk sjukdom i Sverige. Enligt Folkhälsorapporten 2001 lider i genomsnitt under ett år 8–10 procent av befolkningen av neuroser, främst ångesttillstånd, 3–5 procent av depressioner, 1 procent av psykosor och 4–6 procent av alkoholberoende [25]. Själv mord utgör en liten del av den totala dödligheten (cirka 2,5 procent av dödsorsakerna bland män och 1,1 procent bland kvinnor), men utgör en mycket allvarlig konsekvens av psykiska problem. År 1998 begick 1 088 män och 453 kvinnor självmord. Själv mordstalen har successivt minskat i Sverige under de senaste 20 åren. Utvecklingen av psykisk sjuklighet är mer svårbedömd och beror på vilken typ av sjuklighet som avses och vilken indikator som används för att beskriva sjukligheten. Bedömningen i Folkhälso-rapporten är att omfattningen av mer avgränsade och tydligt beskrivna psykiska sjukdomstillstånd, har varit relativt konstant sedan mitten av 1900-talet. Däremot har den mindre väl avgränsade psykiska sjukligheten ökat, liksom det psykiska välbefinnandet i allmänhet har minskat. Oavsett vilken typ av indikator som används är depressions- och ångestsjukdomar vanligare bland kvinnor än bland män medan alkoholproblem är vanligare bland män.

Forskning om sjukfrånvaro, förtidspension och psykiska problem

Fördelningen av sjukfrånvaro mellan olika psykiatriska diagnosgrupper varierar över tid, vilket i hög grad avspeglas i diagnoserna på sjukintygen [8,9]. Ett genomgående mönster har varit att det är mycket ovanligt med alkohol- eller drogrelaterade diagnoser på intyg. Detta väcker frågan om intygsdiagnosernas validitet dvs stämmer diagnosen som angetts på intyget med den sjukdom patienten verkligen har. Ju mer socialt stigmatiserande en sjukdom är, desto större anledning kan det finnas att undvika att skriva diagnosen på intyget. Om man alltså enbart studerar omfattning av och orsaker till sjukfrånvaro och förtidspension med psykiatriska diagnoser underskattas sannolikt sambanden mellan psykisk sjuklighet och nedsatt arbetsförmåga [23]. Det finns alltså anledning att också studera sjukfrånvaro, oavsett intygsdiagnos eller självrapporterad orsak till sjukfrånvaron, bland dem som har psykisk sjukdom, inklusive alkohol- och drogproblem. Skälet är att psykisk sjukdom inklusive alkohol- och drogrelaterade problem ofta påverkar funktioner av central betydelse för arbetsförmågan särskilt i ett arbetsliv som ställer höga krav på kognitiva förmågor, stresstålighet och social kompetens, även om det står en annan diagnos på intyget.

Vi vill nämna ytterligare två aspekter av relevans för forskningsområdet sjukfrånvaro, förtidspension och psykiska problem. Den ena är det faktum att sjukfrånvaro och förtidspension med psykiatriska intygsdiagnoser relativt sett är vanligt också bland yngre. Bakgrunden till detta är att många psykiska sjukdomar drabbar också yngre. Ett exempel är schizofreni där debutåldern vanligen ligger mellan 18 och 30 år [18]. Alkoholproblem är också vanligare bland yngre än bland äldre. Den andra aspekten sammanhänger med att sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser ofta tenderar att bli långvarig. Med andra ord ökar de psykiatriska diagnosernas andel av all sjukfrånvaro med sjukfallens längd. Bakgrunden till detta är inte känd men kan bero på sjukdomarnas naturalförlopp, dvs den tid det tar för en sjukdom att ”läka ut”, eller på tillgången till behandling och/eller rehabilitering. Båda aspekterna (att yngre drabbas och att sjukfallen tenderar att bli långa) är bidragande orsaker till att kostnaderna inom socialförsäkringen för psykisk sjukdom är höga. Den ökade risken för långtidssjukskrivning och förtidspension

samt särskilda behov i rehabiliteringen gör att det är relevant att just inom området psykisk sjukdom studera hur sjukfrånvaro och förtidspension påverkas oavsett intygsdiagnos.

Målsättning

Vi har i det här kapitlet valt att granska artiklar med utgångspunkt i två huvudansatser:

1. Studier av riskfaktorer för sjukfrånvaro och förtidspension med psykiatriska intygsdiagnoser, inklusive alkohol- och drogrelaterade diagnoser.
2. Studier av sambandet mellan psykisk sjukdom, psykiska problem, alkohol- eller drogproblem respektive hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro och förtidspension/sjukbidrag *oavsett* sjukfrånvarons respektive förtidspensionens medicinska intygsdiagnos.

Avsikten med kapitlet är att redovisa en systematisk översikt av vetenskapliga studier enligt de två huvudansatserna. Följande frågor är av intresse att belysa:

- Vilka riskfaktorer finns för sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatriska diagnoser inklusive alkohol- och drogrelaterade intygsdiagnoser? (Tabell 7.2)
- Finns det en ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension oavsett diagnos bland personer med psykisk sjukdom? (Tabell 7.3)
- Finns det en ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension oavsett diagnos bland personer med alkohol- och/eller drogrelaterade diagnoser respektive hög alkoholkonsumtion? (Tabell 7.4)
- Finns det en ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension oavsett diagnos bland personer som varit exponerade för psykosociala risk-situationer? (Tabell 7.5)

Med utgångspunkt i dessa syften och i den systematiska översikten av litteraturen har vi också för avsikt att beskriva områden där vi anser att det saknas forskning.

Metoder

Litteratursökning

1. Proceduren vid sökningen har beskrivits i Kapitel 2. Utöver de sökord som beskrivits där har vi för psykiatriområdet också använt ”stress”, ”psychological”, ”life change events”, ”crisis” och ”burnout”.
2. Efter genomläsning av sammanfattningar beställdes de artiklar som bedömdes falla inom området ”Sjukfrånvaro, förtidspension och psykiska problem”. Studier av följande diagnosgrupper uteslöts: demens, organiska hjärnsjukdomar och förståndshandikapp.
3. I samband med relevansbedömningen (se nedan) av artiklarna kontrollerades samtliga referenslistor. De titlar som befanns intressanta för området ”Sjukfrånvaro, förtidspension och psykiska problem” beställdes. Det visade sig att andelen relevanta artiklar var betydligt lägre bland artiklarna som identifierats via referenser. Vi gjorde därför inte någon ytterligare genomgång av referenslistor.

Bedömning av relevans och kvalitet

Samtliga artiklar (580 stycken) har relevansbedömts av två granskare oberoende av varandra. Bedömningen gällde om studien hade hög eller låg relevans för syftet med genomgången. Om bedömningarna skilde sig åt diskuterade vi oss fram till konsensus. Enligt den första ansatsen (beskrivet under rubriken Målsättning) inkluderades enbart studier där syftet var att studera riskfaktorer eller riskgrupper för sjukfrånvaro eller förtidspension med psykiatrisk diagnos. Studier av i huvudsak deskriptiv karaktär dvs en beskrivning av frekvens utan relation till riskfaktorer eller riskgrupper har inte bedömts som relevanta. Vidare har enbart studier inkluderats där det otvetydigt framgick att utfallsmåttet varit frånvaro eller pension pga sjukdom, hälsoproblem eller skador. Studier av ålderspension har uteslutits. Studier av sen ankomst, ogiltig frånvaro eller skador (utan relation till frånvaro) har exkluderats. När det gäller studier med den andra ansatsen (beskrivet under rubriken Målsättning) inkluderades alla olika typer av psykiatriska diagnoser inklusive alkohol- och drogrelaterade diagnoser liksom studier av psykosociala risksituationer (se punkt 1 ovan för sökord). Slutligen har även studier baserade

på konsumtion av alkohol och sjukfrånvaro respektive förtidspension tagits med eftersom få studier baseras på alkohol- och drogrelaterade diagnoser. Studier av ”stress” som orsak till sjukfrånvaro har granskats av en annan bedömaregrupp (se Kapitel 5). Samtliga studier av ekonomiska eller andra konsekvenser av sjukfrånvaro eller förtidspension med psykiatriska diagnoser har granskats av en annan bedömaregrupp (se Kapitel 9).

Vid genomgången av artiklarna fann vi ett flertal som var utvärderingar av behandling eller rehabilitering inom det psykiatriska området och inom alkohol- och drogområdet. Sjukfrånvaro förekom ibland som ett av flera utfallsmått, men utgjorde inte någon huvuddel av studien. Dessa bedömdes inte som relevanta eftersom de var designade för och har en annan frågeställning än de som var fokus i den här granskningen. De behandlade alltså inte riskfaktorer för sjukfrånvaro respektive förtidspension. I de fall där behandlingen eller rehabiliteringens huvudsyfte var att studera dess effekter på sjukfrånvaro respektive förtidspension bedömdes studierna som relevanta. Vi har vidare uteslutit studier om *självrapporterad* frånvaro pga sjukdom bland studenter. Studier av studenter eller andra studerande har inkluderats om de tillhört samma allmänna sjukförsäkring som övriga befolkningen och data varit baserad på sjukintyg.

Det finns en rad olika sätt att kvantifiera sjukfrånvaro och förtidspension på och terminologin inom området är mycket varierande. Terminologin i det här kapitlet varierar beroende på att vi i huvudsak följer de olika forskarnas termer. I kommenterande text och i avsikt att förenkla använder vi termerna frekvens, längd och duration. Frekvens syftar på mått där man skattat antalet sjukfall/person. Längd är mått som skattar antalet sjukdagar/sjukskriven person. Duration syftar på mått där man skattat antalet sjukdagar/sjukfall. Vi använder också epidemiologiska termer som kumulativ incidens, incidens och prevalens. I Kapitel 1 och Kapitel 4 i rapporten beskrivs frågor om definition och mått mer ingående. Vid kvalitetsbedömning och evidensgradering har kriterier redovisade i Kapitel 2 använts.

Resultat

Av de funna studierna bedömdes 98 vara relevanta. Här redovisas endast de 26 studier som hade tillräcklig kvalitet för att ingå i sammanställningen dvs studier som hade begränsad, måttlig eller hög kvalitet.

Vad ökar risken för sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatrisk diagnos på intyget?

Vi fann åtta studier av riskfaktorer för sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos (i vilket också ingår alkohol- eller drogrelaterade diagnoser) på sjukintyget och en studie av förtidspension med psykiatrisk diagnos (Tabell 7.2).

De faktorer som studerats kan indelas i demografiska faktorer, arbetsrelaterade faktorer, faktorer relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet och psykosociala faktorer relaterade till barn- och ungdomsåren.

Demografiska faktorer

- Kön
- Ålder
- Civilstånd
- Socialgrupp.

Studier av måttlig kvalitet

I Whitehall II-studien [26] från London studerades sjukfrånvaron bland brittiska statsanställda i åldern 35–55 år. Sjukfallsfrekvensen var högre bland kvinnor än män. Man fann att kvinnor hade 2–2,5 fler sjukdagar/år i neurosdiagnoser. Åldersgruppen 45–55 år hade högre andel sjukskrivna oavsett diagnos och sjukfallens längd med undantag för korta sjukfall i neurosdiagnoser bland både män och kvinnor.

I en svensk prospektiv studie [32] av unga män (n=49 283) vid mönstring 1969/1970 fann man inte något samband mellan socialgrupp i uppväxtfamiljen och tidig förtidspension med psykiatrisk diagnos. Uppföljning beträffande förtidspension gjordes fram till 1992.

I en studie av den sjukförsäkrade befolkningen (n=1 978 030) i Norge år 1994 fann man [9] att kvinnor hade högre kumulativ incidens än män

i sjukfrånvaro ≥ 14 dagar 1994. Skillnaden återfanns totalt i alla åldersgrupper och i psykos- och neurosdiagnoser. Män hade högre kumulativ incidens i alkohol- och drogrelaterade diagnoser. Män hade högre medelantal sjukdagar/sjukskriven och högre medianvärde för sjukdagar totalt och i neurosdiagnoser. Kumulativ incidens var lägst i åldersgruppen 16–24 år och högst i åldersgruppen 45–59 år. Åldersgruppen 60–66 år hade högst medelantal sjukdagar och medianvärde för sjukdagar.

Studier av begränsad kvalitet

I ”Diagnosprojektet” [8] hade kvinnor högre kumulativ incidens än män i sjukfall ≥ 7 dagar i en studie av de cirka 182 000 yrkesverksamma sjukförsäkrade i Östergötland åren 1985, 1986 och 1987. Skillnaden fanns totalt och i alla åldersgrupper. Män hade högre medelantal sjukdagar/sjukskriven men denna könsskillnad berodde till stor del på medelantalet sjukdagar bland männen i åldersgruppen 55–64 år. Kumulativ incidens var lägst bland de yngsta bland både kvinnor och män men i övrigt fanns inga tydliga ålderskillnader i kumulativ incidens eller medelantal sjukdagar.

I ytterligare en analys i ”Diagnosprojektet” [7] fann man att kvinnor hade en högre kumulativ incidens i sjukfall ≥ 7 dagar än män oavsett sjukfallens längd under åren 1985, 1986 och 1987. Några könsskillnader i medelantalet sjukdagar/sjukskriven oavsett fallens längd eller diagnosgrupp framkom inte i studien. Det fanns inte heller några tydliga tendenser med avseende på ålderskillnader.

I en studie av anställda vid åtta japanska företag år 1997 [15] fann man inga statistiskt signifikanta könsskillnader i sjukfrånvarons frekvens eller prevalens (sjukfall ≥ 7 dagar). Kvinnor hade högre antal sjukdagar/sjukfall. Man fann inga signifikanta ålderskillnader i frekvens, prevalens eller längd. Andelen sjukskrivna ökade med stigande ålder bland män men inte bland kvinnor.

Ytterligare en studie av sjukfrånvaro ≥ 14 dagar i den sjukförsäkrade befolkningen i Norge 1997–1998 fann en högre kumulativ incidens bland kvinnor än bland män – totalt och i alla åldersgrupper [17]. Man fann att män hade fler sjukdagar kvantifierat både som medelantalet sjukdagar/sjukskriven och som median. Incidensen ökade med

stigande ålder bland både kvinnor och män. Man fann vidare att kvinnor hade en snabbare återgång i arbete också efter det att man kontrollerat för ålder, intygsdiagnos och sjukskrivningsgrad. Uppföljningstiden var ett år, vilket motsvarar den tid sjukpenning kan utbetalas i Norge. Återgång i arbete var störst under den första månaden (25 procent), men återgången fortsatte kontinuerligt och var 52 procent vid tre månader, 73 procent vid sex månader och 91 procent efter ett år (90 procent för män, 92 procent för kvinnor). Återgång i arbete var snabbast och mest uttalad för krisreaktioner (98 procent efter ett år) och lägst för psykosor (83 procent efter ett år).

Sammanfattning

Av studerade demografiska faktorer ökade kvinnligt kön risken för sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos mätt med frekvens- eller incidensmått jämfört med män. Resultaten för mått baserade på antal sjukdagar och kön var motstridiga. I de nordiska populationsbaserade studierna fanns inga könsskillnader uttryckt i sjukskrivningstid eller så hade män fler sjukdagar per sjukskriven. I den japanska studien baserad på anställda i åtta företag fann man däremot att kvinnor hade fler sjukdagar. Inte heller några entydiga resultat fanns för sambandet mellan ålder och sjukfrånvaro oavsett mått. Endast en studie inkluderade analys av socialgrupp. En studie visade att återgång i arbete fortsatte under hela första året efter sjukskrivning och uppgick till 91 procent efter 12 månader.

Evidens

Det finns begränsad evidens för att kvinnligt kön ökar risken för sjukfrånvaro med psykisk diagnos mätt med frekvens- eller incidensmått (Evidensstyrka 3). Två studier med måttlig kvalitet och tre studier av begränsad kvalitet har fynd i samma riktning. En studie av begränsad kvalitet har fynd i motstridig riktning.

Arbetsrelaterade faktorer

- Yrkesgrupp
- Horisontell könssegregering
- Tjänsteställning
- Socialt stöd
- Krav, beslutsutrymme och stimulans.

Studier av måttlig kvalitet

I en av studierna från Whitehall II-projektet [26] fann man att sjukfrånvaron bland brittiska statsanställda i åldern 35–55 år varierade med tjänsteställning bland både kvinnor och män. Anställda med lägst tjänstegrad hade högst sjukfallsfrekvens i såväl korta (≤ 7 dagar), långa (> 7 dagar) som mycket långa (> 21 dagar) sjukfall.

I en prospektiv studie [28] (cirka fem års uppföljningstid) från Whitehall-II-projektet fann man att socialt stöd från kollegor och chefer på arbetet minskade risken för korta sjukfall med psykiatrisk diagnos. I analyserna kontrollerade man för följande confounders: ålder, tjänstegrad, civilstånd, psykisk sjuklighet (GHQ; se Tabell 7.1), återkommande hälsoproblem senaste året, hälsa senaste året, alkoholkonsumtion senaste året, socialt stöd från närmaste anhörig och socialt nätverk utöver det egna hushållet.

Studier av begränsad kvalitet

I ”Diagnosprojektet” [8] från Östergötland studerade man kumulativ incidens av sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos i olika yrkesgrupper och i relation till horisontell könssegregering. Analyserna hade en tvärsnittsansats och den enda confounder man kontrollerade för var ålder. De tio yrkesgrupper, som hade den högsta andelen sjukskrivna i psykiatrisk diagnos, var anställda inom sågverk/snickeri (4,7 procent), måleri (4,2 procent), metallindustri (4,0 procent), textilindustri (3,8 procent), samlingsgrupp med diverse yrken (3,6 procent), pappersindustri (3,5 procent), socialt arbete (3,3 procent) livsmedelsindustri (3,2 procent), kemisk processindustri (2,6 procent) samt hotell- och restaurangbranschen (2,5 procent). Slutligen gjorde man en analys av betydelsen av att arbeta i mans- respektive kvinnodominerade yrkesgrupper och fann att kvinnor i extremt mansdominerade (≤ 10 procent kvinnor) grupper hade den högsta andelen sjukskrivna av samtliga grupper (4,6 procent). Också män i extremt kvinnodominerade yrkesgrupper hade en relativt sett hög andel sjukskrivna i psykiatriska diagnoser.

I en tredje studie från Whitehall II-projektet [27] undersöktes förekomst av samband mellan självskattad sjukfrånvaro (i sjukfall ≤ 7 dagar) med psykiatrisk diagnos och arbetsrelaterade faktorer såsom krav, beslutsutrymme och stimulans i arbetet. Stimulerande arbete minskade risken för sjukfrånvaro hos både män och kvinnor. Högt beslutsutrymme

minskade risken hos män men mönstret var inte lika tydligt för kvinnor. Höga krav ökade risken för sjukfrånvaro bland kvinnor. Bra information från överordnade minskade risken för sjukfrånvaro bland kvinnor. Resultaten är kontrollerade för ålder, tjänsteställning, civilstånd, GHQ, återkommande hälsoproblem, hälsa och alkoholkonsumtion senaste året och olika aspekter av socialt stöd i arbetet.

Sammanfattning

Mans- eller kvinnodominerade yrken visade högre andel sjukskrivna för de som tillhör minoriteten. I en studie av måttlig kvalitet i brittisk förvaltning visades att låg tjänstegrad medförde högre sjukfallsfrekvens, men socialt stöd från kolleger och chefer minskade risken för korta sjukfall. Högt beslutsutrymme minskade sjukfallsrisken hos män, medan höga krav ökade risken för kvinnor.

Evidens

Avsaknad av evidens eftersom ingen faktor av de fem yrkesrelaterade faktorerna yrkesgrupp, horisontell könssegregering, tjänsteställning, socialt stöd samt krav, beslutsutrymme och stimulans har studerats i mer än en studie.

Faktorer relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet

- Socialt stöd av närstående
- Materiella problem
- Föräldrars skilsmässa.

Studier av måttlig kvalitet

I en av de tidigare nämnda Whitehall-studierna [28] fann man att svagt socialt stöd från närmaste anhörig utanför arbetet ökade risken för långa sjukfall bland män. Stora materiella problem (ekonomi, boende och grannskap) ökade risken för korta sjukfall hos både kvinnor och män. Resultaten är kontrollerade för ålder, tjänsteställning, civilstånd, GHQ, återkommande hälsoproblem, hälsa och alkoholkonsumtion senaste året och olika aspekter av socialt stöd från närmaste anhörig och socialt nätverk utöver hushållet.

I en svensk prospektiv studie av de unga män (n=49 283), som genomgick mönstring 1969/1970, fann man [32] ett samband mellan föräldrars skilsmässa och tidig förtidspension med psykos- respektive alkoholrelaterad diagnos också efter kontroll för en rad andra psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren (se nedan). Uppföljning beträffande förtidspension gjordes fram till 1992.

Sammanfattning

Ingen av faktorerna socialt stöd av närstående, materiella problem och föräldrars skilsmässa har studerats i mer än en studie.

Evidens

Avsaknad av evidens. Ingen av faktorerna har studerats i mer än en studie.

Psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren

- Riskkonsumtion av alkohol
- Arbetslöshet efter avslutad obligatorisk skolgång
- Psykiatrisk diagnos vid mönstring
- Låg emotionell kontroll
- Låg självskattad hälsa
- Rökning
- Kontakt med polis eller sociala myndigheter
- Skolk
- Låga poäng på intelligenstest.

Studier av måttlig kvalitet

I en svensk prospektiv studie av de unga män (n=49 283), som genomgick mönstring 1969/1970, undersöktes om psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren ökade risken för förtidspension fram till 1992 (dvs när männen uppnått cirka 40 års ålder) [32]. Att ha fått en psykiatrisk diagnos vid mönstring, låg emotionell kontroll, arbetslöshet efter examen och låga poäng på intelligenstest var de starkaste riskfaktorerna för förtidspension med psykiatriska diagnoser.

Sammanfattning

Psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren har endast studerats i en studie.

Evidens

Avsaknad av evidens. Faktorerna har endast studerats i en studie av måttlig kvalitet.

Finns det ett samband mellan psykisk sjukdom och sjukfrånvaro oavsett diagnos?

Den följande granskningen fokuserar på vår andra frågeställning dvs i vilken utsträckning psykisk sjukdom ökar risken för sjukfrånvaro oavsett intygsdiagnos (Tabell 7.3). De fem studier som vi granskat har använt olika indikatorer på psykisk sjukdom, vilket minskar möjligheten att dra slutsatser.

Studier av begränsad kvalitet

I en studie av anställda vid en tillverkningsindustri i USA fann man att personer som sökt ekonomisk ersättning hos sin arbetsgivare för läkemedelsutgifter i samband med egentlig depression i genomsnitt hade dubbelt så många sjukdagar per tiodagarsperiod före behandlingsstart som de som inte sökt sådan ersättning [3]. Antalet sjukdagar ökade vid behandlingsstart och minskade sedan långsamt. Tre månader efter behandlingsstarten hade personer med depression cirka två sjukdagar i genomsnitt per tiodagarsperiod, vilket var en dubbelt så hög siffra som före den behandlingskrävande depressionen. Man analyserade också sambandet mellan sjukdagar och antal tillfällen som personer med depression sökt ersättning för och fann ett ”dos-respons-samband”. Individer som hade sökt ersättning 16 eller fler gånger under studieperioden hade fler sjukdagar än de som hade sökt ersättning 7–15 gånger respektive sex gånger eller färre. Det fanns också en skillnad mellan medelgruppen och den med minst antal ersättningsansökningar. Skillnaden mellan de tre grupperna var inte signifikant före det första behandlingstillfället. Slutligen gjorde man en analys av skillnader i medelantal sjukdagar över tiodagarsperioder och typ av behandling. Anställda som sökt ersättning för behandling med både SSRI, tricykliska eller andra antidepressiva läkemedel hade fler sjukdagar än de som bara hade behandlats med SSRI eller inte behandlats alls med antidepressiva.

I en delstudie i ECA-projektet (se Tabell 7.1) studerade man sambandet mellan sjukfrånvaro och depression under ett år från 1982–1983 [4]. Man fann inga signifikanta skillnader i oddskvoter mellan dem med depression och övriga vid samtidig kontroll för ras, kön, ålder, civilstånd, kroppslig hälsa, annan psykiatrisk sjukdom, traumatiska livshändelser, socialt stöd, fysiska och instrumentella aktiviteter vid första intervjutillfället och för traumatiska livshändelser vid andra intervjutillfället.

En svensk befolkningsbaserad studie av 292 kvinnor i Göteborg (WAG-projektet) [10] visade att de kvinnor som enligt kliniska forskningsintervjuer baserade på DSM-III-R någon gång i livet hade haft en psykisk sjukdom också hade högre antal sjukfall per person och fler sjukskrivningsdagar per sjukskriven person under 1989–1990 än de som inte hade haft någon psykisk sjukdom. De kvinnor som hade alkoholberoende och/eller missbruk, hade fler sjukskrivningsdagar per sjukskriven person under 1989–1990 än de som inte hade haft någon psykisk sjukdom eller de som hade andra typer av psykiska sjukdomar (med undantag för bipolära sjukdomar där skillnaden inte var signifikant).

I NEMESIS-projektet i Nederländerna studerade man sambandet mellan psykisk sjukdom (DSM-III-R) och sjukfrånvaro året efter intervjun [13]. Bland de 2 064 männen ökade egentlig depression, dystymi, enkel fobi, drogmissbruk eller drogberoende risken för sjukfrånvaro. Däremot bland de 1 631 kvinnorna framkom inga statistiskt signifikanta samband mellan någon diagnos enligt DSM-III-R och sjukfrånvaro året efter intervjun.

I en studie av 1 360 yrkesverksamma kvinnor i Östergötland studerade man tvärsnittssambandet mellan sjukfrånvaro oavsett diagnos och följande fem indikatorer på psykisk sjukdom och psykiska problem: långvarig psykisk sjukdom, självrapporterad oro, självrapporterad psykisk sjuklighet (SF-36), regelbunden medicinering med psykofarmaka samt sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos [24]. Man fann ett samband mellan samtliga fem indikatorer och sjukfallsfrekvens, incidens, medelantalet sjukdagar/sjukskriven person och medelantalet sjukdagar/sjukfall.

Sammanfattning

Resultaten i de fem studierna, vilka samtliga är av begränsad kvalitet, är motstridiga. De är också svåra att jämföra eftersom man använder olika diagnostiska kriterier. Tre av studierna baserades på DSM-kriterier och är därmed möjliga att jämföra. I en av dessa studier fann man att kvinnor med psykisk sjukdom hade högre sjukfrånvaro än andra kvinnor medan man i två studier inte fann något sådant samband. I en av de två studier som studerade män fann man att män med vissa psykiska diagnoser hade högre sjukfrånvaro än andra män medan man inte fann något sådant samband i den andra studien.

Evidens

Avsaknad av evidens.

Finns det ett samband mellan hög alkoholkonsumtion eller alkoholproblem och sjukfrånvaro oavsett diagnos?

I den följande granskningen har vi inkluderat studier av sambandet mellan hög alkoholkonsumtion eller alkoholproblem och sjukfrånvaro eller förtidspension oavsett intygsdiagnos (Tabell 7.4). Vi fann nio studier av begränsad eller måttlig kvalitet inom området.

Studier av måttlig kvalitet

I Whitehall II-projektet fann man [14] att män, som de senaste 12 månaderna inte hade druckit någon alkohol alls och män som drack flera gånger per dag, hade en ökad sjukfallsfrekvens i korta sjukfall (≤ 7 dagar) i jämförelse med dem som drack 1–2 gånger/vecka. Man fann inte någon ökad risk för dem som drack 1–2 gånger/månad eller dagligen. Män som drack 1–2 gånger/månad hade en ökad sjukfallsfrekvens i långa sjukfall (>7 dagar) i jämförelse med dem som drack 1–2 gånger/vecka. Övriga grupper (ingen alkoholkonsumtion, daglig alkoholkonsumtion och alkoholkonsumtion flera gånger per dag) hade ingen ökad risk för långa sjukfall. Motsvarande fynd bland kvinnor var att kvinnor som aldrig drack alkohol hade en ökad risk för korta sjukfall och att kvinnor som drack 1–2 gånger/månad hade en ökad risk för långa sjukfall. I övrigt fann man inga signifikanta samband. Man fann ett U-format samband mellan alkoholkonsumtion de senaste sju dagarna

och korta sjukfall (≤ 7 dagar) bland män. För långa fall fann man en ökad sjukfallsfrekvens bland dem som drack alkohol 1–2 gånger per månad. För kvinnor fanns inte motsvarande mönster i samband mellan alkoholkonsumtion de senaste sju dagarna och sjukfrånvaro. Kvinnor som inte drack någon alkohol alls var den enda grupp, som hade en ökad risk för korta sjukfall. Kontroll av minskad alkoholkonsumtion de senaste fem åren påverkade inte resultaten bland dem som rapporterade att de inte drack någon alkohol alls.

Studier av begränsad kvalitet

I en svensk studie [5] jämförde man kvinnor (n=66) och män (n=68) som varit ineliggande på en alkoholklinik med avseende på deras sjukfrånvaro och förtidspension före och efter vårdtillfället. Den totala observationstiden var 15 år. Man fann en ökad sjukfrånvaro hos både kvinnor och män åren efter vårdtillfället. Antalet förtidspensionerade ökade mer bland kvinnorna med alkoholproblem åren efter vårdtillfället än bland de vårdade männen eller bland kvinnor i befolkningen. Studien behandlar en mycket selekterad grupp, vilket gör det svårt att generalisera fynden.

Under åren 1981–1985 följde man sjukfrånvaron i form av ersatta sjukdagar/år, sjukfall/år och förtidspension bland 2 114 patienter vid olika sjukvårdsmottagningar i Värmland varvid 208 av patienterna klassades som högkonsumenter av alkohol [19]. Dessa hade fler sjukdagar per år och fler sjukfall per år än övriga. Det var också en högre andel av högkonsumenter som fick förtidspension oavsett intygsdiagnosen.

I en amerikansk studie följde man de anställda vid en tillverkningsindustri i Mellanvästern mellan åren 1974–1987 [11]. Anställda med alkoholproblem hade i genomsnitt nio sjukdagar/år medan övriga hade fyra sjukdagar/år.

I en studie av en industri i Australien fann man att en högre andel (28 procent) av de män som var problemdrickare hade minst en dags frånvaro pga skador [35]. Motsvarande andel bland möjliga problemdrickare var 5 procent medan andelen bland dem som inte var problemdrickare var 10 procent. Det fanns inget samband mellan frånvaro pga skador och hög alkoholkonsumtion.

I en studie av 3 751 män i Malmö fann man [16] en ökad risk för förtidspension oavsett diagnos bland dem som inte drack någon alkohol alls, som hade höga poäng på MAST eller förhöjda S-GT-värden också efter det att man kontrollerat för rökning, högt blodtryck, serumkolesterol och BMI.

I en befolkningsbaserad studie från Stockholms län fann man [33] en ökad sjukfrånvaro (≥ 60 sjukdagar) bland både kvinnliga och manliga högkonsumenter av alkohol (35 g ren alkohol/dag för män och 25 g för kvinnor) och för förtidspension bland män som var högkonsumenter av alkohol också efter kontroll för ålder, socioekonomisk grupp, rökvanor och självskattad hälsa. Det fanns också en ökad risk för förtidspension bland män som inte drack någon alkohol alls.

I en studie följde man män, som mönstrade i Stockholms län 1969/1970, i 22 år med avseende på förtidspension eller sjukfrånvaro ≥ 180 dagar oavsett diagnos [31]. Man fann att följande faktorer från mönstringen ökade risken för lång sjukfrånvaro: psykisk sjukdom, självskattad hälsa, fadern i socialgrupp II eller III, arbetslöshet tre månader eller längre, avvikande beteende. Riskkonsumtion av alkohol ökade inte risken för lång sjukfrånvaro. Faktorer från uppföljningen som ökade risken för lång sjukfrånvaro och förtidspension var att ha varit straffad för trafikonykterhet och förekomst av annan kriminalitet.

I WAG-projektet [34] följde man 284 kvinnor som intervjuades 1989–1990 med avseende på förtidspension och lång sjukfrånvaro (≥ 60 sjukdagar) fram till 1998. Alkoholberoende och alkoholmissbruk (DSM-III-R-diagnoser enligt klinisk forskningsintervju) ökade risken för förtidspension och lång sjukfrånvaro också efter kontroll för andra psykiatriska diagnoser. Man analyserade också tidigt avvikande beteende och negativa psykosociala faktorer i barndomen (resultatet av dessa analyser presenteras i Kapitel 5).

Sammanfattning

I samtliga fyra studier som använde alkoholberoende eller -missbruksdiagnoser för att identifiera personer med alkoholproblem [5,10,11,34] fann man en ökad sjukfrånvaro i form av fler sjukdagar eller en ökad

risk för lång sjukfrånvaro. I två av studierna fann man dessutom en ökad risk för förtidspension bland kvinnor med alkoholdiagnos. Två av studierna inkluderade enbart kvinnor. En studie presenterade inte data könsuppdelat.

Fyra studier använde hög alkoholkonsumtion för att identifiera personer med alkoholproblem [14,31,33,35]. I tre av dessa använde man cirka 250 g alkohol/vecka som gränsnivå för högkonsumtion bland män och i de två som inkluderade kvinnor var gränsen cirka 175 g alkohol/vecka. Fynden i de tre studierna är svåra att jämföra eftersom man använde mycket olika sjukfrånvaromått. Dessutom är resultaten motstridiga.

I de två återstående studierna använde man andra indikatorer på alkoholproblem [16,19].

Värt att notera är att i tre av studierna fann man att män och i en studie att kvinnor som rapporterade att de inte drack någon alkohol alls också hade en ökad risk för sjukfrånvaro och/eller förtidspension.

Resultatet från studierna som baserades på beroende- eller missbruksdiagnoser visade ett samband mellan alkoholrelaterad diagnos och sjukfrånvaro. Något samband mellan hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro har vi inte funnit stöd för i de granskade studierna.

Evidens

Avsaknad av evidens. Det ingår endast en studie av måttlig kvalitet. Övriga har begränsad kvalitet.

Finns det en ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension bland personer som utsatts för psykosociala risksituationer?

Vi fann tre acceptabla studier i den här kategorin. Två av dessa behandlade sömnproblem och den tredje behandlade olika traumatiska livshändelser såsom anhörigs dödsfall, allvarlig sjukdom hos anhörig, att ha varit utsatt för våld och ekonomiska problem.

Studier av begränsad kvalitet

Sömnproblem

1990 genomförde man i Norge en enkätstudie bland sex ålderskohorter med tioårsintervall från 20–22 år till 70–72 år [6]. Enkäten behandlade bl a sömnproblem. 1994 skickade man ut en andra enkät, där man frågade om sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna. Man fann att oddskvoten för att ha varit frånvarande åtta veckor eller mer under året före den andra enkäten var 2,16 bland personer som 1990 hade rapporterat dålig eller medeldålig sömn (i motsats till god). I analysen kontrollerade man för ålder, kön, civilstånd, BMI, känslomässiga symtom, muskuloskeletal smärta, självskattad hälsa, rökning, fysisk träning, arbetstillfredsställelse och ett flertal andra arbetsrelaterade faktorer.

I en studie från Frankrike [20] av anställda vid gas- och elverk fann man att personer som rapporterade sömnighet tre eller fler dagar under en vecka hade en ökad risk för sjukfrånvaro också efter kontroll för ålder, kön, tjänsteställning, sömnproblem och självrapporterad sjuklighet.

Traumatiska livshändelser

I en finsk studie [12] fann man ett samband mellan dödsfall eller svår sjukdom hos familjemedlem, att ha varit utsatt för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld respektive ekonomiska svårigheter under ett år före besvarandet av en enkät och sjukfrånvaro ett år efter det att man besvarat enkäten. Sambandet fanns endast bland män och gällde inte för relationskonflikter. Man fann också ett samband mellan våld och ekonomiska svårigheter, psykologiska problem, rökning och alkoholkonsumtion. Dessa faktorer ökade i sin tur ytterligare risken för sjukfrånvaro. I studien utgick man från ett slumpmässigt urval av anställda vid åtta finska kommuner. Studien är enbart baserad på dem som *inte* hade någon sjukfrånvaro alls under året före enkäten.

Sammanfattning

Vi fann endast tre studier inom det här området varav två behandlade sömnproblem men med lite olika kriterier. Båda fann att personer med sömnproblem hade en ökad risk för sjukfrånvaro.

Evidens

Avsaknad av evidens pga för få studier.

Diskussion

Denna granskning av den vetenskapliga litteraturen inom området sjukfrånvaro, förtidspension och psykiska problem omfattade 580 artiklar varav 98 bedömdes som relevanta. Av dessa bedömde vi att 72 hade otillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med granskningen. Av de återstående 26 har det varit svårt att dra några slutsatser om vetenskaplig evidens eftersom det fanns en stor variation beträffande beroende och oberoende variabler både avseende vad man har studerat och hur man har studerat det. Vår slutsats är att det finns begränsad evidens för att kvinnor oftare är sjukskrivna med psykiatrisk diagnos än män. Det finns inte tillräckligt många studier av erforderlig kvalitet för att konstatera att vetenskapligt stöd föreligger för att alkoholdiagnos ökar risken för sjukfrånvaro. Granskningen har, trots frånvaro av ytterligare evidens varit av värde genom att den presenterar en grundlig översikt över ett forskningsområde av stor relevans för den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspension i Sverige.

Att vi funnit att det finns begränsad evidens för kvinnors sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser är högre än mäns när frekvens- eller incidensbaserade sjukfrånvaromått används är inte på något sätt förvånande. Detta har beskrivits tidigare i statistik från företag och offentliga myndigheter. Det är kanske mer förvånande att mekanismerna bakom könsskillnaderna inte är kända. I några problematiseras också det faktum att man framför allt använt frekvens- och incidensbaserade sjukfrånvaromått och vi fann heller inte något stöd för att kvinnor har högre sjukfrånvaro om man använder mått som reflekterar längd eller duration.

I den här granskningen har en strikt definition av sjukfrånvaro använts, vilket utesluter några amerikanska studier som inkluderar t ex sänkt arbetsprestation medan man är på jobbet eller oförmåga att utföra dagliga aktiviteter andra än arbete (t ex hemarbete). Vi har också uteslutit studier, där man slagit samman registerdata om anställdas

sjukfrånvaro och studerandes *självskattade* frånvaro pga sjukdom i samma analys. Riskfaktorer för studenters sjukfrånvaro skiljer sig troligen på olika avgörande sätt från anställdas bl a med hänsyn till ekonomiska konsekvenser och möjligheten att vara frånvarande. De strikta kriterierna som vi har använt ökar möjligheten att dra slutsatser, men trots detta kan vi efter granskningen endast presentera begränsad evidensbaserad kunskap om vad som orsakar sjukfrånvaro och förtidspension med psykiatrisk diagnos, eller om det är så att personer med psykisk sjukdom, alkoholproblem eller psykosocial riskexponering har en ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension oavsett diagnos.

Vi fann förvånansvärt få studier av tillräcklig kvalitet av sjukfrånvaro och förtidspension med psykiatrisk diagnos på intygen. Det finns betydligt mer forskning med utgångspunkt i den andra ansatsen, dvs om personer med psykiska problem har ökad risk för sjukfrånvaro och förtidspension. Bland de senare finns de flesta studier av alkoholproblem, varav majoriteten är baserade på studier av anställda vid olika arbetsplatser. Både de arbetsplatsbaserade och de befolkningsbaserade studierna fokuserar i första hand på män. Vi har inte heller funnit någon forskning av vare sig begränsad eller högre kvalitet om utmattningsdepression eller liknande diagnoser, vilka ökat som sjukskrivningsorsak i Sverige under de senaste åren.

Den viktigaste orsaken till att vi haft svårigheter att jämföra studierna med den andra ansatsen (dvs oavsett intygdiagnos) var att man i olika studier använt så olika diagnostiska kriterier att osäkerheten vid jämförelsen blir för stor. I de fall där man i olika studier kommit till motstridiga resultat kan de kriterier som använts vara orsaken till skillnaden. Det finns också andra problem som är kopplade till användningen av screeninginstrument till andra ändamål än just screening. Det prediktiva värdet varierar mellan olika instrument men några uppgifter om sensitivitet eller specificitet har vi inte funnit i någon studie.

Förslag till framtida forskning

Med tanke på att vi genom den här granskningen inte kunnat besvara de frågor, som vi ställde inledningsvis är naturligtvis samtliga de frågorna viktiga att försöka besvara i framtida forskning.

Några angelägna framtida forskningsområden är:

- Vilka riskfaktorer finns för sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatrisk diagnos?
- Finns det skillnader i vad som orsakar sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatrisk diagnos från sjukfrånvaro generellt eller i andra diagnoser? Diagnosspecifik forskning kan ge mer information om hur sjukfrånvaro påverkas av sjukdomens naturalförlopp i förhållande till viss behandling och rehabilitering och i relation till sjukskrivningsspecifika faktorer.
- Validiteten i de psykiatriska intygsdiagnoserna är en angelägen fråga.
- Utveckling av instrument för skattning av psykisk funktions- och arbetsförmåga som komplement till den information som diagnoserna ger är också ett centralt forskningsområde.
- Ytterligare studier kring sambandet mellan olika faktorer i arbetsmiljön och sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatrisk diagnos.
- Ytterligare studier kring sambandet mellan olika faktorer i familjeliv och den psykosociala miljön i övrigt utanför arbetet och sjukfrånvaro respektive förtidspension med psykiatrisk diagnos.
- Att gå vidare med studier kring alkoholens och alkoholproblemens betydelse för sjukfrånvaro och förtidspension är angeläget och det behövs metodutveckling på flera olika sätt för att kunna jämföra studier. Det är angeläget att studera alkoholens roll både som riskfaktor för nya sjukfall och för sjukfallens längd, liksom alkoholens inverkan på rehabilitering.
- En viktig fråga är huruvida ökningen i den psykiatriska sjukfrånvaron är en anpassning till omfattningen av den psykiska sjukligheten i befolkningen, en reell ökning i psykisk sjukdom med sammanhängande nedsatt arbetsförmåga eller en spegling av ett mer komplext och krävande arbetsliv.

Tabell 7.1 I texten förekommande förkortningar, deras fullständiga beteckningar och kort beskrivning av innebörden.

Förkortning	Fullständig beteckning	Beskrivning
BDI	Becks Depression Inventory	Kognitiva aspekter i fokus. Mindre av ångest
CAGE	Cut-down, Annoyed, Guilt, Eye-opener	Instrument med fyra frågor för screening av alkoholproblem
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	DSM-III-R diagnoser, axel 1
DIS	Diagnostic Interview Schedule	Intervjuinstrument baserat på DSM och utvecklat för lekmannaintervjuer
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Klassifikationssystem utvecklat av American Psychiatric Association för kliniska ändamål
ECA	Epidemiologic Catchment Area	En omfattande epidemiologisk, longitudinell studie av psykiska sjukdomar i USA
GHQ	General Health Questionnaire	Allmän psykisk hälsa
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems	Klassifikationssystem utvecklat av WHO primärt för statistiska ändamål
ICPC	International Classification of Primary Care	Klassifikationssystem utvecklat för sjukdomspanorama inom primärvård
Mm-MAST	Malmö Michigan Alcohol Screening Test	Modifierad version av MAST som är ett screening instrument för att identifiera personer med eventuella alkoholproblem
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study	Nationell, longitudinell befolkningsbaserad studie av psykisk sjukdom i Holland
S-GT, S-GGT	Serum Gamma Glutamyl Transferas	Blodprov som avspeglar alkoholkonsumtion via påverkan på leverns funktion
WAG	Women and Alcohol in Göteborg	Longitudinell, befolkningsbaserad studie av kvinnor och alkohol i Göteborg

Tabell 7.2 Studier av sjukfrånvaro, förtidspension och sjukbidrag med psykiatriska diagnoser inklusive alkohol- och drogrelaterade diagnoser på intyget*.

Författare År Land [Ref]	Typ av studie, år för datainsamling	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Hensing (1995) Sverige [8]	Tvärsnitt 1985, 1986, 1987	Förekomst av sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos i relation till ålder, kön, yrke och horisontell segregering i arbetslivet	Yrkesverksamma sjukförsäkrade i Östergötland 16–64 år	♀ 85 269 ♂ 97 394 (1985: 14,8;ICD 1986: 11,8; 1987: 15,1)
Hensing (1996) Sverige [7]	Tvärsnitt 1985, 1986, 1987	Analysera köns- skillnader i duration respektive incidens av sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos	Sjukförsäkrade i Östergötland 16–64 år	♀ 85 269 ♂ 97 394 (1985: 14,8;ICD 1986: 11,8; 1987: 15,1)
Hensing (2000) Norge [9]	Tvärsnitt 1994	Förekomst av sjuk- frånvaro med psykiatrisk diagnos i relation till ålder, kön och typ av diagnos	Sjukförsäkrade i Norge 16–66 år	♀ 914 576 ♂ 1 063 454
Muto (1999) Japan [15]	Tvärsnitt	Omfattning av sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser	Anställda vid 8 företag	♀ 7 734 ♂ 37 082
Nystuen (2001) Norge [17]	Longitudinell 1997–1998	Beskriva förekomst av sjukfrånvaro med psykiatriska diagno- ser och återgång i arbete i relation till diagnos, kön och ålder	Befolkningen ≥16 år	♀ 898 124 ♂ 1 162 326

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.
♀ = Kvinna; ♂ = Man

Diagnostik	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Sjukintyg (läkare) register; sjukfall (≥7d)	Försäkringskassans	Kumulativ incidens. Medelantal sjukdag/sjukskriven	Kumulativ incidens ♀ 2,1 (2,0–2,1), ♂ 1,3 (1,3–1,4); Sjukdag ♀ 63 (58–67), ♂ 82 (75–88). Högst incidens bland industriyrken. Incidens i extremt mansdominerade yrken ♀ 4,6 (3,8–5,4), ♂ 1,6 (1,4–1,7)	Ålder	Begränsad
Sjukintyg (läkare)	Försäkringskassans register; sjukfall (≥7d)	Kumulativ incidens. Medelantal sjukdag/sjukskriven	♀ högre incidens i sjukfall av olika längd. Små eller inga könsskillnader i duration	Ålder	Begränsad
Sjukintyg (läkare) ICPC	Rikstrygdeverkets register; sjukfall (≥14d)	Kumulativ incidens. Medelantal sjukdag/sjukskriven	Incidens ♀ 1,93 (1,91–1,96) ♂ 1,05 (1,03–1,06); Median sjukdag. ♀ 53 (52–54), ♂ 60 (58–62). Incidens psykosdiagn ♀ 0,07 (0,06–0,07), ♂ 0,06 (0,05–0,06); neurosdiagnoser ♀ 1,85 (1,82–1,87), ♂ 0,89 (0,87–0,90), alkohol/drogdiagnoser ♀ 0,02 (0,02–0,03), ♂ 0,10 (0,19–0,26)	Ålder	Måttlig
Sjukintyg (läkare)	Arbetsgivarens register	Frekvens, prevalens, längd, kvot (psyk sjukdag / alla sjukdag), procent sjukfrånvaro	Sjukskr med psyk diagn ca 10 procent av alla sjukfall 119,5 sjukdag/sjukfall med psyk diagnos. 21% av alla sjukdagar var med psykiagnos. Inga skillnader mellan ♂ och ♀ förutom ♀ 172,9 sjukdag/sjukfall och ♂ 109,7		Begränsad
Sjukintyg (läkare) ICD	Rikstrygdeverkets register	Antal sjukfall (≥14 eller 16 dagar). Incidens. Median dagar. Andel åter i arbete inom viss tid	1-årsincidens ♀ 3,53%, ♂ 1,66%, medelantal dagar ♀ 127, ♂ 133, median ♀ 76, ♂ 83, 25% av alla sjukskrivna åter i arbete inom fyra veckor, lägst andel åter i arbete bland psykosdiagnoser och med stigande ålder	Intygsdiagnos, ålder, sjukskrivningsgrad	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 7.2 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Stansfeld (1995) Storbritannien [26]	Longitudinell (1985/1988– 1985/1990)	Sociodemo- grafiska faktorer och sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser	Statsanställda i London, 35–55 år	10 308 (27) ♀ 3 413 ♂ 6 895 Slutlig studiepop 5 620: ♀ 1 695 ♂ 3 925
Stansfeld (1997) Storbritannien [27]	Longitudinell (1985/1988– 1985/1990)	Arbetsituation och sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser	Statsanställda i London, 35–55 år	10 308 (27) ♀ 3 413 ♂ 6 895 Slutlig studiepop 8 113: ♀ 2 467 ♂ 3 646
Stansfeld (1997) Storbritannien [28]	Longitudinell (1985/1988– 1985/1990)	Betydelsen av kroniska stressorer och socialt stöd i hemmet och på arbetet för psyki- atrisk sjukfrånvaro	Statsanställda i London, 35–55 år	10 308 (27) ♀ 3 413 ♂ 6 895 Slutlig studiepop 4 202 (uppgift om könsfördelning saknas)

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.
♀ = Kvinna ♂ = Man

Diagnostik	Typ av sjukfrånvarodata	Utfallsmått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Sjukintyg (läkare) Validitets-testades (sjukfall >21 d) mot behandlande läkares journal. Underreportering av psykoser	Arbetsgivarens register	Korta (≤7d), långa (>7d) och mycket långa (>21 d) sjukfall	Högre sjukfrånvaro: lägre yrkesposition, ♀, änklingar och ensamstående ♂, skilda ♀. Psyk diagn andel ökar med sjukfallens längd	I analyserna kontrollerade man för ålder och tjänsteställning. Multivariata analyser där man också kontrollerar för andra faktorer som hälsa och livsstil presenteras men utan konfidensintervall eller p-värden	Måttlig
Självrapporterad psykisk orsak till korta sjukfall (≤7 d)	Självrapporterad	Korta sjukfall (≤7d)	Lägre sjukfrånvaro: ♂ högt beslutsutrymme, variation och utmaningar i arbetet, gott socialt stöd från arbetskamrater respektive chefer; ♀ variation och utmaningar i arbetet, gott socialt stöd respektive bra information från chefer. ♀ högre sjukfrånvaro om höga krav i arbetet	I analyserna kontrollerade man för ålder och tjänsteställning. Multivariata analyser där man också kontrollerar för andra faktorer som hälsa och livsstil presenteras men utan konfidensintervall eller p-värden	Begränsad
Sjukintyg (läkare)	Arbetsgivarens register	Korta (≤7d), långa (>7d) och mycket långa (>21 d) sjukfall	Socialt stöd från kollegor och chefer minskar risken för korta sjukfall särskilt om relationen till nära anhörig utanför arbetet är dålig. Dåliga relationer till nära anhöriga utanför arbetet ökar risken för långa sjukfall bland män. Materiella problem ökar risken för korta sjukfall	Ålder, tjänsteställning, civilstånd, psykisk hälsa (GHQ), återkommande hälsoproblem senaste året, hälsa senaste året, frekvens alkoholkonsumtion senaste året, socialt stöd från nära anhörig, socialt nätverk utöver hushållet	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 7.2 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Upmark (1999) Sverige [32]	Longitudinell. Baslinje 1969/70 uppföljning 1971–1993	Riskfaktorer för tidig förtidspension med psykiatrisk diagnos	Mönstrande män f 1949–1951	49 285 (2–3)

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.

♀ = Kvinna ♂ = Man

Diagnostik	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Riskkons (250 g alk/v och/eller eye-opener, anhållen för fylleri, flertal fylleritillfällen). Hälso- och psykosociala variabler via enkät eller intervju	Försäkringskassans register	Tidig (<45 år) förtidspension i olika psykiatriska diagnoser och utan sådan diagnos	Psykosociala faktorer ökade risken för tidig förtidspension i olika psykiatriska diagnoser men också förtidspension med andra diagnoser	Samtliga inkluderade psykosociala faktorer	Måttlig

Tabell 7.3 Studier av sjukfrånvaro, förtidspension och sjukbidrag oavsett diagnos bland personer med psykiska sjukdomar*.

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Birnbaum (2000) USA [3]	Longitudinell 1996–1997	Sjukfrånvaro bland anställda med depression före och efter påbörjad läkemedelsbehandling	Anställda vid en tillverkningsindustri (n = >100 000)	1 260
Broadhead (1990) USA [4]	Longitudinell. 1-års uppföljning; intervjustudie 1982–1983	Sambandet mellan depressiva symtom och nedsatt funktionsförmåga över tid	Anställda i vuxna befolkningen (≥18 år)	1 639 (minst 20) oklart redovisat för anställda
Hensing (1998) Sverige [10]	Longitudinell. Sjukfrånvaro 1989–1990; intervjustudie	Samband mellan psykisk sjukdom och sjukfrånvaro	Alla kvinnor i två distrikt i Göteborg f 1925, 1935, 1945, 1955, 1965	Screening ♀ 3 130 Intervju 399 Register 292
Laitinen-Krispijn (2000) Nederländerna [13]	Longitudinell, 1996–1997 (NEMESIS)	Psykisk sjukdom och sjukfrånvaro	Stratifierat, slumpmässigt urval av befolkningen 18–64 år	Bas: 7 147 (30,3) Uppföljning: 5 618 (20,6) Slutlig studiegrupp ♀ 1 631 ♂ 2 064
Savikko (2001) Sverige [24]	Tvärsnitt 1995	Sambandet mellan psykisk sjukdom och psykiska problem och sjukfrånvaro	Totalpopulation kvinnor vid industrier i Östergötland och ett slumpmässigt urval av sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekr	♀ 1 417 (24)

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.

♀ = Kvinna; ♂ = Man; ns = ej signifikant (not significant)

Diagnostik	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Ansökan om ekonomisk ersättning för behandling av depression (ICD-9 koder 296,2 eller 296,3)	Arbetsgivarens register för sjukfall ≥ 6 sjukdagar	Medelantal sjukdagar per tiodagarsperiod 90 dagar före och 120 dagar efter behandlingen	Övr 0,5 sjukdagar/10 d period. Depr 1 sjukdag/10 d period före depr episod 4,5 sjukdagar/10 d period vid behandlingsstart 2,0 sjukdagar/10 d period 3 mån efter behandlingsstart		Begränsad
DIS	Självrapporterad	Antal frånvarodagar pga sjukdom de senaste 3 månaderna	Ingen ökad risk för självrapporterad sjukfrånvaro bland personer med depression		Begränsad
Psykisk sjukdom enligt DSM-III-R	Försäkringskassans register	Medelantal sjukfall/person över 2 år; Medelantal sjukdagar/sjukskriven person över 2 år	Kvot psyk sjukdom /ingen psyk sjukdom: Korta sjukf: 1,29 (1,00–1,67), långa sjukf 2,15 (1,65–3,24); sjukd 2,31 (1,65–3,24)	Ålder	Begränsad
CIDI	Självrapporterad vid intervju	Sjukskriven eller inte under 12 månader före intervjun (diktom). Kontroll för ålder och allvarlig somatisk sjukdom	♂: OR depr 1,72 (1,20–2,48), ångestsjukdom. 1,37 (1,00–1,88) Drognissbruk 3,83 (1,55–9,48) Alkoholmissbruk ns ♀: inga statistiskt signifikanta samband		Begränsad
Långvarig psykisk sjukdom (ja/nej); Självskattad oro; Självskattade psykiska problem (SF-36); Psykofarmakabruk; Sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos	Försäkringskassans register	Frekvens Incidens Längd Duration	Samtliga fem indikatorer på psykisk sjukdom /psykiska problem samvarierade med samtliga sjukfrånvaromått		Begränsad

Tabell 7.4 Studier av sjukfrånvaro, förtidspension och sjukbidrag oavsett diagnos bland personer med alkohol- och/eller drogrelaterade diagnoser respektive hög alkoholkonsumtion*.

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Dahlgren (1979) Sverige [5]	Registerstudie 1963–1969 (start + 6 år)	Sjuklighetsutveckling över tid bl a avseende sjukfrånvaro och förtidspension	Kvinnor med alkoholproblem	♀ 66 ♂ 68
Persson (1989) Sverige [19]	Tvärsnitt, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985	Hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro respektive förtidspension	Patienter (16–69 år) vid kirurgiska, medicinska och ortopediska mottagningar	2 114 (3,6) ♀ 1 087 ♂ 951
Holder (1991) USA [11]	Registerstudie 1980–1987	Har anställda med alkoholproblem högre sjukfrånvaro	Anställda vid en tillverkningsindustri	1 828 + matchade kontroller; 98% var män
Marmot (1993), Storbritannien [14]	Longitudinell, 1985–1988 (Whitehall)	Alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro	Statsanställda i London, 35–55 år	10 314 (27) ♀ 3 404 ♂ 6 880

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.

♀ = Kvinna; ♂ = Man; RR = relativ risk

Kriterium för identifikation av alkoholproblem	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Frivilligt inlagda på alkohol-klinik och fyllde kriterierna för alkoholism	Försäkringskassans register	Sjukdag/pers Sjukfall/pers Sjukdag/sj fall	Alla mått på sjukfrånvaro ökade efter sjukhusvård. ♀ med alkoholproblem högre risk att få förtidspension efter sjukhusvård än ♂ med alk problem och än ♀ i befolkningen		Begränsad
S-GGT, Självskattad (280 g alk/v), läkarbedömning, notering om alkoholproblem i psyk journal, registrerad vid alk mott notering i soc tjänst journal, blodprov (alkohol)	Försäkringskassans register	Antal sjukdagar och sjukfall per år, förtidspension	Hög konsumtion: fler sjukdagar, fler sjukfall, högre andel förtidspensionering		Begränsad
Ansökan för begäran om ersättning för alkoholproblem (ICD-9 koder: 291, 303, 305,0, 357,5, 425,5, 535,3, 571, 572,3)	Arbetsgivarens register	Medelantalet sjukdagar/person för hela studieperioden uppdelat på yrkesrelaterad respektive icke yrkesrelaterad frånvaro	Anställda med alkoholproblem hade signifikant fler sjukdagar än kontrollerna. Skillnaden gällde enbart icke-arbetsrelaterad sjukdom		Begränsad
Självskattad frekvens (12 mån) och kvantitet (senaste veckan) Hög alk kons ♂ 6 drinkar/d ♀ 4 drinkar/d	Arbetsgivarens register	Sjukfall/personår	♂: RR frekventa högkonsumenter korta sjukfall 1,14 (1,03–1,27); i övrigt ns ♀: RR ingen alk kons 1,10 (1,02–1,20); i övrigt ns. Minskad risk ♂ 16–20 drinkar/v och kons 1–2 ggr/vecka eller mindre 0,49 (0,31–0,78) och ♀ 7–10 glas/v och kons dagligen eller oftare 0,52 (0,31–0,88)	Kontroll för ålder, tjänstställning	Måttlig

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 7.4 fortsättning

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Webb (1994) Australien [35]	Longitudinell 12 mån	Samband mellan problem-drickande respektive hög alkoholkonsumtion och arbetsskade- relaterad sjukfrånvaro	Anställda, 1985–1986, vid en större industri i New South Wales	1 206 (20) Studiepop 959
Månsson (1999) Sverige [16]	Longitudinell 1976–1987	Alkoholkonsumtion och förtidspension	Befolkningen i Malmö	♂ 3 751 (22,1)
Upmark (1999) Sverige [33]	Longitudinell 1984–1991	Alkoholvanor och sjukfrånvaro respek- tive förtidspension	Befolkningen (20–52 år) i fyra primärvårdsomr i Stockholms län	6 217 (48) slutlig studie- population: ♀ 985 ♂ 870
Upmark (1999) Sverige [31]	Longitudinell Baslinje 1969/1970; 1971–1991	Trafikonykterhet respektive kriminalitet och sambandet med sjukfrånvaro respektive förtidspension	Mönstrande män f 1950–1951 från Stockholms stad	♂ 8 122 (2–3)
Upmark (2002) Sverige [34]	Longitudinell Baslinje 1989/1990 Uppföljning april 1998	Samband mellan psyko- sociala faktorer i barn- domen respektive alkoholdiagnos i vuxen- livet och sjukfrånvaro /förtidspension	Alla kvinnor i två distrikt i Göteborg f 1925, 1935, 1945, 1955, 1965	Screening ♀ 3 130 Intervju 399 Studiepop 284 ♀ 92 födda 1925 exkluderade

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.

♀ = Kvinna; ♂ = Man

Kriterium för identifiering av alkoholproblem	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Högekons: ♂ 42 eller fler drinkar/v, ♀ 28 eller fler drinkar /v; Problemdrickande: Mortimer-Filkins test; Intensivdrickande: 8 drinkar eller fler vid ett tillfälle	Arbetsgivarens register	Sjukskriven minst en gång under 12 mån	Problemdrickare OR 2,7 (1,2–6,4)		Begränsad
S-GT, Mm-MAST	Försäkringskassans register	Kumulativ incidens av förtidspension	RR ingen alk kons 1,8 (1,3–2,4) Hög kons 1,3 (1,1–1,6)	Kontroll för rökning, högt blodtryck, kolesterolvärde i blodet, BMI	Begränsad
Normalkonsumtion av alkohol; antal högekons tillf; kons vardagar resp helger. Hög kons ♂ 35 g/d; ♀ 25 g/d. CAGE	Försäkringskassans register	Sjukfall Sjukdagar Förtidspension	♂ hög alk kons RR 2,9 (1,4–5,4) ≥60 sjukdag/år och 6,8 (1,1–40,5) ftp; helynktra RR 2,5 (1,3–4,4) ≥60 sjukdag/år. ♀ hög kons RR 3,2 (1,5–6,5) ≥60 sjukd/år	Kontroll för ålder, socioekonomisk grupp, rökvanor, självskattad hälsa	Begränsad
Självskattad konsumtion, riskkons (250 g alk/v och/eller återställare, anhållan för fylleri, flerfall fylleritillfällen). Övriga indikatorer registerbaserade	Försäkringskassans register: Förtidspension 1971–1991 Sjukfrånvaro 1989–1991	Förtidspension eller risk för hög sjukfrånvaro (180 eller fler sjukdagar)	RR: Indikatorer från mönstring. Risk kons ns. Psykopatologi 1,7 (1,4–2,1). Socialt avvikande beteende 1,2 (1,0–1,5). Indikatorer från uppföljning: Trafikonykterhet 2,1 (1,7–2,7)/(enbart förtidsp) 1,6 (1,1–2,4); Kriminalitet 2,7 (2,2–3,3)/(enbart förtidsp) 3,5 (2,4–5,0)	Kontroll för riskkonsumtion, psykopatologi, självskattad hälsa, faders socialgrupp, arbetslös ≥3 mån, socialt avvikande beteende (drogmissbruk, kontakt med polis/socialtjänst, skolk minst en gång/mån), trafikonykterhet, kriminalitet	Begränsad
Psykosociala riskbeteenden i barn- och ungdom. Alkohol diagnos enligt DSM-III-R	Försäkringskassans register	Långtidssjukskriven ≥60 dagar. Förtidspension	Dåliga uppväxtvillkor, skolsvårigheter och tidigt avvikande beteende ökade risken för förtidspension och långtidssjukskrivning. Alkohol diagnos förklarade en mindre del		Begränsad

Tabell 7.5 Studier av sjukfrånvaro, förtidspension och sjukbidrag oavsett diagnos bland personer med erfarenhet av psykosociala risksituationer*.

Författare År Land [Ref]	Typ av studie	Syfte	Föremål för studie	Antal individer (Bortfall %)
Eriksen (2001) Norge [6]	Longitudinell, 1990–1994	Ökar sömnproblem risken för lång sjukfrånvaro	Anställda i vuxna befolkningen (20 t o m 62 år)	♀ 719 ♂ 707 (20)
Philip (2001), Frankrike [20]	Prospektiv, 12 mån	Sömnighet och sjukfrånvaro	Anställda vid gas- och elverk	♀ 410 ♂ 695 (Bortfall redovisas inte)
Kivimäki, 2002, Finland [12]	Longitudinell, 1997–1998	Testa en modell för sambandet mellan livs- händelser, psyko- logiska problem, hälsobeteende och ohälsa	Heltids- arbetande, fast anställda i 8 kommuner	♀ 2 183 ♂ 808 (33)

* Förkortningar förklaras i Tabell 7.1.
♀ = Kvinna ♂ = Man

Psykosocial exponering	Typ av sjukfrånvarodata	Utfalls-mått	Resultat enligt författarna	Kontroll av "confounders"	Kvalitetsgradering
Självs kattade sömnproblem	Självrappor terad	Långtidssjuk frånvaro ≥8 veckor	Dålig och medelgod sömnkvalitet 1990 ökade risken för sjukfrånvaro 1994. OR 2,16 (1,26–3,72)	Ålder, kön, civilstånd, hälso-, beteende och arbetsrelaterade faktorer	Begränsad
Självs kattad sömnkvalitet och sömnhet dagtid	Arbetsgivarens och socialförsäkringens register	Andel sjuk-skrivna. Sjukdagar/person	Dålig sömnkvalitet och "restless legs" ökade risken för sjukfrånvaro under 12 mån uppföljning. Sömnhet dagtid 3 d/v eller mer OR 2,2 (1,3–3,8)	Logistisk regression: kön/tjänsteställning neuropsykiatrisk sjukdom och hudsjukdom	Begränsad
1) Dödsfall eller allvarlig sjukdom hos familjemedlem 2) våld 3) personliga konflikter 4) ekonomiska svårigheter	Arbetsgivarnas register	Antal sjukdagar/personår	1, 2 och 4 ökade risken för sjukfrånvaro hos ♂. Inga samband för ♀ (Jfr kolumn psykosocial exponering)		Begränsad

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington DC; 1994.
2. Bech P. Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life. A compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin Heidelberg; 1993.
3. Birnbaum H, Cremieux P, Greenberg P, Kessler R. Management of Major Depression in the Workplace. Impact of Employee Work Loss. *Dis Manage Health Outcomes* 2000;7:163-71.
4. Broadhead W, Blazer D, George L, Tse C. Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
5. Dahlgren L, Idestrom C-M. Female alcoholics. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 199-213.
6. Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Sleep problems: a predictor of long-term work disability? A four-year prospective study. *Scand J Public Health* 2001; 29:23-31.
7. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry* 1996;169:740-6.
8. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30: 39-43.
9. Hensing G, Brage S, Nygård J, Sandanger I, Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:335-40.
10. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor behind sick-leave in other diagnoses. A general population based study. *Br J Psychiatry* 1998;172:250-6.
11. Holder H, Blose J. A Comparison of Occupational and Nonoccupational Disability Payments and Work Absences for Alcoholics and Nonalcoholics. *J Occup Med* 1991;33:453-7.
12. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Lillrank B, Kivimäki M. Death or Illness of a Family Member, Violence, Interpersonal Conflict, and Financial Difficulties as Predictors of Sickness Absence: Longitudinal Cohort Study on Psychological and Behavioral Links. *Psychosom Med* 2002;64:817-25.
13. Laitinen-Krispijn S, Bijl R. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:71-7.
14. Marmot MG, North F, Feeney A, Head J. Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction* 1993;88:369-82.
15. Muto T, Sumiyoshi Y, Sawada S, Momotani H, Itoh I, Fukuda H, et al. Sickness Absence due to Mental Disorders

- in Japanese Workforce. *Ind Health* 1999;37:243-52.
16. Månsson NO, Råstam L, Eriksson KF, Israelsson B. Alcohol Consumption and Disability Pension among Middle-Aged Men. *Ann Epidemiol* 1999;9:341-8.
17. Nystuen P, Hagen K, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health* 2001;29:175-82.
18. Ottosson J-O. *Psykiatri*. Falköping, Sweden: Liber AB; 2000.
19. Persson J, Magnusson P. Sickness Absenteeism and Mortality in Patients with excessive Drinking in Somatic Out-patient Care. *Scand J of Prim Health Care* 1989;7:211-7.
20. Philip P, Taillard J, Niedhammer I, Guilleminault C, Bioulac B. Is there a link between subjective daytime somnolence and sickness absenteeism? A study in a working population. *J Sleep Res* 2001;10:111-5.
21. Riksförsäkringsverket, RFV. *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* Stockholm; 2002.
22. Riksförsäkringsverket, RFV. *Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa – ålder, kön och diagnos*. 2003:1. Stockholm; 2003.
23. Sandanger I, Nygård J, Brage S, Tellnes G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences – a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand J Public Health* 2000;28:244-52.
24. Savikko A, Alexanderson K, Hensing G. Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:310-6.
25. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapporten* 2001. Stockholm; 2001.
26. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 1995;40:189-97.
27. Stansfeld S, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *J Psychosom Res* 1997;43:73-81.
28. Stansfeld SA, Rael EG, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med* 1997;27:35-48.
29. Statens offentliga utredningar (SOU). *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av sjukförsäkringsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
30. Statens offentliga utredningar (SOU). *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. Delbetänkande av sjukförsäkringsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
31. Upmark M, Karlsson G, Romelsjö A. Drink driving and criminal behaviours as risk factors for receipt of disability pension and sick leave: a prospective study of young men. *Addiction* 1999;94:507-19.

32. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Allebeck P, Bigert C. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:533-40.
33. Upmark M, Möller J, Romelsjö A. Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:223-9.
34. Upmark M, Thundal K-L. An explorative, population-based study of female disability pensioners: the role of childhood conditions and alcohol abuse/dependence. *Scand J Public Health* 2002;30:191-9.
35. Webb G, Redman S, Hennrikus D, Kelman G, Gibberd R, Sanson-Fisher R. The Relationships between High-Risk and Problem Drinking and the Occurrence of Work Injuries and Related Absences. *J Stud Alcohol* 1994;55:434-46.
36. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems: ICD-10. Geneva; 1992-1994.

Relevanta studier vilka inte bedömts ha tillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med genomgången

- Alexander DA, Wells A. Reactions of police officers to body-handling after a major disaster. A before-and-after comparison. *Br J Psychiatry* 1991;159:547-55.
- Baldwin PJ, Dodd M, Rennie JS. Young dentists – work, wealth, health and happiness. *Br Dent J* 1999;186:30-6.
- Bass AR, Bharucha-Reid R, Delaplane-Harris K, Schork M, Kaufmann R, McCann D, et al. Employee drug use, demographic characteristics, work reactions, and absenteeism. *J Occup Health Psychol* 1996;1:92-9.
- Beaumont P, Hyman J. The work performance indicators of problem drinking: some British evidence. *J Occup Behav* 1987;8:55-62.
- Bell V, Blumenthal S, Neumann NU, Schuttler R, Vogel R. Occupational rehabilitation or early retirement (via social insurance pension) as alternatives for first admission psychiatric patients. Results from a 5 year follow-up. *Psychopathology* 1989;22:213-7.
- Berglund M. Health insurance records in the course of alcoholism. A two-year follow-up study. *Scand J Soc Med* 1980;8:125-9.
- Bross MH, Pace SK, Cronin IH. Chemical dependence. Analysis of work absenteeism and associated medical illnesses. *J Occup Med* 1992;34:16-9.
- Casswell S, Gilmore L, Ashton T. Estimating alcohol-related absenteeism in New Zealand. *Br J Addict* 1988;83:677-82.
- Cole NJ, Shupe DR. A four-year follow-up of former psychiatric patients in industry. *Arch Gen Psychiatry* 1970;22:222-9.
- Cooper CL, Bramwell RS. A comparative analysis of occupational stress in managerial and shopfloor workers in the brewing

- industry: Mental health, job satisfaction and sickness. *Work & Stress* 1992;6: 127-38.
- Druss BG, Schlesinger M, Allen HM, Jr. Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population. *Am J Psychiatry* 2001;158:731-4.
- Elton M, Hörnquist JO. Abusers of alcohol immediately prior to pension. *Acta Psychiatr Scand* 1983;68:44-54.
- Elton M, Hörnquist JO. Grounds for disability pension. The younger abuser as compared with older abusers of alcohol. *Scand J Soc Med* 1983;11:53-8.
- Fagin L, Carson J, Leary J, De Villiers N, Bartlett H, O'Malley P, et al. Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:102-11.
- Ferguson D. Smoking, drinking and non-narcotic analgesic habits in an occupational group. *Med J Aust* 1973;1:1271-4.
- Ferguson D. A study of neurosis and occupation. *Brit J Industr Med* 1973;30: 187-98.
- Firth H, Britton P. "Burnout," absence and turnover amongst British nursing staff. *J Occup Psychol* 1989;62:55-59.
- Fisher CA, Hoffman KJ, Austin-Lane J, Kao TC. The relationship between heavy alcohol use and work productivity loss in active duty military personnel: a secondary analysis of the 1995 Department of Defense Worldwide Survey. *Mil Med* 2000;165:355-61.
- Galloway D, Panckhurst F, Boswell K, Boswell C, Green K. Mental health, absences from work, stress and satisfaction in a sample of New Zealand primary school teachers. *Aust N Z J Psychiatry* 1984;18:359-63.
- Garrison R, Eaton WW. Secretaries, depression and absenteeism. *Women & Health* 1992;18:53-76.
- Hackett BJ. Who gets an invalid pension? *Aust Fam Physician* 1979;8:1210-5.
- Hansson L, Borgquist L, Nettelbladt P, Nordström G. The course of psychiatric illness in primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:1-7.
- Hensing G, Spak F, Alexanderson K, Allebeck P. Sick-leave among women and the role of psychiatric disorder. *Scand J of Soc Med* 1997;3:185-92.
- Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönneberg S. The Alcohol Use Disorders Identification Test and carbohydrate-deficient transferrin in alcohol-related sickness absence. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:28-35.
- Howell RW, Crown S. Sickness absence levels and personality inventory scores. *Br J Ind Med* 1971;28:126-30.
- Hörnquist J. Abuse of Alcohol and Disability Pension. *Scand J Soc Med* 1982;10:113-8.
- Hörnquist J, Hansson B, Åkerlind I. The Working Capacity of the Alcohol Abuser. *Scand J Soc Med* 1988;16:27-33.
- Jenkins R. Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence. *Br J Ind Med* 1985;147-54.

- Jenkins R, Harvey S, Butler T, Thomas R. A six year longitudinal study of the occupational consequences of drinking over "safe limits" of alcohol. *Br J Ind Med* 1992;49:369-74.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman G. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992;267:1478-83.
- Jones S, Casswell S, Zhang JF. The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction* 1995;90:1455-61.
- Karlehagen S, Malt UF, Hoff H, Tibell E, Herrströmer U, Hildingson K, Leymann H. The effect of major railway accidents on the psychological health of train drivers – II. A longitudinal study of the one-year outcome after the accident. *J Psychosom Res* 1993;37:807-17.
- Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM, et al. Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Affairs* 1999;18:163-71.
- Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 1997;27:861-73.
- Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001;34:383-96.
- Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Soc Sci Med* 2000;50:583-97.
- Koh KG, Ang AW. Medical leave granted to psychiatric inpatients – a one-year retrospective review. *Ann Acad Med Singapore* 2000;29:644-7.
- Kouzis AC, Eaton WW. Emotional disability days: prevalence and predictors. *Am J Public Health* 1994;84:1304-7.
- Kouzis AC, Eaton WW. Psychopathology and the initiation of disability payments. *Psychiatr Serv* 2000;51:908-13.
- Kristenson H, Johnell O. Orthopedic disorders, morbidity, and sick absenteeism in men with different levels of serum gamma-glutamyltransferase. *Prev Med* 1986;15:150-65.
- Kristenson H, Öhrn J, Hood B. Convictions for drunkenness or drunken driving, sick absenteeism, and morbidity in middle-aged males with different levels of serum gamma-glutamyltransferase. *Prev Med* 1982;11:403-16.
- Kristenson H, Öhrn J, Trelle E, Hood B. Serum gamma-glutamyltransferase at screening and retrospective sickness days. *Lancet* 1980;1:1141.
- Kuppermann M, Lubeck DP, Mazonson PD, Patrick DL, Stewart AL, Buesching DP, Fifer SK. Sleep problems and their correlates in a working population. *J Gen Intern Med* 1995;10:25-32.
- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19-29.
- Lindström K, Riihimäki H, Hanninen K. Occupational solvent exposure and neuropsychiatric disorders. *Scand J Work Environ Health* 1984;10:321-3.

- Maxwell MA. A study of absenteeism, accidents and sickness payments in problem drinkers in one industry. *QJ Stud Alcohol* 1959;20:302-12.
- Medhus A. Men with disability pension. *Scand J Soc Med* 1976;4:159-62.
- Mersch PP, Middendorp HM, Bouhuys AL, Beersma DG, van den Hoofdakker RH. The prevalence of seasonal affective disorder in The Netherlands: a prospective and retrospective study of seasonal mood variation in the general population. *Biol Psychiatry* 1999;45:1013-22.
- Michie S. Reducing absenteeism by stress management: Valuation of a stress counselling service. *Work & Stress* 1996;10:367-72.
- Nieminen K. The borderline syndrome in Finnish disability material. *Psychiatria Fennica* 1986;17:153-60.
- Noreik K. Funktionelle psykoser, hospitalisering og trygd. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1974;94:1507-14.
- Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res* 2002;53:577-83.
- Pell S, D'Alonza CA. Sickness absenteeism of alcoholics. *J Occup Med* 1970;12:198-210.
- Potat GM, Cope JG, Choate C, Grossnickle WF. Wife abuse as it affects work behavior in a center for mentally retarded persons. *J Clin Psychol* 1989;45:324-30.
- Rorsman B. Disability of psychiatric patients. *Soc Psychiatry* 1970;5:219.
- Rosenheck R, Frisman L, Sindelar J. Disability compensation and work among veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatr Serv* 1995;46:359-65.
- Räsänen P, Hakko H, Jokelainen J, Tiihonen J. Outcome of different types of long-term antidepressant treatments: a 3 year follow-up study of 14 182 patients. *J Affect Disord* 1999;55:67-71.
- Saad ES, Madden JS. Certificated incapacity and unemployment in alcoholics. *Br J Psychiatry* 1976;128:340-5.
- Sandanger I, Nygård J, Brage S, Tellnes G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences – a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand J Public Health* 2000;28:244-52.
- Saroja KI, Ramphal KG, Kasmini K, Ainsah O, Bakar OC. Trends in absenteeism rates following psychological intervention-preliminary results. *Singapore Med J* 1999;40:349-51.
- Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med* 1998;28:693-701.
- Souetre E, Lozet H, Cimarosti I. Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. *Eur J Epidemiol* 1997;13:87-93.
- Spak F, Hensing G, Allebeck P. Sick-leave in women with alcohol dependence or abuse: effects of additional psychiatric

- disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:613-9.
- Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A 5-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:332-37.
- Taylor PJ. Personal factors associated with sickness absence. A study of 194 men with contrasting sickness absence experience in a refinery population. *Br J Ind Med* 1968;25:106-18.
- Theorell T, Leymann H, Jodko M, Konarski K, Norbeck HE, Eneroth P. "Person under train" incidents: medical consequences for subway drivers. *Psychosom Med* 1992;54:480-8.
- Theorell T, Leymann H, Jodko M, Konarski K, Norbeck HE, Eneroth P. "Person under train" incidents from the subway driver's point of view: A prospective 1-year follow-up study: The design, and medical and psychiatric data. *Soc Sci Med* 1994;38:471-5.
- Vasse RM, Nijhuis FJ, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 1998;93:231-41.

8. Sjukskrivning vid kranskärslsjukdom och slaganfall

Sammanfattning

Vid granskningen av litteraturen inom området cirkulationssjukdomar har endast studier med tillräcklig vetenskaplig kvalitet inkluderats som beskriver sjukskrivning efter slaganfall, hjärtinfarkt, kranskärlskirurgi (CABG) eller ballongvidgning av kranskärlsförträngningar (PCI).

Vi har funnit begränsat vetenskapligt stöd för följande rapporterade resultat: Efter slaganfall återvänder mer än hälften av patienterna i yrkesverksam ålder till arbetslivet under det första året efter insjuknandet, större andel ju yngre patienterna är. Följden av hjärnskadan, såsom störd ADL-förmåga eller kognitiv kapacitet, spelar därvid en betydande roll. Även efter en hjärtinfarkt kan merparten återuppta arbetet. PCI utgör ett mindre ingrepp i kranskärlet än CABG och bidrar därmed till snabbare arbetsåtergång, men på längre sikt finns inga skillnader i sjukskrivning. Personer med högre ålder och med fysiskt krävande arbete återgår i arbete i mindre utsträckning. I en internationell jämförelse förefaller durationen av sjukskrivning i Sverige vara längre än i andra länder utan att det finns vetenskapligt stöd för denna praxis.

Under senare år förefaller intresset för forskningen om sjukskrivning bland patienter med sjukdomar i cirkulationsorganen ha avtagit. Utvecklingen inom den akuta kardiologiska vården bör kunna inspirera till ett förnyat vetenskapligt engagemang inom detta angelägna forskningsområde.

Inledning

Sjukdomar i cirkulationsorganen, såsom kranskärslsjukdom och slaganfall (stroke), är den tredje vanligaste orsaken till långvarig sjukfrånvaro i Sverige. Patientgruppen svarade för 8 procent av förtidspensioneringarna år 2001 och 6 procent av sjukfrånvaron (RFV, Statistikinformation, 2003:1). Det finns inga tydliga riktlinjer gällande den optimala längden

och graden av sjukskrivning vid dessa tillstånd. Ej heller är adekvata insatser för att förkorta en sjukskrivning eller för att förebygga en förtidspensionering väldefinierade. Initiativet till och utformningen av rehabiliteringen ligger hos den enskilda läkaren, vilket i praktiken kan innebära en stor spridning av typ och grad av insatser.

Här sammanfattas den aktuella kunskapen med syfte att vara ett stöd för den som ska bistå patienten att efter slaganfall, hjärtinfarkt eller kranskärloperation återgå till arbetsmarknaden.

Studier har sökts i samma litteraturlösnabaser och med samma sökord som för övrigt i projektet, i referenslistor till granskade publikationer och via kontakt med andra forskare (se Kapitel 2). Cirka 460 publikationer som berör sjukfrånvaro orsakat av cirkulationsorganens sjukdomar har identifierats. Vid relevansbedömningen av dessa har endast studier om två diagnosområden, nämligen slaganfall och kranskärlo-sjukdom, inkluderats.

Gruppen *slaganfall* omfattar sjukdomar i hjärnans kärl (siffrorna enligt WHO klassifikation ICD-10 inom parentes): Subaraknoidalblödning (I60), hjärnblödning (I61), cerebral infarkt (I63). Gruppen *kranskärlo-sjukdom* omfattar anginösa bröstsmärtor (I20), hjärtinfarkt (I21 och I22), kronisk ischemisk hjärtsjukdom (I25), hjärtsvikt (I50) samt tillstånd efter olika former av kranskärloingrepp. Hjärttransplantation har ej tagits med. Utöver dessa områden fann vi flest studier inom diagnosområdet högt blodtryck. Här var studiernas kvalitet genomgående låg och de berörde framför allt ett förmodat samband mellan att ha kännedom om sitt höga blodtryck och sjukfrånvaro. Övriga hjärt-kärlo-sjukdomar, dvs de övriga grupperna i ICD10 ”I10-I99”, har exkluderats då inga eller ytterst få studier inom respektive diagnosområde har kunnat identifieras.

Inom den första diagnosgruppen, slaganfall, har studier inkluderats där datainsamlingen skett fr o m 1965. Inom den andra diagnosgruppen, kranskärlo-sjukdom, har gränsen satts senare, från 1975, eftersom skillnaderna i både diagnostik och behandling från tiden före 1975 jämfört med nuvarande praxis innebär att en jämförelse med tidigare studier blir mindre relevant.

I de flesta studier om frånvaro från arbete efter slaganfall och kranskärslsjukdom har fokus varit på ”return to work” snarare än på sjukfrånvaro. Termen implicerar att endast de som var i arbete innan slaganfall eller hjärtinfarkt beaktas. Vi har ej inkluderat studier där det inte gått att särskilja sjukfrånvaro/förtidspension från annan typ av orsak till att inte vara i arbete, och inte heller studier där det inte gått att skilja på data för personer som varit i arbete före sitt slaganfall och de som inte var det. I texten redovisas endast resultat för yrkesverksamma, även om äldre personer, enligt tabellerna, ingår i studien.

Sjukskrivning vid slaganfall

Slaganfall (stroke) är en av våra stora folksjukdomar. Årligen drabbas cirka 25 000 människor i Sverige. Slaganfall är samlingsnamn för infarkt i hjärnan (cirka 85 procent), intracerebrala blödningar (cirka 10 procent) samt subaraknoidala blödningar (cirka 5 procent). Mer än 80 procent av de som drabbas av slaganfall är över 65 år [42]. Akut sjukdom i hjärnans blodförsörjning kan medföra betydande invaliditet i alla åldrar och långvarig sjukskrivning när det drabbar personer i arbetsför ålder. Incidensen av slaganfall bland personer <65 år är 50 per 100 000 invånare.

Vid genomgången av studierna har, där det var möjligt, gjorts en uppdelning i blödningar, framför allt subaraknoidala blödningar (SAH, grupp A) och cerebral infarkt (ischemiskt slaganfall, grupp B). I studier med blandade material (SAH och ischemiskt slaganfall) har data från de olika diagnosgrupperna analyserats separat.

Relevans- och kvalitetsbedömning

Av de 64 publikationer om sjukfrånvaro efter slaganfall som vi identifierat bedömdes 33 vara relevanta, dvs uppgifter om sjukskrivning och/eller återgång i arbete redovisades. Sjukfrånvaron diskuterades eller definierades dock sällan, snarare var det begreppet ”återgång i arbete” som användes. Inga randomiserade kontrollerade studier för att kartlägga effekten av behandling eller annan intervention på sjukskrivningen identifierades.

Vid kvalitetsgranskningen utifrån de kvalitetskriterier som tagits fram (Kapitel 2) befanns nio av dessa studier [11,17,19,23,25,27,29,35,43]

ha en begränsad kvalitet (Tabell 8.1) och en studie ha måttlig kvalitet [36], medan kvaliteten i de övriga 23 studierna var otillräcklig i förhållande till litteraturgenomgångens syfte.

Resultat

Grupp A: Subaraknoidala och intracerebrala blödningar (Tabell 8.1)

Fyra studier, samtliga prospektiva kohortstudier varav en av måttlig och tre av begränsad kvalitet, har identifierats [11,17,27,36]. Patienterna (totalt 753) i studierna har erhållit antingen konservativ terapi, kirurgisk behandling eller båda delarna. Den genomsnittliga uppföljningstiden varierade från 6 till 66 månader. Medelåldern var i de flesta studierna omkring 50 år. I gruppen överlevande patienter med SAH, där ingen hänsyn hade tagits till funktionsnivå vid utskrivningen kunde i allmänhet två av tre patienter återgå i arbete under det första året efter insjuknandet, större andel ju yngre patienterna var [11,27,36]. En 38-procentig återgång redan efter tre månader rapporterades [11]. Kognitiva störningar redovisades i samtliga studier och utgjorde hinder för återgång i arbete.

En detaljerad analys av faktorer som påverkar sjukskrivningen rapporterades bland medelålders patienter (40–49 år) i Japan [36]: i denna studie av måttlig kvalitet fann man att 77 procent av männen och 62 procent av kvinnorna var åter i arbete ett år efter subaraknoidalblödningen. Åttio procent av ingenjörerna och personer inom jordbruk och fiskeri-näring återgick i arbete, av personer inom transport och kommunikation endast 20 procent. En sämre ADL-status (aktiviteter i det dagliga livet) vid utskrivningen bidrog vanligtvis till en långtidssjukskrivning. Kognitiva störningar var korrelerade till att inte ha återgått i arbete.

I de studier där SAH ingår [25,29,43] bl a slaganfall, går resultaten i samma riktning som för dessa fyra studier. Lokaliseringen av blödningen påverkade prognosen: personer med ett brustet kärl i hjärnstammen hade längst sjukskrivning.

Evidens

Bedömningen av evidens baseras på en studie av måttlig kvalitet, tre studier av bedömd begränsad kvalitet. Merparten av de personer i yrkesverksam ålder som överlever en SAH är tillbaka i arbete inom ett år. Antalet studier är emellertid för få för att ge vetenskapligt stöd åt evidens.

Grupp B: Ischemiskt slaganfall (Tabell 8.1)

Sex studier bedömdes ha en tillräcklig men begränsad kvalitet [19,23, 25,29,35,43], de flesta var prospektiva kohortstudier, sammanlagt ingick 917 patienter. I dessa studier behandlades patienterna med konservativ terapi, då kirurgi ej var aktuellt i dessa grupper. Uppföljningstiden varierade från 12 till 212 månader efter insjuknandet.

Studien med längst uppföljning omfattade 74 svenska patienter <40 år där 73 procent av gruppen var åter i arbete efter i genomsnitt 51 månader [19]. Studien baserades på patienter från 1960- och 1970-talet. Liknande och jämförbara resultat men efter kortare uppföljning (i medel 32 månader) har beskrivits av Neau et al [35] bland franska yngre patienter från 1990-talet: 71 procent åter i arbete. Patienterna var i genomsnitt sjukskrivna i åtta månader. För en fjärdedel krävdes anpassning av arbetet. Depressiva besvär förekom ofta.

Saeki et al [43] fann att 58 procent av slaganfallspatienter i Japan kunde återgå i arbete men att patienter med kroppsarbete eller med kvarstående pareser hade svårighet att återkomma till arbetet. Kotila et al [25] bekräftade att kvarstående neurologiska deficit (förlust av intelligens och minne) och sociala faktorer (ensamboende) var relevanta prediktorer för att inte kunna återgå i arbete. I USA fann Howard et al [23] att av slaganfallspatienter som var under 65 år hade 28 procent återgått i arbete, av de över 65 år 9 procent, vid en 12-månadersuppföljning. En logistisk regressionsanalys av data visade att låg ålder, god funktionsförmåga innan utskrivning från sjukhuset, tjänstemannayrke, och slaganfall i höger hjärnhalva innebar högre chans för återgång i arbete.

Diskussion

Litteraturgenomgången har visat att fler än hälften av personer under pensionsåldern och som överlevt ett ischemiskt slaganfall återgick i

arbete under det första året efter insjuknandet. En studie visade att var fjärde patient behövde anpassning av arbetet [35]. Prediktorer för att inte återgå i arbete omfattar högre ålder, kvinnligt kön, slaganfall i vänster hemisfär, större grad av hemiplegi, lägre funktionsnivå (ADL) och störd kognitiv kapacitet. Andra sådana faktorer är lägre utbildningsnivå och begränsade förutsättningar för anpassning på arbetsplatsen [43]. Depression är vanligt förekommande [35]. Endast i få studier [23,25,29,43] har slaganfallsdrabbade i åldersgruppen 45–65 år inkluderats, trots att det är i denna grupp de flesta slaganfallspatienter i arbetsför ålder finns. Prognosen vad beträffar återgång i arbete förefaller vara mindre gynnsam i högre åldersgrupper.

Evidens

Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att fler än hälften av personer i yrkesverksam ålder återgår i arbete efter ett ischemiskt slaganfall (Evidensstyrka 3).

Diskussion

En betydande del av publikationerna har identifierats genom referenslistor i andra artiklar snarare än via sökning i litteraturlatabaser. ”Return to work”, snarare än sjukfrånvaro har varit det sökord som gett flest träffar. Här skiljer sig detta diagnosområde avsevärt från de övriga två som fokuserats i denna rapport, muskuloskeletala respektive psykiska sjukdomstillstånd. Utgångspunkten är något annorlunda för denna diagnosgrupp: Samtliga personer som fått ett slaganfall diagnostiserat har, om de varit sjukpenningförsäkrade, sjukskrivits. Det innebär att det inte är fruktbart att studera orsaksfaktorer till denna sjukskrivning, eftersom dessa torde vara samma som orsaksfaktorerna bakom det aktuella slaganfallet, och omöjliga att skilja från dessa. Detta bör sannolikt vara anledningen till att fokus snarare har varit på återgång i arbete. Andra utfallsmått kunde ha varit andelen som får hel eller partiell förtidspension eller blir långtidssjukskrivna.

I flera studier har återgång i arbete inte varit fokus i studien, utan ett bifynd. Detta är i sig problematiskt eftersom det kan finnas en stark publikationsbias avseende vilka bifynd man väljer att inkludera. Trots den begränsade vetenskapliga kvaliteten och den metodologiska svårigheten att jämföra mellan patientgrupperna framkommer vid en första

bedömning, något oväntat, en ljus bild av prognosen för de yngre patienterna: två utav tre återvänder till arbete, oftast inom det första halvåret, efter att ha drabbats av slaganfall. Endast var fjärde patient har behövt anpassning av arbetsplatsen och fler än hälften är även på längre sikt kvar i ett förvärvsarbete. Utfallet förefaller vara klart bättre än den i sjukvården förhärskande uppfattningen, möjligtvis då det kliniska intrycket av slaganfall präglas av mer handikappade äldre patienter.

Det finns en tendens till skillnad i resultat mellan studier från Europa och USA (en studie): andelen som återgår i arbete är lägre i USA. Skillnader i rehabilitering, åtgärder på arbetsplatsen, attityder, förvärvsfrekvens, försäkringssystem och arbetsmarknad kan vara en möjlig förklaring.

Vid en närmare analys är bilden mörkare: många patienter uppger en sämre eller till och med dålig livskvalitet, där ett för omgivningen dolt handikapp är centralt: nedsatt kognitiv förmåga, kvarstående neurologiska bortfall. Åtskilliga patienter drabbas av depression och av påfrestningar inom äktenskapet vilka kan leda till skilsmässa. Vänskretsen kan minska och patienten bli alltmer socialt isolerad.

Studierna är mycket allmänna. För att resultaten skulle vara användbara hade mer information behövts. Det finns till exempel fyra subgrupper av tromboembolisk slaganfallsjukdom, baserat på vilket kärlterritorium som är drabbat och till vilken grad. Uppgifter om hur sjukskrivningen varierar beroende på typ av slaganfall hade varit värdefull. Över huvud taget är de flesta studierna deskriptiva på en övergripande nivå, och kan snarare inspirera till fortsatta studier inom området än ge underlag för kliniska åtgärder.

Rehabilitering efter slaganfall förekommer i Sverige vid många sjukhus och vid ett antal rehabiliteringscentra. Inriktningen är att hjälpa patienten att återfå ett självständigt och värdigt liv utan att vara beroende av hjälp från omgivningen eller vården. Det finns många individuella exempel på goda resultat av dessa insatser för yrkesinriktad rehabilitering. Men det saknas fortfarande välgjorda studier som utvärderar olika metoder för att begränsa sjukskrivningen och bistå patienten att både återvända till och stanna kvar i ett förvärvsarbete. Dessa studier bör inkludera ej selekterade konsekutiva patientgrupper, där intervention värderas i en randomiserad design.

Slutsats

Graden av handikapp för personer i arbetsför ålder som drabbats av slaganfall varierar från i det närmaste symtomfrihet till ett liv på en vårdinrättning. Det saknas vetenskaplig evidens om patientanpassade metoder för att påverka återgång i arbete i relation till graden av det kvarstående funktionshindret.

Få studier finns om sjukfrånvaro och återgång i arbete efter slaganfall. De flesta är rent deskriptiva. Dessa ger ett begränsat vetenskapligt stöd för att fler än hälften av patienter i yrkesverksam ålder efter ischemiskt slaganfall återgår i arbete.

Sjukskrivning vid kranskärlssjukdom

Kranskärlssjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sverige både bland kvinnor och män. Diagnostik och behandling, både med kranskärls-ingrepp och med läkemedel, har förbättrats markant sedan 1960-talet.

Kranskärlskirurgi (CABG) har blivit en etablerad behandlingsmetod, som även används för patienter i hög ålder, men antalet operationer har under senare år kunnat begränsas tack vare att allt fler kan behandlas genom kranskärlsvidgning med ballongkateter (PCI). Nya PCI-tekniker med implantering av stent (ett nätformat rör som motverkar kollaps av ett vidgat kranskärl) har givit bättre medicinska resultat.

Även behandlingen med läkemedel har givit nya möjligheter där introduktionen av blodproppslösande medicin (fibrinolys) på 1980-talet blev startpunkten för en framgångsrik akut hjärtvård. Numera får en betydande del av hjärtinfarktpatienter i Sverige fibrinolys redan innan ankomst till sjukhuset.

Kunskapen om riskfaktorernas betydelse, såsom rökning, högt blodtryck, lipidrubbningar och bristande fysisk aktivitet har skapat ett växande engagemang i den förebyggande hjärtvården såväl innan som efter att sjukdomen har manifesterats. De flesta koronarpatienter behandlas med ett flertal läkemedel samtidigt, såsom acetylsalicylsyra, betablockerare, statiner, och ACE-hämmare. I Sverige finns på de flesta sjukhus välfungerande eftervårdsprogram där olika insatser för att uppnå en

hjärt-kärlskyddande livsstil kombineras: fysisk träning, information till patienter och anhöriga, kostrådgivning, rökavvänjning och särskilda kurser för att motverka stress. Specialutbildade sjuksköterskor (kronarsköterskor) samordnar dessa insatser.

Utvecklingen inom prevention och behandling har bidragit till en markant minskning av förtida dödsfall, till färre patienter i arbetsför ålder med hjärtsviktsrelaterat funktionshinder och till en allt högre ålder vid sjukdomens debut. Har denna utveckling påverkat sjukskrivningen och dess praxis i Sverige?

Relevans- och kvalitetsbedömning

Vid granskning av cirka 460 publikationer bedömdes 104 vara relevanta, samtliga finns i referenslistan. Vid kvalitetsgranskning av dessa bedömdes tre studier ha en måttlig kvalitet [1,34,41] och 32 stycken en begränsad kvalitet, med hänsyn till genomgångens syfte. Dessa studier redovisas här uppdelade i två grupper, de som avser patienter efter hjärtinfarkt och de som avser patienter som genomgått ett kranskärlsingrepp (PCI, CABG). De flesta studierna hade en prospektiv kohortdesign men det fanns även flera randomiserade kontrollerade studier och fall-kontrollstudier.

Resultat

Sjukskrivning bland hjärtinfarktpatienter (Tabell 8.2)

Fjorton studier bedömdes ha tillräcklig kvalitet, i samtliga ligger tyngdpunkten snarare på återgång i arbete än på sjukskrivning. Studierna kan indelas i tre grupper: deskriptiva, analytiska och interventionsstudier. Två studier [4,18] beskriver utfallet under det första året efter infarkten, sex studier [30,31,39,46–48] kartlägger prediktorer för återgång i arbete, sex studier [2,7,9,13,16,40] beskriver utfallet av interventioner med syfte att begränsa sjukfrånvaron.

Utfallet efter hjärtinfarkt: Herlitz et al [18] undersökte i en prospektiv kohortstudie samtliga patienter <65 år med hjärtinfarkt vårdade vid Sahlgrenska sjukhuset och som var i hel- eller deltidsarbete före infarkten. Man fann att 37 procent hade återgått till heltidsarbete och 12 procent till deltidsarbete ett år efter hjärtinfarkten. Högre ålder och större hjärtinfarkt påverkade utfallet negativt.

Boudrez et al [4] fann att bland samtliga män <60 år som fått hjärtinfarkt i den belgiska staden Gent, förblev endast ett fåtal långtidssjukskrivna till följd av hjärtsjukdomen. Under loppet av det första året hade 85 procent återupptagit arbetet.

Prediktorer för återgång i arbete: Maeland et al [30,31] följde 249 konsekutiva hjärtinfarktpatienter <67 år under ett halvt år efter insjuknandet: 25 procent var fortfarande sjukskrivna. De kunde visa att följande sociala och psykologiska faktorer hade negativ betydelse för möjligheten att återgå i arbete: högre ålder, låg utbildning, bostadsort (sämre i glesbygd), stress på arbetsplatsen samt ångest, depression och bristande självtillit under vårdtiden. Wiklund et al [48] visade i en kohortstudie av 201 manliga infarktpatienter <60 år, som var i arbete innan infarkten, att patientens motivering att återuppta arbetet var den viktigaste prediktiva faktorn. Ingen skillnad mellan olika åldersgrupper fanns men patienter med fysiskt ansträngande arbete återgick i mindre utsträckning i arbete än patienter med lättare arbetsuppgifter. Sjukskrivningens längd var i genomsnitt 16 veckor i denna kohort. Studien genomfördes innan behandling med fibrinolyserande substanser fanns tillgänglig.

Från tiden efter att denna behandling hade introducerats rapporterades liknande fynd vad beträffar sjukskrivningens längd och prediktorer: i en studie från Nya Zeeland av förstagångsinfarktpatienter var 58 procent av patienterna <65 år åter i arbete efter ett halvt år [39]. Patientens uppfattning att sjukdomen utgjorde ett hinder för återgång i arbete predicerade längre sjukskrivning. Soejima et al [47] visade att 83 procent av manliga japanska hjärtinfarktpatienter <65 år var åter i arbete efter åtta månader. Förekomst av depression under vårdtiden och bekymmer över den egna hälsan var prediktiv för minskad återgång i arbete. Smith et al [46] fann i en studie från USA, att personer med högre socioekonomisk status hade större chans att återgå i arbete. I studien återgick 72 procent av samtliga patienter <70 år i arbete, högre antal bland de med hög socioekonomisk status.

Interventioner: Kan man genom olika former av rådgivning och stöd efter infarkten minska sjukskrivningslängden och andelen som inte återgår i arbete? Dennis et al [9] undersökte i en randomiserad kontrollerad studie om riktad sjukskrivningsrelaterad rådgivning av en hjärtspecialist på ett universitetssjukhus till patientens familjeläkare kunde förkorta sjukfrånvaron. I gruppen med rådgivning redovisades en sjukskrivningstid av i medeltal 51 dagar kontra 75 dagar i kontrollgruppen, vilket medförde en ekonomisk behållning av 2 102 USD per patient. När samma försök upprepades av ej sjukhusbaserad kardiolog kunde resultaten inte reproduceras, sannolikt till följd av den selekterade lågriskpopulationen; de flesta återgick i arbete inom kort tid [40].

Studier av olika former av kombinerade hjärtrehabiliteringsprogram har publicerats, där patient- och anhöriginformation, fysisk träning, rökavvänjning och regelbunden kontakt med en koronarsköterska är den gemensamma nämnaren. Bengtsson [2] kunde i en randomiserad studie från Göteborg inte påvisa minskning av sjukfrånvaron i studiegruppen: 73 procent i studiegruppen och 75 i kontrollgruppen var i arbete ett år efter insjuknandet. Hedbäck et al [16] fann ej heller någon effekt av programmet efter det första året vid jämförelse mellan en konsekutiv studiegrupp och en kontrollgrupp (62 vs 57 procent), trots att regelbunden kontakt med arbetsplatsen förekom för att begränsa sjukskrivningens längd. Däremot blev därefter alltför i kontrollgruppen sjukskrivna och vid en femårsuppföljning var signifikant fler kvar i arbete bland deltagarna i programmet (52 procent) jämfört med 27 procent i kontrollgruppen.

Froelicher et al [13] erbjöd tre olika alternativ för eftervården: deltagande i fysisk träning i grupp, fysisk träning inklusive rådgivning eller endast gängse eftervård. I denna studie från USA förblev endast få sjukskrivna, 94 procent var åter i arbete redan efter sex månader oberoende av utformningen av eftervården.

Litteraturgranskningen har visat att minst hälften av patienter efter hjärtinfarkt kan återgå i arbete. Några studier visade att sjukskrivningens längd främst påverkas av psykologiska och sociala faktorer såsom depression, dåligt självförtroende, låg utbildningsnivå, fysiskt krävande arbete och vantrivsel på arbetsplatsen. Utfallet av interventioner såsom olika eftervårdsprogram och rådgivning är osäkert vad beträffar återgång i arbete.

Evidens

Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att majoriteten av patienterna som överlevt en hjärtinfarkt är tillbaka i arbete inom det första året efter infarkten (Evidensstyrka 3).

Sjukskrivning bland patienter efter PCI eller CABG (Tabell 8.3)

Tjugoen relevanta studier identifierades inom området sjukskrivning/återgång i arbete bland patienter efter dessa två typer av kranskärls-ingrepp. Liksom i hjärtinfarktstudierna finns tre huvudgrupper: deskriptivt, prediktivt och interventionellt, både vad beträffar typ av kranskärls-ingrepp och eftervård. I tre studier [34,37,45] beskrivs utfallet under det första året efter ingreppet, sex studier [3,6,8,12,14,28] undersöker prediktorer för arbetsåtergång efter interventionen. I sju studier [1,20,22,26,32,33,41] jämförs resultaten mellan patienter efter PCI eller CABG och i fyra studier [5,10,21,38] beskrivs utfallet av rehabiliteringsprogram. En studie jämför olika strategier vid akuta koronara syndrom [24].

Utfallet efter CABG/PCI: Två studier beskriver utfallet efter kirurgi: i en femårsuppföljning av en kohort på 123 CABG-patienter i England fann Skinner et al [45] att 84 procent var åter i arbete ett år efter operationen. Hälften (49 procent) var fortfarande kvar i arbete efter fem år. En större andel sjukskrivna bland CABG-patienter <45 år beskrevs av Noyez et al [37] i Nederländerna: 60 procent var efter ett år i arbete. Inga särskilda åtgärder vidtogs för att påverka sjukskrivningen.

Kranskärlsvidgning: Bland patienter efter okomplicerat PCI i Australien var 73 procent redan i arbete inom 6–8 veckor med en mediantid för sjukskrivning av 25 dagar [34]. Efter ett år var 79 procent av samtliga patienter fortfarande kvar i arbete.

Prediktorer: Vilka faktorer predikterar sjukskrivningens längd efter PCI respektive CABG? Två studier har visat samstämmiga fynd: enligt Lundbom et al [28] predikterar högre ålder, lång duration av sjukdomen före ingreppet, tidigare genomgången hjärtinfarkt och fysiskt tungt arbete lång sjukskrivning efter ingreppet. Patienter som återgick i arbete hade en signifikant kortare väntetid och sjukskrivning innan operationen än patienter som blev förtidspensionerade, trots att detta inte kunde

förklaras av en selektionseffekt, dvs de mer arbetsföra patienterna fick ingen förtur i väntelistan. Caine et al [8] visade att vid en väntan längre än sex månader kommer mer än hälften av patienterna att hamna utanför arbetsmarknaden efter PCI/CABG.

Boudrez et al [3] visade att patientens motivering att återgå i jobb och övertygelsen att kunna klara detta hade störst betydelse för återgången i arbete. I denna studie återgick patienter i genomsnitt efter 15 veckor i arbete.

Ur de övriga studierna efter CABG, Bryant et al [6], Gehring et al [14] framkom att lägre utbildningsnivå, kvinnligt kön och dåligt självförtroende spelar en negativ roll.

Efter lyckad PCI visade Fitzgerald et al [12] att 59 procent av 82 patienter var i arbete redan efter en månad, 87 procent efter ett år. Även här var patientens egen önskan att återuppta det tidigare jobbet av avgörande betydelse: trots ett lyckat ingrepp och god fysisk prestationsförmåga saknade de patienter som var fortsatt sjukskrivna självförtroende vad beträffar deras möjlighet att återvända till jobbet.

Skillnader mellan PCI och CABG: I två randomiserade kontrollerade studier, RITA [41] och BARI [1], har man försökt besvara frågeställningen om dilatation var att föredra istället för kirurgi med avseende på sjukskrivningens längd. Från BARI-studien i USA beskrev Hlatky et al [20] en 82-procentig återgång i arbete i såväl PCI- som CABG-gruppen, dock hade patienter efter PCI en avsevärt kortare sjukskrivning: fem kontra elva veckor. Vid en femårsuppföljning fanns inga skillnader mellan grupperna fastän hälften av personerna i PCI-gruppen hade då även genomgått en CABG [1].

I RITA studien från England rapporterade Pocock et al [41] liknande resultat trots vissa skillnader i inklusionskriterier jämfört med BARI-studien: ingen skillnad i antalet patienter som återgått i arbete från fem månader upp till tre år efter ingreppet, men initialt en kortare sjukskrivning i PCI-gruppen: 25 respektive 39 procent åter i arbete efter en, respektive två månader vs 9 procent efter två månader i CABG-gruppen.

Förutom dessa två randomiserade studier finns ytterligare fyra studier där man jämförde PCI och CABG, dock utan randomisering: I USA jämförde Holmes et al [22] utfallet efter koronarangiografi där behandlingen var endera PCI, CABG eller endast läkemedel, beroende på indikation och koronar anatomi. Ingen skillnad fanns mellan dessa tre alternativ: 62–70 procent var åter i arbete efter 18 månader. Ur ett svenskt perspektiv var de korta sjukskrivningstiderna anmärkningsvärda: i medeltal 7 dagar efter lyckad PCI, 73 dagar efter CABG och 13 dagar för gruppen med endast konservativ behandling.

I en liknande studie från USA, Mark et al [32] av en grupp om 1 252 konsekutiva patienter <65 år hade 76–84 procent återgått i arbete ett år efter ingreppet. Korta sjukskrivningar redovisades: 18 dagar efter PCI, 54 dagar efter CABG och 14 dagar efter konservativ behandling.

Från Europa beskrev Laird-Meeter et al [26] en hög återgång i arbete i Nederländerna bland manliga PCI- och CABG-patienter <60 år: 96 vs 83 procent efter ett år.

McGee et al [33] fann i Irland en kohort av konsekutiva patienter en 68 procent återgång i arbete i PCI-gruppen, 59 procent i CABG-gruppen 6–18 månader efter interventionen: fler PCI-patienter var tidigt (efter åtta veckor) åter i jobb: 39 kontra 12 procent. Inte i någon av dessa fyra studier redovisades särskilda insatser utöver PCI/CABG för att påverka sjukskrivningens längd. Sannolikt är sjukskrivningen i Sverige betydligt längre än i ovanstående material men aktuella diagnosspecifika data saknas. I FRISC II-studien undersökte Janzon et al [24] utfallet av tidig invasiv vs konservativ strategi vid instabil koronar sjukdom: en större andel av patienterna genomgick PCI eller CABG, varvid sjukskrivningens medellängd för patienter som var i arbete innan ingreppet uppgick till 102 respektive 122 dagar.

Interventioner: Hjärtrehabilitering, särskilt fysisk träning, bidrog till att patienterna återfick en god fysisk arbetskapacitet vid arbetsprov (gångmatta, testcykel) efter CABG och en bättre livskvalitet, men effekten på återgång i förvärsarbete varierade: Boulay et al [5] kunde i en studie från Kanada inte finna någon skillnad mellan hjärtrehabilitering inklusive fysisk träning och gängse vård: 92 vs 89 procent av män <60 år återgick

i arbete. Perk et al [38] rapporterade en svensk fall–kontrollstudie av en konsekutiv post-CABG population där patienterna deltog i ett tremånaders träningsprogram på submaximal belastningsnivå kombinerad med ett hemträningsprogram. Trots skillnader i fysisk prestationsförmåga och färre återinläggningar på sjukhus i studiegruppen fanns ingen skillnad i andel som återgått i arbete ett år efter operationen. Engblom et al [10] utvärderade ett liknande program i Finland i en randomiserad kontrollerad studie: han fann inga signifikanta skillnader för hela kohorten (56 vs 38 procent), men en skillnad för patienterna som var <55 år till fördel för de som deltog i rehabiliteringen.

Nyligen har rehabilitering på särskild institution efter PCI studerats i en randomiserad kontrollerad studie av Hofman-Bang et al [21] där 46 patienter behandlades med ett intensivt institutionsbaserat program för livsstilsändring. Dessa jämfördes med 41 kontrollpatienter som erbjöds gängse vård: trots positiv effekt på riskfaktorer fanns ingen skillnad i arbetsåtergång: 74 vs 78 procent.

Samtliga studier visar att merparten av patienterna kan återgå i arbete efter kranskärlsintervention. I två randomiserade kontrollerade studier och i de fyra övriga jämförande studierna fann man att PCI på kort sikt möjliggör betydligt kortare sjukskrivning än CABG. På längre sikt fanns dock ingen skillnad mellan dessa behandlingsalternativ. Bland prediktorerna förblev efter multivariat analys patientens motivation den viktigaste faktorn för återgången i arbete. Inga studier av hjärtrehabiliteringsprogram har visat effekt på sjukskrivningens längd.

Evidens

Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att flertalet patienter efter PCI eller CABG återupptar arbetet och för att sjukskrivningstiden direkt efter behandling med PCI är kortare än efter CABG men på längre sikt lika (Evidensstyrka 3).

Diskussion

Allmänt

När det gäller de studier som inte bedömdes ha tillräcklig kvalitet, såväl inom slaganfallsområdet som inom diagnosgruppen kranskärlssjukdom, kan följande anföras om metodologiska brister:

Studiedesignen har i första hand varit inriktad på att beskriva ett medicinskt förlopp, inte att studera typ och längd av sjukskrivning. Studiepopulationen var ofta selekterad utifrån ålder, kön, ADL-förmåga vid utskrivning (slaganfall) samt typ av sjukhus eller rehabiliteringsklinik. Uppföljningstiden har ofta varierat mellan individerna i samma studie och i de flesta studierna har återgång i arbetet endast varit ett perifert resultat, ej ett huvudfokus i studien. Detta innebär att datainsamlingsmetod, definition av mått och analysmetod vad gäller sjukfrånvaro och återgång i arbete vanligtvis har varit bristfällig. Särskilt i studier där data insamlats med enkäter var utfallet sällan adekvat då, inom samma studie, tiden mellan insjuknande och enkätsvar för de olika patienterna kunde skilja sig från några dagar till flera år.

Bortfallet var ofta stort och ofullständigt redovisat. Primärt bortfall redovisades sällan, det sekundära bortfallet beskrevs i allmänna termer, inga detaljer gavs. Selektionseffekter och deras eventuella betydelse för bias har sällan redovisats. I vissa studier exkluderades t ex studerande eller hemmafruar, i andra inkluderades endast de som var heltidsarbetande innan insjuknandet.

Uppgifter om sjukskrivningens längd och grad saknades liksom i de flesta artiklarna en beskrivning av insatser för att påverka eller förkorta sjukskrivningen. Ofta var det oklart huruvida de som ej befann sig i arbete var sjukskrivna, arbetslösa, ålderspensionerade eller hemarbetande. Skillnader i sjukförsäkring, pensionsförmån m m gjorde en jämförelse mellan studier vanskelig. Samband mellan grad av invaliditet och sjukfrånvaro analyserades sällan. Precisionen i studierna har varierat.

Hjärtsjukdom, både medicinska och sociala landvinningar?

I inledningen ställde vi frågan om kardiologins landvinningar inom prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering under perioden

sedan 1975 har lett till förändringar i sjukskrivningen för patienter med hjärtsjukdom. Granskningen av litteraturen har visat att återgången i arbete har varit i stort sätt oförändrad under hela perioden. I allmänhet har endast var tredje till var fjärde överlevande patient som var i arbete innan insjuknandet ej kunnat återgå i arbete efter hjärtinfarkt, PCI eller CABG men det är oklart om patienterna har kunnat hålla sig kvar i arbete på längre sikt, då uppföljningstiden ofta är relativt kort.

Det förbättrade akuta omhändertagandet har förbättrat den medicinska prognosen men den sociala prognosen, dvs chansen att återuppta arbetet, förefaller inte ha ändrats. Dessutom har detta knappast studerats under senare år. PCI har visserligen bidragit till kortare sjukskrivningar men vid längre uppföljning har den gett samma resultat som efter kranskärlskirurgi.

Merparten av de inkluderade studierna härstammar från 1980-talet och början av 1990-talet. Under senare år tycks antalet vetenskapliga studier inom området ha minskat trots att denna åkomma svarar för en betydande del av sjukfrånvaron i Sverige. Det kan finnas flera orsaker till detta. Våra sökstrategier kan ha varit otillräckliga eller denna typ av studier har inte accepterats av vetenskapliga tidskrifter. Har den högre åldern vid sjukdomsdebuten och det ökade antalet äldre hjärtpatienter bidragit till detta?

Prediktorer för återgång i arbete

Flera studier har fokuserat på betydelsen av faktorer som kan förutsäga återgång i arbete. Som fysiska prediktorer finns infarktstorleken, förekomsten av komplikationer under vårdtiden, angina pectoris och hjärtsvikt efter vårdtiden. I statistisk bearbetning har man endast funnit en måttlig korrelation mellan olika mått för sjukdomens svårighetsgrad och återgången i arbete. Psykosociala faktorer har haft större betydelse, såsom förekomst av depression under och efter vårdtiden, dåligt självförtroende eller en låg uppfattning om den egna prestationsförmågan, bristande vilja att återuppta arbetet.

Bland undersökta demografiska och sociala prediktorer finns ålder, kön, utbildningsnivå och bostadsort samt olika arbetsrelaterade faktorer. Studierna är dock för få för varje faktor för att kunna ligga till grund för en evidensgradering.

Det finns vissa skillnader mellan prediktorer för infarktpatienter och PCI/CABG-patienter: för merparten av infarktpatienterna debuterar sjukdomen akut utan föregående sjukskrivning. En del av PCI/CABG-patienter har ett icke akut insjuknande varvid risk finns för längre väntetider på kranskärlsröntgen och påföljande ingrepp. Väntetidens längd har visat sig ha betydelse.

Sjukskrivningens längd: praxis och möjlighet till påverkan

Sjukskrivningspraxis för hjärtpatienter varierar stort mellan olika länder vilket kan bero på olika faktorer, såsom olika utformning av sjukförsäkringen, arbetsmarknadens villkor men även läkarnas tradition att sjukskriva. I Sverige förefaller läkare rutinmässigt sjukskriva hjärtpatienter längre än i andra länder: minst tre månaders sjukskrivning efter en hjärtinfarkt eller CABG är vanligt, knappast kortare efter PCI [24]. I flera europeiska länder och USA ligger sjukskrivningens medianlängd på 60 dagar [44] efter hjärtinfarkt eller CABG, efter PCI blir sjukfrånvaron högst några enstaka veckor. Finns det rimliga förklaringar för den relativt långa sjukskrivningen i Sverige, såsom väntetider innan PCI/CABG? Finns det hinder mot att man i Sverige följer praxis i andra europeiska länder och finns det behov av tydligare riktlinjer för sjukskrivning av hjärtpatienter? Enligt en rapport från Socialstyrelsen [15] finns det t ex stora regionala skillnader i hur länge personer är sjukskrivna efter en hjärtinfarkt, skillnader som inte kan förklaras av skillnader i sjuklighet.

Slutsats

Efter kranskärlssjukdom återupptar merparten av patienterna sitt tidigare arbete även om åtskilliga lämnar arbetsmarknaden i förtid. Studier saknas som kan ge underlag för åtgärder som kan minska sjukfrånvaron. Dessutom ger litteratursökningen inget stöd för den i internationellt perspektiv relativt långa sjukskrivningen som är praxis i Sverige vid hjärtsjukdom.

Tabell 8.1 Inkluderade studier, slaganfall (stroke).

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsam- lingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Findlay 1998 [11] Kanada	Uppföljning av SAH-patienter med avseende på dödlighet, sjuklighet och invaliditet	Prospektiv kohortstudie 1994–1995	Samtliga patienter med SAH omhändertagna vid region-sjukhus	95	58 (23–74)
Helweg-Larsen 1984 [17] Danmark	Att undersöka prognosen efter intracerebral blödning	Prospektiv kohortstudie 1974–1982	Patienter som behandlats konservativt efter intracerebral blödning	53	54 (10–79)
Hindfelt 1977 [19] Sverige	Uppföljning av yngre stroke-patienter med avseende på dödlighet, sjuklighet och invaliditet	Prospektiv kohortstudie 1965–1975	Stroke, ischemisk	60	16–40
Howard 1985 [23] USA	Vilka faktorer påverkar återgång i arbete	Prospektiv kohortstudie 1968–1973	Stroke, ischemisk	379	Saknas
Kotila 1984 [25] Finland	Att undersöka faktorer som påverkar återhämtning/sjuk-skrivning efter stroke	Prospektiv kohortstudie 1978–1980	Stroke alla: inkl SAH, endast 1-års överlevande	154	61 (17–90)
Lindberg 1992 [27] Sverige	Uppföljning av invaliditet och återgång i arbetet bland långtids-överlevande efter SAH	Prospektiv kohortstudie 1969–1980	Konsekutiv överlevande efter SAH vid ett region-sjukhus	324	50±13
Mackay 1979 [29] England	Konsekvenser för familjen och samhället av stroke bland yngre och medelålders patienter	Prospektiv kohortstudie 1977	All stroke, blandmaterial	90	<65

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Arbetsstatus efter 1 år, uppgifter avseende sjukfrånvaro genom enkät/telefonenkät	Standard-behandling, kirurgisk och/ eller medicinsk	64	38% av samtliga överlevande åter i arbete efter 3 mån, 64% efter 1 år	Begränsad
Uppföljning efter i genomsnitt 4,5 år, kvarstående handikapp och återgång i arbete	Konservativ medicinsk terapi, ingen kirurgisk åtgärd	38	8 helt arbetsföra, övriga sjukskrivna eller förtidspensionerade	Begränsad
Uppföljning efter i genomsnitt 51 månader (3 d–138 m), återgång i arbete bland överlevande vid uppföljningen	Medicinsk standard-behandling	85	35 i heltidsarbete efter i medel 5 månader, 9 i deltidarbete. Ingen av de 44 var beroende av hjälp	Begränsad
Data av 1-års överlevande. Kartläggning av typ av arbete, lokalisering stroke m m	Medicinsk standard-behandling	19	19% åter i arbete efter 3, 6 och 12 månader. Ålder, ras, tidigare arbete och hemisfer avgör resultat (vä sämre)	Begränsad
Uppföljning inkomstdata, 3 och 12 månader: undersökning av neurolog + psykolog	Medicinsk standard-behandling	31	31% åter i arbete vid 3 månader, 55% vid 1 år. Yngre bättre prognos. Kvarstående neurol deficit och sociala faktorer avgör prognosen	Begränsad
Uppföljning efter i genomsnitt 5 år, kvarstående handikapp och återgång i arbete	Standard-behandling, kirurgisk och/ eller medicinsk	57	Kvarstående handikapp vanligt trots normal motorisk och språkfunktion	Begränsad
Uppföljning med besök eller telefon. Ekonomiska data inkluderade	Standard-behandling, kirurgisk och/ eller medicinsk	38	38% hade återgått till arbete. Stroke innebär stora kostnader för samhälle men även stor börda för anhöriga	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.1 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Neau 1998 [35] Frankrike	Att undersöka återgång i arbete, depression och QoL efter stroke bland 15–45-åringar	Prospektiv kohortstudie 1990–94	Stroke, ischemisk	71	15–45
Nishino 1999 [36] Japan	Återgång i arbete efter SAH för medelålders japaner (40–49 år)	Prospektiv kohortstudie 1984–96	Konsekutiv överlevande efter SAH vid ett region-sjukhus	281	40–49
Saeki 1993 [43] Japan	Återgång i arbete efter all typ av stroke, bland japaner under 65 år	Retrospektiv kohortstudie 1986–90	Arbetsför blandat strokematerial	244	<65 (18–64)

QoL = Quality of life

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Uppföljning efter i genom-snitt 32 månader, kvar-stående handikapp och återgång i arbete	Medicinsk standard-behandling	71	73% tillbaka i arbete, men 26% fick anpassat arbete. Åter i arbete i snitt efter 8 månader 30% angav dålig QoL. Depression i 48%	Begränsad
Standardiserad 1-års-kontroll, uppgifter, sjuk-frånvaro genom enkät/telefonenkät	Gängse kirurgisk eller medicinsk behandling av SAH	76% m 62% kv	77% av män, 62% kvinnor åter i arbete. Högre % för personer med högre utbildning eller inom jordbruk	Måttlig
Uppföljning efter i 1–6 år, återgång i arbete	Standard-behandling, kirurgisk och/eller medicinsk	58	58% åter i arbete (59% kv, 57% m), lägre antal bland fysiskt arbete, apraxi eller muskel-svaghet	Begränsad

Tabell 8.2 Inkluderade studier, hjärtinfarkt.

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datansam- lingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Bengtsson 1983 [2] Sverige	Att studera utfallet av ett rehabiliteringsprogram efter hjärtinfarkt	RCT 1973–1975	Infarkt-patienter <65 år	87: 44 vs 43	39–65
Boudrez 1994 [4] Belgien	Återgång i arbete efter hjärtinfarkt bland män	Retrospektiv kohortstudie 1983–1988	Samtliga män ≤60 år i ett regionalt infarktregister	295	m: 57,5 år
Burgess 1987 [7] USA	RCT av psykosocial rehabilitering efter hjärtinfarkt	RCT 1981–1984	Infarktpatienter som arbetade minst 20 t/v innan infarkten	180: 89 vs 91	50,9±7,4
Dennis 1988 [9] USA	RCT av riktad rådgivning baserat på arbets-EKG bland män efter okomplicerad hjärtinfarkt	RCT 1983–1985	Infarktpatienter (män) ≤60, med okomplicerat MI, i arbete innan	201: 102 vs 99	49 resp 50±7
Froelicher 1994 [13] USA	Att jämföra två olika interventioner efter hjärtinfarkt med gängse behandling	Prospektiv rand studie 1977–1979	Samtliga överlevande ≤70 år med hjärtinfarkt	258: 84 vs 88 vs 86	57,1 vs 55,6 vs 56,3
Hedbäck 1987 [16] Sverige	Att jämföra utfallet av ett rehabiliteringsprogram efter hjärtinfarkt med gängse vård	Kohortstudie 1978–1980	Samtliga patienter <65 år intagna för akut hjärtinfarkt	305: 148 vs 157	57,3 vs 57,2
Herlitz 1994 [18] Sverige	Utfall av morbiditet och återgång i arbete 1 år efter hjärtinfarkt	Prospektiv kohortstudie 1986–1987	Samtliga patienter intagna på Sahlgrenska för hjärtinfarkt	921	72, 16–98

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Antal sjukskrivnings-dagar år 1, % återgång i arbete	Kombinerat hjärtrehab-program	85%	Ingen signifikant skillnad i återgång i arbete mellan rehab och kontrollgrupp. I genomsnitt 177 vs 172 dagar hel sjukskrivning, 58 vs 98 dagar deltid	Begränsad
Uppgifter via postenkät 1991. Endast återgång i arbete	60% deltog i ett rehab-program	85%	69% av hela materialet åter i arbete, 85% av de som arbetade innan MI. Få fall av kvarstående sjukskrivning	Begränsad
Antal åter i arbete 3–4 samt 13 månader efter MI. Andelen omplacerade och sjukskrivna	Sjuksköterske-baserat psyko-social inter-vention	88 vs 88%	10% sjukskrivna efter 13 månader, ingen effekt av interventionen	Begränsad
Detaljerade uppgifter om tidpunkten, graden och typ av återgång i arbete 6 månader efter MI. Ekonomiska konsekvenser	Tidigt arbets-prov samt riktade anvisningar om sjukskrivningens längd till primär-vården	91 vs 88 %	Kortare sjukskrivning vid riktad rådgivning till primärvården: 51 vs 75 dagar efter MI åter i arbete: 32% reduktion vilket gav 2 102 USD som extra inkomst i studiegruppen	Begränsad
Återgång i arbete 12 resp 24 veckor efter utskrivning	Fysisk träning, vs fysisk träning + undervisning vs standard-behandling	94%	83% av tidigare arbe-tande åter i arbete vid 12 veckor efter MI, 94% efter 24 veckor. Ingen skillnad mellan grupperna	Begränsad
Återgång vid 1, 2 och 5 år efter infarkt	Kombinerad hjärt-rehab-program vs gångse vård	51,8 vs 27,4%	Ingen skillnad efter 1 år (61,5 vs 56,5%, men efter 2 år 64,9 vs 43,1%) och efter 5 år	Begränsad
Andelen åter i arbete av totala gruppen, och av gruppen <65 år	Medicinsk standard-behandling	49%	Under 65: 37% heltid, 12% deltid. Ålder och infarktstorlek predi-cerar återgång i arbete	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.2 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Maeland 1986 [30] Norge	Återgång i arbete 6 månader efter infarkt i relation till arbete innan, demografiska faktorer och sjukdomens svårighetsgrad	Prospektiv kohortstudie 1978–1980	Konsekutiv grupp patienter efter infarkt <67 år	249	<67
Maeland 1987 [31] Norge	Att undersöka återgång i arbete 6 månader efter infarkt vs psykologiska variabler	Prospektiv kohortstudie 1978–1980	Konsekutiv grupp patienter efter infarkt <67 år	249	<67
Petrie 1996 [39] Nya Zeeland	Återgång i arbete 6 månader efter infarkt i relation till patientens uppfattning och deltagande i hjärtrehabilitering	Prospektiv kohortstudie 1993	Konsekutiv grupp patienter efter första infarkt <65 år	143	53,2+8,4
Pilote 1992 [40] USA	RCT av riktad rådgivning baserat på arbets-EKG bland män efter okomplicerad hjärtinfarkt; rådgivning	RCT 1987–1989	Konsekutiv grupp patienter efter infarkt ≤60 år, i arbete innan infarkten	187: 95 vs 92	50 vs 51 + 6 vs 7
Smith 1988 [46] USA	Att undersöka återgång i arbete 1 år efter infarkt vs arbete innan, demografiska faktorer och sjukdomens svårighetsgrad	Prospektiv kohortstudie 1984–1985	Konsekutiv grupp patienter efter första infarkt <70 år	151	51,2±8

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Återgång i arbete och sjukskrivning 6 månader efter hjärtinfarkt	Medicinsk standard-behandling	72,7%	Bostadsort, ålder, utbildning, stress på jobbet och med komplikationer predicerar återgång i arbete	Begränsad
Återgång i arbete och sjukskrivning 6 månader efter hjärtinfarkt	Medicinsk standard-behandling	72,7%	25% fortfarande sjuk-skrivna. Uppfattning, ångest, depression på sjukhuset prediktor för återgång i arbete	Begränsad
Återgång i arbete och sjukskrivning 3 och 6 månader efter hjärtinfarkt	Deltagande i ett kombinerat rehabiliterings-program	58%	40/105 åter i arbete redan efter 6 veckor, 76 efter 6 månader. Patienternas initiala uppfattning om sjukdomens svårighetsgrad avgör prognosen	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 1, 3 och 6 månader efter infarkten	Tidigt arbetsprov samt riktade anvisningar om sjukskrivningens längd till primärvården	91 vs 95%	Ingen skillnad efter 6 månader, men i interventionsgruppen flera till koronarintervention. Patienter utan restischemi snabbare i arbete (38 dagar) i interventionsgruppen än standard behandling (65 dagar)	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 4 och 12 månader efter infarkten	Medicinsk standard-behandling	72%	Utbildningsnivå, fysiska krav på jobbet, uppfattning om sjukdomen och ekonomiska motiv avgör främst återgång i arbete	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.2 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studiedata Datainsam- lingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Soejima 1999 [47] Japan	Att undersöka återgång i arbete 8 månader efter infarkt i relation till psykologiska och kliniska variabler i Japan	Prospektiv kohortstudie 1992–1996	Förstagångsinfarkt, män ≤65 år, i heltidsarbete innan	134	54,3
Wiklund 1985 [48] Sverige	Att undersöka faktorer som predikterar återgång i arbete 2 och 12 månader efter infarkt	Prospektiv kohortstudie 1978–1980	Manliga patienter <60 år, i arbete innan infarkt	201	<60

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Via postenkät/telefon: återgång i arbete i genomsnitt 8 månader efter infarkten	Medicinsk standard-behandling	82,9%	Ålder, depression, uppfattning om hälsan, svårighet att hantera stress men inte infarktstorlek avgör återgången i arbete	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 2 och 12 månader efter infarkten	Medicinsk standard-behandling	75%	Betydelse av psykologiska faktorer för återgång i arbete. Patienter angav kausalt samband mellan arbete och hjärtinfarkt	Begränsad

Tabell 8.3 Inkluderade studier, PCI; CABG.

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Boulay 1982 [5] Kanada	Att jämföra ett rehabiliteringsprogram vs gängse vård efter CABG, prediktorer för återgång i arbete	Prospektiv kohortstudie 1978–80	Män under 60 år, i arbete innan CABG	121: 59 vs 62	48,4 vs 50,7
Boudrez 2000 [3] Belgien	Att undersöka återgång i arbete 1 år efter CABG i relation till psykologiska, sociala och kliniska variabler	Prospektiv kohortstudie 1995–98	Konsekutiv grupp patienter efter CABG <60 år	137	50±6
Bryant 1989 [6] England	Prediktorer för återgång i arbete efter CABG	Prospektiv kohortstudie 1980-talet	Konsekutiv grupp män efter CABG ≤65 år	79	≤65 år
Caine 1991 [8] England	Prediktorer för återgång i arbete efter CABG	Prospektiv kohortstudie 1982–1984	Konsekutiv grupp patienter efter CABG <60 år	100	51±6
Engblom 1994 [10] Finland	RCT av hjärtrehabilitering vs gängse vård efter CABG med återgång i arbete som huvudparameter	RCT 1986–1987	Konsekutiv grupp män efter CABG <65 år	125: 66 vs 59	52 vs 51±6
Fitzgerald 1989 [12] USA	Prediktorer för tidig återgång i arbete efter förstagångs- och framgångsrik PCI	Prospektiv kohortstudie 1980-talet	Patienter efter lyckad förstagångs-PCI, i arbete innan ingreppet	82	52±9

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Via en undersökning ett år efter CABG	Kombinerad rehabiliterings-program vs gängse eftervård	92 vs 89%	Ingen skillnad mellan grupperna. Längd av sjukskrivning innan CABG, fysisk belastning i arbete, annan sjukdom, utbildning, angina och symtomduration var prediktorer för återgång i arbete	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 12 månader efter CABG	Möjlighet att delta i ett reha-biliteringsprogram (48,5%)	80,8%	Positiv förväntan om arbetet, fysisk belastning, stress och andra somatiska symtom prediktorer	Begränsad
Via patientintervju 3 och 12 månader efter CABG	CABG	57%	37% åter i arbete vid 3 månader, 57% vid 1 år. Arbetet innan CABG och social klass prediktorer	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 3 och 12 månader efter CABG	CABG	73%	Prediktorer: i arbete innan operation, väntetidens längd och kvarstående fysisk begränsning	Begränsad
Via patientintervju 6 och 12 månader efter CABG	Kombinerad rehabprogram (träning, psyko-socialt stöd) vs gängse vård	56 vs 38%	Patientens åsikt om arbetskapacitet, funktionsklass, önskan att återgå och sjukskrivningens längd innan CABG prediktorer	Begränsad
Enkät och patientintervju vid 1 och 6 månader efter PCI	PCI	87%	Vid 1 månad redan 59% åter i arbete, 87% efter 6 månader. Patienter med hög självförlit (self-efficacy) återgått tidigare	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.3 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Fitzgerald 1989 [12] USA	Prediktorer för tidig återgång i arbete efter förstagångs- och framgångsrik PCI	Prospektiv kohortstudie 1980-talet	Patienter med lyckad förstagångs-PCI, i arbete innan ingreppet	82	52±9
Gehring 1988 [14] Tyskland	Prediktorer för återgång i arbete efter CABG	Kohortstudie 1980–1983	Konsekutiv serie av patienter efter CABG, i arbete innan op	249	53,4
Hlatky 1998 [20] USA	RCT av PCI vs CABG bland patienter som hade ett arbete innan ingreppet, subgrupp från BARI	RCT 1988–1991	Patienter som var i arbete innan PCI/CABG	409: 192 vs 217	Saknas
Hofman-Bang 1999 [21] Sverige	Hjärtrehabilitering på särskilt rehabcentrum vs gängse vård efter PCI	RCT 1993–1995	Patienter från en konsekutiv serie lyckade PCI <65 år, i arbete innan ingreppet	87: 46 vs 41	53±7
Holmes 1984 [22] USA	Återgång i arbete i tre grupper post-PCI: lyckad vs ej lyckad med påföljande CABG vs ej lyckad med påföljande konservativ terapi	Kohortstudie 1979–1982	Patienter efter PCI: lyckad vs ej lyckad + CABG vs ej lyckad + med terapi	1 150	53,7
Janzon 2002 [24] Sverige	RCT av invasiv vs ej invasiv behandling vid instabil koronarsjukdom	RCT 1996–1999	Patient med instabil koronarsjukdom: invasiv vs non-invasiv	933: 464 vs 469	37–65

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Enkät och patientintervju vid 1 och 6 månader efter PCI	PCI	87%	Vid 1 månad redan 59% åter i arbete, 87% efter 6 månader. Patienter med hög självtillit (self-efficacy) återgick tidigare	Begränsad
Enkät 16 månader efter angio och i genomsnitt 1 år efter CABG	CABG	44,3%	37% (förtids)pensionerade och 17% sjukskrivna efter 1 år. Prediktorer: symtomfrihet och arbetskapacitet post-op, grad av revascularisering; även arbetsrelaterade faktorer	Begränsad
Under 4 år var 3:e månad detaljerade uppgifter om typ och grad av arbete	PCI versus CABG (del av BARI study)	82 vs 82%	PCI-patienter i genomsnitt tillbaka efter 4,9 veckor vs CABG-patienter efter 10,9 veckor	Begränsad
Patientenkät 1 och 2 år efter randomisering	Vistelse på rehabiliteringscentrum inkl långtidsuppföljning vs gängse vård	74 vs 78%	Efter 2 år: 68 vs 61% åter i arbete. Inga signifikanta skillnader i återgång i arbete eller livskvalitet	Begränsad
Enkät i genomsnitt 18 månader efter PCI	CABG eller konservativ terapi om PCI ej lyckades. Ingen randomisering	70,4 vs 65,4 vs 61,8%	I gruppen <60 år 81–86% åter i arbete. Vid lyckad PCI åter i arbete redan efter i medeltal 7 dagar, efter CABG 73 dagar, efter konservativ terapi 13 dagar	Begränsad
Förlust av arbetsdagar innan återgång i arbete som del i hälsoekonomisk analys	Tidig angio-grafi vs gängse konservativ utredningsgång		Sjukskrivning i genomsnitt 102 dagar för den invasiva delen vs 122 i den konservativa delen	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.3 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsam- lingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Laird-Meeter 1989 [26] Nederländerna	Jämförelse mellan ej randomiserade grupper av PCI och CABG-pati- enter vad beträffar återgång i arbete	Kohortstudie 1983–1984	Män <60 år efter PCI eller CABG	125 vs 94	51 vs 52±6
Lundbom 1992 [28] Norge	Prediktorer för återgång i arbete efter CABG	Prospektiv kohortstudie 1983–1985	Samtliga över- levande CABG- patienter med arbete innan CABG	196	57,8: 36–69
Mark 1994 [32] USA	Observationsstudie av patienter efter koronarangio som behandlades med PCI, CABG eller endast läkemedel	Prospektiv kohortstudie 1986–1990	Konsekutiv grupp för koronar- angio, <65 år, med arbete innan undersökningen	1252: 312 PCI vs 449 CABG vs 491 med	54: 46–60
McGee 1993 [33] Irland	Jämförelse mellan ej randomiserade grup- per av PCI och CABG- patienter vad beträffar återgång i arbete	Prospektiv kohortstudie 1989–1991	Konsekutiv grupp patienter efter PCI vs CABG	119 PCI vs 112 CABG	53,9±7,3 vs 55,9±5
McKenna 1994 [34] Australien	Observationsstudie av patienter efter PCI	Prospektiv kohortstudie 1990–1991	Konsekutiv grupp patienter efter okomplicerad PCI	209	56: 30–78
Noyez 1999 [37] Nederländerna	Långtidsuppföljning av yngre patienter efter CABG	Prospektiv kohortstudie 1989–1995	Konsekutiv grupp patienter efter CABG, <45 år	167	41,7±3

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 1 år efter PCI eller CABG	PCI eller CABG beroende på indikation, ej randomisering	96 vs 83%	53/55 PCI-patienter åter i arbete, 49/59 CABG-patienter. Prediktorer: arbetsförmåga innan PCI/CABG, ålder, kvarstående angina efter op	Begränsad
Medianuppföljning med enkät efter 32 m (19–52)	Standard-behandling	49%	Sjukskrivningens längd och väntetid innan CABG påverkar återgång i arbete, liksom ålder, typ av arbete, sjukhistoriens längd och tidigare infarkt	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 12 månader efter angio	3 grupper: PCI, CABG eller konservativ terapi	84 vs 79 vs 76%	Inga signifikanta skillnader vid ettårsuppföljning. Subgruppsanalys: åter i arbete median 18 dgr efter PCI, 54 dgr efter PCI, 54 dgr efter CABG och 14 dgr för endast medicinsk behandling	Begränsad
Via postenkät/telefon: återgång i arbete 6–18 månader efter op	2 grupper: PCI eller CABG, ej randomiserad	68 vs 59%	Inga signifikanta skillnader men PCI gav högre andel tidigt i arbete: 8 veckor post-op: 39 vs 12%	Begränsad
Hembesök eller postenkät 6–8 veckor efter PCI och 1 år efter PCI	PCI	79%	119 i arbete innan. 73% redan tillbaka i arbete vid kontroll 6–8 veckor; mediantid 25 dgr. Median för återgång till normalt socialt liv 14 dgr	Måttlig
Register, enkät och telefon, uppföljning upp till 10 år	CABG	59,5%	131 i normalt arbete innan, endast 78 av dessa åter i arbete	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 8.3 fortsättning

Författare Publ år [Ref nr] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	n	Medel- ålder Spridning
Perk 1990 [38] Sverige	Fall-kontrollstudie av hjärtrehabilitering efter CABG verige	Fall-kontroll 1980–1985	Konsekutiv grupp patienter efter CABG vs matchade kontrollpatienter från regionen	147: 49 vs 98	57±7 vs 57±7
Pocock 1996 [41] England	Jämförelse återgång i arbete upp till tre år efter PCI eller CABG i en RCT	RCT 1988–1991	Deltagare i RITA-studien: substudie av män ≤60 år. PCI vs CABG	963: 483 PCI vs 480 CABG	<60
Skinner 1999 [45] England	5-årsuppföljning av konsekutiva patienter efter CABG	Prospektiv kohortstudie 1988–89	Konsekutiv serie av patienter efter CABG	353	57,2±7,3
The BARI Investigator 1997 [1] USA	5-årsuppföljning av patienter randomiserad till PCI eller CABG.	RCT 1988–1991	Patienter inkluderade i BARI-studie; endast de som var i arbete innan PCI/CABG	801: 374 PCI vs 427 CABG	61,8 vs 61,1

Typ av sjuk-skrivningsdata	Åtgärd	% åter i arbete	Resultat	Kvalitets-gradering
Data via patient-besök, journaler och enkäter	Kombinerad hjärtrehabilite-ringsprogram vs gängse vård	59 vs 64%	Ingen skillnad mellan grup-perna. I båda grupper lång väntan på CABG samt lång sjukskrivning innan operation	Begränsad
Patientintervju och enkät efter 1, 6, 12, 24 och 36 månader	PCI vs CABG i fall där anatomi var jämför-bar för båda ingrepp	48,2 vs 52,3 %	Ingen skillnad 3 år efter operation. Däremot skillna-der vad beträffar tidig återgång: PCI: 25 resp 39% 1 resp 2 månader post-op; CABG endast 9% 2 månader post-op. Skillnaden borta 5 månader efter op	Måttlig
Patientbesök efter 3, 6, 12 och 60 månader	CABG	84%	123 i arbete innan: 36% tillbaka efter 3 månader, 84% efter 1 år och 49% efter 5 år	Begränsad
Patientbesök efter 4–14 veckor, 6 mån-ader, 12 månader därefter årligen till 5 år	PCI vs CABG	69 vs 72%	Vid besöket 4–14 veckor: 55% PCI åter i arbete vs 36% CABG. Inga skillnader vid senare mätpunkter	Måttlig

Referenser

1. BARI, Investigators. Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. *JAMA* 1997;277:715-21.
2. Bengtsson K. Rehabilitation after myocardial infarction. A controlled study. *Scand J Rehabil Med* 1983;15:1-9.
3. Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol* 2000;55:341-9.
4. Boudrez H, De Backer G, Comhaire B. Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *Eur Heart J* 1994;15:32-6.
5. Boulay FM, David PP, Bourassa MG. Strategies for improving the work status of patients after coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1982;66:III43-49.
6. Bryant B, Mayou R. Prediction of outcome after coronary artery surgery. *J Psychosom Res* 1989;33:419-27.
7. Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB, Vokonas PS, Hartman CR, Gaccione P. A randomized control trial of cardiac rehabilitation. *Soc Sci Med* 1987;24:359-70.
8. Caine N, Harrison SC, Sharples LD, Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *BMJ* 1991;302:511-6.
9. Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Gossard D, et al. Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial. *JAMA* 1988;260:214-20.
10. Engblom E, Hamalainen H, Ronnema T, Vanttinen E, Kallio V, Knuts LR. Cardiac rehabilitation and return to work after coronary artery bypass surgery. *Qual Life Res* 1994;3:207-13.
11. Findlay JM, Deagle GM. Causes of morbidity and mortality following intracranial aneurysm rupture. *Can J Neurol Sci* 1998;25:209-15.
12. Fitzgerald ST, Becker DM, Celentano DD, Swank R, Brinker J. Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1989;64:1108-12.
13. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994;23:423-35.
14. Gehring J, Koenig W, Rana NW, Mathes P. The influence of the type of occupation on return to work after myocardial infarction, coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Eur Heart J* 1988;9 Suppl L:109-14.
15. Haglund B, Rosén M. Sjukskrivnings-tider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det regionala skillnader. *Socialstyrelsen* 2003.
16. Hedbäck B, Perk J. 5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *Eur Heart J* 1987;8:234-42.

17. Helweg-Larsen S, Sommer W, Strange P, Lester J, Boysen G. Prognosis for patients treated conservatively for spontaneous intracerebral hematomas. *Stroke* 1984;15:1045-8.
18. Herlitz J, Karlson BW, Sjolin M, Ekvall HE, Hjalmarson A. Prognosis during one year of follow-up after acute myocardial infarction with emphasis on morbidity. *Clin Cardiol* 1994;17:15-20.
19. Hindfelt B, Nilsson O. The prognosis of ischemic stroke in young adults. *Acta Neurol Scand* 1977;55:123-30.
20. Hlatky MA, Boothroyd D, Horine S, Winston C, Brooks MM, Rogers W, et al. Employment after coronary angioplasty or coronary bypass surgery in patients employed at the time of revascularization. *Ann Intern Med* 1998;129:543-7.
21. Hofman-Bang C, Lisspers J, Nordlander R, Nygren A, Sundin O, Ohman A, Ryden L. Two-year results of a controlled study of residential rehabilitation for patients treated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. A randomized study of a multifactorial programme. *Eur Heart J* 1999;20:1465-74.
22. Holmes DR Jr, Van Raden MJ, Reeder GS, Vlietstra RE, Jang GC, Kent KM, et al. Return to work after coronary angioplasty: a report from the National Heart, Lung, and Blood Institute Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty Registry. *Am J Cardiol* 1984;53:48C-51C.
23. Howard G, Till JS, Toole JF, Matthews C, Truscott BL. Factors influencing return to work following cerebral infarction. *JAMA* 1985;253:226-32.
24. Janzon M, Levin LA, Swahn E. Cost-effectiveness of an invasive strategy in unstable coronary artery disease; results from the FRISC II invasive trial. The Fast Revascularisation during InStability in Coronary artery disease. *Eur Heart J* 2002;23:31-40.
25. Kotila M, Waltimo O, Niemi ML, Laaksonen R, Lempinen M. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. *Stroke* 1984;15:1039-44.
26. Laird-Meeter K, Erdman RA, van Domburg R, Azar AJ, de Feyter PJ, Bos E, Hugenholz PG. Probability of a return to work after either coronary balloon dilatation or coronary bypass surgery. *Eur Heart J* 1989;10:917-22.
27. Lindberg M, Angquist KA, Fodstad H, Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Self-reported prevalence of disability after subarachnoid haemorrhage, with special emphasis on return to leisure and work. *Br J Neurosurg* 1992;6:297-304.
28. Lundbom J, Myhre HO, Ystgaard B, Bolz KD, Hammervold R, Levang OW. Factors influencing return to work after aortocoronary bypass surgery. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1992;26:187-92.
29. Mackay A, Nias BC. Strokes in the young and middle-aged: consequences to the family and to society. *J R Coll Physicians Lond* 1979;13:106-12.
30. Maeland JG, Havik OE. Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scand J Soc Med* 1986;14:183-95.
31. Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work after a myo-

- cardial infarction. *J Psychosom Res* 1987;31:471-81.
32. Mark DB, Lam LC, Lee KL, Jones RH, Pryor DB, Stack RS, et al. Effects of coronary angioplasty, coronary bypass surgery, and medical therapy on employment in patients with coronary artery disease. A prospective comparison study. *Ann Intern Med* 1994;120:111-7.
33. McGee HM, Graham T, Crowe B, Horgan JH. Return to work following coronary artery bypass surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Eur Heart J* 1993;14:623-8.
34. McKenna KT, McEniery PT, Maas F, Aroney CN, Bett JH, Cameron J, et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty: clinical and quality of life outcomes one year later. *Aust N Z J Med* 1994;24:15-21.
35. Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, Gil R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis* 1998;8:296-302.
36. Nishino A, Sakurai Y, Tsuji I, Arai H, Uenohara H, Suzuki S, Li JH. Resumption of work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage in middle-aged Japanese patients. *J Neurosurg* 1999;90:59-64.
37. Noyce L, Onundu JW, Janssen DP, Stotnicki SH, Lacquet LK. Myocardial revascularization in patients < or = 45 years old: evaluation of cardiac and functional capacity, and return to work. *Cardiovasc Surg* 1999;7:128-33.
38. Perk J, Hedback B, Engvall J. Effects of cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting on readmissions, return to work, and physical fitness. A case-control study. *Scand J Soc Med* 1990;18:45-51.
39. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996;312:1191-4.
40. Pilote L, Thomas RJ, Dennis C, Goins P, Houston-Miller N, Kraemer H, et al. Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann Intern Med* 1992;117:383-9.
41. Pocock SJ, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. *Circulation* 1996;94:135-42.
42. Riks-stroke. The National Stroke Register in Sweden: www.riks-stroke.org.
43. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke* 1993;24:1182-5.
44. Shanfield SB. Return to work after an acute myocardial infarction: a review. *Heart Lung* 1990;19:109-17.
45. Skinner JS, Farrer M, Albers CJ, Neil HA, Adams PC. Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery. *QJM* 1999;92:87-96.

46. Smith GR Jr, O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *JAMA* 1988;259:1673-7.
47. Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *Int J Cardiol* 1999;72:39-47.
48. Wiklund I, Sanne H, Vedin A, C W. Determinants of return to work after myocardial infarction. *J Cardiac Rehabil* 1985;5:62-72.

Relevanta studier vilka inte bedömts ha tillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med genomgången

- Coronary artery surgery study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery. Quality of life in patients randomly assigned to treatment groups. *Circulation* 1983;68:951-60.
- Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet* 1993;341:573-80.
- Abbott J, Berry N. Return to work during the year following first myocardial infarction. *Br J Clin Psychol* 1991;30:268-70.
- Allen JK, Fitzgerald ST, Swank RT, Becker DM. Functional status after coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1990;66:921-5.
- Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfi G. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993;24:1478-83.
- Bass C. Psychosocial outcome after coronary artery by-pass surgery. *Br J Psychiatry* 1984;145:526-32.
- Bergmann H, Kuthmann M, von Ungern-Sternberg A, Weimann VG. Medical educational and functional determinants of employment after stroke. *J Neural Transm Suppl* 1991;33:157-61.
- Black-Schaffer RM, Osberg JS. Return to work after stroke: development of a predictive model. *Arch Phys Med Rehabil* 1990;71:285-90.
- Bogousslavsky J, Regli F. Ischemic stroke in adults younger than 30 years of age. Cause and prognosis. *Arch Neurol* 1987;44:479-82.
- Brenner H, Ahern W. Sickness absence and early retirement on health grounds in the construction industry in Ireland. *Occup Environ Med* 2000;57:615-20.
- Brismar J, Sundbarg G. Subarachnoid hemorrhage of unknown origin: prognosis and prognostic factors. *J Neurosurg* 1985;63:349-54.
- Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, Hampton JR. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999;81:352-8.

- Bruce RA, Kusumi F, Bruce EH, Hossack KF. Relationships of working status and cardiac capacity to functional age before and after coronary bypass surgery. *Int J Cardiol* 1985;8:193-204.
- Buchanan KM, Elias LJ, Goplen GB. Differing perspectives on outcome after subarachnoid hemorrhage: the patient, the relative, the neurosurgeon. *Neurosurgery* 2000;46:831-8; discussion 38-40.
- Camerlingo M, Casto L, Censori B, Ferraro B, Caverni L, Manara O, et al. Recurrence after first cerebral infarction in young adults. *Acta Neurol Scand* 2000;102:87-93.
- Carter BS, Buckley D, Ferraro R, Rordorf G, Ogilvy CS. Factors associated with reintegration to normal living after subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery* 2000;46:1326-33.
- Christensen JH, Ravn L, Rasmussen SE, Sorensen HT. The effect of streptokinase on return to work 18 months after a first myocardial infarction. *Angiology* 1995;46:923-8.
- Conroy RM, Cahill S, Mulcahy R, Johnson H, Graham IM, Hickey N. The relation of social class to risk factors, rehabilitation, compliance and mortality in survivors of acute coronary heart disease. *Scand J Soc Med* 1986;14:51-6.
- Coughlan AK, Humphrey M. Presenile stroke: long-term outcome for patients and their families. *Rheumatol Rehabil* 1982;21:115-22.
- Crilley JG, Farrer M. Impact of first myocardial infarction on self-perceived health status. *Qjm* 2001;94:13-8.
- Danchin N, Brengard A, Ethevenot G, Briancon S, Cuilliere M, Aliot E, et al. Ten year follow up of patients with single vessel coronary artery disease that was suitable for percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Br Heart J* 1988;59:275-9.
- Dugmore LD, Tipson RJ, Phillips MH, Flint EJ, Stentiford NH, Bone MF, Littler WA. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart* 1999;81:359-66.
- Engblom E, Korpilahi K, Hamalainen H, Ronnema T, Puukka P. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997;17:29-36.
- Federico F, Calvario T, Di Turi N, Paradiso F. Ischaemic cerebral infarction in young adults. *Acta Neurol (Napoli)* 1990;12:101-8.
- Ferro JM, Crespo M. Prognosis after transient ischemic attack and ischemic stroke in young adults. *Stroke* 1994;25:1611-6.
- Fertl E, Killer M, Eder H, Linzmayer L, Richling B, Auff E. Long-term functional effects of aneurysmal subarachnoid haemorrhage with special emphasis on the patient's view. *Acta Neurochir (Wien)* 1999;141:571-7.
- Fioretti P, Baardman T, Deckers J, Salm E, Zwiers G, Kazemier M, Roelandt J. Social fate and long-term survival of patients with a recent myocardial infarction, after cardiac rehabilitation. *Eur Heart J* 1988;9 Suppl L:89-94.
- Franzen D, Nicolay C, Schannwell MM, Albrecht D, Hopp HW, Hilger HH.

- Functional health status in male patients without restenosis following successful PTCA. *Clin Cardiol* 1993;16:199-203.
- Froom P, Cohen C, Rashcupkin J, Kristal-Boneh E, Melamed S, Benbassat J, Ribak J. Referral to occupational medicine clinics and resumption of employment after myocardial infarction. *J Occup Environ Med* 1999;41:943-7.
- Froom P, Gofer D, Boyko V, Goldbourt U. Risk for early ischemic event after acute myocardial infarction in working males. *Int J Occup Med Environ Health* 2002;15:43-8.
- Gutmann MC, Knapp DN, Pollock ML, Schmidt DH, Simon K, Walcott G. Coronary artery bypass patients and work status. *Circulation* 1982;66:III33-42.
- Hedbäck B, Perk J. Can high-risk patients after myocardial infarction participate in comprehensive cardiac rehabilitation? *Scand J Rehabil Med* 1990;22:15-20.
- Hedbäck B, Perk J, Wodlin P. Long-term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation programme. *Eur Heart J* 1993;14:831-5.
- Heinemann AW, Roth EJ, Cichowski K, Betts HB. Multivariate analysis of improvement and outcome following stroke rehabilitation. *Arch Neurol* 1987;44:1167-72.
- Heller RF, Lim L, Valenti L, Knapp J. Predictors of quality of life after hospital admission for heart attack or angina. *Int J Cardiol* 1997;59:161-6.
- Henderson RA, Karani S, Dritsas A, Sowton E. Long-term results of coronary angioplasty for single vessel, proximal, left anterior descending disease. *Eur Heart J* 1991;12:642-7.
- Hindfelt B, Nilsson O. Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. *Acta Neurol Scand* 1992;86:440-5.
- Hlatky MA, Charles ED, Nobrega F, Gelman K, Johnstone I, Melvin J, et al. Initial functional and economic status of patients with multivessel coronary artery disease randomized in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Am J Cardiol* 1995;75:34C-41C.
- Hlatky MA, Haney T, Barefoot JC, Califf RM, Mark DB, Pryor DB, Williams RB. Medical, psychological and social correlates of work disability among men with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1986;58:911-5.
- Holmes DR, Jr., Vlietstra RE, Mock MB, Smith HC, Dorros G, Cowley MJ, et al. Employment and recreation patterns in patients treated by percutaneous transluminal coronary angioplasty: a multicenter study. *Am J Cardiol* 1983;52:710-3.
- Hsieh CL, Lee MH. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand J Rehabil Med* 1997;29:113-20.
- Indulski JA, Szubert Z. System for analyzing sickness absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 1997;10:159-65.
- Indulski JA, Szubert Z. Medical causes of female sickness absence during economic transition in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 1999;12:295-303.
- Ivert T. Clinical follow-up of 106 patients five years after coronary bypass surgery for

- angina pectoris. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1981;15:171-7.
- Jenkins CD, Stanton BA, Savageau JA, Denlinger P, Klein MD. Coronary artery bypass surgery. Physical, psychological, social, and economic outcomes six months later. *Jama* 1983;250:782-8.
- Kappelle LJ, Adams HP Jr, Heffner ML, Torner JC, Gomez F, Biller J. Prognosis of young adults with ischemic stroke. A long-term follow-up study assessing recurrent vascular events and functional outcome in the Iowa Registry of Stroke in Young Adults. *Stroke* 1994;25:1360-5.
- Klonoff H, Clark C, Kavanagh-Gray D, Mizgala H, Munro I. Two-year follow-up study of coronary bypass surgery. Psychologic status, employment status, and quality of life. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989;97:78-85.
- Langmoen IA, Ekseth K, Hauglie-Hanssen E, Nornes H. Surgical treatment of anterior circulation aneurysms. *Acta Neurochir Suppl (Wien)* 1999;72:107-21.
- Langosch W, Brodner G, Borcherding H. Psychological and vocational long-term outcomes of cardiac rehabilitation with postinfarction patients under the age of forty. *Psychother Psychosom* 1983;40:115-28.
- Lanzino G, Andreoli A, Di Pasquale G, Urbinati S, Limoni P, Serracchioli A, et al. Etiopathogenesis and prognosis of cerebral ischemia in young adults. A survey of 155 treated patients. *Acta Neurol Scand* 1991;84:321-5.
- Liddle HV, Jensen R, Clayton PD. The rehabilitation of coronary surgical patients. *Ann Thorac Surg* 1982;34:374-82.
- Lundbom J, Myhre HO, Ystgaard B, Aakhus S, Tromsdal A, Sudbo R, et al. Exercise tolerance and work ability following aorto-coronary bypass surgery. *Scand J Soc Med* 1994;22:303-8.
- Mark DB, Lam LC, Lee KL, Clapp-Channing NE, Williams RB, Pryor DB, et al. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. *Circulation* 1992;86:1485-94.
- Mayou R. Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. *J Psychosom Res* 1984;28:17-25.
- Misra KK, Kazanchi BN, Davies GJ, Westaby S, Sapsford RN, Bentall HH. Determinants of work capability and employment after coronary artery surgery. *Eur Heart J* 1985;6:176-80.
- Mital A, Shrey DE, Govindaraju M, Broderick TM, Colon-Brown K, Gustin BW. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1-development and validation of a training programme. *Disabil Rehabil* 2000;22:604-20.
- Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 2001;52:1441-50.
- Monpere C, Francois G, Brochier M. Effects of a comprehensive rehabilitation programme in patients with three-vessel coronary disease. *Eur Heart J* 1988;9:28-31.
- Monpere C, Francois G, Rondeau du Noyer C, Phan Van J. Return to work after

- rehabilitation in coronary bypass patients. Role of the occupational medicine specialist during rehabilitation. *Eur Heart J* 1988;9:48-53.
- Mulcahy R, Kennedy C, Conroy R. The long-term work record of post-infarction patients subjected to an informal rehabilitation and secondary prevention programme. *Eur Heart J* 1988;9:84-8.
- Munro WS. Work before and after coronary artery bypass grafting. *J Soc Occup Med* 1990;40:59-64.
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 1988;19:1101-7.
- Oldridge N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D, et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991;67:1084-9.
- Perski A, Osuchowski K, Andersson L, Sanden A, Feleke E, Anderson G. Intensive rehabilitation of emotionally distressed patients after coronary by-pass grafting. *J Intern Med* 1999;246:253-63.
- Rauscha F, Muller C, Kiss H, Mlczoch J, Schuster J, Weber H, Kaliman J. [Return to work following myocardial infarct]. German. *Wien Klin Wochenschr* 1988;100:605-10.
- Riegel BJ. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coron Artery Dis* 1993;4:215-20.
- Rodis E, Shapira I, Miller HI, Yakirevich V, Vidne BA. Work status after coronary artery bypass operation. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1985;26:228-30.
- Rogers WJ, Coggin CJ, Gersh BJ, Fisher LD, Myers WO, Oberman A, Sheffield LT. Ten-year follow-up of quality of life in patients randomized to receive medical therapy or coronary artery bypass graft surgery. The Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Circulation* 1990;82:1647-58.
- Ropper AH, Zervas NT. Outcome 1 year after SAH from cerebral aneurysm. Management morbidity, mortality, and functional status in 112 consecutive good-risk patients. *J Neurosurg* 1984;60:909-15.
- Rost K, Smith GR. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Arch Intern Med* 1992;152:381-5.
- Rønnevik PK. Predicting return to work after acute myocardial infarction. Significance of clinical data, exercise test variables and beta-blocker therapy. *Cardiology* 1988;75:230-6.
- Samuels LE, Sharma S, Kaufman MS, Morris RJ, Brockman SK. Coronary artery bypass grafting in patients in their third decade of life. *J Card Surg* 1996;11:402-7.
- Schmitz W, Welsch-Hetzel M. [Resumption of employment following aortocoronary bypass operation]. German. *Langenbecks Arch Chir* 1987;371:149-59.
- Sergeant P, Lesaffre E, Flameng W, Suy R. How predictable is the postoperative work resumption after aortocoronary bypass surgery? *Acta Cardiol* 1986;41:41-52.
- Shrey DE, Mital A. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 2—development and validation of a vocational rehabilitation programme. *Disabil Rehabil* 2000;22:621-6.

- Siegrist K, Broer M. [Employment after the first myocardial infarct and rehabilitation]. German. *Soz Präventivmed* 1997;42:358-66.
- Simchen E, Naveh I, Zitser-Gurevich Y, Brown D, Galai N. Is participation in cardiac rehabilitation programs associated with better quality of life and return to work after coronary artery bypass operations? The Israeli CABG Study. *Isr Med Assoc J* 2001;3:399-403.
- Speziale G, Bilotta F, Ruvolo G, Fattouch K, Marino B. Return to work and quality of life measurement in coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996;10:852-8.
- Squires RW, Lavie CJ, Brandt TR, Gau GT, Bailey KR. Cardiac rehabilitation in patients with severe ischemic left ventricular dysfunction. *Mayo Clin Proc* 1987;62:997-1002.
- Sykes DH, Hanley M, Boyle DM, Higginson JDS. Work strain and the post-discharge adjustment of patients following a heart attack. *Psychology & Health* 2000;15:609-23.
- Szubert Z, Szeszenia-Dabrowska N, Sobala W. Sickness absence in a rubber plant in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 1998;11:179-88.
- Tan ES. Stroke rehabilitation – Singapore experience. *Ann Acad Med Singapore* 1983;12:373-6.
- Teasell RW, McRae MP, Finestone HM. Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:205-9.
- Theorell T, Perski A, Orth-Gomer K, Hamsten A, de Faire U. The effects of the strain of returning to work on the risk of cardiac death after a first myocardial infarction before the age of 45. *Int J Cardiol* 1991;30:61-7.
- Trelawny-Ross C, Russell O. Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *J Psychosom Res* 1987;31:125-30.
- Turkulin K, Cerovec D, Baborski F. Predictive markers of occupational activity in 415 post myocardial infarction patients after one-year follow-up. *Eur Heart J* 1988;9 Suppl
- Wahrborg L, Wahrborg P. Psychosocial characteristics of a group of males with ischemic heart disease and extended sick leave. *Scand J Caring Sci* 1997;11:217-23.
- Varaillac P, Sellier P, Iliou MC, Corona P, Prunier L, Audouin P. [Return to work fol-

- lowing myocardial infarction. Medical and socio-professional factors]. French. Arch Mal Coeur Vaiss 1996;89:203-9.
- Wozniak MA, Kittner SJ, Price TR, Hebel JR, Sloan MA, Gardner JF. Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. Stroke 1999;30:2568-73.
- Yap EC, Chua KS. Rehabilitation outcome after primary subarachnoid haemorrhage. Brain Inj 2002;16:491-9.
- Zoetewij MW, Uniken Venema-van Uden MM, Erdman RA, Weeda HW, Vermeulen A, van Meurs-van Woezik H. Work resumption and leisure activities after cardiac rehabilitation: the development of criteria to measure social recovery. Behav Med 1991;17:61-6.
- Ågren B, Ryden O, Johnsson P, Nilsson-Ehle P. Rehabilitation after coronary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work. Scand J Rehabil Med 1993;25:83-95.

9. Konsekvenser av att vara sjukskriven

Sammanfattning

Möjliga konsekvenser av sjukskrivning kan mätas på olika nivåer i samhället. I denna sammanställning fokuseras konsekvenser från den sjukskrivnes perspektiv.

Sjukskrivning kan ha både positiva och negativa konsekvenser för individen, t ex vad gäller sjukdom, hälsa, arbetsliv, socialt liv, livsstil och emotionella aspekter. Några sådana faktorer är studerade i enstaka studier, men evidens saknas pga för få studier om konsekvenser av sjukfrånvaro, samt om konsekvenser av förtidspensionering.

Vid en sammanställning av studier om konsekvenser av att vara sjukskriven är avsaknaden av relevanta studier det mest slående.

Inledning

Naturalförloppet och konsekvenserna av sjukdom och skada är kända enbart för vissa diagnoser och relativt dåligt för de främsta sjukskrivningsdiagnoserna, dvs sjukdomar och besvär från rörelseorganen och psykiatriska besvär. Konsekvenser av sjukskrivning, oavsett diagnos, är ännu mindre kända. Forskningen på området är begränsad. Metodproblemen vid denna typ av forskning är stora och uppenbara. Att skilja på konsekvenser av sjukdomen eller skadan i sig och konsekvenser av de faktorer som ledde fram till sjukdom respektive sjukskrivning från konsekvenser av själva sjukskrivningen är en komplicerad forskningsuppgift som kräver tvärvetenskapliga forskningsstrategier. Att använda en randomiserad studiedesign är problematiskt. Att t ex randomisera en grupp till sjukskrivning och en annan till fortsatt arbete innebär flera svårlösta praktiska och etiska problem.

Ett annat problem vid undersökningar av konsekvenser av sjukskrivning är att exponeringsvariabeln sjukskrivning inte är entydig utan kan variera på ett flertal sätt och utifrån detta medföra olika konsekvenser. En sjukskrivning kan tidsmässigt vara kort eller lång och en person kan även ha omväxlande korta och långa episoder av sjukskrivning. Konsekvenserna av heltidssjukskrivning skiljer sig förmodligen från de av partiell sjukskrivning. En sjukskrivning kan vara passiv om den sjukskrivne har ordinerats vila eller inte fått några råd om aktivitet, eller aktiv t ex med deltagande i olika rehabiliteringsaktiviteter eller behandlingar. En kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen kan också vara ett sätt för den sjukskrivne att hålla sig aktiv och upprätthålla sitt normala dagliga liv. Orsaken till sjukskrivning, sjukskrivningsdiagnosen och hur denna utvecklas, har även betydelse för hur sjukskrivningen utvecklas. Arbetets krav och de anpassningsmöjligheter som finns i arbetsmiljö och arbetsorganisation spelar förmodligen också roll för hur lång en sjukskrivning blir och därmed också för vilka konsekvenser den får.

Möjliga konsekvenser av sjukskrivning

Teoretiskt kan flera olika konsekvenser av sjukskrivning tänkas och dessa kan mätas för:

- en sjukskriven individ eller grupper av sjukskrivna
- den sjukskrivnes familj
- arbetsgivaren
- arbetsgruppen
- hälso- och sjukvården
- samhället
- försäkringsgivaren.

I denna sammanställning är fokus lagt på konsekvenser för den sjukskrivne individen, dvs det som den sjukskrivande läkaren i första hand har att beakta i diskussionen med patienten om för- och nackdelar med en eventuell sjukskrivning.

I de flesta studier om sjukfrånvaro används sjukfrånvaro som ett utfallsmått. Ur det perspektiv som är aktuellt här behandlar vi däremot sjukfrånvaro och/eller förtidspension som en exponering, där en konsekvens av sjukfrånvaro också kan vara ökad sjukfrånvaro eller mer permanent sådan såsom sjukbidrag eller förtidspension/sjukersättning.

Sjukskrivning kan teoretiskt ha positiva eller negativa konsekvenser för individen beträffande de dimensioner som finns nedan. De flesta av dessa är inte studerade och fler kan också finnas. Det kan också tänkas att sjukskrivningen inte har någon effekt alls på individen, vare sig önskad eller oönskad.

Sjukdom

- Sjukdomen eller skadan som föranleder sjukskrivningen kan förbättras under sjukskrivningstiden, alternativt att ett progredierande förlopp fördröjs eller så kan sjukdomen försämrans pga sjukskrivningen.
- En annan sjukdom kan tillstöta som konsekvens av sjukskrivningen, t ex kan ett depressivt tillstånd tänkas bli följderna av situationen under en sjukskrivning och även död t ex pga självmord, kan tänkas bli den yttersta konsekvensen.
- En sjukfrånvaro kan av olika anledningar i sig leda till fortsatt långdragen sjukskrivning och i förlängningen även till sjukbidrag och förtidspension/sjukersättning.
- Sjukvårdskonsumtion/läkemedelskonsumtion kan öka eller minska som en konsekvens av sjukskrivning/förtidspension/sjukersättning.

Hälsa

- Hälsan t ex i termer av välbefinnande, handlingsförmåga, känsla av mening eller livskvalitet kan förbättras eller försämrans av en tids sjukskrivning.

Arbetsliv

- Möjligheter att delta i rehabiliteringsaktiviteter, utbildning etc kan öka under en sjukskrivningsperiod.
- Arbetsförmågan ur både fysisk, psykisk, och social synvinkel kan förbättras eller försämrans som en konsekvens av sjukskrivning.
- En konsekvens av sjukskrivning kan vara ökad risk för hel eller partiell arbetslöshet.

- Sjukskrivningen kan bidra till att arbetsförhållanden och arbetsuppgifter förändras både på ett positivt och negativt sätt.
- Karriärmöjligheter och ekonomi kan påverkas.

Socialt liv

- Sociala kontakter och aktiviteter med familj, vänner och arbetskamrater kan påverkas både till det bättre och till det sämre av en sjukskrivning. Detta kan även få konsekvenser för social integration och deltagande i samhället.

Livsstil

- Både ett ökat och minskat bruk eller missbruk av alkohol, droger eller läkemedel kan utgöra konsekvenser av sjukskrivning.
- Motion, kost, tobaksvanor och riskbeteende kan tänkas förändras av en sjukskrivning.

Emotionella aspekter

- Stress alternativt leda kan vara en konsekvens av sjukskrivningssituationen.
- Självförtroende, självbild och självkänsla kan påverkas av att vara sjukskriven, både på ett positivt och negativt sätt.

Att ha upprepade korta sjukskrivningsfall eller att bli långtidssjukskriven innebär att på ett eller annat sätt gå in i en sjukroll. Detta är ofta en utdragen och komplicerad process vilket bl a nyligen beskrivits i två doktorsavhandlingar med kvalitativ inriktning [6,17]. En sjukskrivning har troligen olika konsekvenser om en individ ännu inte etablerat en sjukroll, om en sådan utveckling nyligen påbörjats eller om sjukrollen är väl etablerad¹.

¹ Sjukrollen behandlas mer ingående i Kapitel 1

Studier om konsekvenser av sjukskrivning

Då kunskap om möjliga konsekvenser av sjukskrivning är av stor vikt och det tidigt stod klart att det finns mycket få studier om detta, har inklusionskriterierna vidgats jämfört med övriga studerade områden². Det innebär att även studier publicerade som rapporter och böcker har inkluderats. Trots denna utvidgning är litteraturen på området ”konsekvenser av sjukskrivning” synnerligen sparsam. Som relevanta definierades de studier där konsekvenser av sjukskrivning och/eller sjukbidrag/förtidspension ingått.

Sökning av studier om ekonomiska konsekvenser av sjukfrånvaro gjordes separat. Tio studier inom detta område bedömdes som relevanta av cirka 130 granskade publikationer [2,4,7,8,14,15,18,20,21,25]. Vid kvalitetsgranskningen bedömdes två ha tillräcklig kvalitet. En av dessa publicerades i en doktorsavhandling [2], en som tidskriftsartikel [7].

För övriga konsekvenser av sjukskrivning har drygt 110 publikationer relevansbedömts och av dessa bedömdes 14 vara relevanta. Vid kvalitetsbedömning befanns den vetenskapliga kvaliteten vara otillräcklig i sju av dessa [1,3,6,9,12,22,24] då hänsyn tas till vårt syfte.

Vi har alltså endast sammanlagt kunnat identifiera nio relevanta studier med acceptabel kvalitet med de sökmetoder som använts [2,5,7,10,11,13,17,19,23]. Merparten av dessa avhandlar konsekvenser av förtidspension. Vid kvalitetsbedömning av de nio studierna bedömdes ingen ha mer än begränsad kvalitet i förhållande till vårt syfte. I de nio studierna har följande faktorer undersökts:

Undersökta konsekvenser med sjukskrivning som exponering

- Inaktivitet och isolering
- Själv mord
- Karriärmöjligheter
- Ekonomi.

² Se Kapitel 2

Undersökta konsekvenser med förtidspension som exponering

- Livskvalitet
- Självrapporterad hälsa
- Sjukvårdskonsumtion
- Missbruk.

Studier om konsekvenser av sjukfrånvaro

Inaktivitet och isolering

En tvärsnittsstudie utfördes 1994–1996 i Sverige [16]. Etthundra kvinnor som varit sjukskrivna mer än två månader eller var förtidspensionerade ombads delta i en intervjustudie om konsekvenserna av och synen på sjukskrivning. Åttiotvå kvinnor var villiga att delta, de flesta var lågutbildade och sjukskrivna pga smärtdiagnoser. Intervjusedaren analyserades kvalitativt av en läkare och en sociolog. Initialt hade sjukskrivningen av de flesta upplevts som en befrielse från arbetet men efter en period genererade sjukskrivningen nya problem i form av inaktivitet och isolering. Detta i sin tur gav en ökande smärta, rastlöshet, stress, nedstämdhet och en tendens att fastna i en negativ sjukroll.

Själv mord

En registerstudie från Danmark hade som syfte att finna orsaker till självmord [19]. Totalt 811 fall av självmord i Köpenhamn under åren 1982–1994 jämfördes i olika register med 79 871 kontroller. Den i särklass starkaste riskfaktorn både för män och för kvinnor att begå självmord var intagning på psykiatrisk klinik. Detta innebar med stor sannolikhet att en psykiatrisk sjukdom låg bakom självmordet. När man kontrollerade för detta samt andra socioekonomiska faktorer i en multivariat statistisk analys fann man bland män att sjukfrånvaro mer än tre veckor, arbetslöshet och att vara ensamstående var oberoende riskfaktorer för självmord. Bland kvinnor fann man inga andra faktorer än vistelse på psykiatrisk klinik som riskfaktor för självmordet.

Karriärutveckling

I en amerikansk prospektiv registerstudie undersöktes om chefer i ett stort företag som tog ledigt antingen pga sjukdom eller pga familjeskäl

var mindre framgångsrika vad gäller karriär och löneutveckling [13]. Huruvida det blev några skillnader i konsekvenser om ledigheten togs ut för sjukdom eller för frånvaro av andra skäl, vanligtvis barnledighet, undersöktes också. Den undersökta gruppen bestod av 11 762 chefer. Frånvaroperioder registrerades 1990–1992 och befordran och löneutveckling mellan 1992–1995.

Man fann att de som haft frånvaro, oberoende av orsak, hade lägre lön och färre befordringar. De som hade upprepade frånvarotillfällen låg sämst till. Längden på frånvaron tycktes inte spela någon större roll och inte heller om det var en man eller kvinna som var frånvarande. En bedömning av personens arbetsprestation gjordes 1994 och denna var inte influerad av om man varit frånvarande eller inte.

Ekonomi

I en prospektiv ekonometrisk studie samkördes data från Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden med data från Riksförsäkringsverket [2]. Studieggruppen utgjordes av ett slumpmässigt urval från dessa gemensamma källor, sammanlagt 1 688 personer, varav ungefär hälften var kvinnor. Studien omfattade en period av nio år och visade, att långvarig sjukskrivning gav signifikant negativa effekter på inkomstutvecklingen efter återgång till arbetet, inte i form av lön per timma utan i arbetad tid, vilket sammantaget gav lägre årslön.

En ekonometrisk studie av Hansen omfattade sammanlagt cirka 12 000 kvinnor och lika många män [7]. Data hämtades från SCB:s enkät Hushållens inkomstuppgifter och från RFV för två år (7 000 hushåll intervjuades per år). Studien visade i princip motsvarande förhållande som påvisades av Andrén [2], dvs att långvarig sjukfrånvaro medförde sämre löneutveckling, men enligt Hansens studie enbart för kvinnor. Sambandet var negativt och signifikant dvs ju högre sjukfrånvaro uttryckt i sjukskrivningsdagar desto mer reducerades lönen. Den totala förklarade variansen var måttlig (R^2 korrigerat för frihetsgrader var 0,173). Det var den egna sjukfrånvaron som resulterade i lägre lön efter återgång till arbetet, däremot fanns inget sådant samband med frånvaro pga sjukt barn. För män förelåg ingen effekt av sjukfrånvaro eller frånvaro för sjukt barn på löneutvecklingen.

Sammanfattning

Av möjliga konsekvenser av sjukfrånvaro har bara ett fåtal studerats. Den enda studie som behandlar konsekvenser i form av inaktivitet, social isolering, nedstämdhet och sämre självförtroende är en explorativ kvalitativ tvärsnittstudie [16,17]. Den visar dock att det finns all anledning att genomföra studier av sådana aspekter. Den retrospektiva studien om riskfaktorer för självmord [19], där man fann att sjukskrivning var en sådan för män, kan sägas vara en studie med sådan ansats.

De två svenska studierna om karriär- och löneutveckling efter sjukfrånvaro ger något blandat resultat. Den ena studien visar ett visst samband med sämre löneutveckling för kvinnor ju fler sjukfrånvarodagar de hade [7], den andra att det inte fanns något samband mellan sjukfrånvaro och lön per arbetad timme, däremot mellan sjukfrånvaro och antal arbetade timmar [2]. Eventuellt är den lägre arbetstiden snarare en konsekvens av hälsotillståndet än av sjukfrånvaron. Resultaten i studierna är alltså något motstridiga.

Evidens

Evidens om konsekvenser av sjukfrånvaro saknas, pga för få studier.

Förtidspension

Livskvalitet

I en svensk studie undersöktes sambandet mellan förtidspension och livskvalitet mätt som självrapporterad, global livskvalitet [5]. Studiegruppen bestod av 450 personer i åldrarna 25–59 år, som 1986–1990 förtidspensionerades på heltid beroende på muskuloskeletal besvär samt lika många kontrollpersoner utan förtidspension i samma ålder uttagna från befolkningsregistret. Generellt sett rapporterade förtidspensionsgruppen en sämre livskvalitet än kontrollgruppen. Fyrtiofem procent av de förtidspensionerade mot 83 procent i kontrollgruppen klassificerades tillhöra gruppen med bra livskvalitet. Bland de förtidspensionerade angav 34 procent att deras livskvalitet blivit bättre efter förtidspensioneringen medan 25 procent tyckte den blivit sämre.

I intervjuer analyserades vad studiepersonerna lade in i begreppet livskvalitet och vilka faktorer som var viktigast. Relationer i familjen kom

på första plats följt av hälsa, relationer utanför familjen och ekonomin. Hälsospekten var alltså viktig och det sämre värdet i förtidspensionsgruppen kan förklaras av den sämre självrapporterade hälsan i denna grupp, inte av förtidspensioneringen i sig. Unga personer och invandrare med förtidspension var de som hade lägst värden. De personer som angav att de förtidspensionerats mot sin egen vilja hade den lägsta livskvaliteten.

Alkoholkonsumtion och välbefinnande

En grupp bestående av 78 alkoholmissbrukare som fick förtidspension mellan januari 1978 och juli 1979 undersöktes vid pensioneringen och efter två år [11]. Två kontrollgrupper togs också ut. En bestod av 30 stycken icke pensionerade alkoholister och en av 27 stycken personer som förtidspensionerats med andra diagnoser. Efter två år kunde 56, 29 respektive 23 personer undersökas igen.

Under uppföljningstiden hade alkoholkonsumtionen minskat något hos de förtidspensionerade missbrukarna. De drack mer sällan och mindre kvantiteter. Det självrapporterade välbefinnandet hade också ökat efter pensioneringen. Medicinskt hade inte så stora förändringar skett och sociala problem fanns fortfarande. Situationen för de två kontrollgrupperna hade inte ändrat sig mer än marginellt mellan mättillfällena.

Hälsa, sjukvårdskonsumtion och alkoholbruk

En utredning med intervjuer från tidigt 1980-tal av 96 förtidspensionerade i åldrarna 45–64 år visade att den självrapporterade hälsan var bättre efter förtidspensionering [23]. Femtio procent av männen och 33 procent av kvinnorna angav detta. Sjukvårdskonsumtionen sjönk också liksom den självrapporterade alkoholkonsumtionen.

I en prospektiv dansk registerstudie från 1989–1990 undersöktes sjukvårdskonsumtionen året före ansökan, året ansökan gjordes och året efter, hos personer som sökt förtidspension [10]. Studien omfattade 144 patienter med diagnosen kronisk smärta, i de flesta fallen av ospecifik karaktär. Sjukvårdskonsumtionen var hög året före förtidspensionsansökan, sjönk under ansökningstiden och sjönk ytterligare för dem som beviljades pension. De personer som inte fick förtidspension eller inte fick pension i den grad som de ansökt om, ökade sin sjukvårdskonsumtion igen.

Sammanfattning

Resultaten från dessa få studier går i olika riktningar vad gäller livskvalitet och välbefinnande. Studiepopulationen i de olika studierna är selekterade på olika sätt, både utifrån diagnos och kön. I den största studien framkom även tydligt att konsekvenserna varierade mellan personerna, 34 procent angav t ex att deras livskvalitet blivit bättre och 25 procent att den blivit sämre.

Evidens

Evidens om, konsekvenser av förtidspension för de som förtidspensionerats saknas, pga för få studier.

Diskussion

Sjukfrånvaro har, som sagt, konsekvenser på olika strukturella nivåer. Här är fokus på konsekvenser för den sjukskrivna individen, dvs den typ av konsekvenser, för- och nackdelar, den sjukskrivande läkaren direkt har att ta ställning till.

Sjukskrivning är en relativt vanligt förekommande ordination/åtgärd vid sjukdom, skada och ohälsa. Det kan finnas flera orsaker till att man väljer sjukskrivning, såsom exempelvis:

- Sjukdomen eller skadan gör det omöjligt för patienten att arbeta.
- Sjukskrivningen ger möjlighet till vila och återhämtning.
- Sjukskrivningen ger möjlighet till att delta i utredning, behandling och/eller rehabiliteringsåtgärder.
- Pga av sin sjukdom, t ex smitta, får patienten ej vara på arbetsplatsen, även om arbetsförmågan ej är nedsatt.
- Förhållanden på arbetsplatsen gör att patienten blir sjuk.

Hur stora och vilka konsekvenserna av en sjukskrivning blir påverkas bl a av faktorer i det omgivande samhället, såsom normer, arbetsmarknadssituationen, individens sociala situation samt hälso- och sjukvårdens inställning till sjukdomen eller skadan och dess behandling. Dessa bakgrundsvariabler förändras över tid och är olika i olika samhällen och

samhällsgrupperingar. De vetenskapliga studier som är gjorda måste därför ses i relief mot den tid och de sammanhang de är utförda i.

I dagens debatt sägs ofta att långtidssjukskrivning är negativt för individen. Ur vetenskaplig synvinkel är detta påstående mycket dåligt underbyggt. Det är inte heller visat att dagens nivå av sjukskrivningar positivt påverkar hälsoläget.

För de faktorer som är undersökta i de här inkluderade studierna finns stora frågetecken om generaliserbarhet och sambandens styrka. Både när det gäller karriärmöjligheter och ekonomi visar de studier som finns på en negativ utveckling vid sjukskrivning. Studierna är dock få och av begränsad kvalitet varför någon evidens för ett samband inte kan fastslås.

Den danska studien som undersökte riskfaktorer för självmord är välgjord men har registerstudiens begränsningar [19]. Bedömningen av vad studiepersonerna varit exponerade för blir tämligen grov och omfattar enbart vissa uppgifter som finns offentligt registrerade. Antalet exponerade redovisas inte heller utan enbart sambandsmättet odds ratios. När det gäller kopplingen till sjukfrånvaro är det oklart om det är sjukfrånvaron i sig eller den bakomliggande sjukdomen som personen är sjukskriven för som har haft betydelse.

I en studie av alkoholister var en konsekvens av förtidspensionering bättre välbefinnande och livskvalitet [11]. Enligt en annan studie av personer med muskuloskeletala besvär var konsekvensen av förtidspension sämre livskvalitet för några och bättre för andra [5]. Eftersom självupplevd hälsa är en så viktig del av det livskvalitetsmått som använts är det svårt att renodla konsekvenserna för livskvalitet av sjukskrivning eller förtidspension i sig, från den sjukdom som lett till förtidspension. Att förtidspensioneras mot sin vilja hade mest negativa konsekvenser.

I två studier sjönk sjukvårdskonsumtionen när en sjukskrivning övergick i förtidspension [10,23]. Detta kan spegla att de sökande måste bevisa sin funktionsnedsättning genom att söka vård före ansökan eller då den inte går igenom, alternativt att patienten söker läkare för att få sjukintyg. Alternativt kan den psykiska påfrestningen av sjukskrivning och osäkerhet om förlängning av denna, eller av att ansökan avslås ge besvär som kräver mer sjukvård.

För allvarliga alkoholmissbrukare minskade alkoholintaget efter förtidspensionering [11]. Orsakerna till detta kan vara många men den mest framträdande tycktes vara den ökade trygghet och sociala position som förtidspensioneringen innebar för denna utsatta grupp. Även i en annan studie sjönk alkoholkonsumtionen efter förtidspensionering [23]. Huruvida detta är en konsekvens av själva förtidspensioneringen, av sämre ekonomi, av annat socialt liv, av minskad toleransnivå pga långt framskriden alkoholism eller pga annan allvarlig sjukdom som omöjliggör alkoholkonsumtion är inte undersökt.

Konklusion och sammanfattning

De få studier som finns av konsekvenser av sjukskrivning är ofta av begränsad kvalitet, små, registerstudier, utförda för länge sedan, och i de allra flesta fall inriktade på konsekvenser av förtidspension. De faktorer som är undersökta i perspektivet konsekvenser av sjukskrivning för individen är ekonomi, karriärmöjligheter, inaktivitet, isolering, livskvalitet, självrapporterad hälsa, sjukvårdskonsumtion och missbruk. För samtliga dessa studier är sambandet med sjukskrivning inte odiskutabelt, och det är för få studier inom varje område för att dessa ska kunna ligga till grund för någon vetenskaplig evidens för vare sig positiva eller negativa konsekvenser för individen av att vara sjukskriven och förtidspensionerad.

Forskningsområdet ”konsekvenser av sjukskrivning” är alltså bristfälligt studerat, men också ett område som är svårt att undersöka då konsekvenserna av den bakomliggande funktionsnedsättningen eller sjukdomen som leder till sjukskrivning är svåra att skilja från konsekvenser av sjukskrivningen i sig. Sjukskrivning och förtidspension kan vidare ha olika grad och varaktighet vilket ytterligare försvårar forskningsuppgiften.

De få studier som har genomförts har flera kvalitativa brister. Det finns, från de studier som gjorts, anledning att anta att konsekvenserna kan variera med individens situation vad avser diagnos, ålder, kön, etnicitet, samtidigt annan sjukdom och livssituation. Studerade konsekvenser behöver operationaliseras tydligare. Studiedesignen bör utvecklas, när det gäller att skilja konsekvenser av sjukskrivning/förtidspension från konsekvenser av t ex sjukdomen eller skadan som lett till sjukskrivningen. För att vara användbar behöver även exponeringsfaktorn, alltså

sjukfrånvaron eller förtidspensionen, tydliggöras bättre, vad avser bl a grad och längd liksom typ av aktivitet/åtgärd under sjukskrivningen.

Sjukskrivning används dagligen av många praktiserande läkare. Åtgärden är kostsam både för samhället och för de flesta individer. Att detta sker utan att det finns så gott som någon evidensbaserad bakgrund till beslutet och de konsekvenser själva sjukskrivningen kan ha är anmärkningsvärt.

Behov av kunskap på en mer specifik nivå

I flera av de bedömda studierna har konsekvenserna mätts på en mycket generell nivå. Den sjukskrivande läkaren och patienten behöver dock kunskap på en mer specifik nivå. Vad är möjliga positiva och negativa konsekvenser för en patient – med avseende på ålder, kön, yrke, arbetsuppgifter och med en viss sjukdom och allvarlighetsgrad av denna – av att vara sjukskriven t ex en istället för tre veckor? På hel- eller på deltid? När kan man förvänta sig att de eventuellt negativa effekterna uppträder? Hur kan de identifieras och hur kan de motverkas? Det är också troligt att konsekvenserna varierar starkt mellan olika personer, utifrån bl a ålder, diagnos och kön.

Tabell 9.1 Konsekvenser av sjukskrivning och förtidspension.

Författare År [Ref] Land	Design Data	Undersöknings- period	Exponering
Andrén 2001 [2] Sverige	Prospektiv kohort Register	1983–1991	Sjukskrivning
Edén 1998 [5] Sverige	Fall–kontroll Enkät Intervjuer	1986–1990	Förtidspension
Hansen 2000 [7] Sverige	Prospektiv kohort Register	1991–1992	Sjukskrivning
Højstedt 1999 [10] Danmark	Prospektiv kohort Register	1989–1990	Förtidspension
Hörnquist 1983 [11] Sverige	Prospektiv kohort Enkäter, klinisk under- sökning, prover	1978–1979	Förtidspension
Judiesch 1999 [13] USA	Prospektiv kohort	1990–1995	Sjukskrivning
Ockander 2001 [16] Sverige	Tvärsnitt Intervju, enkät, kvalitativa analyser	1994–1996	Sjukskrivning >60 dgr eller förtidspension

Utfall	Antal i studiepopulationen	Resultat	Kvalitetsgradering
Årslön, arbetad tid, timlön	1 688 slumpvis valda, sjukpenningförsäkrade 16–64 år	Långvarig sjukskrivning påverkar inkomsten efter återgång i arbete, inte pga lägre timlön utan pga kortare arbetad tid	Begränsad
Livskvalitet	450 förtidspensionerade 450 kontroller i en enkät och därefter intervju med 29 studiepersoner med ökande livskvalitet och 26 studiepersoner med minskande livskvalitet	Livskvalitet sämre hos förtidspensionerade än kontrollpersoner. Livskvalitet blev bättre efter förtidspensionen	Begränsad
Årslön	7 000 hushåll/år	Längre egen sjukskrivning ger lägre lön för kvinnor men inte för män efter återgång i arbete. Ingen effekt på lönen för någon pga frånvaro för sjukt barn	Begränsad
Sjukvårdsutnyttjande	144 smärtpat som ansökt om förtidspension	Sjukvårdskonsumtion sjönk efter beslut om förtidspension	Begränsad
Alkoholkonsumtion och välbefinnande	78 alkoholister med förtidspension 30 alkoholister utan förtidspension (kontroller) 27 förtidspensionerade utan alkoholproblem (kontroller)	Alkoholkonsumtion sjönk och välbefinnande steg efter förtidspension	Begränsad
Karriär	11 762 chefer	Frånvaroperioder gav sämre karriär	Begränsad
Inaktivitet och isolering	82 kvinnor med långtidssjukskrivning eller förtidspension	Sjukskrivning gav så småningom inaktivitet och isolering	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 9.1 fortsättning

Författare År [Ref] Land	Design Data	Undersöknings- period	Exponering
Qin 2000 [19] Danmark	Fall-kontroll Register	1982-1994	Sjukskrivning >3 veckor
Svenman 1984 [23] Sverige	Tvärsnitt Strukturerade intervjuer	1979-1980	Förtidspension

Utfall	Antal i studiepopulationen	Resultat	Kvalitetsgradering
Själv mord	811 självmordsfall 79 871 kontroller	Sjukskrivning ökade självmordsrisken hos män men inte hos kvinnor	Måttlig
Hälsa, aktivitet, ekonomi, alkoholbruk	96 förtidspensionerade, 45–64 år	Något bättre hälsa efter förtidspensionering, inga skillnader i övrigt	Begränsad

Referenser

1. Allen TD, Russell JEA, Rush MC. The effects of gender and leave of absence on attributions for high performance, perceived organizational commitment, and allocation of organizational rewards. *Sex Roles* 1994;31:443-64.
2. Andrén D. Work, sickness, earnings, and early exits from the labor market. An empirical analysis using Swedish longitudinal data. Göteborg: Nationalekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet; 2001.
3. Annerblom M-L, Sjöström S. Partiell sjukskrivning, arbete och livssituation – en utvärdering med genusperspektiv. Luleå: Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, Luleå tekniska Universitet; 2001.
4. Bunn WB 3rd, Pikelný DB, Slavin TJ, Paralkar S. Health, safety, and productivity in a manufacturing environment. *J Occup Environ Med* 2001;43:47-55.
5. Edén L, Brokhoz T, Ejlertsson G, Leden I, Nordbeck B. Is disability pension related to quality of life? *Scand J Soc Welfare* 1998;7:300-09.
6. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Umeå: Department of Public and clinical medicine; 2001.
7. Hansen J. The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden. *Journal of Population Economics* 2000;13:45-55.
8. Hass U, Jonsson D. Welfare consequences of the Swedish disability service system. *Scand J Soc Welfare* 1994;3:61-5.
9. Hedström P. Disability pension: welfare or misfortune? In: R. Erikson, E. Hansen, S. Ringen and H. Uusitalo, editors. *The Scandinavian model. Welfare states and welfare research*. New York: Sharpe; 1987: 208-20.
10. Højsted J, Alban A, Hagild K, Eriksen J. Utilisation of health care system by chronic pain patients who applied for disability pensions. *Pain* 1999;82:275-82.
11. Hörnquist J, Elton M. A prospective longitudinal study of abusers of alcohol granted disability pension. *Scand J Soc Med* 1983;11:91-96.
12. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjo G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99:223-8.
13. Judiesch MK, Lyness KS. Left behind? The impact of leaves of absence on managers' career success. *Acad Manage J* 1999;42:641-51.
14. Lindholm C, Burstrom B, Diderichsen F. Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes? *Scand J Public Health* 2001; 29:63-70.
15. Mitchell J, Burkhauser R. Disentangling the effect of arthritis on earnings: a simultaneous estimate of wage rates and hours worked. *Applied Economics* 1990;22:1291-309.
16. Ockander M, Timpka T. A female lay perspective on the establishment of

- long-term sickness absence. *International Journal of Social Welfare* 2001;10:74-79.
17. Ockander M, Timpka T. Women's experience of long term sickness absence: implications for rehabilitation practice and theory. *Scan J Public Health* 2002;30:1-6.
18. Pransky G, Benjamin K, C H-F, Himmelstein J, Fletcher K, Katz J, WG J. Outcomes in work-related upper extremity and low back injuries: Result of a retrospective study. *Amer J Ind Med* 2000;37:400-09.
19. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000;177:546-50.
20. Sou  tre E, Lozet H, Cimarosti I, Martin P, Chignon JM, Ades J, et al. Cost of anxiety disorders: impact of comorbidity. *J Psychosom Res* 1994;38 Suppl 1:151-60.
21. Sou  tre E, Lozet H, Martin P, Lecanu JP, Gauthier JM, Beuzen JN, Ravily V. [Work loss and depression. Impact of fluoxetine] *French. Therapie* 1993;48:81-8.
22. Strandh M. Different exit routes from unemployment and their impact on mental well-being: The role of the economic situation and the predictability of the life course. *Work Employment and Society* 2000;14:459-79.
23. Svenman I, Larsson S. Pensionerad i förtid. Levnadsbetingelser f  r en gurpp förtidspensionärer i åldrarna 45-64   r. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;2:98-104.
24. Taylor L, Howie GR. Evaluation of outcome following lumbar discectomy. *N Z Med J* 1996;109:398-400.
25. VanAgt H, Stronk K, Meckenbach J. Chronic illness and poverty in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2000;10:197-200.

10. Sjuknärvaro

Sammanfattning

När en person har nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom och ändå går till sitt arbete används ibland termen sjuknärvaro. Ett problem med denna term är att den indikerar att detta att vara närvarande på jobbet när man är sjuk skulle vara något exceptionellt. De flesta personer som har en diagnostiserad sjukdom eller besvär är inte sjukskrivna utan arbetar. Termen sjuknärvaro är alltså tämligen diffus och det vore en fördel om en eller flera mer specificerade termer kunde användas.

Med dagens vetenskapliga underlag saknas evidens för någon slutsats om konsekvenser av sjuknärvaro, däremot visar några studier att sådan förekommer.

Inledning

Ur detta projekts synvinkel är även sjuknärvaron av intresse eftersom det i diskussionen mellan patient och läkare kan vara ett alternativ till sjukskrivning.

Med sjuknärvaro menas här att en person som pga sjukdom eller skada har mycket nedsatt arbetsförmåga ändå går till jobbet. Detta är ingen entydig definition och termen används på olika sätt. I granskade studier har data om sjuknärvaro inhämtats via intervjuer, enkäter eller dagbok, och har då skattats av personen själv. Enkätfrågor som har ställts kan exemplifieras med följande: ”Har du någon gång de senaste tre månaderna gått till ditt arbete fast du egentligen borde ha stannat hemma pga sjukdom?” Ett annat exempel är att man fört dagbok om egenskattad nedsatt arbetsförmåga. Begreppet ”sjuknärvaro” är problematiskt i detta sammanhang eftersom de flesta personer i yrkesverksamma åldrar som har olika typer av sjukdom är i arbete, eftersom sjukdomen inte påverkar deras arbetsförmåga, och de då inte tänker på sig som ”sjuknärvarande”. Begreppet omfattar här, och i de inkluderade studierna, den sjuklighet

som allvarligt påverkar arbetsförmågan i förhållande till det som krävs på individens jobb, t ex vid en akut infektion, en migränattack etc.

Av betydelse för möjligheten att vara ”sjuknärvarande” är naturligtvis hälsotillståndet men också arbetets karaktär och innehåll samt anpassningsmöjligheter på arbetet. Vissa typer av jobb, t ex på en neonatalavdelning, gör möjligheten att vara sjuknärvarande med en luftvägsinfektion mycket svår, medan det är möjligt på de flesta andra jobb. Flexibiliteten i arbetet och det egna beslutsutrymmet har också betydelse och sambanden mellan sjukdom, hälsa, sjukfrånvaro, sjuknärvaro och arbetsförhållanden är mycket komplexa.

Identifierade studier

Inga studier om sjuknärvarans konsekvenser för individen har identifierats, däremot åtta relevanta studier om konsekvenser för arbetsgivaren i termer av reducerad produktivitet. Tre av dessa bedömdes ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i denna genomgång [2,3,7]. Vidare har åtta relevanta studier om omfattning och orsaker till sjuknärvaro identifierats. En av dessa bedömdes ha måttlig kvalitet [4] och tre begränsad kvalitet [1,5,6].

Sjuknärvaro ur individens perspektiv

I en svensk tvärsnittsstudie [1] användes enkätdata från Arbetskraftsundersökningarna (AKU) 1997 för 3 801 personer. En tredjedel av de tillfrågade angav att de gått till jobbet två eller fler gånger senaste året trots att de bedömde sitt hälsotillstånd så dåligt att de egentligen borde ha sjukskrivit sig. Personer med hög sjuknärvaro hade även hög sjukfrånvaro. I övrigt var sjuknärvaron vanligare bland personer anställda inom skola och vård/omsorg än i andra yrkesgrupper. Att inte ha råd att sjukskriva sig angavs som en viktig orsak till sjuknärvaro. Att vara tvungen att göra jobbet som blivit liggande när man kom tillbaka efter en sjukskrivning var en annan faktor av betydelse.

Linton och medarbetare har i en tvärsnittsstudie [4] särskilt studerat 63 av 843 sjuksköterskor som i en screening angav att de haft medelsvår till svår ländryggsmärta senaste året. Tjugosex av de 63 hade haft någon sjukfrånvaro senaste året (median 25 dagar). Ingen skillnad mellan grupperna framkom avseende smärtintensitet och arbetstyngd.

De som inte hade haft någon sjukfrånvaro utmärkte sig av att ange en god hälsa, att ignorera smärtan, inte känna sig lidande, inte känna skuld över att ha smärta och inte tro att aktivitet förvärrar symtomen.

I en studie från England av McKevitt [5] undersöktes sjuknärvaromönster hos 670 allmänläkare, 669 sjukhusläkare och 400 seniora revisorer. Mellan 85–88 procent i de tre grupperna angav att de arbetat trots sjukdom senaste året. För läkarnas del innebar detta att de arbetat med symtom som de skulle sjukskrivit en patient för. Förklaringarna som gavs till den höga sjuknärvaron var likartade i de tre grupperna: ingen annan tog över ens uppgifter när man var frånvarande, svårt eller omöjligt att få tag i en vikarie, hög arbetsbelastning, arbetets karaktär, arbetsorganisation och arbetsetik. Många ansåg att det var ett tecken på svaghet att ge efter för sjukdom genom att sjukskriva sig. Sextiofyra läkare från ett annat urval som hade haft en lång sjukfrånvaroperiod intervjuades speciellt. Dessa intervjuer stödde resultaten från enkätundersökningen och visade också på svårigheter för läkare att se sig själva som patienter.

Även i en norsk tvärsnittsstudie [6] studerades läkare och deras sjuknärvaro. Ett slumpvis urval av 1 476 norska läkare fick ett frågeformulär som besvarades anonymt. Även i denna studie hade drygt 80 procent varit sjuknärvarande året innan. De vanligaste diagnoserna var infektionssjukdomar men även tyngre diagnoser såsom depression fanns med bakom sjuknärvaron. Huruvida sjuknärvaron kunde innebära risker för patienterna som kan smittas, eller om det dåliga hälsotillståndet sänkte kvalitén i arbetsprestationen, var det få som reflekterade över. Det fanns en tendens att de läkare som angivit låg arbetstillfredsställelse också hade den högsta andelen sjuknärvarande.

Ekonomiska konsekvenser av sjuknärvaro – arbetsgivarens perspektiv

Från arbetsgivarens perspektiv finns kostnader för minskad arbetskapacitet när den anställdes arbetsförmåga är reducerad pga sjukdom men denne är närvarande på arbetsplatsen. Kunskapsläget är här begränsat och metodutveckling pågår. I de tre inkluderade studierna var astma fokus i en, i de andra två migrän, varav en även inkluderade ryggbesvär.

Förlorad produktivitet vid sjuknärvaro med migrän har studerats i anslutning till läkemedelsstudier [3]. I en öppen RCT multicenterstudie, genomförd med 212 patienter rekryterade från 18 neurologiska kliniker i Belgien, studerades inverkan av migrän på bl a arbetsproduktivitet och sjukfrånvaro. De inkluderade individerna gjorde egna subjektiva bedömningar (dagbok) av migränattackernas inverkan på arbetsinsatserna. Studiens syfte var att jämföra kostnader och effekter av sjuknärvaro för en speciellt läkemedelsbehandlad försöksgrupp med en kontrollgrupp. Det förelåg ingen signifikant skillnad i sjukfrånvaro mellan försöks- och kontrollgrupp. Räknat som inverkan på arbetsinsatsen dvs produktiviteten visade emellertid den subjektiva bedömningen att kontrollgruppen hade signifikant större nedsättning av produktiviteten än försöksgruppen. Den obehandlade kontrollgruppen hade per individ under en tremånadersperiod en beräknad produktionsförlust motsvarande 12 989 BF (jämfört med 6 926 BF i försöksgruppen), varav 48 procent avsåg subjektivt bedömd minskad produktivitet under arbetstid.

I ett delprojekt av den franska GAZEL-kohort studien [2] följdes 995 personer med migrän och 1 757 personer utan migrän under tre år. Enkätdata om självuppskattad påverkan av migrän på arbetsproduktivitet (definierad som minskad uppmärksamhet, minskad arbetstid, oförmåga att slutföra planerade arbetsuppgifter) och om livskvalitet mätt enligt Short Form-36 (SF 36) samlades in. Personerna delades in i fyra grupper, de med migrän, migrän och ryggbesvär, ryggbesvär enbart, respektive vare sig migrän eller ryggbesvär. Gruppen med både migrän och ryggbesvär hade signifikant fler sjukfrånvarodagar från arbetet jämfört med övriga tre grupper. Påverkan på arbetsproduktivitet – enligt definition ovan – var också större för kombinationen migrän och ryggbesvär jämfört med de övriga; 30,3 jämfört med 10,6 procent. En högre andel i gruppen med både migrän och ryggbesvär, jämfört med övriga grupper, ansåg också att arbetsinsatsen minskade (58,7 procent vs 28 procent), likaså att uppmärksamheten påverkades (43,8 procent vs 17,5 procent). Ingen omräkning i monetära termer gjordes av dessa uttryck för minskad produktivitet.

Produktivitetsförlust i form av självupplevd arbetsförmåga vid astma hos 892 vuxna, som slumpvis utvalts från ett läkemedelsregister, beräknades

i en kanadensisk studie [7]. Strukturerade telefonintervjuer utfördes vid tre tillfällen under ett halvår. Dagar med begränsad arbetskapacitet angavs på en procentuell skala. För de heltidsanställda och deltidsanställda uppgick den självskattade arbetsnedsättningen till 19 procent respektive 21 procent under dagar med astma. För de anställda med astmatiska problem utgjorde den reducerade arbetskapaciteten under arbetstid nära tre gånger den faktiska mätt i sjukfrånvarodagar. Den ekonomiska förlusten för arbetsgivaren beräknades till 1 776 kanadensiska dollar (motsvarande drygt 10 000 SEK år 2003) per individ under sex månader.

Diskussion

Det finns endast ett fåtal studier av sjuknärvaro. Vi bedömde att sju studier hade tillräcklig kvalitet för att inkluderas, varav fyra avsåg individperspektiv och tre arbetsgivarperspektiv.

Ur ett individperspektiv är läkargruppen den som är bäst undersökt och som enligt två studier har en hög självrapporterad sjuknärvaro. Det finns vissa belägg för att faktorer som arbetsetik, normer och kulturen på en arbetsplats å ena sidan, och ekonomiska överväganden å andra sidan, tycks spela roll för sjuknärvaro. Arbetets karaktär och möjligheter till anpassning på arbetsplatsen är troligtvis viktiga för beslutet om en person ska vara sjukfrånvarande eller sjuknärvarande. Samspelet är komplexa och bör studeras vidare liksom konsekvenserna på längre sikt på hälsan av frekvent sjuknärvaro.

I undersökningen av Linton [4] är det tveksamt om sjuksköterskorna utan sjukfrånvaro kan definieras som sjuknärvarande. Snarare definierar de sig själva som friska och detta visar ånyo på svårigheten att definiera och undersöka sjuknärvaro. Individens egna normer och attityder till sjukdom och copingstrategier vid sjukdom är av intresse att kartlägga för att komma närmre en definition av sjuknärvaro.

I någon undersökning antyds också att det är relativt vanligt att ta ut semester eller annan ledighet istället för en sjukdag. Konsekvenserna av detta på lång sikt har inte studerats.

De tre studier som påvisade konsekvenser av sjuknärvaro ur arbetsgivarperspektiv, i bemärkelsen påverkan på den anställdes arbetsproduktivitet, studerade anställda med migränproblem respektive astma.

Den belgiska multicenter RCT [3] visade att det förelåg effekter av sjuknärvaro vid migränattacker, men att dessa var relativt begränsade. Den franska enkätstudien påvisade signifikant fler sjukfrånvarodagar per år för gruppen med både migrän och ryggbesvär än jämförda grupper [2]. I samma grupp angav cirka 30 procent fler än övriga studerade grupper reducerad arbetsinsats. Den kanadensiska studien av astmapatienters sjuknärvaro visade på en självskattad reducerad arbetskapacitet av cirka 20 procent [7].

Från ett arbetsgivarperspektiv kan alltså sjuknärvarande personal medföra ekonomiska konsekvenser i form av reducerad arbetskapacitet, åtminstone vid de här studerade tillstånden. Några säkra jämförelser mellan detta och kostnaderna för vikarier eller helt utebliven produktion finns inte då resultaten bygger på självskattningar. Andra aspekter av betydelse ur ett arbetsgivarperspektiv har inte studerats, såsom ökad smittorisk eller olycksfallsrisk för kolleger och eventuella patienter/klienter/kunder. Sjuknärvaro kan även medföra andra typer av konsekvenser för kollegor, beroende på sjukdomens art, dels i form av ökad arbetsbelastning om dessa ska göra det den sjuknärvarande inte klarar, dels om sjukdomen kräver speciella hänsyn eller innebär speciella risker, t ex om den sjuknärvarande har en psykisk sjukdom.

Ett problem med termen sjuknärvaro är att den indikerar att detta att vara närvarande på jobbet när man är sjuk skulle vara något exceptionellt. De flesta personer som har en diagnostiserad sjukdom eller besvär är inte sjukskrivna utan arbetar. Termen sjuknärvaro är alltså tämligen diffus och det vore en fördel om en eller flera mer specificerade termer kunde användas.

Evidens

Med dagens vetenskapliga underlag saknas evidens för någon slutsats om konsekvenser av sjuknärvaro.

Forskningsbehov

Både konsekvenserna och storleksordningen av fenomenet sjuknärvaro är endast undersökta i begränsad omfattning. Om sjuknärvaro är en bra copingstrategi, vilket antyds i Lintons undersökning av ryggbesvär, eller en hälsofara för framtiden, bör noggrant undersökas i longitudinella studier. Effekterna på kvaliteten eller kvantiteten i arbetet som den sjuknärvarande utför, liksom konsekvenser för kollegor, patienter, klienter eller kunder bör också bli föremål för fler undersökningar. Konsekvenser av sjuknärvaro bör i studier även ställas i relation till konsekvenser av sjukfrånvaro.

Tabell 10.1 Studier om sjuknärvaro.

Författare År Land [Ref]	Design Datainsamling	Undersöknings- period	Studiegrupp
Aronsson 2000 Sverige [1]	Tvärsnitt. Telefonintervju, AKU	1997	3 801 personer i arbete
Dartigues 1998 Frankrike [2]	Prospektiv kohort. Årliga postenkäter, sjukfrånvaroregister	1989–1992	2 596 anställda inom GAZEL, den franska energikoncernen,
Laloux 1998 Belgien [3]	RCT multicenter, dagbok	3 månader under år 1994	212 personer med migrän, 18–55 år, 89% var kvinnor
Linton 1995 Sverige [4]	Tvärsnitt, intervju, enkät, klinisk undersökning	Anges ej	63 sjuksköterskor med likartade ryggbesvär
McKevitt 1997 Storbritannien [5]	Tvärsnitt, enkät och kvalitativ intervju med en subgrupp	Anges ej	670 allmänpraktiserande läkare (GP:s), 669 sjukhusläkare och 400 högre tjänstemän
Rosvold 2001 Norge [6]	Tvärsnitt, enkät	1993	Slumpvis urval av 1 476 läkare i Norge
Ungar 2000 Kanada [7]	Prospektiv. Tre telefonintervjuer efter 1, 3 resp 6 månader	1995–1996	486 män och kvinnor, slumpvis urval från läkemedelsregister

Syfte	Resultat	Kvalitetsgradering
Att studera sambandet mellan sjuknärvaro och yrke, sjukdom, sjukfrånvaro, inkomst, nedskärningar i organisationen, svårigheter att hitta ersättare	1/3 angav sjuknärvaro senaste året. Personer i vård, omsorg och skola anger mest sjuknärvaro. Det finns ett samband mellan låg inkomst, sjukfrånvaro och sjuknärvaro	Begränsad
Studera betydelsen av kronisk sjukdom (migrän och ryggbesvär) för sjukfrånvaro och produktivitet	De med både ryggvärk och migrän hade fler sjukfrånvarodagar liksom sämre produktivitet vid sjuknärvaro än de utan sjukdom eller enbart migrän respektive ryggont	Begränsad
Beräkna kostnader och behandlingseffekter av två behandlingsstrategier	Signifikant högre arbetsproduktivitet i behandlingsgruppen. För den normalt behandlade kontrollgruppen motsvarade den minskade arbetsinsatsen vid migrän 12 989 BF varav 48% avsåg reducerad arbetsproduktivitet vid sjuknärvaro	Måttlig
Att studera skillnaden mellan de som arbetade och de som var sjukskrivna	De som inte arbetade tog mer hänsyn till sina ryggproblem och fokuserade på sin smärta, de var rädda för aktivitet och ansåg att de hade dålig hälsa	Måttlig
Att studera förekomst av sjuknärvaron och varför man väljer sjuknärvaro istället för sjukfrånvaro	85–88% hade varit sjuknärvarande ngn gång. Företagskultur och normer inom en yrkesgrupp angavs som skäl att vara sjuknärvarande. Svårigheten att hitta en vikarie var också viktig i beslutet	Begränsad
Att studera sjuknärvaron hos läkare i Norge	Ca 80% av läkarna hade arbetat trots att de hade en sjukdom de skulle sjukskriva en patient för	Begränsad
Att utveckla en metod för att mäta begränsning av arbetskapacitet pga astma	Arbetskapacitet nedsatt ca 20% vid sjuknärvaro, vilket utgjorde 3 ggr så mkt produktionsbortfall som deras sjukfrånvaro. Kostnaden för denna nedsatta arbetskapacitet beräknades till ca 10 000 SEK/person/6 månader (= 1 776 CanDollar)	Begränsad

Referenser

1. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:502-9.
2. Dartigues J, Michel P, Lindoulsi A, Dubroca B, Henry P. Comparative view of the socioeconomic impact of migraine versus low back pain. *Cephalalgia* 1998;21:S26-29.
3. Laloux P, Vakaet A, Monseau G, Jacqy J, Bourgeois P, van der Linden C. Subcutaneous sumatriptan compared with usual acute treatment for migraine: clinical and pharmacoeconomic evaluation. *Acta Neurol Belg* 1998;98:332-41.
4. Linton SJ, Buer N. Working Despite Pain: Factors Associated With Work Attendance vs. Dysfunction. *Int J Behav Med* 1995;2:252-62.
5. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med* 1997;19:295-300.
6. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001;29:71-75.
7. Ungar WJ, Coyte PC. Measuring productivity loss days in asthma patients. The Pharmacy Medication Monitoring Program and Advisory Board. *Health Econ* 2000;9:37-46.

11. Läkares sjukskrivningspraxis

Sammanfattning

- Läkares sjukskrivningspraxis är endast mycket lite studerad.
- Det finns begränsad evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som svårt och problematiskt, såväl ur medicinska som försäkringsrelaterade aspekter.
- Det finns begränsad evidens för att läkares sjukintyg i stor utsträckning är av bristfällig kvalitet, vilket kan få betydelse för handläggningen på Försäkringskassan.
- Det finns inte tillräcklig evidens för att förklara skillnader i läkares sjukskrivningsmönster. Följderna för patienterna är också otillräckligt studerade.

Inledning

I de tidigare kapitlen har genomgång av studier om orsaker till och konsekvenser av sjukskrivning redovisats. I detta kapitel är fokus annorlunda och inriktat på studier om hur läkare arbetar med sjukskrivningsärenden, bl a på deras så kallad sjukskrivningspraxis. Dessa studier innehåller inte resultat som kan användas för att besvara frågor om hur praxisförhållanden och variationer påverkar den enskilda patientens sjukfrånvaro. Begreppet ”praxis”¹ används här för att beskriva handlingsmönster i professionell praktik. Läkares sjukskrivningspraxis kan tänkas påverkas av ett stort antal faktorer till vilka hör läkarens specialitet, kunskaper, kliniska

¹ Praxis (grek ”handling”, ”gärning” av prasso ”göra”, ”handla”, ”uträtta”), sedvana, handling, tradition: i bl a beteendevetenskap, samhällsvetenskap och filosofi använt på skilda sätt om individers eller grupper handlande i anpassning till omgivningen. Praxis är liksom handling ett viktigt begrepp inom den praktiska filosofin. Även för de vetenskaper som har anknytning till en yrkesutövning är praxis ett centralt begrepp, så t ex spelar hänvisningar till ”vetenskap och beprövad erfarenhet” en stor roll inom medicinen. Ur Nationalencyklopedin Multimedia Plus 2000 för DVD. Multimedia, Malmö: Bra Böcker; 2000.

erfarenhet och attityder; patientens attityder, värderingar, sjukdom, sociala förhållanden, arbets- och livssituation; attityder och kunskap hos andra aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården, inklusive Försäkringskassan, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och arbetsgivare samt det rådande regelsystemet, sjukvårdens organisation, arbetsmarknaden och allmänna samhälleliga normer och värderingar (Figur 11.1). I läkares sjukskrivningspraxis² innefattas här även praxis rörande intyg angående förtidspension (fr o m 2003 benämnt sjukersättning).

För att få kunskap om läkares sjukskrivningspraxis, samt av vad och hur denna påverkas, krävs dels deskriptiva studier av praxis relaterat till de olika uppgifter en läkare har i samband med sjukskrivning, dels longitudinella uppföljnings- och interventionsstudier. De viktigaste uppgifterna för läkaren är att komma fram till en sjukdomsdiagnos, att göra en funktionsbedömning och att relatera denna till patientens arbetsituation (arbetsförmågebedömning), samt att i övrigt i samråd med patienten erhålla ett sådant helhetsunderlag så att behovet och konsekvenserna av sjukskrivningen kan bedömas vad avser bl a sjukskrivningens längd och grad. Dessutom ska läkaren ta ställning till behandlings- och rehabiliteringsåtgärder. Behov av nya och delvis andra ställningstaganden uppkommer vid eventuell förlängning av sjukintyget.

Läkarens uppgifter i samband med ställningstagande till sjukskrivning kan mer specifikt sammanfattas i följande sex punkter:

1. Ta ställning till om sjukdom eller skada föreligger enligt de kriterier som gäller för detta, inklusive med sjukdom jämförda tillstånd.
2. Bedöma om sjukdomen eller skadan innebär sådan nedsättning av patientens funktionsförmåga att även arbetsförmågan är nedsatt i relation till de krav som patientens arbete innebär, eller vid längre tids sjukskrivning även till på arbetsmarknaden i övrigt förekommande arbeten, samt särskilt ange vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras.

² Vi använder termen "sjukskrivningspraxis" eftersom den är väl etablerad, även om den kan vara missvisande och ge en felaktig bild av att det är läkaren som fattar beslut om rätt till sjukpenning. Sådana beslut fattas av Försäkringskassan, bl a med läkares intyg som underlag.

3. Tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning, inklusive hur sjukdomen/skadan påverkas av sjukskrivningen, respektive risken för psykiska reaktioner, social isolering, missbruk m m. Patientens ansvar och aktiva roll i rehabiliteringen ska särskilt betonas vid längre sjukfrånvaro.
4. Ta ställning till grad (hel- eller deltid) och längd av sjukskrivningen, liksom till genomförande av medicinsk utredning, behandling eller andra åtgärder (t ex yrkesrehabilitering, arbetsträning, arbetsplatsbesök) under sjukskrivningstiden.
5. Ta ställning till om det föreligger behov av kontakt med försäkringskassa, företagshälsovård, arbetsgivare, eller andra aktörer, och i så fall etablera kontakten, samt att på ett adekvat sätt samverka med andra aktörer, inom och utanför hälso- och sjukvården.
6. Skriva ett intyg enligt fastställt formulär (här kallat sjukintyg), så att det ger tillräckligt underlag för Försäkringskassans handläggare att fatta ett beslut om patienten har rätt till sjukpenning och om behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder.

Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning är i huvudsak reglerade i hälso- och sjukvårdslagen och genom föreskrifter från Socialstyrelsen³. Genomförandet av dessa uppgifter påverkas av att läkaren i sjukskrivningssituationen har två roller, dels den sedvanliga rollen som patientens läkare med ambitionen att skapa förtroende och tillit för att både kunna förstå patientens situation och kunna erbjuda hjälp på ett meningsfullt sätt, dels rollen som medicinskt sakkunnig, dvs att på ett objektiva sätt intyga medicinska förhållanden rörande patienten till andra instanser i samhället [46]. Dessa två roller kommenteras utförligare i diskussionsavsnittet i detta kapitel.

³ Se Kapitel 1 och Bilaga 5

Metod

Sökstrategier och översikt av funna artiklar

Sökning av studier om läkares sjukskrivningspraxis skedde i litteraturdatabaser, via referenslistor, i tidigare litteraturgenomgångar [1,2,57] och via kontakter enligt beskrivning i Kapitel 2. Studier om andra aktörers praxis i sjukskrivningsärenden, t ex handläggare på Försäkringskassa [57,58], liksom studier av andras syn på läkares sjukskrivningspraxis har inte inkluderats. Totalt har cirka 250 publikationer identifierats, varav 78 artiklar har bedömts redovisa relevanta vetenskapliga studier om läkares sjukskrivningspraxis. Ingen av studierna bedömdes ha hög eller måttlig kvalitet, vilket begränsar möjligheterna att dra mer generella slutsatser av resultaten. Tjugoåtta av studierna bedömdes ha en tillräcklig men begränsad vetenskaplig kvalitet, fem av dessa hade en kvalitativ inriktning. Samtliga dessa studier är publicerade i vetenskapliga tidskrifter efter expertbedömning, utom två som publicerats i doktorsavhandlingar [17,20]. Resterande 50 studier uppfyllde inte de uppställda kvalitetskraven i förhållande till syftet med denna genomgång.

Av de 28 studier, som bedömts ha tillräcklig kvalitet, har endast en publicerats före 1990 [14]. Flertalet studier är genomförda i Sverige (11 stycken) eller Norge (9 stycken). Övriga studier är gjorda i Danmark (2 stycken), Irland (1), Schweiz (1), Slovenien (1), Storbritannien (1), Tyskland (1), och USA (1). Elva av studierna är publicerade på ett skandinaviskt språk (tre på svenska, sex på norska, två på danska). Om en studie publicerats både på ett skandinaviskt språk och på engelska, har endast den engelska versionen inkluderats.

Flertalet av dessa studier är deskriptiva tvärsnittsstudier, vilket, som nämnts, är värdefullt för att få en överblick av kunskapsområdet. Sådana studier ger även möjlighet att studera kausalsamband för relativt konstanta variabler, som t ex kön och specialitet, men ej förändringar över tid eller andra orsakssamband. I några få studier testas effekter av interventioner.

Frågeställningar

Nedanstående frågeställningar av betydelse för beskrivning av läkares sjukskrivningspraxis har varit möjliga att formulera i relation till de

redovisade studierna. Det innebär att flera frågor av betydelse för att få förståelse för läkares sjukskrivningspraxis inte kunnat ställas utifrån befintliga studier.

Vem initierar diskussion om sjukskrivning respektive förtidspension?

Hur gör läkare bedömning av arbetsförmåga?

Gör patienter och läkare samma bedömning av sjukskrivningsbehovet?

Vilken kvalitet har sjukintygen?

Finns det skillnader mellan läkare avseende bedömning av sjukskrivningsbehov?

Vilka patientfaktorer påverkar läkares sjukskrivningspraxis?

Vilka problem anger läkare att de har i samband med sjukskrivning?

Vilka läkarfaktorer påverkar sjukskrivningspraxis?

Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

Andra aspekter på läkares sjukskrivningspraxis?

Resultat

Nedan presenteras studierna i förhållande till dessa frågeställningar. Utförligare beskrivning av studierna, avseende bl a syfte, studieobjekt, antal inkluderade, utfallsmått och fullständig resultatredovisning, återfinns i Tabell 11.1. De resultat som presenteras från kvantitativa studier är statistiskt signifikanta på minst femprocentnivå om ej annat anges.

Vem initierar diskussion om sjukskrivning respektive förtidspension?

I en studie av allmänläkare från Tyskland [28] framkom att när sjukskrivning diskuterades under en konsultation initierades frågan av läkaren i 69 procent av fallen. I de 31 procent av konsultationerna där patienten initierade diskussionen sjukskrev läkaren nästan alla (99 procent), medan 18 procent av patienterna nekade till av läkaren föreslagen sjukskrivning. Resultaten ska ställas i relation till att läkarintyg krävdes

redan efter tre dagars frånvaro, och många sökte alltså läkare för att få sjukintyg, snarare än behandling, vid kortare sjukdomstillstånd.

I en norsk studie, avseende allmänläkares och företagsläkares beslutsfattande i patientkontakter där frågan om sjukskrivning uppkom, angav läkarna att sjukintyg utfärdades i 92 procent av fallen [40]. Enligt läkarna kom frågan om sjukskrivning oftast upp på patientens initiativ (kvinnor 66 procent; män 70 procent) och särskilt när det inte förelåg uppenbara sjukdomsfynd som talade för nedsatt arbetsförmåga (85 procent). När patienten tagit initiativet blev 95 procent av dem sjukskrivna, medan 84 procent blev sjukskrivna om läkaren tagit initiativet.

Sammanfattning

Resultaten från dessa två studier är både överensstämmande och motstridiga. Tyska allmänläkare tog betydligt oftare initiativ till sjukskrivning än norska läkare. Frekvensen av sjukskrivning när läkaren tagit initiativet var däremot ungefär lika (82–85 procent).

Evidens

Det föreligger ingen evidens pga för få studier och delvis motstridiga resultat.

Hur gör läkare bedömning av arbetsförmågan?

I en schweizisk studie avseende läkarintyg skrivna av försäkringskassornas expertläkare fann man en bristande överensstämmelse mellan graden av arbetsoförmåga uttryckt som procentuell nedsättning respektive hur den formulerades i texten [10]. Procentandelen angavs ofta i närheten av de gränser för bidrag som fanns i försäkringen.

I en svensk studie av personer sjukskrivna med ospecifik ryggsmärta fann man inte någon överensstämmelse mellan bedömning av ortoped och den behandlande läkarens egen bedömning avseende behandlingsåtgärder och rehabiliteringsmöjligheter [31]. Ortopedspecialisten baserade huvudsakligen sin bedömning på patientens egenupplevda förmåga, medan övriga inblandade aktörer (behandlande läkare, handläggare på Försäkringskassa respektive behandlande sjukgymnast) oftast uteslutande grundade sin bedömning på patientens ålder.

I en annan svensk studie användes ett särskilt framtaget bedömningsinstrument för att samla in data om läkarnas bedömning av funktionsnivån hos 18 235 patienter under perioden 1981–1986 [39]. Denna bedömning relaterades till sjukskrivningsdata. Omkring 90 procent av dem som sjukskrevs bedömdes ha nedsatt funktionsförmåga, något högre i de fall sjukskrivningen förlängdes (n=1 231), något lägre i de fall det gällde ny sjukskrivning (n=1 022). Tretton procent av dem som fick en ny sjukskrivning bedömdes inte ha nedsatt arbetsförmåga, medan 35 procent av dem som inte alls var sjukskrivna bedömdes ha klart nedsatt funktionsförmåga. I en mindre grupp, som inte fick förlängd sjukskrivning, bedömdes ändå 60 procent fortsättningsvis ha nedsatt funktionsförmåga. Eftersom nedsatt funktionsförmåga inte nödvändigtvis är detsamma som nedsatt arbetsförmåga kan resultaten tolkas som att läkare också gör denna åtskillnad.

Sammanfattning

Dessa tre studier belyser på något olika sätt att det för många läkare föreligger svårigheter att göra bedömning av arbetsförmåga, men också att läkarna förefaller göra åtskillnad mellan funktionsförmåga och arbetsförmåga. Studiernas resultat pekar i samma riktning, nämligen att arbetsförmågebedömningar är vanskliga i läkarpraxis.

Evidens

Det föreligger ingen evidens pga att studierna har olika upplägg, är få och är av begränsad kvalitet.

Gör patienter och läkare samma bedömning av sjukskrivningsbehovet?

I en doktorsavhandling redovisas resultat från en enkät till 183 läkare och 183 sjukskrivna avseende kunskaper om och attityder till sjukskrivning [20]. Det fanns inga stora skillnader mellan läkare och patienter. De få och små skillnader som fanns var att både äldre läkare och äldre patienter hade en mer positiv syn på sjukskrivning än yngre. De sjukskrivna såg fler fördelar och färre risker med sjukskrivning än läkarna. Fler läkare än patienter ansåg att icke-medicinska faktorer kan bidra till arbetsförmåga.

I en annan svensk studie deltog 52 långtidssjukskrivna förstagerationsimmigranter i åldern 16–45 år [44]. För 49 patienter (94 procent) var sjukdomsdiagnosen muskuloskeletal smärta. För samtliga patienter bedömdes diagnos och arbetsförmåga av två externa läkare genom intervjuer, speciella tester och kroppsundersökning fokuserande på funktionsförmåga. De externa läkarna bedömde att 36 (69 procent) av patienterna skulle kunna arbeta åtminstone deltid, medan endast de 11 patienter som redan var deltidssjukskrivna ansåg sig kunna arbeta deltid. Således ansåg de externa läkarna att 25 (61 procent) av de 41 heltidssjukskrivna patienterna kunde arbeta deltid. Författarna anser att en förklaring till denna bristande överensstämmelse mellan behandlande och externa läkares bedömningar skulle kunna vara att den behandlande läkaren inte tillräckligt objektivt kunde värdera patientens smärtbeskrivning och därför i högre grad anpassade sjukskrivningen till patientens egen uppfattning om arbetsförmåga.

Sammanfattning

Båda studierna visar att behandlande läkare och patienten oftast har överensstämmande åsikter om sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad. I den andra studien visades dock att när två oberoende läkare gjorde sina bedömningar, framkom skillnader i bedömningen av graden av arbetsoförmåga mellan dessa läkare och många av de som var heltidssjukskrivna. I den senare studien var studiepopulationen selekterad utifrån invandrarstatus, vilket eventuellt kan ha påverkat resultaten.

Evidens

Det föreligger ingen evidens pga att studierna har olika upplägg, är få och av begränsad kvalitet.

Vilken kvalitet har sjukintygen?

Läkarintygen är ett viktigt underlag för de beslut försäkringskassans handläggare har att fatta om rätt till sjukpenning och andra ersättningar, liksom om arbetslivsinriktad rehabilitering och andra åtgärder. Därför har intygens kvalitet stor betydelse för Försäkringskassans möjligheter att handlägga ärendet på ett korrekt sätt och därigenom även för patientens rättssäkerhet och handläggarens arbetssituation [27,57,59]. Bristfälligt ifyllda intyg kan leda till att sjukersättning

utbetalas eller dras in på felaktiga grunder och att nödvändiga rehabiliteringsåtgärder inte vidtas.

I en norsk studie av en ny form av sjukintyg för sjukskrivningar längre än åtta veckor, var syftet bl a att för 735 intyg belysa i vilken omfattning läkarna fyllt i 25 olika uppgifter på intyget [6]. Upplysningar om anamnesen och en funktionsbedömning fanns med på alla intyg, medan uppgift om diagnosnummer, yrke, eventuell arbetslöshet, respektive prognos saknades i respektive 11, 26, 24 och 10 procent av alla intyg. I 38 procent av intygen saknades uppgift om möjligheter till partiell sjukskrivning.

I en dansk studie undersöktes läkares syn på och användning av ett utvidgat intyg vid långvarig sjukskrivning [8]. Av 420 intyg innehöll 99 procent uppgifter om diagnos, 97 procent angav grad av arbetsförmåga, 86 procent varaktigheten, 87 procent prognosen och i 64 procent lämnades extra upplysningar. En stor del av både läkarna (33 procent) och de tjänstemän som skulle använda intyget (45 procent) ansåg att det inte var användbart för att fatta beslut i dessa ärenden. Som orsak till att de ej fyllde i alla uppgifter angav läkarna främst att sjukdomsförloppet var oklart, att de inte visste hur informationen skulle tolkas av mottagaren, samt att de inte hade tillräcklig kännedom om regelverket.

I en svensk studie, där syftet var att belysa effekter av ändrade regler för hur intyg fylldes i, framkom att intygen fylldes i mer fullständigt efter regeländringen, men att många uppgifter fortfarande saknades [19]: i 27 procent av intygen saknades uppgift om prognos för återgång i arbete och i 22 procent saknades uppgift om typ av arbete. Det fanns även ett samband mellan ofullständigt ifyllda intyg och lång sjukskrivningsperiod.

I en svensk undersökning framkom att graden av ifyllande av de olika uppgifterna på läkarintyget varierade mellan 46 och 87 procent [35]. Man fann inga skillnader mellan äldre och yngre eller mellan kvinnliga och manliga läkare. På en fjärdedel av intygen angavs att patienten kunde arbeta trots uppgiven nedsatt arbetsförmåga, medan cirka hälften av intygen saknade uppgift om behov av rehabiliteringsåtgärder. Intyg utfärdade av sjukhusläkare saknade uppgifter i högre grad än intyg från övriga läkare.

I en norsk läkarintygsstudie avseende en ny typ av läkarintyg efter åtta veckors sjukskrivning, konstaterades att nio av tio intyg innehöll uppgifter, som tillfredsställande förklarade orsaken till sjukskrivningen [45]. Behov av ytterligare uppgifter bedömdes dock föreligga i nära en tredjedel av fallen, främst avseende uppgifter om patientens arbetsförhållanden.

I en slovensk studie framkom att vid sjukskrivning längre än 30 dagar var 44 procent av läkarintygen ofullständigt ifyllda [36]. Detta förbättrades efter en utbildningsintervention, men fortfarande hade 27 procent av intygen en eller flera brister.

Sammanfattning

Studierna visar att det föreligger brister beträffande ifyllandet av obligatoriska uppgifter på intygen, vilket innebär att intygens kvalitet ofta är otillräcklig som underlag för beslutsfattande inom försäkringssystemet, vilket kan leda till negativa konsekvenser för såväl individ som samhälle.

Evidens

Det föreligger begränsat vetenskapligt stöd för att sjukintygen i betydande utsträckning har otillräcklig kvalitet (Evidensstyrka 3).

Finns det skillnader mellan läkare avseende bedömning av sjukskrivningsbehov?

Vid studier avseende denna frågeställning begränsas möjligheterna till jämförelse av att läkarna träffar olika typer av patienter, med olika grader av sjukdom, olika yrken och arbetsuppgifter och därmed olika behov av sjukfrånvaro. Detta gäller inom en viss läkarspecialitet, men också vid jämförelse mellan läkare av olika specialitet och med olika arbetssituation [4]. Flertalet studier om skillnader mellan läkares sjukskrivningspraxis tar inte hänsyn till detta.

En metod som använts i flera studier, för att få kunskap om skillnader i läkares sjukskrivningspraxis, är att försöka standardisera den patient läkaren har att ta ställning till genom att använda så kallade "case vignettes", dvs simulerade skriftliga patientfall. I vissa studier har detaljer ändrats i annars identiska fall (t ex kön, arbetssituation, motivation) för att undersöka om sådana faktorer påverkar sjukskrivningspraxis.

I en irländsk studie fick allmänläkare bedöma tio skriftliga patientfall för att belysa variationer i sjukskrivningspraxis [14]. I endast ett av fallen var samstämmigheten i bedömningar någorlunda stor (94 procent), i ett fall av måttlig storleksordning (82 procent), medan variationen var betydande i övriga fall (från lika många för som emot sjukskrivning till 73 procents samstämmighet).

I en svensk studie med 159 deltagande allmänläkare (104 män, 55 kvinnor) användes skriftliga patientfall för att belysa praxisvariation och kostnads-konsekvenser av vidtagna åtgärder, inklusive sjukskrivning [52]. Man fann variation avseende rekommendation om sjukskrivning för tre av de sex fallen. I ett fall var variationen stor (33 procent av läkarna ville sjukskriva patienten), medan variationen var måttlig i två fall (13 procent ville sjukskriva). I övriga tre fall var samstämmigheten i bedömningar påtaglig (93, 96, respektive 97 procent av läkarna ville sjukskriva patienten). Endast i ett fall var skillnaden i sjukskrivningsgrad av större betydelse (22 procent sjukskrevs på heltid, 10 procent på halvtid och 1 procent på 25 procent). Till en liten del (7 procent) förklarades skillnaderna mellan läkarna av att de äldre läkarna och de läkare som arbetade på orter med stort avstånd till sjukhuset sjukskrev mer. Man fann även att de läkare som sjukskrev oftare också föreslog fler laboratorietredningar och förskrev mer läkemedel.

I en annan svensk studie användes skriftliga patientfall för att belysa samband mellan patientens kön och symtombeskrivning och läkares beslut om sjukskrivning [21]. I studien deltog 299 allmänläkare, 143 psykiatriker och 165 ortopedier. Kvinnliga läkare föreslog oftare sjukskrivning (58 vs 43 procent). Jämförelse gjordes mellan allmänläkare och psykiatriker och mellan allmänläkare och ortopedier (för respektive jämförelse användes två fallbeskrivningar med variationer). Allmänläkare föreslog mindre ofta sjukskrivning jämfört med psykiatriker (40 vs 51 procent), men betydligt oftare än ortopedier (62 vs 39 procent).

Sammanfattning

I dessa tre studier framkom stor variation avseende läkarnas beslut gällande bedömning av såväl sjukskrivningsbehov som grad av arbetsoförmåga för många av de presenterade fallen, även om det också fanns

patientfall där bedömningarna var samstämmiga. I en av de svenska studierna fann man också skillnader mellan läkerspecialiteter vid bedömning av identiska patientbeskrivningar.

Evidens

Evidens saknas pga för få studier.

Vilka patientfaktorer påverkar läkares sjukskrivningspraxis?

I ovan nämnda enkätstudie med skriftliga patientfall föreslog läkarna oftare sjukskrivning för de patienter som beskrevs som krävande avseende önskemål om sjukskrivning, än för patientfall där krav om sjukskrivning inte var framträdande [21].

I en norsk studie undersöktes om uppgiven grad av kännedom om patienten påverkade 133 allmänläkares utnyttjande av resurser, inklusive sjukskrivning [29]. Sjukskrivning övervägdes i 823 konsultationer och i 700 av dessa fall utfärdades sjukintyg (85 procent). Tidigare god kännedom om patienten ledde till signifikant fler sjukskrivna patienter (OR=53,4; 95 procent KI 16,2–184,1), således 53 gånger högre förekomst av sjukskrivning om läkaren uppgav sig ha god eller utmärkt kännedom om patienten.

I en annan norsk studie [7] var syftet att undersöka hur patientens och läkares kön påverkade läkarnas bedömning av arbetsförmåga. Till studien inbjöds 91 läkare (85 allmänläkare). Dessa rapporterade 652 sjukskrivningsepisoder för lika många patienter. Patienterna besvarade frågor om sina arbetsförhållanden. Man fann att fler sjukskrivna kvinnor än män bedömdes ha en lägre grad av nedsatt arbetsförmåga vid förlängning av sjukskrivningen (47 procent vs 35 procent) och att fler kvinnor än män fick deltidssjukskrivning (27 procent vs 11 procent). Manliga läkare värderade att fler män än kvinnor hade mycket kraftigt nedsatt arbetsförmåga (35 procent vs 19 procent), medan kvinnliga läkare värderade detta lika för män och kvinnor. Multivariat analys visade att männen bedömdes ha högre grad av mycket kraftigt nedsatt arbetsförmåga (OR 1,72; 95 procent KI 1,10–2,70). Något samband fanns däremot inte vad gällde ålder och arbetsförhållanden (fysisk belastning respektive psykisk stress).

Sammanfattning

Dessa tre studier ger ett begränsat bidrag till kunskapen om vilka patientfaktorer som påverkar läkares sjukskrivningspraxis. Det förefaller rimligt att patientens egen motivation och krav har betydelse. Däremot är det mer anmärkningsvärt att god kännedom om patienten kraftigt skulle kunna bidra till ökad förekomst av sjukskrivning. I den enda studien som undersökt samband med sjukskrivning och läkares respektive patientens kön fann man vissa skillnader mellan såväl kvinnliga och manliga läkare, som hur dessa bedömde kvinnliga och manliga patienter.

Evidens

Evidens saknas. Det finns endast tre studier av begränsad kvalitet och de behandlar olika frågeställningar.

Vilka problem anger läkare att de har i samband med sjukskrivning?

I fem huvudsakligen kvalitativa studier har läkares syn på problem med sjukskrivningsärenden undersökts. I en studie från Storbritannien intervjuades 20 allmänläkare angående sina uppfattningar om kronisk ländryggsvärk [11]. Sjukskrivning kom ofta på tal och flertalet läkare såg ett samband mellan ryggvärken och olika former av psykologisk stress eller psykisk sjukdom och var bekymrade över risken att genom sjukskrivning legitimera en sjukroll. Flera angav att de sjukskrev patienter för att de trodde att patient–läkarrelationen annars skulle försämrats.

I en svensk doktorsavhandling redovisades intervjuer med 14 läkare (4 kvinnor och 10 män) med olika specialiteter [17]. Läkarna tillfrågades om sin syn på den egna rollen och handlandet i sjukskrivningsprocessen. Läkarna upplevde ökade krav med fler och sjukare patienter, samtidigt som de hade mindre tid. Allmänläkarna beskrev tydligare sin roll som ”patientens advokat”, jämfört med andra specialister. Läkarna menade att patientens inställning ofta var avgörande vid sjukskrivning, och att det är vanligt att patienter inte vill bli sjukskrivna eller väntar för länge med att sjukskriva sig. Flera läkare upplevde arbetet med sjukskrivning som svårt pga sina bristande kunskaper om arbetsmarknaden och socialförsäkringslagarna. Speciellt svårt ansågs detta vara vid sjukskrivning av

arbetslösa. Intervjuerna genomfördes under 1996, dvs under en period efter förändringar i lagstiftningen och markant nedgång av antalet sjukskrivningar.

I en norsk studie undersöktes hur 24 utvalda läkare uppfattade nya, striktare regler för förtidspension och hur detta påverkade deras praxis [23]. Det fanns en stor variation i attityder och beteenden och många läkare upplevde en konflikt mellan de två rollerna som ”patientens advokat” och som ”medicinsk konsult” i förtidspensionsärendena, men det framkom också att rollerna kunde skifta hos en enskild läkare. Under den senare fasen av ett förtidspensionsärende, när läkaren gett upp försöken att få patienten åter i arbete, tog läkarna oftare rollen som ”patientens advokat”. Enligt de läkare som identifierades som ”advokater” var det svårare att påverka möjligheterna att få förtidspension efter förändringen, medan många ”konsulter” välkomnade förändringen. Några ”advokater” prövade olika sätt att kringgå effekterna av förändringen.

I en enkätstudie ombads allmänläkare, psykiatriker och privatläkare i ett svenskt län att beskriva kritiska händelser, dilemman, i sjukskrivningspraxis [63]. Åttionio av de 125 deltagande läkarna (50 kvinnor och 75 män) rapporterade vardera en problemsituation i samband med sjukskrivningsärenden. Dessa problem var av två slag. Den ena typen gällde försäkringsrelaterade frågor i form av bedömning av arbetsförmågan, ställningstagande till sjukskrivningens längd, respektive att förstå försäkringsreglerna. Den andra typen av problem var av mer medicinsk karaktär i form av diagnosättande, att bedöma validiteten i patientens berättelse respektive att få patienten att följa läkarens råd. Dessa problem ledde antingen till mer arbete eller till emotionell påfrestning för mer än hälften av läkarna, som använde olika sätt att hantera problemen, såsom att avvakta, att sjukskriva eller att kontakta andra vårdgivare eller myndigheter för att finna en lösning.

I en dansk studie undersöktes läkares syn på och användning av ett utvidgat intyg vid långvarig sjukskrivning [8]. En stor del av både läkarna (33 procent) och de tjänstemän som skulle använda intyget (45 procent) ansåg att det inte var användbart för att fatta beslut i dessa ärenden. Som orsak till att de ej fyllde i alla uppgifter angav

läkarna främst att sjukdomsförloppet var oklart, att de inte visste hur informationen skulle tolkas av mottagaren, samt att de inte hade tillräcklig kännedom om regelverket.

Sammanfattning

I de få studierna framkommer att läkare upplever problem av olika slag i samband med sjukskrivningsärenden. Flera av dem har samband med konflikten mellan de två rollerna som ”patientens advokat” och som ”medicinskt sakkunnig”. Bristande kunskaper om sjukskrivning, lagstiftning, andra myndigheter och möjlighet till samarbete med dessa var en annan typ av problem. Endast en studie beaktar hur dessa problem påverkar läkaren och hur läkaren hanterar dem.

Samtliga redovisade studier är av explorativ karaktär. Deras betydelse för förståelse av sjukskrivningspraktikens karaktär ligger i att de angivna problemen har formulerats av läkarna själva och att dessa formuleringar genom studiernas kvalitet kan anses vara rimligt trovärdiga.

Evidens

Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever problem med sjukskrivningsärenden både vad gäller medicinska frågeställningar och försäkringsrelaterade frågor. För att uppnå evidens avseende problemens innehåll och konsekvenser krävs andra typer av studier (Evidensstyrka 3).

Vilka läkarfaktorer påverkar sjukskrivningspraxis?

Flera av de redovisade studierna presenterar resultat som rör olika läkarfaktorerers inverkan. För närmare beskrivning av studierna hänvisas till redan redovisade avsnitt. I ett par svenska studier framkom att äldre läkare var mer positiva till sjukskrivning [20] och mer benägna att sjukskriva än yngre läkare [52]. I en svensk sjukintygsstudie [35] och i en norsk enkätstudie [7] sågs emellertid inte denna skillnad.

Läkarens kön har betydelse för bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivning enligt en norsk och en svensk studie. Enligt den norska studien värderade manliga läkare att fler män än kvinnor (35 vs 19 procent) hade mycket stor nedsättning av arbetsförmågan, vilket de kvinnliga läkarna inte gjorde [7]. Däremot bedömde de kvinnliga läkarna de

kvinnliga patienternas arbetsförmåga som lägre jämfört med de manliga läkarna. I den svenska studien visades att kvinnliga läkare sjukskrev oftare i en simulerad situation (skriftliga patientfall) och att kostnaderna för sjukskrivning också blev signifikant högre [21]. I en annan svensk studie avseende kvalitet på läkarintyg sågs däremot ingen skillnad mellan manliga och kvinnliga läkare [35].

I ett par studier framkom resultat som kan tolkas som att läkare gör olika bedömningar av sjukskrivningsbehovet beroende på antalet tidigare kontakter och graden av personlig kännedom om patienten [29,44]. Vikten av att bevara en god patient–läkarrelation kan också ha betydelse [11].

I tre studier finns resultat som tyder på att läkarna i viss utsträckning anser sig ha bristande kunskap om regelverket och Försäkringskassans handläggning av sjukskrivningar [8,17,63].

Olika utfall av ställningstagande till sjukskrivning kan bero på läkarens specialitet enligt en studie med skriftliga patientfall [21], en intygsstudie [35] och en kvalitativ intervjustudie [17].

Läkarens sätt att förhålla sig till det etiska dilemmat att fungera som ”patientens advokat”, respektive ikläda sig en mer strikt roll som medicinsk sakkunnig har belysts i två studier [17,23].

Evidens

Evidens saknas. Studierna är för få, behandlar olika frågeställningar och har begränsad kvalitet. I några fall är resultaten dessutom motstridiga.

Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

Fyra interventionsstudier har inkluderats. I två av dessa har interventionerna utformats av forskarna, medan de övriga två studierna gäller effekter av förändrade regler för sjukskrivning eller beviljande av förtidspension.

I en slovensk studie av kvasiexperimentell karaktär var syftet att mer allmänt förbättra sjukskrivningspraxis [36]. Sjuttioåtta läkare erhöll skriftliga rekommendationer baserade på identifierade problem avseende läkarnas sjukskrivningspraxis samt utfall av baslinjeobservationer

avseende vissa sjukskrivningsparametrar, särskilt kvaliteten på intygen och allmän handläggning. Materialet redovisades också muntligt för läkarna. Efter interventionen fann man bättre allmän kvalitet i handläggningen (ej signifikant) och signifikant förbättring avseende fullständigheten i intygen (73 procent jämfört med 56 procent före interventionen). Det vanligaste problemet före interventionen (avsaknad av undersökningsresultat och annan dokumentation) minskade från 19 till 9 procent.

I en svensk studie, med syfte att pröva en metod för att minska sjukskrivningstidens längd hos patienter med besvär från rörelseorganen utformades interventionen som ett samarbetsprojekt mellan Försäkringskassan och en vårdcentral [41]. En samordnare från Försäkringskassan träffade vårdcentralschefen 15 minuter per dag, och samtliga läkare träffade dessutom under två timmar varannan vecka samordnaren och en expertgrupp bestående av specialister avseende muskel- och ledsjukdomar, medicinsk rehabilitering och smärtproblematik. I gruppen diskuterades samtliga patienter som varit sjukskrivna mer än 60 dagar. Vidare inrättades ett särskilt bevakningssystem för att så tidigt som möjligt identifiera patienter, som riskerade att bli sjukskrivna mer än 21 dagar pga besvär i rörelseorganen, för att påbörja rehabiliteringsplanering. Efter ett år hade sjukskrivningstiden ökat för patienter sjukskrivna vid vårdcentraler i hela kommunen, men i signifikant lägre grad för de som sjukskrevs vid interventionsvårdcentralen (7,5 respektive 1,4 dagar). I projektet ingick en fall-kontrollstudie där interventionsvårdcentralens samtliga patienter i åldern 16–54 år, som sjukskrivits mer än 21 dagar för diagnoser från rörelseorganen, jämfördes med lika många fall från andra vårdcentraler i kommunen. Man fann ingen skillnad i sjukskrivningslängd för kvinnorna, däremot för männen, som hade signifikant kortare sjukfall (median 35 respektive 49 dagar).

I en norsk studie från början av 1990-talet undersöktes effekterna av striktare regler för förtidspension, vad gällde intygsfrekvens och uppgifter på intyget [13]. Dessutom noterades i vilken utsträckning intygs-skrivande läkare respektive handläggande försäkringstjänsteman förordade avslag på ansökan. Man fann att ansökningarna minskade med 39 procent, från 2,7 per 100 000 invånare 1990 till 1,6 per 100 000 invånare 1993. Andelen som före ansökan varit föremål för yrkesinriktad

rehabilitering ökade från 19 till 23 procent. Läkarnas och tjänstemännens andel av förslag till avslag var i stort oförändrade (9 till 8 procent, respektive 12 till 13 procent), medan de faktiska besluten om avslag ökade signifikant från 8 till 21 procent trots att ansökningsincidensen hade minskat.

I en annan studie av samma material noterades även förändringar avseende rehabiliteringsinsatser [12]. Diskussion om rehabiliteringsinsatser förekom i samma omfattning före och efter regeländringen, men aktiv rehabilitering förekom något oftare efter förändringen (19 procent vs 14 procent). Rehabiliteringsinsatser förekom oftare hos yngre (52 procent under 30 år) jämfört med äldre (10 procent över 50 år) och oftare hos män (20 procent) än hos kvinnor (13 procent).

I en svensk studie undersöktes om striktare regler för beviljande av sjukersättning och nya intyg vid långtidssjukskrivning (>28 dagar) påverkade läkares sjukskrivningspraxis [19]. Man samlade in 183 sjukintyg före och 182 sjukintyg efter förändringen. De nya intygen var mer komplett ifyllda, särskilt avseende prognos. Fortfarande saknades dock centrala uppgifter i många intyg. Andra faktorer, såsom sjukskrivningslängd och andelen med olika grad av nedsatt arbetsförmåga påverkades ej.

Sammanfattning

I den slovenska studien påvisades flera förbättringar avseende sjukskrivningspraxis efter en relativt begränsad utbildningsintervention, inkluderande återföring till läkarna. I en av de svenska studierna kunde minskning av sjukskrivningstid ses som en möjlig konsekvens av den mer intensiva handläggning som infördes på en vårdcentral. I de två andra studierna kunde man inte påvisa några påtagliga förändringar av praxis efter införande av striktare regler för intygande i förtidspensions- respektive sjukskrivningsärenden. Två studier med riktad intervention till sjukskrivande läkare visar alltså viss effekt, medan de två studierna där interventionen bestod av införande av striktare regler inte visade effekt.

Evidens

Evidens saknas pga alltför få studier, vilka dessutom har begränsad kvalitet.

Andra aspekter på läkares sjukskrivningspraxis

I en dansk explorativ studie av förlopp och kommunikation i 27 långtidssjukskrivningsärenden (≥ 13 veckor) fann man att ett komplicerat medicinskt förlopp förelåg i 19 av fallen och att det ofta var många aktörer inblandade (i 20 av fallen mellan fyra och åtta instanser, inte sällan flera olika sjukvårdsinstanser) [43]. Där flera var inblandade blev det ofta en fördröjning av förloppet och bristen på koordinering var iögonenfallande. Problem med bristande intyg och långa väntetider till specialistbedömning framkom också.

I en studie från USA tillfrågades 850 personer, som varit sjukskrivna pga ländryggsvärk, angående deras uppfattning om effekten av kommunikation från vårdgivaren (läkare, osteopat eller kiropraktor) avseende grad av aktivitet för att underlätta återgång i arbete [15]. Vårdgivarnas råd om återgång i arbete uppgavs kunna förkorta sjukskrivningen något under den akuta fasen, men inte därefter. En stor andel av de intervjuade ansåg dock att vårdgivaren inte givit information eller kommunicerat på ett sätt som underlättade återgång i arbete. Studien var retrospektiv och därför är orsakssambanden svårbedömda.

I en norsk explorativ studie undersöktes utfallet för 90 sjukskrivna personer (64 kvinnor och 26 män), som av Försäkringskassans (Trygdekontorets) rådgivningsläkare blivit hänvisade till en specialistbedömning av en psykiater [47]. Deras sjukskrivningsdiagnoser var oklara sjukdomstillstånd, särskilt nervösa besvär och muskuloskeletal smärta. Utfallet av remitteringen bedömdes avseende sjukskrivningstid, förtidspensioneringar, diagnoser och rehabiliteringsåtgärder. De diffusa diagnoserna minskade från 16 till endast 1 och fibromyalgidiagnosen minskade från 17 till 6. I 13 fall bedömdes att ingen sjukdom förelåg och i 20 fall blev patienterna friskskrivna. Flera blev förtidspensionerade och andelen med pågående rehabilitering minskade. För 61 av patienterna ledde konsultationen till någon typ av förändring i sjukskrivningsstatus. Tjugoåtta patienter bedömdes ha stor medicinsk nytta av bedömningen och ytterligare 19 bedömdes ha haft viss nytta.

Sammanfattning

I samband med långtidssjukskrivningar förelåg oftast ett medicinskt komplicerat förlopp med många inblandade aktörer. Patienter med ländryggsbesvär bedömde retrospektivt att läkarens aktiva råd om återgång i arbete hade haft positiv betydelse för återgång i den akuta fasen. Psykiatrisk andrahandsbedömning av patienter med oklara eller förmodat psykiska sjukdomsbesvär gav i stor utsträckning andra och tydligare diagnoser än initialt.

Evidens

Evidens saknas, pga att studierna har olika upplägg, är få och är av begränsad kvalitet.

Diskussion

För flertalet av frågeställningarna har endast 2–4 studier kunnat identifieras och ofta var dessa inte helt jämförbara pga olika design, studiepopulation etc. Endast två av frågorna kunde besvaras med den lägsta graden av evidens. Detta beror på det mycket låga antalet studier inom respektive frågeområde, och de inkluderade studiernas låga kvalitetsnivå. Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare i viss utsträckning upplever sjukskrivningsärenden som problematiska och att läkarintygen i betydande omfattning är otillräckligt ifyllda. Den evidens som finns är således på en mycket generell nivå. Mer kunskap behövs både om ovannämnda faktorer och om de andra faktorer som nämnts i inledningen av kapitlet och som närmare diskuteras i detta och kommande avsnitt.

Metodologiska aspekter

Även om det finns studier om läkares sjukskrivningspraxis redan från 1960- och 1970-talen, har den stora majoriteten kommit under det senaste decenniet, dvs forskningsområdet är i en tydlig utvecklingsfas. Detta understryks av att det finns ett stort antal andra typer av publikationer inom området, såsom policydokument, diskuterande artiklar och debattartiklar. Ur evidenssynpunkt är det ett problem att studiernas kvalitet inte är högre. Svagheter är bl a enskilda studiers bristfälliga design för att på ett stringent sätt kunna besvara frågeställningarna samt

stora och möjligt systematiska bortfall, som kunnat påverka resultaten. Otillräcklig hänsyn till andra tänkbara påverkansfaktorer (bias) förekommer samt brister i analys och precision. Det är därför inte möjligt att dra några säkra generella slutsatser av dessa studier.

Eftersom sjukförsäkringssystemen skiljer sig mellan länder och över tid är resultaten från olika studier inte alltid jämförbara. Ett exempel på det är de studier som gjorts i länder där läkarintyg behövs efter 3–4 dagar, vilket innebär att många konsultationer görs enbart för att få ett sjukintyg, inte för att få diagnos eller behandling. En annan sådan faktor är hur länge ett sjukskrivningsfall kan pågå, där många länder har en övre gräns på 12 månader.

Vi har endast funnit två tidigare litteratursammanställningar inom detta område, men ingen av dessa har värderat de inkluderade studiernas kvalitet [25,57]. De flesta här redovisade studierna identifierades inte via sökningar i litteraturlatabaser, utan via referenslistor och kontakter. Den stora merparten av de inkluderade studierna har genomförts i Sverige och Norge, vilket även konstaterats i andra litteraturgenomgångar [2,25,57].

Samtliga studier utom en [35] har gjorts inom medicinska institutioner, ofta allmänmedicinska men t ex socialmedicinska institutioner förekommer också. De flesta forskarna är läkare. Detta innebär att frågeställningarna ofta är genererade i den egna praktiken, vilket kan ses som en fördel. Dessa studier kan ses som uttryck för ett behov att få mer kunskap om problem som är en del av många läkares dagliga arbete. Datainsamling har oftast skett via olika typer av enkäter, men även via sjukintyg och i några fall via intervjuer. Andra metoder, såsom direkt observation av praxis, har inte kommit till användning.

Studiernas frågeställningar är dock av beteendevetenskaplig snarare än av medicinsk natur, vilket i högre grad än vad som varit fallet borde påverkat såväl teoribakgrund som datainsamling och analysmetoder. Detta kan vara en bidragande anledning till den bristande kvaliteten. Framför allt är teorierna om de studerade fenomenen inte tydliggjorda. Här behövs en betydande utveckling, där anknytning till teorier från närliggande forskningsområden sannolikt skulle kunna föra forskningen framåt.

Risken för ”publication bias” har sannolikt inte varit särskilt stor inom detta område. Eftersom antalet studier varit förhållandevis få och de flesta är rent deskriptiva har det troligtvis funnits utrymme för publicering av studier oberoende av resultatens karaktär.

Av de studier som bedömts som relevanta, men med otillräcklig kvalitet enligt de kriterier som satts upp här, hade jämförelsevis något fler studier publicerats före 1990 (åtta studier, varav två under 1970-talet och sex under 1980-talet). Detta skulle kunna tolkas som att kvaliteten på studierna ökat med tiden samt att det vetenskapliga intresset för läkares sjukskrivningspraxis ökat markant det senaste decenniet. Frågeställningar, datainsamlingsmetoder, och analysmetoder i dessa 50 studier beaktar i stort sett samma aspekter av läkares sjukskrivningspraxis, som de som finns representerade i de här redovisade studierna. Bland de exkluderade studierna finns dock fler som berör läkarnas attityder samt betydelsen av sociala faktorer.

Kommentarer till frågeställningarna

De redovisade studierna har antingen inte alls kunnat besvara frågeställningarna eller endast med begränsat vetenskapligt stöd. Kunskapsläget är således synnerligen bristfälligt och mer forskning behövs inom dessa områden.

Vem initierar diskussion om sjukskrivning respektive förtidspension?

I de två studier, som genom enkäter till läkarna, fokuserar på denna frågeställning är resultaten motstridiga. I den tyska studien är det läkarna som oftast tar initiativet, medan det i den norska studien är precis tvärtom. När patienten tar initiativet får detta anses vara föga förvånande eftersom initiativet till kontakt med sjukvården i huvudsak är den enskilde individens, liksom behovet att få ett sjukintyg till Försäkringskassan. Beroende på den allmänna situationen (uppgång eller nedgång i sjukskrivningsfrekvens) kan dock läkarens initiativ ha större eller mindre betydelse. Enligt en annan kvalitativ studie [17] uppgav de intervjuade läkarna att det inte sällan är ett problem att patienten inte vill vara sjukskriven trots läkarens bedömning, eller accepterar det för sent i förloppet.

Hur gör läkare bedömning av arbetsförmåga?

De få redovisade studierna visar att detta centrala område är mycket otillräckligt utforskat. Det har också hävdats att läkare har såväl otillräcklig utbildning som kunskap inom detta område [3,18,34,48]. I en av de redovisade studierna [39] finns den intressanta iakttagelsen att bedömning av funktionsförmåga och arbetsförmåga inte går hand i hand. Detta skulle tala för att läkarna gör den individuella bedömningen med hänsynstagande till olika arbetsförhållanden som krävs.

Gör patienter och läkare samma bedömning av sjukskrivningsbehovet?

De två studier som redovisas motsäger inte att läkare och patienter oftast gör samstämmiga bedömningar. Det kan vara så att detta i högre grad gäller om arbetsförmågan över huvud taget är nedsatt än graden av nedsättning. Bedömning av arbetsförmåga upplevs också som ett problem av läkarna [63]. En hittills obesvarad frågeställning är om och i så fall i vilken omfattning läkarens beslut om sjukskrivning påverkas av patientens önskan om sjukskrivning oavsett faktiskt nedsatt arbetsförmåga. En närbesläktad frågeställning är i hur hög grad läkarens målsättning att etablera och bevara en förtroendefull patientkontakt, och läkarens föreställning om hur detta kan åstadkommas, kommer i konflikt med god sjukskrivningspraxis.

Vilken kvalitet har sjukintygen?

Sjukintygens kvalitet är avgörande för i vilken utsträckning de kan utgöra underlag för beslut om sjukpenning och sjukersättning/förtidspension. De få studier som redovisats visar att läkarnas sjukintyg ofta har bristfällig kvalitet. Att kvaliteten på intygen inte är optimal kan bero på att krav på detta inte formuleras tillräckligt tydligt och inte följs upp från Försäkringskassan, att läkare inte prioriterar att skriva bra intyg, att utformningen av intygen gör att de är svåra att fylla i, eller att läkare inte har tillräcklig kunskap om området eller om hur intygen används. Ytterligare forskning behövs för att besvara dessa frågeställningar och för att klargöra betydelsen för individen och på samhällsnivå av olika kvalitet på de intyg, som utgör underlag för utbetalande av sjukersättning. Framför allt behövs kunskap om metoder för att öka intygens kvalitet.

Finns det skillnader mellan läkare avseende bedömning av sjukskrivningsbehov?

De studier som redovisas i denna genomgång ger ingen evidens för att betydande variation föreligger inom sjukskrivningsområdet, pga att antalet studier är för få. Studierna visade dock på en stor variation i hur länge olika läkare bedömer att en patient med liknande sjukdom och arbete ska vara sjukskriven. För vissa sjukdomar var emellertid överensstämmelsen i läkarnas bedömningar hög.

När det gäller studier om skillnader mellan läkares sjukskrivningspraxis har datainsamlingen skett via enkäter med skriftliga patientfall. Ett argument för denna datainsamlingsmetod är att den ger möjlighet att jämföra läkares ställningstagande till samma, standardiserade patienter, och därigenom kan variationen i läkarnas beslut rörande samma fall beskrivas.

Validiteten i dessa bedömningar har dock ifrågasatts, dels utifrån att läkare inte alltid gör samma bedömning om de får samma patientvinjetter senare, dels för att det är osäkert om läkaren gör samma bedömningar i en klinisk situation, även om studier inom andra praxisområden (diagnostiska bedömningar, läkemedelsförskrivning) har visat att måttligt hög grad av överensstämmelse föreligger mellan bedömning av verkliga respektive fiktiva patienter [38,54]. Patientvinjetter kan göras utförliga med omfattande uppgifter om icke-medicinska förhållanden, men de kan inte ersätta den direkta patientkontakten. Individuella läkare reagerar olika på den (begränsade) information de får om patienten i en vinjett, jämfört med i den egna praktiken, och en del av den variation, som alltid uppkommer, torde bero på de individuella olikheterna i detta avseende. Om syftet är att beskriva olikheter i praxis medför detta således en viss osäkerhet i tolkning av resultaten. Däremot är det sannolikt så att läkaren relaterar ett skriftligt patientfall till sin egen praktik och att besluten angående pappersfallet därigenom kan sägas spegla beslut i den verkliga situationen, vilket ökar trovärdigheten för att skillnader mellan läkarspecialiteter är generaliserbara.

Det bör uppmärksammas att även om det finns en samstämmighet mellan läkare kring längd och grad av sjukskrivning för en viss åkomma eller en enskild patientbeskrivning är det inte säkert att just detta innebär

den optimala längden och graden av sjukskrivning. För att avgöra om så är fallet, ställ krav på den typ av evidensbaserat underlag, som enligt denna rapport saknas.

I Sverige har sammanställningar från Riksförsäkringsverket visat regionala variationer vad gäller sjukskrivningsförekomst. I en studie av sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt och bröstcancer genomförd av Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen, har det visats att sådana regionala (länsvisa) skillnader kvarstod även efter korrektion för ålder, kön, civilstånd, inkomst, sjukdomens allvarlighetsgrad och förekomst av andra sjukdomar [24]. Det måste således finnas andra faktorer som förklarar dessa skillnader, varav regionala skillnader i läkares sjukskrivningspraxis kan vara en, men studier kring detta saknas.

Vilka patientfaktorer påverkar läkares sjukskrivningspraxis?

De redovisade studierna är av begränsad kvalitet och generella slutsatser kan därför inte dras. I en studie visades att god kännedom om patienten kan medföra starkt ökad förekomst av sjukskrivning [29]. Om detta skulle konfirmeras i flera studier skulle det tala emot den hypotes som under senare år nämnts om att kortvarigt vikarierande läkare (så kallade stafettläkare) medför ökad förekomst av sjukskrivning. I den redovisade studien gjordes ingen bedömning av hur befogad sjukskrivningen var. Frågan om god kännedom innebär en mer optimal eller olämpligt hög sjukskrivningsfrekvens kvarstår således.

Andra studier indikerar att aspekter som berör genus, etnicitet och frågor som makt och social stratifiering, bör inkluderas i studier inom detta område [9,33,37,49,50].

Vilka problem anger läkare att de har i samband med sjukskrivning?

I denna sammanställning finns endast kvalitativa studier redovisade. De visar att problemen är såväl försäkringsrelaterade som medicinska. Möjligheterna att finna lösningar på problemen behöver utvecklas. Studiernas karaktär gör att det inte är möjligt att uttala sig mer generellt om förekomst och frekvens av de redovisade problemen. Resultaten kan däremot bidra till formulering av begrepp och teorier, som kan utgöra underlag för fortsatt forskning. Se även ytterligare kommentarer nedan.

Vilka läkarfaktorer påverkar sjukskrivningspraxis?

Detta område är också otillräckligt utforskat. Sedan tidigare har det mer allmänt påvisats att konsultationens förlopp och betydelse för utfallet påverkas av läkarens konsultationskompetens [51], särskilt graden av patientcentrering [26,55]. En annan viktig aspekt för konsultationens kvalitet är läkarens förmåga att ge utrymme för patientens agenda under mötet [5]. Dessa förhållanden är sannolikt giltiga även vad avser sjukskrivningsärenden.

Läkarens sätt att hantera de två rollerna som ”patientens advokat” och som medicinsk sakkunnig har också stor betydelse och behöver belysas ytterligare. I rollen som ”patientens advokat” handlar det om att föra patientens talan och agera för det som läkaren, tillsammans med patienten, bedömer som förmånligast utifrån patientens perspektiv. I rollen som medicinskt sakkunnig är läkarens uppdrag i sjukskrivningsärenden att utifrån sin medicinska sakkunskap avge ett så objektivt yttrande som möjligt om medicinskt relevanta sakförhållanden till Försäkringskassan⁴.

På detta sätt får läkaren, när det gäller sjukförsäkringen, delvis en portvaktsfunktion, vilket även medför etiska ställningstaganden [23,30,56]. I vilken grad ska läkaren å ena sidan vara patientens advokat och på bästa möjliga sätt hjälpa patienten att uppfylla de önskemål patienten har om t ex sjukskrivning och förtidspension/sjukersättning? Och i vilken utsträckning ska läkaren å andra sidan ikläda sig ett samhällsansvar och se frågan om sjukskrivning och förtidspension utifrån ett prioriterings-, resurs- och rättviseperspektiv? Att hantera dessa två roller är en central del av en läkares professionalism, och innebär ofta både personliga och yrkesetiska ställningstaganden [34]. En konflikt ligger mellan att alltid lita på det patienten säger och att hysa viss skepsis mot uppgifter som lämnas av patienten. En annan konflikt föreligger mellan att vara uppmärksam på effekterna av osäkra diagnoser, både avseende falskt positiva och falskt negativa, dvs mellan överdriven diagnostik av sjukdomar och tendens att underlåta detsamma. En tredje konflikt kan uppkomma mellan att göra allt vad som över huvud taget är möjligt för den

⁴ se Kapitel 1

enskilda patienten och att individuellt bedöma rimligheten i graden av utnyttjande av de ändliga resurserna för undersökning, behandling och rehabilitering.

Det bör påpekas att ovanstående resonemang förutsätter att läkaren, efter att i samråd med patienten ha vägt för- och nackdelar med sjukskrivning, har en tydlig uppfattning om huruvida det för patientens sjukdomstillstånd och funktionsförmåga är optimalt att intyga hel eller partiell arbetsförmåga, dvs läkaren anser att sjukskrivning är nödvändig för patienten av något av tidigare angivna skäl (oförmåga att klara arbetet, sjukdomen förvärras eller läkning förhindras, etc). I de fall där underlaget för att ställa en diagnos helt eller delvis måste baseras på patientens uttalanden om sina symtom, har läkaren en särskilt viktig uppgift att göra denna helhetsbedömning.

Som framgår på annat håll i denna rapport⁵ saknas dock evidensbaserad kunskap om konsekvenser av sjukskrivning. Läkaren lämnas därför i den kliniska situationen till sin egen bedömning av vad som kan betraktas som optimal sjukskrivning för en enskild patient. Denna bedömning påverkas bl a av den egna ackumulerade erfarenheten och av hur läkaren förhåller sig till de uppfattningar som vid en given tidpunkt är vedertagna inom den medicinska sfären, inom försäkringsorganisationen, på arbetsmarknaden och inom samhällsdebatten i stort. Förändringar av dessa yttre förhållanden kan medföra förändringar hos läkaren, men av okänd grad och karaktär. Inom hela detta område är forskningsbehovet stort.

Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

De få studier som genomförts stödjer att påverkan är möjlig genom utbildningsinterventioner [36] och samverkan i handläggning [41], medan de tre redovisade studierna om förändring av praxis efter ändring av föreskrifter och intygsformulär däremot inte visade några entydigt positiva resultat [12,13,19]. Studier inom andra områden stöder att väl genomförda fortbildningsinterventioner kan förändra läkares praxis [60–62].

⁵ se Kapitel 9 och 10

För utvärdering av interventioner bör randomiserade kontrollerade studier användas i första hand. I andra hand, t ex vid förändring av regelsystem, bör tidsserieanalyser komma till bruk. Ingetdera har varit möjligt i de redovisade studierna, vilket kraftigt begränsar evidensvärdet.

Andra aspekter på läkares sjukskrivningspraxis

Handläggningen av sjukskrivningsärenden fördröjdes ofta pga dålig samordning mellan inblandade aktörer. Aktiv kommunikation från läkares sida för att stötta återgång i arbete uppgavs ha haft positiv inverkan på sjukskrivningstidens längd i en studie, som dock var retrospektiv. En stor andel av långtidssjukskrivna hade hjälp av sekundär bedömning av psykiater knuten till Försäkringskassan. Dessa aspekter har endast belysts i vardera en studie. Evidensgrundade generella slutsatser kan därför inte dras. Det är dock angeläget att dessa och flera andra aspekter (se Figur 11.1 och nedan) blir bättre undersökta och belysta.

Forskningsområden

Läkares sjukskrivningspraxis kan påverkas av ett flertal faktorer på olika strukturella nivåer: individen, organisationsnivå (inom t ex sjukvård, arbetsplats, Försäkringskassa och andra myndigheter), samhället samt av hur interaktionen ser ut mellan aktörer inom både dessa nivåer och mellan nivåerna (Figur 11.1). Forskning kan bedrivas kring alla dessa aspekter och på alla nivåer sätta i relation till läkares sjukskrivningspraxis, generellt eller för vissa grupper av läkare respektive patienter. Dessutom kan praxis förändras av t ex olika typer av fortbildningsaktiviteter. Denna genomgång har fokuserat på studier som mer direkt inriktas på det som sker i nära relation till läkares praktiska situation och mindre på de faktorer som mer indirekt kan utgöra påverkansfaktorer. Inom det område vi fokuserat på är sammanfattningsvis följande faktorer av särskild betydelse [16,51]: patientkarakteristika, läkarkarakteristika, interaktionen läkare–patient, sjukskrivningens konsekvenser och organisationen kring det direkta mötet mellan läkare och patient.

Samtliga redovisade studier fokuserar på den enskilde läkaren och dennes kontakt med patienten. Betydelsen av hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad generellt och för den enskilda

mottagningen är inte belyst, inte heller läkarnas kontakter med Försäkringskassan och organisationen kring detta eller orsaker till regionala skillnader. Det saknas vidare nästan helt studier om vilka åtgärder läkare vidtari samband med sjukskrivning, om hur arbetsförmågebedömning sker och om hur läkare samverkar med andra aktörer. Detta är ett tvärvetenskapligt forskningsområde, där medicinsk kunskap inte bara behöver kompletteras med beteendevetenskaplig, utan även med t ex juridisk och informationsteknisk.

De frågeställningar som är av mer etisk karaktär har stor betydelse för sjukskrivningspraxis och hör till de områden där ytterligare forskning har hög angelägenhetsgrad. Kunskap behövs också om effekt av olika typer av utbildning och fortbildning på läkares kunskap, färdigheter och attityder inom området, samt inte minst på deras faktiska praxis. Fokus bör tydligare inriktas på de olika delarna i sjukskrivningsprocessen, enligt vad som beskrivits i kapitlets inledning. Dessa aspekter har studerats för andra yrkesgrupper med liknande uppgifter [32,42,53], och forskningen om läkares sjukskrivningspraxis skulle kunna dra nytta av detta, både vad gäller teorier och metoder. Den extrema snedfördelningen av sjukfrånvaro i befolkningen utifrån kön, ålder, etnicitet och socialgruppstillhörighet tydliggör behovet av studier som beaktar sådana perspektiv [64].

Denna genomgång av den vetenskapliga litteraturen har visat att kunskapsbasen avseende läkares sjukskrivningspraxis är ytterst begränsad. Betydligt fler och bättre studier behövs för att öka kunskap och förståelse avseende denna praxis och dess konsekvenser, inklusive hur den påverkas och kan förändras. Viktiga områden är genus- och etnicitetsaspekter, betydelsen av socioekonomi och maktförhållanden, allmänhetens, patienters och läkarnas attityder och värderingar, samt forskning kring de faktorer som mer direkt påverkar läkarens syn på sjukskrivning, behandling och samverkan med övriga aktörer, inklusive orsaker till regionala skillnader. Studier av utbildningsinterventioner och organisatoriska förändringar är likaledes angelägna för att bidra till utveckling av en mer evidensbaserad sjukskrivningspraxis, inkluderande effektivt samarbete med andra aktörer kring sjukskrivningsärenden.

Patientkaraktäristika

Kön, ålder, etnicitet. Sjukdom (art och grad). Personlighet. Attityder, värderingar, kunskap. Utbildningsnivå. Yrke, anställningsförhållanden, krav i arbetet, restid och resätt till arbetsplatsen. Upplevelse av förhållanden på arbetsplatsen. Sociala och ekonomiska förhållanden. Livssituation. Erfarenheter och upplevelser av sjukvård och sjukskrivning.

Läkarkaraktäristika

Kön, ålder, etnicitet. Personlighet. Attityder, värderingar, kunskaper. Specialitet. Yrkesmässig erfarenhet. Kommunikations- och konsultationsförmåga. Kännedom om patientens sociala och ekonomiska förhållanden, livssituation, och arbetsförhållanden. Upplevelse av den egna arbetsituationen. Förmåga till samverkan med kolleger och andra aktörer. Rolluppfattning. Grad av fortbildningsaktivitet.

Interaktion mellan läkare och patient

Patient-läkarrelationens kvalitet. Grad av patientautonomi. Samstämmighet i uppfattningar om sjukdom och sjukskrivning. Tidigare kontakter.

Organisation inom hälso- och sjukvården

Mottagningsorganisation, typ av mottagning. Samverkan, remissförfarande, köer. Attityder, värderingar, kunskap hos andra behandlingsaktörer. Fortbildningsmöjligheter. Fackliga och professionella organisationers påverkan (policy, fortbildning).

Arbetsplats

Typ av arbetsplats, antal anställda, könsfördelning. Fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Attityder, värderingar, kunskap hos arbetsledare och kolleger. Samverkan med företags- hälsovård och annan sjukvård.

Försäkringskassan

Kommunikation, kontaktmöjligheter. Regelsystem och föreskrifter. Attityder, värderingar, kunskap hos ledning och medarbetare. Samverkansformer. Fortbildningsaktiviteter.

Andra myndigheter

Arbetsförmedlingen. Socialtjänsten. Regelsystem och föreskrifter. Attityder, värderingar, kunskap hos ledning och medarbetare. Samverkansformer. Fortbildningsaktiviteter.

Samhället

Arbetsmarknads- och konjunkturläge. Sjukpenningssystemets utformning. Andra sjukförsäkringar. Attityder, värderingar, kunskap hos beslutsfattare (statliga myndigheter, arbetsgivare, fackliga organisationer) och allmänhet. Andra bidragssystem (socialtjänsten).

Interaktion mellan samtliga dessa aktörer

Former för kommunikation och samverkan. Förutsättningar och hinder för samverkan av kulturella, ekonomiska, legala, logistiska och tidsmässiga slag.

Figur 11.1 Faktorer som kan påverka läkares sjukskrivningspraxis.

Tabell 11.1 Studier som beskriver läkares sjukskrivningspraxis (sorterade efter frågeställningar; då några studier är aktuella för mer än en frågeställning, presenteras de var gång de är aktuella).

Författare Publikationsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Vem initierar diskussion om sjukskrivning respektive förtidspension?				
Himmel 1995 [28] Tyskland	Sjukskrivningsfrekvens i allmänläkarpraxis – vem initierar sjukskrivning	Tvärsnitt Enkät 1994	Sjukpenning-försäkrade patienter i primärvård	14 läkare 469 patienter 263 män 206 kvinnor
Larsen 1994 [40] Norge	Beslutsfattande vid sjukskrivning	Tvärsnitt Enkät 1990	Allmänläkare och företagsläkare	38 läkare 328 patienter (188 kvinnor, 140 män) där sjukskrivning var aktualiserad
Hur gör läkare bedömning av arbetsförmåga?				
Cassis 1996 [10] Schweiz	Kvaliteten på bedömning av arbetsförmåga	Tvärsnitt 1981–1986	Läkarintyg	120 patientfall 47 kvinnor 73 män

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Läkarrapporterad	–	Sjukskrivningstidens längd + diagnoser; ålder, kön, primär anledning till konsultationen	I 55% av besöken togs sjukskrivning upp, i 31% initierat av patienten. Totalt nekades 18% att bli sjukskrivna. Läkarna vägrade i mindre än 1%. Ingen skillnad män/kvinnor	Begränsad
Läkarrapporterad	–	Initiativtagare, underlag för diagnos	92% blev sjukskrivna. 70% av manliga, 66% av kvinnliga patienter tog initiativ till diskussion om sjukskrivning. Äldre patienter tog oftare initiativ. Om patienten tog initiativ blev 95% sjukskrivna, om läkaren: 84% sjukskrivna. Vid objektiva sjukdomsfynd tog patienten initiativ i 60%, annars 85%	Begränsad
Specialläkarintyg	–	Exakthet i bedömning	Något bristande överensstämmelse betr bedömning av grad av arbetsförmåga uttryckt som procent respektive i ord. Arbetsförmåga ofta graderad till att ligga nära tröskelnivåer för bidrag	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datansamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Jensen 2000 [31] Sverige	Kan expertstöd ge bättre bas för behandling av ryggsjukpatienter	Tvärsnitt 1995–1998	Sjukskrivna pga ryggvärk	508

Krakau 1991 [39] Sverige	Testa metod för att registrera bedömning av funktionsgrad hos sjukskrivna resp icke sjukskrivna i allmänläkarpraxis	Longitudinell 1981–1986	Patienter	18 235 Kvinnor 60% Män 40%
-----------------------------------	---	----------------------------	-----------	----------------------------------

Gör patienter och läkare samma bedömning av sjukskrivningsbehovet?

Englund 2000 [20] Sverige	Kunskap och attityder hos sjukskrivna och deras läkare	Tvärsnitt Enkät 1995	Läkare och sjukskrivna	183 sjukskrivna 183 läkare
------------------------------------	--	----------------------------	------------------------	-------------------------------

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Registerdata	–	Överensstämmelse mellan expertbedömningar och behandlande läkare/sjukgymnast, samt relation till behandling och rehabilitering	Ingen överensstämmelse mellan bedömningar avseende behandlingsbehov eller rehabiliteringsmöjlighet. Experten baserade huvudsakligen bedömningen på ålder, ej hälsorelaterade faktorer (det gjorde däremot patienterna)	Begränsad
Journaldata		Funktionsbedömning relaterat till sjukskrivning	12% ny sjukskrivning trots bedömning att den nedsatta funktionsförmågan ej påverkade dagliga aktiviteter. 35% ej sjukskrivning trots funktionsnedsättning. 60% av tidigare sjukskrivna fortsatt funktionsnedsättning	Begränsad
Försäkringskassa	–	Fördelning av svar på frågor om attityder och kunskap	Stor överensstämmelse mellan läkare och sjukskrivna. Undantag: äldre patienter mer positiv syn på sjukskrivning; äldre läkare mer positiva till sjukskrivning. Patienter mindre benägna att se inverkan av icke-medicinska faktorer, samt mer positiva till vila och sjukskrivning och betraktar ej sjukskrivning som möjligen skadlig	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Löfvander 1997 [44] Sverige	Karakteristika för långtids-sjukskrivna immigranter	Tvårsnitt. Annan läkares bedömning av sjukskrivna patienter 1992	Förstagenations-immigranter från 19 länder (16–45 år) med sjukskrivning mer än 6 veckor	52
Vilken kvalitet har sjukintygen?				
Berg 1990 [6] Norge	Användande av nytt kompletterande intyg vid långvarig sjukskrivning (>8 v)	Tvårsnitt 1988	Läkare	735 sjukintyg
Bredkjaer-Rask 1996 [8] Danmark	Användande av kompletterande intyg vid långvarig sjukskrivning	Tvårsnitt 1990–1991	Läkare	420 intyg 209 kvinnor 207 män 137 läkare (113 män, 24 kvinnor) i samma län
Englund 2000 [19] Sverige	Förändring av sjukskrivningspraxis efter förändring av regler och intyg	Interventionsstudie, kvasi-experimentell 1995–1996	Läkare	183 + 182 sjukintyg 56 allmänläkare 90 sjukhusläkare 23 företagsläkare

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Försäkringskassa	–	Diagnoser, uppfattning om arbetsförmåga	Sjukskrivningsdiagnos muskuloskeletal smärta 94%. 11 patienter (21%) deltidssjukskrivna. Extern läkare bedömde att ytterligare 25 patienter kunde arbeta deltid (61% av heltidssjukskrivna)	Begränsad
Sjukintyg vid långvarig sjukskrivning, via Försäkringskassa	–	Grad av ifyllande	Diagnoser 89%. Yrke 74%. Sjukskrivningens varaktighet 83%. Prognosuppgift 90%. Partiell sjukskrivning möjlig 62%	Begränsad
Sjukintyg	–	Grad av ifyllande. Läkarnas attityder	Diagnos 99%. Grad av arbetsförmåga 97%. Varaktighet 86%. Prognos 87%. Extra upplysning 64%. 33% av läkarna tyckte inte intyget var av värde för de långtidssjukskrivna	Begränsad
Sjukintyg från Försäkringskassa	Striktare regler för beviljad sjukskrivning. Nya intyg	Ifyllande av intyg, sjukskrivningslängd. Uppföljning 1 år	Mer kompletta intyg efter förändringen, särskilt avseende prognos. Ingen skillnad för partiell sjukskrivning, netto sjukskrivningsdagar eller sjukskrivningslängd	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datansamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Karlsryd 1997 [35] Sverige	Vilka uppgifter finns på det nya sjukintyget?	Tvärsnitt 1996	Sjukintyg i ett län	499 intyg
Kersnik 1999 [36] Slovenien	Förbättrad sjuk-skrivningspraxis bland allmän-läkare	Interventions-studie, kvasi-experimentell 1996–1997	Läkare	78 (443 patienter före, 593 patienter efter interventionen)
Maeland 2002 [45] Norge	Användbarhet och nytta av särskilt sjuk-intyg fr o m 8 veckors sjukskrivning	Tvärsnitt 1994	Läkare. Försäkrings-kasseanställd	2 237 sjukintyg, 21 trygdekontor, 12 rådgivningsläkare

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Sjukintyg från Försäkringskassa	–	Sjukskrivningslängd, diagnos. Andel ifyllda uppgifter på intyget	Uppgifter ifyllda i 46–87%. På 25% av intygen angavs att patienten kunde arbeta trots nedsatt arbetsförmåga. Ingen skillnad mellan yngre och äldre läkare eller mellan kvinnliga och manliga läkare. Sjukhusläkare lägre grad av ifyllande	Begränsad
Sjukintyg från Försäkringskassa	Skriftliga rekommendationer + utfall av baslinjeobservationer till samtliga läkare + muntlig redovisning	Förekomst av olika typer av brister och problem i handläggningen	Bättre ifyllda intyg efter interventionen (73 vs 56%). Det vanligaste problemet före interventionen (avsaknad av undersökningsresultat och annan dokumentation) minskade från 19 till 9%	Begränsad
Från Försäkringskassa	–	Diagnos, relevanta uppgifter i intyget	Genomsnittlig kvalitet uttryckt i % rådgivande läkare 63%. Begriplighet för försäkringskassehandläggare 83%. Orsak klarlagd ca 90%. Uppgift om sociala förhållanden 71%. Behov av ytterligare medicinsk undersökning 7%. Behov av ytterligare upplysningar 30%	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datansam- lingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Finns det skillnader mellan läkare avseende bedömning av sjukskrivningsbehov?				
Condren 1984 [14] Irland	Variation i sjukskrivnings- praxis och sociala faktorer	Tvårsnitt Enkät	Läkare	151
Englund 2000 [21] Sverige	Hur påverkas intygsläkarens sjukskrivning av patientens kön och symtom- beskrivning	Tvårsnitt Enkät	Läkare	299 allmänläkare 143 psykiater, 165 ortopedier
Peterson 1997 [52] Sverige	Variation i sjukskrivnings- praxis och kostnader	Tvårsnitt Enkät	Allmänläkare	200 studerad grupp: 159 55 kvinnor 104 män

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Simulerade skriftliga patientfall	–	Beslut om sjukintygsskrivning	Stor variation i beslut för 8 av 10 fall Oklart om betydelsen av sociala faktorer	Begränsad
Simulerade skriftliga patientfall	–	Sjukskrivningsbeslut och beräknad kostnad för sjukskrivning	Kvinnliga läkare sjukskrev oftare (58 vs 43%). Allmänläkare sjukskrev mindre ofta jämfört med psykiater (40 vs 51%) men oftare jämfört med ortopedier (62 vs 39%)	Begränsad
Simulerade skriftliga patientfall	–	Sjukskrivningslängd provtagning, läkemedel	Stor variation avseende sjukskrivning för ett av sex fall, måttlig variation för två fall. Längre sjukskrivning om längre från sjukhus. Ju mer sjukskrivning – ju mer provtagning och läkemedel	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Vilka patientfaktorer påverkar läkares sjukskrivningspraxis?				
Brage 1999 [7] Norge	Hur kön påverkar läkares bedömning av arbetsförmåga	Tvärsnitt Enkät 1996	Allmänläkare (93%) och företagsläkare samt utvalda sjukskrivna patienter	53 läkare (439 episoder med heltidssjukskrivning)
Englund 2000 [21] Sverige	Hur påverkas läkares sjukskrivning av patientens symtombeskrivning	Tvärsnitt Enkät	Läkare (allmänläkare, psykiater, ortoped)	299 allmänläkare, 143 psykiater, 165 ortoped
Hjortdahl 1991 [29] Norge	Relation mellan allmänläkares kännedom om patienten och användande av resurser, inkl sjukskrivning	Tvärsnitt Enkät 1987	Allmänläkare	133 läkare 823 konsultationer där sjukskrivning övervägdes

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Läkarrapporterad	–	Arbetsförmågebedömning, sjukskrivning. Patienternas uppgifter om arbetsbelastning	Fler sjukskrivna kvinnor än män bedömdes ha endast måttligt nedsatt arbetsförmåga vid förlängning av sjukskrivning (47% vs 35%). Fler kvinnor deltidssjukskrevs (27 vs 11%). Fler män än kvinnor bedömdes ha stor eller mycket stor nedsättning av arbetsförmågan (71 vs 60%, vid förlängning 66 vs 53%). Manliga läkare värderade att fler män än kvinnor hade mycket stor nedsättning av arbetsförmågan (35 vs 19%). Kvinnliga läkare bedömde att arbetsförmågan hos kvinnor var lägre jämfört med manliga läkares bedömning	Begränsad
Simulerade skriftliga patientfall	–	Sjukskrivning	Krävande patienter blev oftare sjukskrivna	Begränsad
Läkarrapporterad	–	Sjukskrivning relaterat till kännedom om patienten	Sjukskrivning utfärdades i 700 fall (85%) och påverkades av kännedom om patienten i 56% av dessa fall. 53 ggr högre sjukskrivning (KI 95%: 16,2–184,1) om god kännedom	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyp Datainsam- lingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
 Vilka problem anger läkare att de har i samband med sjukintygsskrivning? 				
Bredkjaer-Rask 1996 [8] Danmark	Användande av kompletterande intyg vid långvarig sjukskrivning	Tvärsnitt 1990–1991	Läkare	420 intyg 209 kvinnor 207 män 137 läkare (113 män, 24 kvinnor) i samma län
Chew-Graham 1998 [11] Storbritannien	Allmänläkares uppfattningar om kronisk ländryggsvärk	Tvärsnitt Intervjuer Kvalitativ	Allmänläkare	20
Edlund 2001 [17] Sverige	Hur ser läkarna på sin roll och sitt beteende i sjukskrivningsprocessen?	Tvärsnitt Intervjuer Kvalitativ 1996	Läkare	14 4 kvinnor 10 män Olika specialiteter
Getz 1994 [23] Norge	Uppfattningar om striktare kriterier för förtidspension	Tvärsnitt Intervjuer Kvalitativ	Läkare	24
Timpka 1995 [63] Sverige	Att identifiera dilemman i sjukskrivningspraxis	Tvärsnitt Enkät, critical incidencemetod Kvalitativ	Öppenvårdsläkare	170 tillfrågade, 125 deltog 50 kvinnor 75 män Olika specialiteter

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Sjukintyg	–	Läkarnas attityder	33% av läkarna tyckte inte intyget var av värde för de långtidssjukskrivna. Orsak till ej ifyllda uppgifter: oklart sjukdomsförlopp, visste inte hur informationen skulle tolkas av mottagaren, saknade tillräcklig kännedom om regelverket	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar om relation mellan ryggvärk och sjukskrivning	Läkarna såg ett samband mellan ryggvärk och psykologisk stress och att ryggvärk legitimerar sjukrollen. Ibland sjukskrivning pga läkarens rädsla för negativ påverkan på patient-läkarrelationen	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar, förhållningssätt	Ökade krav, fler och sjukare patienter men mindre tid. Allmänläkare tydligare ställning som "advokat". Patientens inställning avgörande för sjukskrivning, vanligt att patienten inte vill bli sjukskriven. Ofta svårt att ta ställning till sjukskrivning, särskilt arbetslösa	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar och uttalat beteende efter regel förändringen	Två roller: "advokaten" och "konsulten". Rollerna kan förändras under en sjukskrivningsperiod. Enligt "advokaten" svårare att påverka efter förändringen. Många "konsulter" välkomnade förändringen. En del "advokater" försökte kringgå de nya föreskrifterna	Begränsad
Ej relevant	–	Beskrivning av kritiska händelser	89 läkare rapporterade dilemma; dels försäkringsrelaterade (bl a grad av nedsättning, duration av sjukskrivning, kunskap om regler) dels medicinska (diagnostisering, följa behandlingsrekommendationer). Lösningar på dilemman: sjukskrivning, avvakta, kontakt med andra aktörer	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publikationsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Vilka läkarfaktorer påverkar sjukskrivningspraxis?				
Brage 1999 [7] Norge	Hur kön påverkar läkarens bedömning av arbetsförmåga	Tvårsnitt Enkät 1996	Allmänläkare (93%) och företagsläkare samt utvalda sjukskrivna patienter	53 läkare (439 episoder med heltids-sjukskrivning)
Bredkjaer-Rask 1996 [8] Danmark	Användande av kompletterande intyg vid långvarig sjukskrivning	Tvårsnitt 1990–1991	Läkare	420 intyg 209 kvinnor 207 män 137 läkare (113 män, 24 kvinnor) i samma län
Chew-Graham 1999 [11] Storbritannien	Allmänläkares uppfattningar om kronisk ländryggsvärk	Tvårsnitt Intervjuer Kvalitativ	Allmänläkare	20
Edlund 2001 [17] Sverige	Hur ser läkarna på sin roll och sitt beteende i sjukskrivningsprocessen?	Tvårsnitt Intervjuer Kvalitativ 1996	Läkare	14 4 kvinnor 10 män Olika specialiteter
Englund 2000 [20] Sverige	Kunskap och attityder hos sjukskrivna och deras läkare	Tvårsnitt Enkät 1995	Läkare och sjukskrivna	183 sjukskrivna 183 läkare

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Läkarrapporterad	–	Arbetsförmågebedömning, sjukskrivning. Patienternas uppgifter om arbetsbelastning	Manliga läkare värderade att fler män än kvinnor hade mycket stor nedsättning av arbetsförmågan (35 vs 19%). Kvinnliga läkare bedömde att arbetsförmågan hos kvinnor var lägre jämfört med manliga läkares bedömning	Begränsad
Sjukintyg	–	Grad av ifyllande. Läkarnas attityder	33% av läkarna tyckte inte intyget var av värde för de långtidssjukskrivna	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar om relation mellan ryggvärk och sjukskrivning	Läkarna såg ett samband mellan ryggvärk och psykologisk stress och att ryggvärk legitimerar sjukrollen. Pessimistiska avseende terapeutiska möjligheter	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar, förhållningssätt	Ökade krav, fler och sjukare patienter men mindre tid. Allmänläkare tydligare ställning som "advokat". Patientens inställning avgörande för sjukskrivning, vanligt att patienten inte vill bli sjukskriven. Ofta svårt att ta ställning till sjukskrivning, särskilt arbetslösa	Begränsad
Försäkringskassa	–	Fördelning av svar på frågor om attityder och kunskap. Jämförelse mellan läkare och patienter	Äldre läkare mer positiva till sjukskrivning. Läkare mer benägna att se inverkan av icke-medicinska faktorer, samt mindre positiva till vila och sjukskrivning	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publikationsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Englund 2000 [21] Sverige	Hur påverkas läkarens sjukskrivning av läkarens kön och patientens symtombeskrivning	Tvårsnitt Enkät	Läkare	299 allmänläkare, 143 psykiater, 165 ortopedier
Getz 1994 [23] Norge	Uppfattningar om striktare kriterier för förtidspension	Tvårsnitt Intervjuer Kvalitativ	Läkare	24
Hjortdahl 1991 [29] Norge	Relation mellan allmänläkares kännedom om patienten och användande av resurser, inkl sjukskrivning	Tvårsnitt Enkät 1987	Allmänläkare	133 läkare 823 konsultationer där sjukskrivning övervägdes
Karlsryd 1997 [35] Sverige	Vilka uppgifter finns på det nya sjukintyget?	Tvårsnitt 1996	Sjukintyg i ett län	499 intyg
Löfvander 1997 [44] Sverige	Karakteristika för immigranter med långtidssjukskrivning	Tvårsnitt. Annan läkares bedömning av sjukskrivna patienter 1992	Förstagenationsimmigranter från 19 länder (16–45 år) med sjukskrivning mer än 6 veckor	52
Peterson 1997 [52] Sverige	Variation i sjukintygsskrivningspraxis och kostnader	Tvårsnitt Enkät	Allmänläkare	200 studerad grupp: 159, 55 kvinnor 104 män

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Simulerade skriftliga patientfall	–	Sjukskrivningsbeslut + beräknad kostnad för sjukskrivning	Kvinnliga läkare sjukskrev oftare (58 vs 43%). Totalkostnaden för sjukskrivning och den beräknade kostnaden för enskilda fallpresentationer var generellt högre för kvinnliga läkare	Begränsad
Ej relevant	–	Uppfattningar och uttalat beteende	Två roller: "advokaten" och "konsulten". Rollerna kan förändras under en sjukskrivningsperiod	Begränsad
Läkarrapporterade	–	Sjukskrivning relaterat till kännedom om patienten	Sjukskrivning utfärdades i 700 fall (85%) och påverkades av kännedom om patienten i 56% av dessa fall. 53 ggr högre sjukskrivning (KI 95%: 16,2–184,1) om god kännedom	Begränsad
Från Försäkringskassa	–	Sjukskrivningslängd, diagnos. Andel ifyllda uppgifter på intyget	Uppgifter ifyllda i 46–87%. Ingen skillnad mellan yngre och äldre läkare eller mellan kvinnliga och manliga läkare. Sjukhusläkare hade lägre grad av ifyllande	Begränsad
Från Försäkringskassa	–	Diagnoser, uppfattning om arbetsförmåga	Externa läkare bedömde att ytterligare 25 heltidssjukskrivna patienter kunde arbeta deltid (61% av heltidssjukskrivna)	Begränsad
Simulerade skriftliga patientfall		Sjukskrivningslängd, provtagning, läkemedel	Längre sjukskrivning om läkaren arbetade längre från sjukhus. Äldre läkare sjukskrev mer	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publiceringsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datainsamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Timpka 1995 [63] Sverige	Att identifiera dilemman i sjukskrivningspraxis	Tvärsnitt. Enkät, critical incidencemetod. Kvalitativ	Öppenvårdsläkare	170 tillfrågade, 125 deltog 50 kvinnor 75 män Olika specialiteter
Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?				
Claussen 1997 [12] Norge	Effekter av striktare regler för förtidspension avseende rehabiliteringsinsatser	Interventionsstudie, kvasi-experimentell 1990 och 1993	Läkare	668 intyg
Claussen 1998 [13] Norge	Effekter av striktare regler för förtidspension	Interventionsstudie, kvasi-experimentell 1990 och 1993	Läkare	316 + 193 intyg
Englund 2000 [19] Sverige	Förändr av sjukskrivningspraxis efter förändring av regler och intyg	Interventionsstudie, kvasi-experimentell 1995–1996	Läkare	183 + 182 sjukintyg 56 allmänläkare 90 sjukhusläkare 23 företagsläkare
Kersnik 1999 [36] Slovenien	Förbättrad sjukskrivningspraxis bland allmänläkare	Interventionsstudie, kvasi-experimentell 1996–1997	Läkare	78 läkare (443 patienter före, 593 patienter efter interventionen)

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Ej relevant	–	Beskrivning av kritiska händelser	89 läkare rapporterade dilemman; dels försäkringsrelaterade (bl a grad av ned-sättning, duration av sjukskrivning, kunskap om regler) dels medicinska (diagnostisering, följa behandlingsrekommendationer)	Begränsad
Intyg för beslut om förtidspension	Ändrat regelverk	Frekvens av rehabiliteringsinsatser före och efter ändrade regler	Diskussion om rehabilitering i samma frekvens före och efter (72 respektive 79%). Aktiv rehabilitering oftare efter förändringen (19 vs 14%), vanligare för yngre (under 30 jämfört med över 50 år), 52 vs 10% och för män, 20 vs 13%	Begränsad
Intyg för beslut om förtidspension	Ändrat regelverk	Frekvens av intyg. Uppgifter på intyg. Jämförelse före och efter	Ansökningarna minskade 39%. Avslag: förslag av läkare från 9 till 8%, av FK-tjänsteman från 12 till 13%. Beslut från 8 till 21%	Begränsad
Sjukintyg från Försäkringskassa	Striktare regler för beviljad sjukskrivning. Nya intyg	Ifyllande av intyg. Sjukskrivningslängd. Uppföljning 1 år	Mer kompletta intyg efter lagändringen, särskilt avseende prognos. Ingen skillnad för partiell sjukskrivning, netto sjukskrivningsdagar eller sjukskrivningslängd	Begränsad
Sjukintyg från Försäkringskassa	Skriftliga rekommendationer + utfall av baslinjeobservationer sändes till samtliga läkare + muntlig redovisning	Förekomst av olika typer av brister och problem i handläggningen	Bättre ifyllda intyg efter interventionen (73 vs 56%). Färre ärenden förorsakade problem efter interventionen (26 vs 44%). Det vanligaste problemet före interventionen (avsaknad av undersökningsresultat och annan dokumentation) minskade från 19 till 9%	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 11.1 fortsättning

Författare Publikationsår [Ref] Land	Syfte	Studietyper Datansamlingsår	Objekt för studie	Antal inkluderade
Leden 1991 [41] Sverige	Minska antalet sjukdagar hos patienter i primärvården med besvär från rörelseorganen (sjukskrivning >21 d)	Tvärsnitt 1987–1988	Läkare	Alla läkare vid en utvald vårdcentral. Kontroll: alla övriga vårdcentraler i kommunen

Andra aspekter på läkares sjukskrivningspraxis

Dasinger 2001 [15] USA	Effekt av kommunikation från läkaren till den sjukskrivne (ländryggsvärk) på återgång i arbete	Tvärsnitt 1997	Sjukskrivna för ryggvärk	850 721 intervjuades (85%)
Lous 1997 [43] Danmark	Läkarens roll vid långvarig sjukskrivning (≥13 veckor)	Tvärsnitt Kvalitativ 1997	Läkare	22 läkare 27 sjukintyg
Melsom 1993 [47] Norge	Kan psykiaterbedömning påverka sjukskrivning och rehabilitering?	Tvärsnitt 1988–1991	Sjukskrivna med oklara sjukdomstillstånd särskilt nervösa besvär o muskuloskeletal smärta	90 64 kvinnor 26 män

Typ av sjukskrivningsdata	Intervention	Utfallsmått	Resultat	Kvalitetsgradering
Försäkringskassa	Samverkansprojekt: Specialistteam, träff varannan vecka med läkarna	Sjukskrivningstid	Sjukskrivningstid för sjukskrivna över en vecka ökade med 6,3 dagar (1,4 dagar för interventionsvårdcentral; 7,5 dagar för övriga). Färre sjukskrivningar bland män (35 dagar vs 49 dagar för kontrollerna), men ej för kvinnor	Begränsad
Försäkringsbolag	–	Typ av kommunikation relaterat till sjukskrivningslängd	Mer aktiva rekommendationer från läkarens sida gav högre återgång i den akuta fasen, men ingen tydlig effekt i subakut/kronisk fas	Begränsad
Försäkringskassa	–	Handläggning av sjukskrivningsärenden	Vanligaste orsaken till långvarigt förlopp bedömdes vara komplicerade och långvariga medicinska tillstånd samt i viss mån bristfällig koordinering. Läkarna bidrog i viss utsträckning med ofullständiga intyg. Dessutom förekom långa väntetider	Begränsad
Försäkringskassa	Psykiater bedömer patienter efter hänvisning från försäkringsläkare	Sjukskrivningstid, förtidspension, diagnos, rehabilitering	Psykiatrisk specialistbedömning ledde till att antalet med fibromyalgidiagnos minskade från 17 till 6 och diffus diagnos från 16 till endast 1. 13 patienter bedömdes inte ha någon sjukdom. 20 patienter blev friskskrivna. Rehabilitering minskade eftersom fler fick förtidspension. 28 patienter hade stor nytta av bedömningen	Begränsad

Tabellen fortsätter på nästa sida

Referenser

1. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Soc Med* 1998;26:241-9.
2. Alexanderson K, Söderberg E. *Försäkringsmedicinsk forskning – en litteraturgenomgång*. Linköping: Försäkringsmedicinskt centrum; 2000.
3. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. *Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin*; 1996.
4. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Fam Pract* 2001;18:393-8.
5. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50.
6. Berg JE, Tellnes G, Noreik K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. Fra prosjektet Evaluering av oppfølging av langtidssykmeldte. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:1393-7.
7. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn – legers vurderinger av sykmeldte. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119:3737-40.
8. Bredkjaer-Rask S, Hvas AC, Vass M, Nielsen H. Er den udvidede attest LAE 355 anvendelig ved langvarige sygedagpengesager? *Ugeskr Laeger* 1996;158:603-6.
9. Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. *Doktorsavhandling*. Umeå: Umeå universitet; 1997.
10. Cassis I, Dupriez K, Burnand B, Vader JP. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *Int J Qual Health C* 1996;8:567-75.
11. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999;16:46-9.
12. Claussen B. Rehabilitation efforts before and after tightening eligibility for disability benefits in Norway. *Int J Rehabil Res* 1997;20:139-47.
13. Claussen B. Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? *Scand J Prim Health Care* 1998;16:199-203.
14. Condren L, Cox J, McCormick J, Sullivan A. Certification of unfitnes for work. *Irish Med J* 1984;77:159-60.
15. Dasinger L, Krause N, Thompson R, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *J Occup Environ Med* 2001;43:515-25.
16. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
17. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering. *Doktorsavhandling*. Umeå Universitet; 2001.

18. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen* 2001;98:1261-4.
19. Englund L, Tibblin G, Svärsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:215-9.
20. Englund L, Tibblin G, Svärsudd K. Opinions, attitudes and knowledge on sick-listing issues among sick-listed patients and their doctors, employers and National Health Insurance officials. 2000.
21. Englund L, Tibblin G, Svärsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:48-52.
22. Getz L. Trygdemedisinsk diagnostikk – er den enhetlig og pålitelig? Trondheim: Universitetet i Trondheim; 1994.
23. Getz L, Westin S. Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994;114:1435-40.
24. Haglund B. Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det regionala skillnader? Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen. Rapport. 2003.
25. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning; 1999 April 1999. Report No.: 12/99.
26. Henbest RJ, Fehrsen GS. Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Fam Pract* 1992;9:311-7.
27. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scand J Soc Welf* 1997;6:301-9.
28. Himmel W, Sandholzer H, Kochen M. Sickness certification in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995;1:161-6.
29. Hjortdahl P, Borchgrevink C. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181-4.
30. Hvinden B. Legen – en bakkebyråkrat? En infallsvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdesystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994;114:1451-4.
31. Jensen I, Bodin L, Ljungqvist T, Bergström K, Nygren A. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine* 2000;25:2816-23.
32. Johansson R. Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar. Lund: Arkiv förlag och Författaren 1992.
33. Jonsson TB. Social structural and cultural elements of client encounters with an expert system – the case of a social insurance office. Uppsala: Uppsala universitet; 1997.
34. Järholm B, Olofsson C. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2002.
35. Karlsryd E. Det nya särskilda läkarintyget fr o m den 29:e dagen. *Socialmed Tidsskr* 1997;8-9:426-9.
36. Kersnik J. Management of sickness absence: a quality improvement study from Slovenia. *Qual Health Care* 1999;8:262-5.

37. Kindlund H. Förtidspensionering och sjukfrånvaro 1990 bland invandrare och svenskar. In: G. Persson and M. Roselius, editors. *Invandras hälsa och sociala förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
38. Kirwan JR, Chaput de Saintonge DM, Joyce CR. Clinical judgment analysis. *Q J Med* 1990;76:935-49.
39. Krakau I. Severity of illness in a Swedish general practice population. *Fam Pract* 1991;8:28-31.
40. Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994;114:1442-4.
41. Leden I, Berglund P, Ejlertsson G, Henrysson I. Effektivare samverkan minskar behovet av sjukskrivning vid besvär i rörelseorganen. *Läkartidningen* 1991; 88:2081-3.
42. Lipsky M. Bureaucratic Disentitlement in Social Welfare Programs. *Social Services Review* 1984;58:3-27.
43. Lous J, Nord-Larsen M, Olesen F. Lanvarige sygedagpengesager: den praktiserende læges rolle. *Ugeskr Laeger* 1997;159:4266-9.
44. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff A-K. Young immigrants on long-term sick-leave. *Scand J Soc Welfare* 1997;6:54-60.
45. Maeland JG, Ringdal PR, Haug K. Kvalitetsvurdering av Sykmelding II – en nyttig legeerklæring eller et unødvendig skjema? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:161-4.
46. Mc Whinney I. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, editor. *Communicating with medical patients*. London: Sage. 1989.
47. Melsom H, Noreik K, Grant Carlsen T. Bruk av psykiater i trykkesaker. *Tidsskr Norsk Lægeforen* 1993;113:3760-1.
48. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin – en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen* 2000;97:5324-7.
49. Måseide P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Social Health Illness* 1991;13:545-61.
50. Nordin Nobuoka E. Mångfald och Rehabilitering? FoU-rapport. Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län; 2001. Report No.: 35.
51. Ottosson J. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. SBU:s publikationsserie nr 144. Stockholm: Natur och Kultur 1999.
52. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scan J Prim Health* 1997;15:68-75.
53. Prottas J. The street-level bureaucrat in public bureaucracies. Lexington, Massachusetts. Lexington Books 1979.
54. Rethans J. Validity of case simulations. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1120-1.
55. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1984;19:167-75.
56. Stone DA. Physicians as gatekeepers: illness certification as a rationing device. *Public Policy* 1979;27:227-54.

57. Söderberg E, Alexanderson K. Litteraturgenomgång – av publicerade studier om gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Linköping: Försäkringsmedicinskt Centrum, Linköpings universitet; 2001. Report No.: 2001:1.
58. Söderberg E, Alexanderson K. A literature review of studies on social insurance officers' administration of sickness benefits. Submitted 2003.
59. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring – en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
60. Thomson O'Brien M, Freemantle N, Oxman A, Wolf F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Update Software, Oxford. Issue 4. 2001.
61. Thomson O'Brien M, Oxman A, Haynes R, Davis D, Freemantle N, Harvey E. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Update Software, Oxford. Issue 4. 2001.
62. Thomson O'Brien M, Oxman A, Haynes R, Davis D, Freemantle N, Harvey E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Update Software, Oxford. Issue 4. 2001.
63. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health* 1995;5:215-9.
64. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989: SCB; 1992.

Förteckning över relevanta artiklar, som ej uppnår tillräcklig kvalitet i förhållande till syftet med granskningen

- Agius RM, Lee RJ, Murdoch RM, Symington IS, Riddle HF, Seaton A. Occupational physicians and their work: prospects for audit. *Occup Med* 1993;43: 159-63.
- Agius RM, Seaton A, Lee RJ. Audit of sickness absence and fitness-for-work referrals. *Occup Med* 1995;45:125-30.
- Ambach R, Weiss W, Sexton JL, Russo A. Back to work more quickly after an inguinal hernia repair. *Mil Med* 2000;165: 747-50.
- Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Fam Pract* 2001;18:393-8.
- Brage S, Håland Haldorsen EM, Johannesen ST, Ursin H, Tellnes G. The use of case histories to explore concepts of disease, illness and sickness certification. *Fam Pract* 1995;12:1-9.
- Brödholt A, Tellnes G. Erfaringer fra basicsgrupperne – årsrapporter 1988. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:1398-400.
- Carne S. Sick Absence Certification. Analysis of one group Practice in 1967. *BMJ* 1969;1:147-9.

- Claussen B, Nygard J. Pasienter som star i fare for å falle ut av arbeidslivet. Undersökelse fra allmennpraksis. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:1811-4.
- Dahl P. Rehabilitering är inte "vila, ute". Arbete Människa Miljö 27-33.
- de Bono AM. Communication between an occupational physician and other medical practitioners—an audit. Occup Med 1997;47:349-56.
- Dunner S, Decrey H, Burnand B, Pecoud A. Sickness certification in primary care. Soz Präventivmed 2001;46:389-95.
- Eckholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! Läkartidningen 2001;98:1261-4.
- Elder AG, Symington IS, Symington EH. Do occupational physicians agree about ill-health retreat? A study of simulated retirement assessments. Occup Med 1994;44:231-5.
- Englund L, Svärsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care 2000;18:81-6.
- Garraway W. Sickness certification in a general practice. Practitioner 1973;210:528-34.
- Getz L, Westin S. Innstramningar i uförepensjonen – legers syn på lovendringen. Tidsskr Nor Laegeforen 1993;17:2133-6.
- Getz L, Westin S. Rådgivende legers og primærlegers vurdering av komplekse uförepensjonssaker. Tidsskr Nor Laegeforen 1995;115:1748-53.
- Gulbrandsen P, Brage S. Livssituasjon som grunn for sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen 1998;118:2463-66.
- Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik I, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multi-practice questionnaire survey. BMJ 1998;317:28-32.
- Gulbrandsen P, Förde R, Aasland O. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122:1874-9.
- Haldorsen E, Brage S, Johannesen T, Tellnes G, Ursin H. Musculoskeletal pain: concepts of disease, illness and sickness certification in health professionals in Norway. Scand J Rheumatol 1996;25:224-32.
- Hermoni D, Borkan JM, Pasternak S, Lahad A, Van-Ralte R, Biderman A, Reis S. Doctor-patient concordance and patient initiative during episodes of low back pain. Br J Gen Pract 2000;50:809-10.
- Jarrett ME. Pre-operative advice given by general practitioners and consultants to patients concerning return to work. Ann R Coll Surg Engl 1998;80:171-3.
- Lappegard O, Bruusgaard D. Friskere befolkning eller strengere leger. Tidsskr Nor Laegeforen 1997;117:1447-50.
- Lien L. Legers initiativ, samarbeidsevne og holdning i arbeidet med uførepensjonssaker. Tidsskr Nor Laegeforen 1992;112:210-2.
- Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: Are we fear-avoidant? J Occup Rehab 2002;12:223-32.
- Lunn JE, Rider JG, Waters WHR, Charnock RB. Certification of unfitnes for

- work. *J Roy Coll Gen Practit* 1970;19: 215-22.
- Malcolm R, Harrison J, Forster H. Effects of changing the pattern of sickness absence referrals in a local authority. *Occup Med* 1993;43:211-5.
- Mayhew HE, Nordlund DJ. Absenteeism Certification: The Physician's Role. *J Fam Pract* 1988;26:651-53.
- McLauchlan G, Macintyre I. Return to work after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1995;82:239-41.
- Melsom H, Noreik K. Evaluering av Sykmelding II – en legeattest for sykmelding ut over åtte uker. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:1390-2.
- Melsom H, Riise G, Noreik K. Sykmelding II – evaluering av bedriftsintern attføring. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992;112:225-27.
- Merrill R, Pransky G, Hathaway J, Scott D. Illness and the workplace: a study of physicians and employers. *J Fam Pract* 1990;31: 55-9.
- Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin – en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen* 2000;97:5324-27.
- Petersen H, Hilt B, Kaasa S. Sykefravaer mens man står på venteliste. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119:3137-9.
- Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. *Spine* 2000;25:2210-20.
- Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. *Scand J Publ Health* 2001;29:218-25.
- Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000;17:139-44.
- Rider MA, Baker DM, Locker A, Fawcett AN. Return to work after inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1993;80:745-6.
- Robertson G, Haynes I, Burton P. How long do patients convalesce after inguinal herniorrhaphy? Current principles and practice. *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:30-3.
- Rutle O, Forsen L. Allmenpraksis - Tema med variasjoner. Report nr 8. Oslo: National Institute of Public Health, Department of Health Services Research 1984;
- Ruud J. Primaerlegen og de arbeidsledige. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992;112:669-72.
- Semmen A, Kynch J. Hernia repair and time off work in Oxford. *J R Coll Gen Pract* 1980;30:90-6.
- Tellnes G. Legenes oppgaver ved sykmelding. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989; 109:2439-42.
- Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational Factors in Sickness Certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;37-44.
- Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor Variation in Sickness Certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;8:45-52.
- Terum LI, Nergard TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119:2192-6.

Weingarten MA, Hart J. Sick leave certification in general practice. *Aust Fam Physician* 1984;13:702-3,10-1.

Wesley G, Johansson Wiklund E, Öhrling K. Primärvårdens och Försäkringskassans

samverkan kring rehabilitering. *Socialmed Tidskr* 2002;3:263-70.

Wyke RJ, Aw TC, Allan RN, Harrington JM. Employment prospects for patients with intestinal stomas: the attitude of occupational physicians. *J Soc Occup Med* 1989;39:19-24.

12. Behov av framtida forskning

Som framgår av denna rapport är forskningen om sjukfrånvaro – både vad gäller orsaker till sjukfrånvaro, vad som påverkar hur snabbt en sjukskriven person återgår i arbete, konsekvenser av att vara sjukskriven respektive om läkares arbete med sådana frågor – mycket begränsad. Antalet interventionsstudier är ännu färre. Resultaten är ofta för generella för att vara praktiskt användbara i hälso- och sjukvården. Detta är anmärkningsvärt då samhällets kostnader för sjukfrånvaron i Sverige är mycket stora.

Detta innebär att personer som har att fatta beslut inom området – vare sig detta är på övergripande nivåer eller på individnivå i kontakten med patienter, anställda eller försäkrade – har förhållandevis liten vetenskapligt baserad kunskap att stödja sina beslut på. Behovet av mer forskning om orsaker till och konsekvenser av sjukfrånvaro, liksom om hur sjukskrivningsärenden handläggs är alltså stort, både generellt och på mer detaljerad nivå.

Flera av frågorna som ställts inom forskningsområdet är ännu på en mer generell nivå. Behovet av praktiskt tillämpbar kunskap, såsom kunskap om optimal sjukskrivning och om hur sjukfrånvaro, förtidspension respektive återgång i arbete kan påverkas i önskvärd riktning, är mycket stort. Vidare framgår av litteraturgranskningen att både teori-, begrepps- och metodutveckling inom forskningen om sjukfrånvaro, förtidspension och sjuknärvaro behövs.

Sjukfrånvaro och förtidspension är komplexa fenomen som behöver studeras med olika vetenskapliga ansatser, metoder och perspektiv. Vikten av att ett genusperspektiv utvecklas inom sjukfrånvaroområdet har lyfts fram från olika håll, då det bl a antytts att kvinnor och män bedöms olika i samband med sjukskrivning. Detsamma gäller etnicitets- och socialgruppsaspekter, liksom vikten av att inkludera faktorer på olika strukturella nivåer. Bl a behövs mer forskning om följande aspekter:

Demografiska förhållanden (ålder, kön, etnicitet, bostadsort, etc)

Redovisning av ålders- och könsfördelning av sjukfrånvaro är vanligt, men utan någon ansats att förklara eller gå djupare bakom redovisning av statistik. De studier som försökt förklara demografiska förhållanden bakom sjukskrivning har sällan haft tillräckligt hållbar kvalitet. Med tanke på debatten om hur ändrade demografiska förhållanden påverkar sjukfrånvaromönstret är ytterligare forskning angelägen. Det finns behov av sådan forskning både generellt och i olika diagnosgrupper. Mer detaljerad kunskap behövs även om orsaker till sjukfrånvaro, om samband mellan sjukdom, funktionsförmåga, krav i arbetet och sjukfrånvaro, om hur fysisk, psykisk och social arbetsförmåga bedöms och kan bedömas. Betydelsen av olika livsstilsfaktorer i förhållande till sjukfrånvaro behöver också belysas bättre.

Förtidspension

Även om ett antal studier har identifierats, behöver området bli föremål för ytterligare forskning med tanke på åtgärdens genomgripande effekt på såväl individen som samhället.

Försäkringssystemens utformning

Här pågår en intensiv debatt, och det är angeläget med bättre vetenskaplig belysning om betydelsen av försäkringssystemens utformning för förekomst av sjukskrivning och förtidspension.

Samband mellan faktorer på olika strukturella nivåer

Mer kunskap behövs om hur t ex faktorer på arbetsmarknaden, i sjukförsäkringens utformning, på arbetsplatsnivå, i lokalsamhället och individfaktorer interagerar med varandra med avseende på sjukfrånvaro, liksom om effekten av olika nivåer av sjukfrånvaro.

Attityder och frånvarokultur

I den offentliga debatten förklaras den just nu höga sjukfrånvaron i Sverige och i Norge, och speciellt den starka ökningen, som ett resultat av ändrade attityder till sjukfrånvaro. Det är emellertid ytterst få vetenskapliga studier som ägnats åt frågor kring attityder och ”frånvarokultur”.

Interventionsstudier

I studier av interventioner i arbetsmiljön beaktas sällan dess effekter på sjukfrånvaron. I debatten om arbetsplatsens och arbetsmiljöns betydelse för sjukskrivning är det angeläget med mer vetenskaplig kunskap om effekter av förändringar i arbetsmiljön. Detsamma gäller förändringar av regelsystem, utbildningsinsatser riktade mot professionella aktörer i sjukskrivningsärenden, samt av olika åtgärder på individnivå.

Arbete och arbetsförmåga

Det behövs betydligt mer kunskap om möjligheten att kunna arbeta när arbetsförmågan är reducerad pga av sjukdom eller skada, liksom om fruktbara anpassningar på och runt arbetet för att främja detta. Vidare behövs kunskap om hur riskarbetssituationer kan identifieras liksom om hur vi ska kunna identifiera individer som löper risk att hamna i långtidssjukskrivning, för att kunna rikta tidiga insatser till dem. Instrument för att bedöma arbetsförmåga behöver utvecklas och prövas.

Samband med sjukdom i olika diagnosgrupper

Trots att det rör sig om en sjukförsäkring är kunskapen om sjukfrånvaro i specifika diagnoser mycket sparsam. Varför varierar t ex sjukskrivningslängd efter hjärtinfarkt och vid bröstcancer så mycket mellan olika regioner i Sverige? Varför blir vissa personer sjukskrivna och andra inte, respektive återgår i arbete vid sjukskrivning snabbare än andra? Hur identifiera de personer där tidiga insatser behövs för att undvika långvarig sjukskrivning? Här behövs betydligt mer kunskap både om etiologi, om vad som är optimal sjukfrånvaro och om hur återgång i arbete kan främjas i olika arbetsmiljöer.

Optimal sjukskrivning

Ett antal frågeställningar måste kunna besvaras för att få kunskap om en optimal sjukskrivning, vad avser längd, grad och åtgärder under sjukskrivningstiden, såsom:

Vilka samtidiga åtgärder måste vidtas under sjukskrivningen för att få en optimal effekt av denna vid olika sjukdomstillstånd, skador och ingrepp?

Vilka är de positiva och negativa effekterna av arbete respektive sjukskrivning vid olika sjukdomstillstånd för olika patientkategorier (kön, ålder, utbildning, etnicitet, personlighet, arbete, social situation)?

Hur identifiera och, om möjligt, förebygga samt hantera olika negativa konsekvenser av sjukskrivning?

Är den optimala sjukskrivningen olika vid olika tillstånd och av olika allvarlighetsgrad av dessa, för personer med olika yrken, ålder, komorbiditet, funktionshinder, alkoholproblem, drogmissbruk etc?

För att kunna besvara dessa frågor behövs även mer kunskap om olika sjukdomars så kallade naturalförlopp.

Konsekvenser av sjukfrånvaro

För att kunna besvara ovanstående frågeställningar behövs bl a kunskap om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukskriven eller förtidspensionerad för sjukdom, hälsa, livsstil, relationer, karriärmöjligheter, ekonomi etc. Hur skiljer sig dessa åt för sjukskrivning av olika längd och grad? Varierar detta med sjukskrivningsdiagnos? Inom detta angelägna område finns mycket få studier. På motsvarande sätt behövs kunskap om att vara i arbete, ”sjuknärvarande”, vid samma diagnoser.

Läkare och sjukskrivning

Betydligt fler och bättre studier behövs även för att öka kunskap och förståelse avseende läkares praxis när sjukskrivning är aktuellt för en patient, inklusive vad som påverkar denna praxis och hur den, vid behov skulle kunna förändras. Det är bl a viktigt att beakta genus- och etnicitetsaspekter, betydelsen av socioekonomiska förhållanden, allmänhetens, patienters och läkarnas attityder och värderingar, samt de faktorer som mer direkt påverkar läkarens handläggning, behandling och samverkan med övriga aktörer när sjukskrivning är aktuellt. Studier av utbildningsinterventioner och organisatoriska förändringar är likaledes angelägna för att bidra till utveckling av en mer evidensbaserad sjukintygsskrivningspraxis, inkluderande effektivt samarbete med andra aktörer kring sjukskrivningsärenden.

Hur läkare hanterar sjukskrivningsfrågor har debatterats mycket under senare år. Samtidigt är det mycket osäkert i vilken utsträckning denna

praxis påverkar sjukfrånvaronivåer i landet, t ex i förhållande till praxis inom andra centrala yrkeskårer, såsom handläggare på försäkringskassor, arbetsgivare etc. Även här behövs kunskap.

Sammanfattning

Trots omfattande konsekvenser av sjukfrånvaro är den vetenskapliga forskningen alltså dels förvånansvärt knapp, och dels både teoretiskt och begreppsmässigt mycket outvecklad. Det finns få longitudinella studier, ytterst få interventionsstudier, sjukdomsaspekterna i sjukförsäkringarna beaktas sällan, effekt av faktorer på olika strukturella nivåer tas ej hänsyn till, konsekvenser av sjukskrivning har nästan inte studerats alls. Vidare saknas kunskap om arbetsgivarens roll liksom ett lekmannaperspektiv. Genus- och etnicitetsaspekter behöver beaktas mer. Arbetsförmågebegreppet behöver definieras, problematiseras och operationaliseras.

Det är emellertid inte bara fler utan framför allt studier av bättre kvalitet som behövs, bl a longitudinella studier, internationella jämförande studier, och randomiserade kontrollerade studier. För detta behövs tvärvetenskapliga forskargrupper, långsiktiga forskarmiljöer, internationell förankring, möjlighet till god kompetensutveckling inom området, och tillförlitliga grunddata, inklusive sjukskrivningsdiagnoser.

Bilaga 1.

Presentation av projektgrupp och externa vetenskapliga granskare

Projektgruppen har haft en tvärvetenskaplig sammansättning. Följande vetenskapliga discipliner har varit representerade: ortopedi, kardiologi, allmänmedicin, yrkesmedicin, socialmedicin, socialt arbete, sociologi, beteendevetenskap samt socialförsäkring.

Projektgrupp

Kristina Alexanderson

Professor, Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap,
Linköpings Universitet och Karolinska Institutet, Stockholm

Tommy Hansson

Professor, Ortopediska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

Gunnel Hensing

Docent, Avdelningen för socialmedicin, Sahlgrenska akademien,
Göteborg

Irene Jensen

Docent, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet,
Stockholm

Peter Allebeck

Professor, Avdelningen för socialmedicin, Sahlgrenska akademien,
Göteborg

Joep Perk

Docent, Medicinkliniken, Oskarshamns sjukhus, Oskarshamn

Eva Vingård

Docent, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, Stockholm

Rolf Wahlström

Docent, allmänläkare, Allmänmedicinskt centrum, Eskilstuna och Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

Arne Mastekaasa

Professor, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, Norge

Anders Norlund

Projektsamordnare, SBU, Stockholm

Anne Syversson

Projektassistent, SBU, Stockholm

Externa vetenskapliga granskare

Anders Ekbohm

Professor, Klinisk epidemiologi, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Björn Lindgren

Professor, LUCHE (Lunds universitets centrum för hälsoekonomi) samt Vårdalinstitutet, Lunds Universitet

Staffan Marklund

Professor, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Eira Viikari-Juntura

Professor, Avdelningen för rehabiliteringsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Bilaga 2.

Bindningar och jäv

SBU kräver att alla som deltar i projektgrupper lämnar skriftliga deklARATIONER avseende potentiella bindningar eller jäv. Sådana intressekonflikter kan föreligga om medlem i gruppen får ekonomisk ersättning från part som kan ha intresse i de frågor gruppen studerar. Gruppens ordförande och SBU tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle kunna försvåra en objektiv värdering av kunskapsunderlaget och ger vid behov förslag till åtgärder. Inom projektgruppen har följande medlemmar deklarerat någon form av arvoderade samband med frågeställningar om sjukskrivning.

Kristina Alexanderson

Försäkringskassförbundets Forskningskommitté
Forskningsanslag från RFV
Halvtidstjänst på Försäkringsmedicinskt Centrum

Tommy Hansson

AFA, medicinskt råd
Volvos vetenskapliga råd
SvRe, medicinskt råd
Ordförande i ett av SLL:s upprättade vetenskapliga råd för omhändertagande av personer med rygg- och nackproblem

Irene Jensen

Forskningsprojekt med finansiering av AFA

Staffan Marklund

Riksförsäkringsverkets styrelse

Försäkringskassaförbundets forskningskommitté

Forskningsprojekt från RALF

Rolf Wahlström

Forskningsprojekt, Landstingsförbundet

Försäkringsläkare (3–4 timmar/vecka) vid Försäkringskassan i Sörmland
(kontrakt)

Övriga i gruppen har inte angivit några potentiella intressekonflikter

Bilaga 3.

Ordlista

Aktivitetsersättning	Ersättning till personer mellan 19–29 år vars arbetsförmåga är varaktigt nedsatt eller nedsatt under en begränsad tid (minst ett år) med minst en fjärdedel. Infördes den 1/1 2003.
Allmän försäkring	Försäkring som ingår i det offentligt finansierade socialförsäkringssystemet – se också enskild försäkring [5].
Arbetsförmåga	Förmåga att genom arbete förtjäna sitt uppehälle. Inte bara att kunna arbeta utan även att upprätthålla en ”normal” arbetsinsats ingår [5]. Vid bedömning av en persons arbetsförmåga sätts personens funktionsförmåga, socialt, psykiskt och fysiskt, i relation till kraven i personens arbete eller det arbete personen söker, eller ”på arbetsmarknaden förekommande normala arbeten”.
Arbetshandikapp	Kroppsligt, psykiskt eller socialt hinder hos en person att behålla eller erhålla arbete [3].
Arbetslös	Beteckning på arbetsför person som saknar förvävsarbete och som registreras som arbetssökande [3]. Vid ställningstagande till sjukskrivning av en arbetslös person görs bedömningen av arbetsförmåga i första hand i relation till det arbete personen söker.
Arbetskada/ arbetssjukdom	Skada eller sjukdom till följd av olycksfall i arbetet, annan skadlig inverkan i arbetet, smitta samt olycksfall vid färd till eller från arbetet. Arbetskadorna kan delas upp i arbetsolycksfall och arbetssjukdom [3]. För regelverk och sammanställning hänvisas bl a till [4,5].
Arbete	Stadigvarande sysselsättning som ger försörjning, alternativt verksamhet som kräver ansträngning, alternativt producerande eller reproducerande verksamhet. Indelas ibland i betalt respektive obetalt arbete.
Ekonomisk invaliditet	Den ekonomiska förlust som uppkommer för den försäkrade till följd av skada eller sjukdom [5]. Jämför med <i>medicinsk invaliditet</i> : Fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning efter sjukdom eller skada, oberoende av orsak och utan hänsyn till den skada des yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden. Den allmänna försäkringen tar endast hänsyn till ekonomisk invaliditet, medan vissa privata försäkringar även kan täcka medicinsk invaliditet [5].

Enskild försäkring	Försäkring tecknad hos privat försäkringsbolag – se också allmän försäkring [5].
Försäkringskassa (FK)	Försäkringskassorna har till uppgift att administrera socialförsäkringarna och har ett övergripande samordningsansvar för de rehabiliteringsåtgärder som behövs för att de som är sjuka ska återfå arbetsförmåga och förutsättningar för att försörja sig genom arbete (www.fk.se). Varje FK är för närvarande en självständig juridisk enhet (myndighet).
Försäkringskasseförbundet (FKF)	Försäkringskassornas intresse-, arbetsgivar- och serviceorganisation (www.fkf.se).
Försäkringsläkare	Läkare som arbetare helt eller delvis med försäkringsfrågor antingen inom den enskilda eller allmänna försäkringen [5]. Är FK:s expert och rådgivare i medicinska frågor, men fattar inte beslut om ersättningsfrågor och undersöker eller behandlar inte den försäkrade.
Försäkringsöverläkare	Försäkringsläkare som har en samordnande roll bland försäkringsläkarna vid en försäkringskassa [5].
Förtidspension	En person som fyllt 16 men inte 65 kunde t o m 2002 beviljas förtidspension om hennes eller hans arbetsförmåga var varaktigt nedsatt till minst en fjärdedel pga sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Beslut om förtidspension fattades av en socialförsäkringsnämnd.
Funktionsnedsättning	Tillfällig eller bestående nedsättning av en persons förmåga att fungera [3]. Påverkar ofta, men inte nödvändigtvis, arbetsförmågan.
Försäkringsmedicin	Se Kapitel 1 sid 26.
Handikapp	Bristande anpassning mellan miljöns krav och individens möjligheter som resulterar i att en individ inte kan fullfölja en social roll [3].

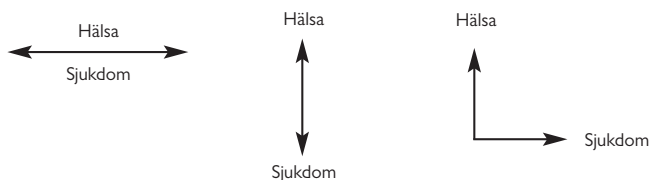
Hälsa

Begreppet används ofta i mycket olika betydelser. Det används ibland som motsatsen till sjukdom, dvs om en person har mycket av det ena har hon automatiskt mindre av det andra. Under senare år har hälsa alltmer börjat definieras inte som motsats till sjukdom utan som tillhörande en annan dimension [1]. Begreppet definieras då på olika sätt, t ex som välbefinnande, som handlingsförmåga eller som känsla av meningsfullhet. En person kan ha god hälsa enligt någon av dessa definitioner och samtidigt ha hög eller låg grad av sjukdom. Vidare ses hälsa på olika sätt; som ett tillstånd, som en resurs, som en process respektive som en upplevelse [8].

1) Hälsa =
avsaknad av sjukdom

2) Hälsa och sjukdom
som motpoler på ett
kontinuum

3) Hälsa och sjukdom
som olika dimensioner



Karens

En period då ingen ersättning från en försäkring utgår, kan sägas utgöra en slags självrisk [5].

Ohälsotalet

Antal dagar per försäkrad under en 12 månadersperiod när något av följande utbetalats från socialförsäkringen: arbetskadepening, sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, förtidspension eller sjukbidrag. Alla dagar är omräknade till "heldagar", t ex två dagar med halv ersättning motsvarar en dag.

Medicinsk invaliditet

Fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning efter sjukdom eller skada, oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden [5].

Rehabilitering

Samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv [2]. Generell beteckning för samordnade medicinska, sociala och yrkesinriktade åtgärder som syftar till att hjälpa människor med funktionsnedsättning att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och kunna leva ett så normalt liv med så god livskvalitet som möjligt [3].

Rehabiliteringspenning	Ersättning som betalas ut från allmänna försäkringen under tid som rehabilitering pågår.
Riksförsäkringsverket (RFV)	Statlig myndighet som har tillsyn över hur bl a socialförsäkringarna tillämpas och som ansvarar för socialförsäkringens omfattande datasystem. RFV kan dock inte bestämma över de enskilda försäkringskassorna som var och en utgör egna myndigheter (www.rfv.se).
Sakkunnigläkare	Läkare som gör bedömningar för enskild och/eller allmän försäkring utifrån handlingar kring en person som antingen vill teckna försäkring eller som kommit till skada eller sjukdom som ska regleras av försäkringsgivaren. Riskbedömningar, sambandsbedömningar, invaliditetsbedömningar, sjukskrivning och arbetsskadebedömningar [5].
Sjukbidrag	Om sådan nedsättning av arbetsförmågan som krävs för förtidspension kan antas bli bestående avsevärd tid, men inte varaktigt, har en temporär förtidspension, sjukbidrag, kunnat beviljas. Från den 1 januari 2003 omvandlades alla sjukbidrag till tidsbegränsad sjukersättning.
Sjukdom	Sjukdom är ett mycket brett begrepp. Även på svenska används alltmer tre engelska begrepp för att åskådliggöra olika aspekter av begreppet, nämligen <i>illness, disease och sickness</i> [5–8]. <i>Illness</i> står vanligen för de symtom som en person själv upplever och identifierar som sjukdom. <i>Disease</i> är den sjuklighet som det vid en viss tid finns en medicinsk diagnos för, medan <i>sickness</i> tillhör en annan dimension, nämligen den sociala roll, sjukrollen, en person tar eller ges i ett visst kulturellt sammanhang när personen har <i>illness</i> eller <i>disease</i> . Inom samtliga dessa tre aspekter, <i>illness, disease och sickness</i> , är det den fysiska, psykologiska och sociala funktionsförmågan som beaktas. I Lagen om allmän försäkring är begreppet sjukdom inte definierat. I förarbetena till lagen har man istället hänvisat till vanligt språkbruk och gällande uppfattning inom läkarvetenskapen om vad som är sjukdom.
Sjukersättning	Kan beviljas person som är 30–64 år och vars arbetsförmåga är varaktigt nedsatt med minst en fjärdedel. År arbetsförmågan nedsatt under en begränsad tid, men minst ett år kan tidsbegränsad sjukersättning erbjudas. Jämför förtidspension respektive sjukbidrag.
Sjukfall	Den sammanhängande tid under vilken en person har sjuklön eller sjukpenning. Ett sjukfall kan bestå av flera sjukperioder.
Sjuklön	Ersättning från arbetsgivare till anställd vid sjukfrånvaro under sjuklöneperioden (för närvarande 21 dagar).

Sjuklöneperiod	De dagar (fr o m 1 juli 2003 de första 21 dagarna av ett sjukfall) när sjukersättning betalas direkt av arbetsgivaren.
Sjuknärvaro	Närvaro på arbetsplatsen trots att man rimligen (med tanke på aktuell sjukdom) borde ha varit sjukskriven [3].
Sjukpenning	Den ersättning som Försäkringskassan betalar ut till en sjukskriven person (för anställda gäller det efter sjuklöneperioden. Istället för sjukpenning kan Försäkringskassan besluta om ersättning för resor till och från arbetet.
Sjukpenning-försäkring	Inkomstbortfallsförsäkring, med syfte att ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall. För att få ersättning krävs för närvarande i Sverige att sjukdomen sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel.
Sjukperiod	Den sammanhängande period för vilken ett medicinskt underlag från en läkare, ett så kallat läkarintyg, gäller. En eller flera sjukperioder bildar ett sjukfall.
Sjuktal	Antal dagar under ett år som sjukpenning utbetalats från socialförsäkringen per sjukpenningförsäkrad 16–64 år (dvs personer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag ingår inte i nämnaren). Alla dagar räknas som en dag oavsett om omfattningen är hel eller partiell. Se vidare Kapitel 3 om olika sjukfrånvaromått.

Referenser

1. Hallqvist J, Janlert U. Vad är folkhälsa? Folkhälsans villkor. Stockholm: Folkhälsogruppen; 1991;21-44.
2. Höök O. Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber; 2001.
3. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur, Folkhälsoinstitutet; 2000.
4. Järvholm B. Arbetsliv och hälsa – en kartläggning. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1996.
5. Järvholm B, Olofsson C. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2002.
6. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
7. Marklund S. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
8. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.

Bilaga 4.

SBU-projektet sjukskrivning, mall för dataextraktion för kvalitetsgranskning av studie

Datum granskningen gjordes: 200 Granskare:

Studien behandlar: Orsaker Praxis Konsekvenser Ekonomi

Psyk Musk Hjärt-kärl Annat

Titel

Försteförfattare

Land (studie)

Tidskrift

Publiceringsår

Syfte

Vilka **samband** studeras? Ej aktuellt

Typ av studie

Experimentell studie: RCT CT Kvasiexperiment Annan

Observationsstudie Tvärsnittsstudie Longitudinell: Prospektiv

Retrospektiv Kohort Fall-kontroll Litteraturstudie: Meta-analys

Systematisk översikt Review Modellstudie Multicenter

Annan

Datainsamling när?

Framgår ej

Studietid:

Ej aktuellt Varierar År Månader

Adekvat: Ja Nej Tveksamt

Föremål för studie

(Flera alt
möjliga)

Sjukskrivna Patienter Befolkning Arbetslösa Visst geografiskt omr

Egenföretagare Anställd; visst yrke, vilket viss arbets-

plats/bransch, vilken

Läkare Arbetsgivare FK-personal Arbetsförmedling

Annat

Metod för data-insamling
(flera alt
möjliga)

Enkät: Med vinjetter Audit-typ Annan

Validerad: Ja Nej Delvis Uppgift saknas Hänvisn till annan artikel

Intervju Strukturerad Semi-strukturerad Individuell Grupp

Face-to-face Telefon

Registerdata: Typ:

Läkarityg Journal, sjukvård Utredning, FK Utredning gjord i annan org

Screening instr Observation

Klinisk undersökning Annat

Synpunkter:

Typ av sjukskrivningsdata Ej aktuellt Sjukfrånvaro Förtidspension Oklart, hur
 (ex att vård av barn ingår, annan frånvaro) Självrapporterade,
 Läkarrapporterade Från sjukintyg Registerdata (försäkringsbolag)
 (Fler alt. Registerdata (arbetsgivare) Incidens/fall Incidens/personer Längd,
 möjliga) Sjukskrivningsdiagnos Annat

Sjukdom/diagnos i fokus (flera kan anges): Ej aktuellt

Diagnosmetod Ej aktuellt Sjukskrivningsintyg Förtidspension Registerdata
 Självrapporterad Data från med journal el dyl Klinisk undersökning
 (Flera alt ok) speciell för studien Annan Uppgift saknas

Inklusionskriterier:
 Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata
 Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart
 Kontroll- eller referensgrupp: relevant vald Ja Delvis Nej Ej aktuellt

Exklusionskriterier:
 Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata
 Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart

Beskrivning av **studiepopulationen**, studiegruppen etc, totalt och uppdelat på kön, med % bortfall, i olika delgrupper. Antal individer: (Skriv på baksidan om nedan ej är adekvat)

	Totalt	Kvinnor	män
Studiepop	____%	____%	____%
Studiegrupp + bortfall	____% ____%	____% ____%	____% ____%
Uppföljning + bortfall	____% ____%	____% ____%	____% ____%
Kontroll: studiegrupp + bortfall	____% ____%	____% ____%	____% ____%
Uppföljning + bortfall	____% ____%	____% ____%	____% ____%

Är **studiegruppen** tillräckligt stor? Ja Nej. Synpunkter:

Bortfall, primärt Bortfall saknas Systematiskt Icke-systematiskt

Ej analyserat Uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser

Ja Delvis Nej Oklart

i slutsatser Ja Delvis Nej Oklart

Sekundärt bortfall

Ej aktuellt Bortfall saknas Systematiskt Ej systematiskt Ej analyserat

Uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser Ja Delvis

Nej Oklart

i slutsatser Ja Delvis Nej Oklart

Internt bortfall som är av vikt? Ja Nej Oklart

Kommentarer:

Intervention. Ja Nej

Typ av intervention:

Sjukskrivning

Rehabilitering

Behandling

Ändrade försäkringsvillkor

Ändrade arbetsförhållanden

Annan åtgärd

Determinanter, vilka har inkluderats:

Bias

Selektionsfel: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:

Informationsfel: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:

Confounding: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:

Justerat för i analysen Ja Nej

Kommentarer:

Utfallsmått Sjukfrånvaro: Kort Lång Typ av mått

Förtidspension/sjukbidrag

För konsekvensstudierna: Sjukdom Hälsa Återgång i arbete Livskvalitet

Arbetsförmåga Funktionsförmåga Livsstil Ekonomi

Annat

Vilka utfallsmått har använts? Adekvata Ja Nej

Teorianknytning anges Nej Ja, vilken

Metoder för dataanalys Tydligt beskriven: Ja Nej. Adekvat Delvis adekvat
 Ej adekvat Uppgift saknas
 Vilka metoder har använts:

Har **effektmodifiering** beaktats i analysen? Ja Nej Ej relevant
 Specifika **svagheter** i analysen:

Kvantitativ analys Ja Nej
 i förväg tydligt formulerad hypotes Ja Nej
 power-analys; gjord Ja Nej Borde gjorts

Kvalitativ analys Ja Nej
 Förförståelsen tydliggjord Ja Nej
 Perspektiv tydliggjort Ja Nej

Etisk frågeställning: beroende part medverkat i undersökningen Ja Nej Framgår ej

	Variabel i analyser	Stratifierade analyser	Sådant perspektiv finns	Ej relevant	Relevant
Kön	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social-grupp	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etnicitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultat: (med fokus på de som är av intresse för SBU-projektet)

Typ av samband **Grad av styrka (högt, lågt, inget)**

Resultaten generaliserbara Nej Tveksamt Ja, för vilken grupp?

Relevans för läkares praxis Nej Tveksamt Ja, för vilken grupp?

Granskarens kommentarer

.....

.....

Kvalitetsbedömning

	0	1	3	5	Kommentar
Design etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	Kommentar
Bortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Analysmetod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precision, utfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Summa poäng: _____					
Kommentar					

Ekonomisk kvalitetsbedömning

Har alla väsentliga och relevanta kostnader och effekter:

– identifierats för samtliga alternativ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
– kvantifierats och värderats på ett relevant sätt i fysiska enheter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
– värderats på ett trovärdigt sätt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
– diskonterats (ev. enbart kostnader)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
– visats med marginalanalys?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
– analyserats med känslighetsanalys?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart

Kriterier för bedömning av kvalitet i granskade studier

Poäng

1. Studiedesign etc

Aspekter att ta ställning till i förhållande till frågeställningen: tillräcklig *storlek*, adekvat *studiedesign*, relevant *uppföljningstid* med hänsyn till utfallsmåttet, relevant *kontroll- eller jämförelsegrupp* (där sådan är aktuell), relevanta och tydliga *inklusionskriterier*, relevanta och tydliga *exklusionskriterier*, relevanta *determinander*, valid metod för *datainsamling*.

- | | |
|--|---|
| a) Samtliga ovanstående aspekter är uppfyllda | 5 |
| b) Någon av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande | 3 |
| c) Några av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande | 1 |
| d) Någon av ovanstående aspekter är undermålig | 0 |
-

2. Bortfall

Följande fyra aspekter är av vikt: bortfallets *storlek* (i alla steg), hur noga det är *redovisat*, grad av *systematik* och dess betydelse för resultatet, *hur hänsyn tagits till ev systematik* i bortfallet i analysen. Alla olika typer av bortfall sammanvägs här: primärt, sekundärt (dvs vid uppföljningar), internt (sällan redovisat. I de fall det är det får vi se det som ett plus) olika bortfall vid olika steg i processen och vid olika typer av datainsamling för samma studiepopulation etc. Det avgörande är i vilken grad bortfallet kan ha påverkat resultaten. Detta beror alltså på dess storlek, ev systematik och om man korrikerat för systematiken på ett adekvat sätt.

- | | |
|---|---|
| a) Bortfallet kan antas att inte ha påverkat resultaten | 3 |
| b) Bortfallet kan antas ha påverkat resultaten, men endast i liten utsträckning | 2 |
| c) Bortfall kan antas ha påverkat resultaten, men inte på något avgörande sätt | 1 |
| d) Stor risk för att resultaten påverkats av bortfallet på ett avgörande sätt. | 0 |
-

3. Bias

- | | |
|---|---|
| a) Hänsyn tagen till confounders på adekvat sätt | 3 |
| b) Hänsyn tagen till vissa confounders på adekvat sätt | 2 |
| c) Tveksamt om tillräcklig hänsyn tagits till confounding | 1 |
| d) Inkluderade confounders ej kontrollerade för. Klara selektionsfel eller informationsfel, som ej tagits hänsyn till i analys eller tolkning | 0 |
-

4. Analysmetod

- | | |
|---|---|
| a) Relevant statistisk metod, tagit hänsyn till effektmodifierare | 3 |
| b) Relevant statistisk/kvalitativ metod | 2 |
| c) Acceptabel statistisk/kvalitativ metod | 1 |
| d) Tveksam analysmetod | 0 |
-

5. Precision, utfall (outcome)

- | | |
|--|---|
| a) Adekvat utfallsmått i förhållande till frågeställning etc, objektivt verifierbart eller väl definierat. Smala konfidensintervall eller andra spridningsmått | 3 |
| b) Adekvat mått, men ej väl definierat. Signifikanta men breda konfidensintervall | 2 |
| c) Delvis adekvat mått, ej väl definierat. Låg precision | 1 |
| d) Icke adekvat, oklart beskrivet, ej bedömbart. Oacceptabel precision. | 0 |
-

Bilaga 5.

Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning¹

Sjukfrånvarons hälsoeffekter

Frånvaro från arbetslivet till följd av sjukdom, arbetsskada och sjukbidrag eller förtidspensionering, det så kallade ohälsotalet, har ökat under de senaste tio åren. Det är samhällets strävan att minska ohälsotalet. Därför har användningen av sjukskrivningen stor betydelse. Den påverkas bl a av patientens, läkarens, Försäkringskassans och arbetsgivarens agerande.

Passiv sjukskrivning, dvs långvarig sjukskrivning utan rehabiliterande insatser, har visat sig kunna leda till depression, social isolering och risk för utslagning från arbetslivet.

En stor del av sjukfrånvaron betingas av omständigheter som inte enbart är medicinska. Även sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer, försäkringssystemets uppbyggnad och läget på arbetsmarknaden har en betydande inverkan.

Sjukskrivning får inte ses som en neutral åtgärd utan måste ses med patientens totala situation som utgångspunkt. Sjukskrivning kan, som all annan behandling, ”över- och underdoseras”.

Endast läkare och i vissa fall tandläkare har rätt att sjukskriva, dvs intyga ”arbetsförmåga pga sjukdom”.

Samhällsekonomiska konsekvenser av sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron har ekonomiska konsekvenser för samhället. Omkring 15 procent av BNP satsas på sjukvård och sjukförsäkring. Kostnaderna för sjuklön, sjukpenning, förtidspensioner och sjukbidrag uppgick år 1990 till sammanlagt cirka 72 miljarder kronor.

¹ Socialstyrelsens författningssamling 1992:16

En tredjedel av alla som är inskrivna i Försäkringskassan har ingen sjukdag under ett år. Hälften av alla försäkrade har mindre än en veckas sjukfrånvaro per år.

Långtidssjukskrivningarna svarar för den största andelen av kostnaden för samhället. Den som pga sjukdom är frånvarande 90 dagar eller längre definieras som långtidssjuk. De långtidssjukskrivna utgör 2 procent av sjukfallen men svarar för hälften av sjukpenningkostnaden.

En del av långtidssjukskrivningarna leder till förtidspension. Det finns cirka 360 000 förtidspensionärer. En mycket vanlig orsak till förtidspensionering är problem från rygg, leder och muskler samt psykisk ohälsa.

Sjukskrivningstraditioner

I läkarutbildningen har sjukskrivningsproblematiken relativt sällan berörts. Läkarens möjligheter till en konstruktiv användning av sjukskrivningen har inte diskuterats. Sjukskrivning eller inte är ofta ett svårt ställningstagande som inte bara kräver kunskap om patientens medicinska tillstånd. Information om aktuella arbetsförhållanden kan även i många fall underlätta ett ställningstagande. Därför behöver läkare och patient smidiga kontaktvägar till arbetsplatsen. Arbetsgivarens ansvar för sina medarbetare måste vara tydligt. Så har inte alltid varit fallet, men genom ny lagstiftning har det förtydligats.

Ett annat sätt att sjukskriva

Socialstyrelsen startade hösten 1990 ett projekt om sjukskrivning som behandlingsmetod. Målet var att initiera modeller för utbildning av läkare om sjukskrivning, socialförsäkring och rehabilitering. Utbildningen förväntas leda till att sjukskrivning används på ett adekvat sätt.

En modell för en tvådagars utbildning plus uppföljningsdag har tagits fram av Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Svenska Arbetsgivareföreningen och de fackliga organisationerna. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket har gemensamt rekommenderat utbildningsmodellen och en ansvarsfördelning för denna. Ett flertal försäkringskassor har i samarbete med sina landsting redan genomfört utbildningen.

Mot bakgrund av genomförda utbildningar har Socialstyrelsen beslutat utge allmänna råd om sjukskrivningens effekter och hur negativa konsekvenser kan motverkas. De allmänna råden är i första hand avsedda för läkare men också övrig sjukvårdspersonal, politiker och administratörer kan ha nytta av dem.

Den onödiga sjukfrånvaron

För de flesta människor är arbetet och gemenskapen på arbetsplatsen en betydelsefull del i tillvaron. Erfarenheterna har visat att det går fort att tappa kontakten med arbetsplatsen under en sjukskrivning. Ju längre tid som går, desto större är risken för att arbetsmotivationen bryts. En kritisk gräns går någonstans vid 3–6 månader. Motiveringen för att arbeta faller därefter drastiskt och sannolikheten för att den sjukskrivna senare återupptar sitt förvärvsarbete försämras.

En tidig rehabilitering har större förutsättningar att lyckas och kräver mindre resurser än om insatserna görs senare. Det är därför viktigt att behovet av rehabilitering kartläggs och initieras så tidigt som möjligt.

Nya regler för sjuklön och rehabilitering

Från och med den 1 juli 1991 respektive den 1 januari 1992 gäller nya regler i arbetsmiljölagen (1977:1160) och lagen (1991:1047) om sjuklön för arbetsmiljö, sjuklön och rehabilitering. Arbetsgivarens, patientens, läkarens, Försäkringskassans och företagshälsovårdens ansvar har förändrats. Det finns också medel för rehabilitering hos Försäkringskassan och i Arbetslivsfonden. Även arbetsförmedlingens roll har förändrats.

Arbetsgivarens ansvar

Från och med 1992 svarar arbetsgivaren för bedömningen av rätten till och utbetalningen av sjuklön till anställda under de första fjorton dagarna av en sjukperiod. Arbetsgivaren har såväl det administrativa som det ekonomiska ansvaret under sjuklöneperioden. Som kompensation har arbetsgivaravgiften sänkts. Läkarintyg medför inte automatiskt rätt till sjuklön utan det utgör, som vid bedömning av rätt till sjukpenning, en del av beslutsunderlaget.

Arbetsgivaren har även fått ett klart ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Efter fyra veckors sjukskrivning eller ett flertal frånvarotillfällen

per år ska behov och möjligheter till rehabilitering i arbetet utredas om det inte är uppenbart obehövt. Utredningen ska skickas in till Försäkringskassan inom åtta veckor. Arbetsgivaren är också skyldig att inom ramen för den egna verksamheten rehabilitera långtidssjuka arbetstagare. Det är på den egna arbetsplatsen som förutsättningarna i allmänhet är störst för en lyckad rehabilitering.

Patientens ansvar

Patienten har skyldighet att medverka i rehabiliteringsutredningen och att bidra till att den information som behövs kommer fram. Dessutom ska patienten medverka aktivt i sin egen rehabilitering. Rätten till sjukpenning och eventuell rehabiliteringsersättning förutsätter denna aktiva medverkan. Det är en klar skillnad mot den passiva roll som den enskilde hittills haft i försäkringssystemet.

Läkarens ansvar

Den som är sjukskriven ska senast då sjukperioden pågått i fyra veckor lämna ett läkarutlåtande till Försäkringskassan. Utlåtandet ska innehålla uppgift om behovet av rehabilitering, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd och om möjligt beräknad återstående sjukdomstid.

Uppgifterna ska lämnas under punkt tre på sjukskrivningsblanketten ”intyg/utlåtande för bedömning av arbetsförmåga”. Det är viktigt att läkaren noga besvarar alla frågor för att utlåtandet ska kunna utgöra en så bra grund som möjligt för vidare ställningstaganden om rätt till sjukpenning och möjlighet till rehabilitering.

Socialstyrelsen får i detta sammanhang även hänvisa till sina föreskrifter (SOSFS 1981:25) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m m.

Med hänsyn till arbetsgivarens och patientens ansvar är det lämpligt att läkaren vid behov tillsammans med eller via patienten tar kontakt med arbetsplatsen. På så sätt kan sekretess- och integritetsfrågorna hanteras bäst. När arbetsförmågan är helt nedsatt är läkarens uppgift att sjukskriva patienten på heltid. Om arbetsförmågan är nedsatt och läkaren bedömer att patienten inte kan återgå i arbete utan särskilda rehabiliteringsåtgärder, bör kommunikation ske med arbetsplatsen för rehabilitering.

Även om patienten har en god kontakt med sin arbetsplats, kan det emellertid i många fall vara berättigat med en direktkontakt mellan läkaren och arbetsgivaren. Med hänsyn till sekretessbestämmelserna får emellertid inte läkaren mot patientens vilja ta kontakt med arbetsgivaren. Det är därför lämpligt att läkaren tar upp den frågan med patienten och får dennes samtycke att diskutera rehabiliteringen med arbetsgivaren.

När det av olika skäl inte går att få kontakt direkt med arbetsgivaren eller när patienten kan förväntas ha svårt att föra sin talan bör läkaren kontakta Försäkringskassan. Även detta förutsätter patientens medgivande.

Försäkringskassans ansvar

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ner den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Den som har en anställning får sjukpenning fr o m den 15:e dagen i sjukperiod, medan den som inte omfattas av lagen om sjuklön kan få sjukpenning fr o m sjukperiodens första dag. Ett utfärdat läkarintyg innebär inte automatiskt att patienten får sjukpenning. Det är Försäkringskassan som beslutar om rätt till sjukpenning.

Enligt huvudregeln i lagen om sjuklön och Riksförsäkringsverkets föreskrifter krävs läkarintyg fr o m sjunde dagen efter sjukanmälningdagen. För rätt till sjuklön behöver inte intyget innehålla uppgift om diagnos, utan endast ett intygande av att arbetsförmågan är nedsatt pga sjukdom. Försäkringskassan kan, om särskilda omständigheter motiverar det, besluta att den försäkrade ska visa läkarintyg fr o m första sjukskrivningsdagen för att styrka nedsättning av arbetsförmåga, så kallat läkarintygsföreläggande. Även arbetsgivare som omfattas av kollektivavtal, som ger denna möjlighet, kan fatta ett sådant beslut.

Ett läkarintygsföreläggande från första sjukdagen kan vara en kontrollåtgärd. Det kan även ingå som ett led i rehabiliteringsarbetet om någon har många sjukfall och är sjukskriven av flera olika läkare under olika diagnoser. Ovanstående kan även vara tecken på andra bakomliggande faktorer som t ex sociala problem, psykisk ohälsa eller arbetsrelaterade faktorer. Om det är så, bör patienten erbjudas kontinuitet i vården och eventuell hjälp från t ex arbetsplatsen och samhällsorgan.

Försäkringskassan har ansvar för att de försäkrade som är sjukskrivna får den rehabilitering de behöver. Även arbetsgivaren har ansvar för rehabilitering av sjukskrivna. I samråd med den som är sjukskriven ska – om det inte är uppenbart obehövt – arbetsgivaren göra en rehabiliteringsutredning senast efter fyra veckors sjukskrivning. Detta gäller även då en anställd haft flera korta sjukskrivningar eller när en anställd begär det.

Med en av Försäkringskassan godkänd rehabiliteringsplan som grund kan rehabiliteringsersättning utges. Denna är 100 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten plus ersättning för eventuella extra kostnader som den enskilde har i samråd med rehabiliteringen.

En ny möjlighet att i vissa fall förebygga och förhindra framtida sjukfrånvaro finns fr o m 1992. Sjukpenning kan nu även betalas ut till den som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering i förebyggande syfte. Som villkor för rätt till sjukpenning gäller att behandlingen/rehabiliteringen ordinerats av läkare och ingår i en behandlingsplan som godkänts av Försäkringskassan. Vid förebyggande medicinsk behandling krävs att läkaren på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att det föreligger en förhöjd sjukdomsrisk och att sjukdomen som kan uppkomma kan leda till nedsättning av arbetsförmågan.

Företagshälsovårdens ansvar

Många arbetsplatser, främst de större, har tillgång till företagshälsovård. Företagshälsovårdens uppgift är att fungera som konsult för arbetsgivare och anställda på arbetsmiljöområdet. Förutom kompetens att medverka i det förebyggande arbetsmiljöarbetet har företagshälsovården ofta också kompetens för medverkan i rehabilitering och arbetsanpassning ute på arbetsplatserna. Personalen i företagshälsovården kan ha såväl teknisk som beteendevetenskaplig eller medicinsk utbildning.

Företagshälsovården kan de närmaste åren väntas genomgå stora förändringar beträffande arbetssätt, finansiering, organisationsformer m m. En statlig utredning av företagshälsovårdens organisation och finansiering är tillsatt och ska vara klar under 1992. Generellt kan sägas att de lokala variationerna kommer att bli större, beroende på växlande förutsättningar vid enskilda arbetsplatser. Företagshälsovårdens roll och arbetsuppgifter

vid den enskilda arbetsplatsen kommer mer än hittills att bestämmas av hur arbetsgivaren i samråd med sina anställda väljer att lösa de uppgifter som lagstiftningen på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet anger.

Arbetsförmedlingens roll

Arbetsförmedlingens resurser används numera normalt bara till den som är varslad, uppsagd eller saknar arbete. Däremot kan arbetsförmedlingens tjänster köpas in av arbetsgivare eller Försäkringskassan.

Sjukskrivning som behandlingsmetod

Sjukskrivningen bör ske utifrån medicinska ställningstaganden; inte av sociala eller arbetsmarknadsmässiga skäl. Detta gäller vid bedömningen av såväl yngre som äldre arbetskraft.

Beslut om sjukskrivning grundar sig på en bedömning av patientens arbetsförmåga i det aktuella arbetet. För den bedömningen krävs såväl medicinska kunskaper som kunskaper om socialförsäkringssystemet samt de krav som arbetssituationen ställer. Genom att samråda med t ex arbetsledande personal, avdelning eller företagsläkare kan läkare i sjukvården inhämta den information som behövs som komplement till den egna kompetensen.

Samråd bör helst ske så snart det går att förutse att det kan behövas särskilt stöd för att patienten ska kunna återuppta sitt arbete. Läkarutlåtandet bör innehålla uppgift om rehabiliteringsbehov efter fyra veckors sjukskrivning. Det är inte läkarens uppgift att bedöma vad som faktiskt kan göras i form av arbetsanpassning i det aktuella arbetet. Läkaren bedömer vilken funktionsförmåga patienten har och beskriver detta så nöjaktigt som möjligt. Möjligheterna till lösning av problemet ute på arbetsplatsen är arbetsgivarens och i viss mån patientens ansvar.

Patienten kan ibland ha svårt att få gehör för sin situation hos arbetsgivaren. Läkaren kan därvid underlätta detta för patienten antingen genom att han är så tydlig som möjligt i sitt läkarutlåtande eller genom att med patientens samtycke ta kontakt med arbetsgivaren.

När det framkommer psykosociala problem, där läkaren bedömer att annan kompetens behövs för att komplettera utredningen, bör psykolog

eller kurator kontaktas. Vid behov bör läkaren också kontakta annan rehabiliteringspersonal t ex sjukgymnast eller arbetsterapeut alternativt en rehabiliteringsenhet inom sjukvården t ex syncentral eller hörselvårdsavdelning.

Att beakta vid sjukskrivning

Sjukskrivning är en betydelsefull behandlingsmetod. För att underlätta ställningstagande ger Socialstyrelsen nedan förslag till frågor som bör ställas av läkaren vid varje sjukskrivningstillfälle.

Det är speciellt angeläget att läkaren inför första sjukskrivningen tar ställning till om patienten behöver sjukskrivning och i förekommande fall i vilken omfattning. Det är viktigt att informera om negativa konsekvenser av sjukskrivning t ex depression eller social isolering.

- Är arbetsförmågan nedsatt i sådan grad att arbetsfrånvaron helt eller delvis är nödvändig?
- Vilka arbetsuppgifter kan patienten utföra trots sin sjukdom?
- Hur lång arbetstid har patienten?
- Kan patienten arbeta deltid?
- Kan arbetsresor med taxi göra det möjligt för patienten att återgå i sitt arbete?

När det blir aktuellt att förlänga en sjukskrivning finns ytterligare aspekter att ta ställning till. Läkaren bör informera patienten om möjligheten att själv avbryta sjukskrivningen om tillfrisknandet går fortare än beräknat.

- Kan patienten trots sjukskrivningen besöka sin arbetsplats?
- Behöver arbetsledare eller företagshälsovård konsulteras för att bedöma patientens möjlighet att återuppta sitt arbete eller få ett lämpligare arbete?
- Finns särskilda riskfaktorer med långvarig sjukskrivning t ex beträffande alkohol/tablettmissbruk, kost eller motion?

Genom att utnyttja möjligheterna till deltidssjukskrivning blir en successiv återgång till arbetet möjlig. Tidig återgång i arbete är i många fall den bästa behandlingen även om patienten inte är helt återställd.

Läkaren kan också överväga att sjukskriva patienten t ex måndag till torsdag, så att en vecka avslutas med en arbetsdag men följs av en helg. Läkaren bör diskutera med patienten dennes situation och informera om riskerna med för lång sjukskrivning. Läkaren bör också överväga att sjukskriva korta perioder istället för en lång sammanhängande period.

Patientens ansvar och engagemang för sin egen situation och sjukskrivning bör öka. Den sjukskrivna är skyldig att ta aktiv del i sin egen rehabilitering. Aktivitet under sjukskrivning underlättar återgång i arbete. En behandlingsplan bör upprättas. Läkaren kan i rutan föreskrifter/förhållningsregler på intyget/utlåtandet ange t ex besök på arbetsplatsen, sjukgymnastik, psykolog- eller kuratorskontakt.

Läkare under utbildning bör, då de inser att behov av långvarig sjukskrivning av en patient kan uppkomma, samråda med en mer erfaren kollega.

Det är angeläget att samspelet mellan sjukvård, försäkringskassa, arbetsgivare och företagshälsovård och i förekommande fall arbetsförmedling och socialtjänst fungerar bra. Det är också viktigt att väntetider till undersökningar, behandlingar och funktionsträning så långt som möjligt undviks eller förkortas.

Socialstyrelsen

Olof Edhag

Rapporter publicerade av SBU

Gula rapporter

- Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis (2003), nr 167
Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling (2003), två volymer, nr 165/1+2
Hörapparat för vuxna – nytta och kostnader (2003), nr 164
Strålbehandling vid cancer (2003), två volymer, nr 162/1+2
Att förebygga karies (2002), nr 161
Fetma – problem och åtgärder (2002), nr 160
Behandling med östrogen (2002), nr 159
Blodpropp – förebyggande, diagnostik och behandling av venös tromboembolism (2002), tre volymer, nr 158/1+2+3
Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001), två volymer, nr 156/1+2
Cytostatikabehandling vid cancer/Chemotherapy for cancer (2001), två volymer, nr 155/1+2
Hjärnskakning – övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? (2000), nr 153
Behandling av astma och KOL (2000), nr 151
Ont i magen – metoder för diagnos och behandling av dyspepsi (2000), nr 150
Ont i ryggen, ont i nacken (2000), två volymer, nr 145/1+2
Behandling av urininkontinens (2000), nr 143
Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering (1999), nr 146
Prognostiska metoder vid akut kranskärlssjukdom (1999), nr 142
Rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet (1998), nr 139
Metoder för rökavvänjning (1998), nr 138
Reumatiska sjukdomar, Volym 1, Analys av området (1998), nr 136/1
Reumatiska sjukdomar, Volym 2, Litteraturgranskning (1998), nr 136/2
Att förebygga sjukdom – med antioxidanter, Volym 1 (1997), nr 135/1
Antioxidanter, Cancersjukdomar (1997), två volymer, nr 135/2:1 + nr 135/2:2
Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl (1997), nr 134
Behandling med neuroleptika (1997), två volymer, nr 133/1+2
Behandling med östrogen (1996), nr 131
Strålbehandling vid cancer, Volym 1 (1996), nr 129/1
Strålbehandling vid cancer, Volym 2, Litteraturgranskning (1996), 129/2
Mätning av bentäthet (1995), nr 127
Massundersökning för prostatacancer (1995), nr 126
Trafikolycksfall (1994), nr 122
Måttligt förhöjt blodtryck (1994), nr 121
Gendiagnostik med PCR (1993), nr 118
Retinopati vid diabetes – värdet av tidig upptäckt (1993), nr 117
Slaganfall (1992), nr 116
Magnetisk resonanstomografi (1992), nr 114
Epilepsikirurgi (1991), nr 110
Benmärgstransplantation (1991), nr 109
Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling (1991), nr 108
Gastroskopi – vid utredning av ont i magen (1990), nr 104
Ont i ryggen – ett samhällsproblem (1989), nr 107
Stötvågsbehandling av njursten och gallsten (1989), nr 106
Kärlkirurgi vid åderförkalkning i benen (1989), nr 105
Preoperativa rutiner (1989), nr 101

Vita rapporter

Evidensbaserad äldrevård (2003), nr 163
Rökning och ohälsa i munnen (2002), nr 157
Placebo (2000), nr 154, Ges ut av Liber
Behov av utvärdering i tandvården (2000), nr 152
Sveriges ekonomi och sjukvårdens III, Konferensrapport (2000), nr 149
Alert – Nya medicinska metoder (2000), nr 148
Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF) (2000), nr 147
Patient–läkarrelationen (1999), Inbunden, Ges ut av Natur och Kultur, nr 144
Evidensbaserad omvårdnad: Behandling av patienter med schizofreni (1999), nr 4
Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med depressionssjukdomar (1999), nr 3
Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med måttligt förhöjt blodtryck (1998), nr 2
Evidensbaserad omvårdnad: Strålbehandling av patienter med cancer (1998), nr 1
Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med ländryggsbesvär (1999), nr 102
Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med nackbesvär (1999), nr 101
Smärtor i bröstet: Operation, ballongvidgning, medicinsk behandling (1998), nr 140
Sveriges ekonomi och sjukvårdens II, Konferensrapport (1998), nr 137
Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention (1997), nr 132
Sveriges ekonomi och sjukvårdens I, Konferensrapport (1995), nr 128
Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992 (1995), nr 124
Behov av utvärdering inom sjuksköterskans arbetsområde (1994), nr 123
Behov av utvärdering i psykiatri (1992), nr 112

Alertrapporter

Utvärderingar av nya medicinska metoder. Finns i pdf-format på www.sbu.se (under Alert).

Engelska rapporter

Evidence Based Nursing: Caring for Persons with Schizophrenia (1999/2001), nr 4E
Chemotherapy for Cancer (2001), nr 155/2
CABG/PTCA or Medical Therapy in Anginal Pain (1998) nr 141E
Bone Density Measurement, Journal of Internal Medicine,
Volume 241 Suppl 739 (1997), 127/suppl
Mass Screening for Prostate Cancer, International Journal of Cancer,
Suppl 9 (1996), 126/suppl
Radiotherapy for Cancer, Volume 1, Acta Oncologica, Suppl 6 (1996), 129/1/suppl
Radiotherapy for Cancer, Volume 2, Acta Oncologica, Suppl 7 (1996), 129/2/suppl
Critical Issues in Radiotherapy (1996), nr 130E
Hysterectomy – Ratings of Appropriateness... (1995), 125E
Moderately Elevated Blood Pressure, Journal of Internal Medicine, Volume 238
Suppl 737 (1995), 121/suppl
CABG and PTCA. A Literature Review and Ratings... (1994), 120E
Literature Searching and Evidence Interpretation (1993), 119E
Stroke (1992), 116E
The Role of PTCA (1992), 115E
The Problem of Back Pain – Conference Report (1989), 107E
Preoperative Routines (1989), 101E

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

Regeringens uppdrag till SBU innebär i korthet följande:

- SBU ska utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder genom att systematiskt och kritiskt granska det vetenskapliga underlaget på området.
- SBU:s utvärderingar ska omfatta såväl medicinska aspekter som etiska, sociala och ekonomiska konsekvenser av att medicinska och odontologiska metoder sprids och tillämpas.
- SBU:s utvärderingar ska sammanställas, presenteras och spridas på ett sådant sätt att alla berörda har möjlighet att ta del av kunskaperna.
- SBU ska genom informations- och utbildningsinsatser medverka till att dessa kunskaper används för att rationellt utnyttja givna resurser inom hälso- och sjukvården.
- SBU ska tillvarata nationella och internationella erfarenheter och resultat på området samt vara ett fokus i Sverige när det gäller utvärdering av medicinska metoder. Arbetet ska bedrivas på ett sådant sätt att verksamheten rörer framgång och respekt såväl nationellt som internationellt.

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

Denna rapport redovisar det vetenskapliga underlaget kring sjukskrivning. Rapporten ingår i en rapportserie som publiceras av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering).

En SBU-rapport är ett opartiskt arbete som bygger på en systematisk och kritisk genomgång av hela den vetenskapliga litteraturen på området. Arbetet utförs av ledande experter och forskare och tar i regel flera år.

Sammanfattning och slutsatser är formulerade av SBU:s styrelse och råd.

RAPPORT NR 167 • 2003

ISBN 91-87890-89-5