

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 Universitets-
sjukhus (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

Sammanfattning av SBU:s rapport om:

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

En systematisk litteraturöversikt

November 2003

Projektgrupp:

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

Vidare har följande personer medverkat i arbetet:

Staffan Marklund (under en period under projektets första år)	Alexander Perski
---	------------------

Externa vetenskapliga granskare:

Anders Ekbohm	Staffan Marklund
Björn Lindgren	Eira Viikari-Juntura

Rapport: Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

Typ: Systematisk litteraturöversikt • ISBN: 91-87890-89-5

Rapportnr: 167 • Utgivningsår: 2003

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 outforskade 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 litteraturdatabaser (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 nivå ¹⁾
• Samhällets • Lokalsamhällets • Försäkringskassans / -bolagets • Hälso- och sjukvårdens • Arbetsgivarens • Den försäkrades	• Medicin • Sociologi • Psykologi • Ekonomi • Juridik • Historia • Filosofi • Antropologi • Rättssociologi • Organisationspsykologi (Management)	• Riskfaktorer för sjukfrånvaro • Sjukskrivningspraxis • Konsekvenser av sjukfrånvaro • Metodstudier	• 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 försäkringsbestämmelser 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 bostadsorter. Endast i få studier analyseras dock sambanden så att det går att dra slutsatser om faktorernas betydelse för sjuk-

skrivning. 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 arbetsplatsnivå 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 sjukförsäkrings-systemets utformning (t ex antalet karensdagar och hur länge man kan vara sjukskriven) 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 socialgruppstillhörighet 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 mer 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, beslutstrymme 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 mönstring, låg emotionell kontroll, låg självskattad hälsolivå, rökning, kontakt med polis eller sociala myndigheter, skolklåga poäng på intelligenstest.

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 sjukfrånvaros 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 fler-

talet 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 sjukintygsskrivningspraxis

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 med 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 sjukskrivningsärenden (t ex medicinska frågeställningar och försäkringsfrågor) som svårt eller problematiskt (Evidensstyrka 3).

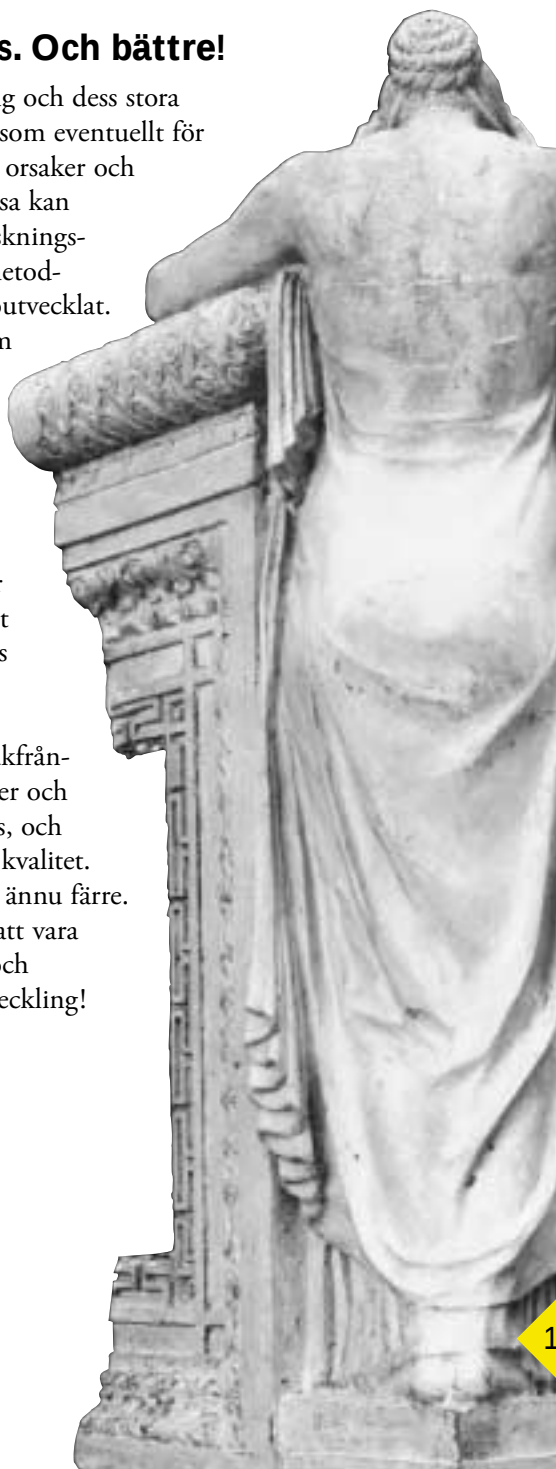
Det finns också begränsad evidens för att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda vilket försvårar bland annat Försäkringskassans möjligheter att fatta beslut om sjukpenning (Evidensstyrka 3).

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 outvecklat. 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 belägg 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 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
<i>Generellt</i> - att personer med möjlighet att påverka sin arbets-situation har lägre frekvens av sjukfrånvaro - att sjukförsäkringssystemets utformning har påverkan på nivån för sjukfrånvaro - att lägre socialgruppstillhörighet medför ökad risk för förtidspensionering. <i>Rygg- och nackdiagnoser</i> - att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukfall kortare än tre månader.	2

¹⁾ 1 = Starkt vetenskapligt stöd

2 = Måttligt starkt vetenskapligt stöd

3 = Begränsat vetenskapligt stöd

0 = Otillräckligt vetenskapligt stöd

<i>Generellt</i> • att skilsmässa ökar risken för sjukfrånvaro • att fysiskt påfrestande arbete medför högre frekvens av sjukfrånvaro. <i>Rygg- och nackdiagnoser</i> • 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 kortare än tre månader. <i>Psykiatriska diagnoser</i> • att kvinnor har högre sjukfrånvaroincidens med psykiatriska diagnoser. <i>Stroke och hjärtinfarkt</i> • att de flesta i arbetsför ålder återgår till arbetet efter stroke, hjärtinfarkt eller hjärtoperation. <i>Sjukskrivningspraxis</i> • att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt • att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda.	3
Övriga faktorer	0

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), två volymer, nr 164/1+2
Strålbehandling vid cancer (2003), två volymer, nr 162/1+2
Blodpropp – förebyggande, diagnostik och behandling av venös tromboembolism (2002), tre volymer, nr 158/1+2+3
Att förebygga karies (2002), nr 161
Fetma – problem och åtgärder (2002), nr 160
Behandling med östrogen (2002), nr 159
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), nr 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 äldreomsorg (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

Alert rapporter

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

Vill du beställa dessa rapporter?

Alla rapporter kan beställas via www.sbu.se, telefon 08-412 32 00 eller fax 08-411 32 60. Se även beställningskupongen.

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 röner framgång och respekt såväl nationellt som internationellt.

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

SBU:s rapport om sjukskrivning bygger på en systematisk och kritisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen på området.

Rapporten ingår i en rapportserie som publiceras av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering).

Denna skrift är ett särtryck av sammanfattning och slutsatser från rapporten, vilka har godkänts av SBU:s styrelse och råd.