

# Bilaga 2

Förstudierapport Stöd för rätt sjukskrivning

## **Litteraturöversikt, vetenskaplig litteratur**

Jenny Hubertsson

Kjerstin Stigmar

Ingemar Petersson

HTA-enheten, Skånes Universitetssjukhus

**Frågeställare:**

Göran Modin, Försäkringskassan  
Anne Snis och Rikard Lövström, projektet SRS

**Projektledning och sammanställning:**

Ingemar Petersson, projektledare  
Jenny Hubertsson  
Kjerstin Stigmar

**Läsare:**

Jenny Hubertsson  
Kjerstin Stigmar  
Ulrik Lidwall  
Charlotte Wåhlin  
Anne Sundén

**Resurspersoner:**

Ingemar Petersson, projektansvarig  
Göran Hollenby, Enheten för HTA, Region Skåne  
Kjell Larsson, Enheten för HTA, Region Skåne  
Martin Laurell, Enheten för HTA, Region Skåne  
Matthias Bank, Medicinska fakultetens bibliotek & IKT, Lunds universitet  
Carola Tilgmann, Medicinska fakultetens bibliotek & IKT, Lunds universitet

**Vetenskaplig referensgrupp:**

Ingemar Petersson, professor, vetenskaplig koordinator  
Kristina Alexandersson, professor  
Jenny Hubertsson, dr med sci  
Kjerstin Stigmar, dr med sci  
Ulrik Lidwall, dr med sci  
Charlotte Wåhlin, dr med sci  
Anne Sundén, dr med sci  
Anna-Sofia von Celsing, specialist i ortopedi och allmänmedicin

Intressekonflikter och jäv  
Ingen av de engagerade har anmält jäv.

**Innehåll**

---

Frågeställare: .....	2
Resurspersoner: .....	2
1 Inledning.....	4
2 Sammanfattning .....	5
2.1 Cancer.....	5
2.2 Psykisk ohälsa.....	6
2.3 Sjukdomar och besvär i rörelseorganen.....	6
3 Syfte med delprojektet .....	7
3.1 Omfattning och avgränsningar .....	7
4 Teori och metod .....	9
4.1 Urvalsprocess.....	9
5 Resultat och slutsatser .....	10
5.1 Cancer.....	10
5.1.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med eller efter cancersjukdom .....	10
5.1.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete i samband med eller efter cancersjukdom .....	12
5.2 Psykisk ohälsa.....	13
5.2.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med psykisk ohälsa.....	13
5.2.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete i samband med psykisk ohälsa .....	15
5.3 Rörelseorganens sjukdomar.....	15
5.3.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med besvär från rörelseorganen .....	15
5.3.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete ..	18
6 Diskussion .....	19

## 1 Inledning

Försäkringskassans prognoser visar att sjukskrivningarna ökar både i omfattning och i längd. Sjukskrivning är en viktig del av vård och behandling, men forskning visar också att långvariga sjukskrivningar kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer. Idén bakom projektet Stöd för rätt sjukskrivning (SRS) är att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive individen själv. Ett gemensamt IT-baserat bedömningsstöd ska kunna bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att läkare ska kunna utfärda läkarintyg med större träffsäkerhet samt hjälpa hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser. Bedömningsstödet kan också i en framtid användas som ett stöd för arbetsgivare och av individen själv för att kunna ta en aktiv del i sin egen rehabilitering.

Under förstudiearbetet har projektet utrett förutsättningarna för att skapa ett sådant samlat bedömningsstöd för olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huvudsyftet har varit att undersöka möjligheten att bättre utnyttja kunskap om prognosfaktorer som påverkar sjukskrivningen. Utifrån denna kunskap kan mer träffsäkra prediktioner ges om sjukskrivningslängd och omfattning för en enskild individ.

Projektet har finansierats via Socialdepartementet genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar gemensamt för projektet. Socialstyrelsen och andra intressenter är representerade i projektets styrgrupper och referensgrupper. Projektets utredningsarbete påbörjades i mars 2014 och slutredovisning sker i oktober 2015.

Förstudiearbetet har varit indelat i följande delområden:

- *Målarbetet* har tagit fram förslag på övergripande gemensamma nationella mål för sjukskrivningsområdet och effektmål för projektet.
- *Kunskapsanalysen* har sammanställt vetenskaplig och annan relevant och aktuell kunskap om sjukskrivning, prognosfaktorer och insatser.
- *Omvärldsanalysen* har inventerat liknande bedömningsstöd i världen för att se om det finns relevant kunskap att dra lärdom av.
- *Konceptutredningen* har utrett verksamhetsmässiga, tekniska och juridiska förutsättningar för att utveckla bedömningsstödet.

Utöver delområdena har projektövergripande arbete som styrning, ledning, uppföljning, kommunikation och kvalitetssäkring bedrivits. Utredningsarbetet har utförts av en arbetsgrupp med bred kompetens och med stor samlad erfarenhet av nationella e-hälsoprojekt. Delar av utredningsarbetet har utförts av och med forskare och utredare från Karolinska Institutet, Lunds universitet och Linköpings universitet.

Denna rapport redovisar en del av förstudiens arbete. Förstudierapporten med en sammanfattning av hela resultatet går att beställa genom att mejla till:

[cecilia.alfven@skl.se](mailto:cecilia.alfven@skl.se)

Mer information om projektet Stöd för rätt sjukskrivning finns på SKL:s webbplats:

<http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden/rattsjukskrivningstod.5229.html>

## 2 Sammanfattning

Det övergripande syftet med detta delprojekt har varit att göra en sammanställning av faktorer som identifierats vara associerade med sjukskrivning, nedsatt arbetsförmåga eller försenad återgång i arbete.

Denna delrapport presenterar preliminära resultat från den vetenskapliga systematiska kunskapssammanställningen. Syftet med delprojektet har varit att, i ett första skede, få fram relevanta resultat som man sedan kan arbeta vidare utifrån i de respektive arbetsgrupperna. Det som presenteras här är en syntes av resultat från ett urval av studier, med en preliminär bedömning av evidensstyrkan i de vetenskapliga underlagen. Den process som använts här, med systematiska vetenskapliga översikter publicerade i etablerade internationella vetenskapliga tidskrifter, innebär i sig att alla inkluderade studier har en tillräcklig kvalitet avseende metodik.

Den systematiska litteratursökningen, som ligger till grund för denna rapport, utgår från vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2002 och 2014. Skälet till att vi valde 2002 som startår är att tiden dessförinnan täcks av SBU rapporten "Sjukskrivning, orsaker, konsekvenser och praxis" (publicerad 2003, rapportnummer 167). Inledningsvis genomfördes tre separata systematiska sökprocedurer; en för cancer, en för psykisk ohälsa och en för rörelseorganens sjukdomar. Därefter gjordes ett antal kompletterande sökningar (se biblioteksbilaga). Som underlag för delrapporten har ett första urval gjorts. Urvalet inkluderar totalt 12 artiklar för cancer, 13 artiklar för psykisk ohälsa och 28 artiklar för rörelseorganens sjukdomar. Samtliga sökningar har genomförts av mycket erfarna forskningsinformatiker med kvalitetssäkrad och etablerad metodik. All dokumentation för alla sökstrategier och alla urval finns sparad och tillgänglig.

### 2.1 Cancer

Typ av cancer och hur långtgående stadium av sjukdomen man haft var avgörande för graden av återgång i arbete. Att ha genomgått cytostatikabehandling, genomgripande kirurgi eller hormonterapi var förknippat med längre tidsfördröjning till arbetsåtergång liksom kvarvarande symptom efter sjukdom och behandling som trötthet ("fatigue"), kognitiva begränsningar och svårigheter med fysiskt tunga uppgifter. Också fysisk och psykisk

samsjuklighet var kopplad till längre sjukskrivningar. Manuella yrken och yrken med tunga arbetsuppgifter var förknippat med längre tid till återgång i arbete. Bristande stöd och bristande förståelse från arbetsgivare för de efterverkningar som sjukdom och behandling kan ge beskrevs också i ett par studier som ett hinder för arbetsåtergång. Kvinnligt kön, högre ålder och lägre utbildning var förknippat med längre sjukskrivningar och i en studie beskrevs beteenden och livsstilsfaktorer som sömnvanor, kostvanor, motion och rökning också påverka återgång i arbete.

I flera studier framhölls att flexibla arbetstider, alternativa arbetsarrangemang och möjlighet till ledighet för att delta i behandling underlättade både att stanna kvar i arbete under sjukdom och att återgå i arbete efter sjukdom för den som drabbats av cancer. Att uppleva stöd från arbetsgivare och kollegor och att själv ha ett stort engagemang i sitt arbete bidrog till snabbare arbetsåtergång. I en studie framhölls också att möjligheter att gå på behandlingar på kvällstid ledde till mindre sjukfrånvaro under tiden för pågående behandling

## 2.2 Psykisk ohälsa

Vissa diagnoser för psykisk ohälsa var förknippade med längre sjukskrivningar än andra. Längre sjukdomsduration, samsjuklighet, mer svårartade symptom, fler tidigare episoder och mindre klinisk förbättring var också kopplat till ökad arbetsförmåga och längre tid till återgång i arbete liksom hög psykosocial belastning, arbetsrelaterad stress och lågt beslutsutrymme. Arbetslösa hade lägre grad av återgång i arbete än de med anställning och att återgå i oförändrade arbetsuppgifter var förknippat med högre grad av återkommande sjukskrivning. Högre ålder och kortare utbildning rapporterades som en prognosfaktor för längre sjukskrivning i ett flertal studier medan resultaten för kön och sjukskrivning för psykisk ohälsa genomgående befanns vara motstridiga. Patientens egen uppfattning av sin sjukdom och egna förväntningar på återgång i arbete var kopplat till faktisk återgång i arbete, liksom olika mått på upplevd egenförmåga (self-efficacy). I en studie rapporterades också att högriskbeteenden som rökning, högt alkoholintag och drogberoende var kopplat till en högre risk för att inte återgå i arbete. Också tidigare sjukskrivning var förknippat med lägre grad av återgång i arbete.

Mindre trötthet ("fatigue") och mindre svåra depressionssymptom var förknippat med snabbare återgång i arbete och förändrade arbetsuppgifter och anpassningar av arbetet beskrevs i flera studier ha positiv effekt för återgång i arbete i samband sjukskrivning vid psykisk ohälsa. Stöd från arbetsledning och kollegor och regelbunden kommunikation mellan arbetsplatsen och arbetstagaren eller andra rehabiliteringsaktörer rapporterades också i ett par studier förkorta tiden till arbetsåtergång.

## 2.3 Sjukdomar och besvär i rörelseorganen

När det gäller studierna som berör rörelseorganens sjukdomar omfattade den största andelen olika typer av ländryggsbesvär, men även nackbesvär, ledgångsreumatism (Reumatoid artrit, RA), skulder- och handproblematik beskrivs. Funktionsnedsättning, som ofta var självskattad, hade en påverkan på arbetsförmåga och/eller RTW. Utbredd eller svår smärta var förenad med försenad RTW (Return to work) eller nedsatt arbetsförmåga. Faktorer kopplat till själva behandlingen och tidpunkten för dess insättande kunde också påverka arbetsförmåga och/eller RTW.

På arbetsplatsen kunde obekväma arbetsställningar, manuellt arbete samt anställningsförhållanden påverka möjligheten att arbeta. Att ha anpassningsmöjligheter och en längre anställning samt vara anställd på större företag var positivt för arbetsförmågan.

Vad gäller sociodemografiska faktorer så var kvinnligt kön, högre ålder och lägre utbildningsnivå associerat med nedsatt arbetsförmåga. Tidigare sjukskrivningshistorik samt personlighets- och beteendefaktorer som rädsla- och undvikande eller bristande copingstrategier var negativt för att vara i arbete.

### 3 Syfte med delprojektet

Syftet med denna delrapport är att tillhandahålla en preliminär sammanställning av faktorer som i den systematiska vetenskapliga översikten har identifierats vara associerade med sjukskrivning, nedsatt arbetsförmåga och/eller försenad återgång i arbete.

#### 3.1 Omfattning och avgränsningar

Avgränsningarna och systematiska litteratursökningar har gjorts med hjälp av ett PICO. I ett PICO sammanfattas följande frågeställningar:

<b>P</b> (patient)	Vilken patient-/ diagnosgrupp är det som berörs?
<b>I</b> (intervention)	Vilken är förändringen (eller interventioner) som ska belysas?
<b>C</b> (control)	Vilka kontroller skall man jämföra med?
<b>O</b> (outcome)	Vilka effektmått är man intresserad av?

I detta projekt har vi utgått från följande PICO:

<b>P</b>	People on sick leave/People with work incapacity/People reporting absenteeism
<b>I</b>	Any prevention/Any intervention
<b>C</b>	Any reference group
<b>O</b>	Sick leave/sickness compensation/ disability pension/ Absenteeism/Return to work

Aktuellt PICO formulerades i samråd mellan projektledare, informatiker från enheten för HTA, representanter från den vetenskapliga referensgruppen samt från den övergripande projektledningen. Det slutliga PICO:t fastställdes av den vetenskapliga referensgruppen.

I detta delprojekt har övergripande beteckningar som arbetsförmåga, återgång i arbete, längd på sjukskrivning använts som jämbördiga begrepp. Vad gäller studiepopulationen (P i PICO) så varierade det om dessa är sjukskrivna eller rapporterade nedsatt arbetsförmåga. I huvudsak har specifika interventionsstudier inte primärt inkluderats i litteraturgenomgången, då syftet inte har varit att identifiera specifika interventioner med effekt på sjukskrivning eller återgång i arbete (I i PICO). Följaktligen har inte heller någon kontrollgrupp funnits (C i PICO). Vad gäller utfallsmåttet (O i PICO) så varierade det. Som tidigare nämnts har studier som inte har fokus på utfall kopplat till arbete och/eller sjukfrånvaro exkluderats. I de inkluderade studierna finns ett flertal olika utfallsmått. Olika typer av *sick leave* finns beskrivna, såsom *prolonged sick leave*, *recurrence of sick leave*, *sick leave period* men också *disability pension*. *Return to work* är ett vanligt utfallsmått men *disability/work disability* förekommer också.

Svårigheter då det gäller såväl sammanställning som tolkning av utfallet av de systematiska vetenskapliga översikterna innefattar bland annat följande faktorer:

- I vissa fall saknas i de publicerade vetenskapliga översiktsartiklarna information på den detaljnivå som hade behövts för att göra en mer detaljerad bedömning. Tidspress har gjort att granskarna inte har haft möjlighet kontakta författarna för mera detaljer men detta kan vid behov genomföras i ett längre tidsperspektiv.
- Definitioner och beskrivningar av de olika begreppen följer inte en enhetlig taxonomi som framgår av beskrivningarna ovan och nedan. Vi har försökt att så tydligt det är möjligt beskriva och motivera våra val av sammanförning av olika data för olika prognosfaktorer.

De flesta vetenskapliga studier som innefattas i de systematiska översikterna och därmed i vår rapport kommer från Europa eller Nordamerika. Inom dessa geografiska områden och mellan olika länder råder helt olika försäkringssystem och system för sjukskrivning. I vissa länder och regioner (typexempel Nederländerna) har systemet, under den tid vi studerat, radikalt och helt förändrats, vilket försvårar tolkning och generaliserbarhet av resultaten. Vi har försökt att så tydligt det är möjligt beskriva och motivera våra tolkningar av olika data för olika prognosfaktorer från olika länder, tider och försäkringssystem.

De inkluderade studierna är från perioden från och med 2002 till och med 2014. En stor andel av de inkluderade studierna är systematiska vetenskapliga översikter och dessa omfattar i sig artiklar som spänner över olika tidsperioder.



Litteraturgenomgången har utgått från vetenskapliga artiklar från de aktuella litteraturlösnaserna. Så kallad "grå litteratur" i form av utredningar och officiella dokument som inte är av vetenskaplig karaktär sammanställs i en separat översikt. Resultatet från denna presenteras i en separat delrapport.

## 4 Teori och metod

Vi har utgått från den metod för utvärdering som SBU ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)) tillämpar och som grundas på systematisk granskning av vetenskaplig litteratur enligt HTA (Health Technology Assessment). Processen innehåller följande steg<sup>1</sup>:

1. Fråga
  - a. Formulera frågan på ett strukturerat sätt
  - b. Fastställ inklusions- och exklusionskriterier
2. Val av litteratur
  - a. Litteratursökning
  - b. Grovsällning av abstract
  - c. Beställning av artiklar i fulltext
  - d. Bedömning av vilka artiklar som uppfyller inklusions- och exklusionskriterierna
3. Granskning av studier
  - a. Relevansbedömning (använd granskningsmall)
  - b. Kvalitetsgranskning (använd granskningsmallar för respektive studie design)
  - c. Data extraktion till tabeller (använd tabellmall)
4. Evidensgranskning
  - a. Syntes av resultat från enskilda studier
  - b. Bedömning av styrkan på det vetenskapliga underlaget
  - c. Formulera evidensgraderade resultat

Denna delrapport omfattar inte i nuläget någon systematisk kvalitetsgranskning (punkt 3b) och vi har därför inte heller gjort någon slutlig bedömning av styrkan på det vetenskapliga underlaget (punkt 4b) eller formulerat några evidensgraderade resultat (punkt 4c). Det som presenteras här är en syntes av resultat från ett urval av studier, utan någon bedömning av styrkan eller nivån i de vetenskapliga bevisen för de respektive faktorerna. Urvalet av studierna har gjorts för att i ett första skede få fram relevanta resultat som man sedan kan arbeta vidare utifrån i de respektive arbetsgrupperna. Dock innebär utgångspunkten i systematiska vetenskapliga översikter publicerade i internationella väl ansedda vetenskapliga tidskrifter i sig en tillräcklig kvalitet på de inkluderade studierna.

### 4.1 Urvalsprocess

---

<sup>1</sup> SBU, "Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok"

Systematiska sökningar gjordes i PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL, PEDro samt ett antal HTA-databaser. Två bibliotekarier utförde litteratursökningarna och utifrån PICO:t gjordes ett första urval av artiklar i samråd mellan informatiker från enheten för HTA vid Lunds Universitet, projektledaren och representanter från den vetenskapliga expertgruppen.

Inledningsvis genomfördes tre separata sökprocedurer; en för studier av cancersjukdomar (Urval: Cancer), en för psykiska sjukdomar eller psykisk ohälsa (Urval: Mental disorders) och en för rörelseorganens sjukdomar (Urval: Musculoskeletal disorders, MSDs). Därefter gjordes ett antal kompletterande sökningar (se biblioteksbilagan).

Ett första urval av fulltext artiklar för vidare granskning gjordes sedan genom att två eller flera utsedda granskare inom varje område, oberoende av varandra, granskade abstraktlistor från databassökningarna och valde artiklar som bedömdes relevanta i relation till PICO. I en gemensam diskussion beslutade granskarna sedan vilka artiklar som skulle väljas. Samstämmighet rådde i princip.

I detta första skede har granskningen gjorts av de områdesspecifika sökningarna ("Urval: Cancer" och "Urval: Mental disorders" och "Urval: MSD" i biblioteksbilagan). Därefter gjordes också ett separat urval av för området strategiskt viktiga artiklar från några av de påföljande sökningarna (sökning "Systematic reviews" och "Prognosfaktorer" se biblioteksbilagan) och dessa adderades till det slutliga urvalet i den mån de bedömdes fortsatt relevanta efter fulltextgranskning.

I övrigt har processen följt de av SBU fastställda stegen ovan.

## 5 Resultat och slutsatser

### 5.1 Cancer

Totalt inkluderades tolv artiklar som berörde sjukskrivning och återgång i arbete efter cancersjukdom (för urvalsprocess se flödesschema). I det slutliga urvalet var det nio systematiska översikter/litteraturoversikter (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), en meta-etnografi (10) och två kohortstudier (11, 12) som togs med.

#### 5.1.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med eller efter cancersjukdom

##### Sjukdoms- eller behandlingsfaktorer

- *Diagnos.* Vilken typ av cancer som ligger till grund för sjukskrivningen var avgörande för längden på sjukskrivningen. Eftersom olika typer av cancer var inkluderade i olika

studier är det svårt att dra några generella slutsatser men vissa cancertyper lyftes fram som exempel på sådana med ökad risk för långa sjukskrivningar eller utträde från arbetsmarknaden hos dem som överlevt. (2, 5, 7, 9)

- *Sjukdomens svårighetsgrad och återinsjuknande.* Sjukdomens svårighetsgrad var av avgörande betydelse för återgång i arbete. Risken att inte komma tillbaka i arbete var större för dem som haft ett långtgående stadium av sjukdomen. (2, 7, 9)  
Återinsjuknande var också en bidragande orsak till utträde från arbetsmarknaden. (5, 6)
- *Behandling.* I flera studier fann man att vissa typer av behandling var associerade med nedsatt arbetsförmåga och längre tid till återgång i arbete. Cytostatikabehandling (2, 6, 9, 11), genomgripande kirurgi (2, 7, 9), hormonterapi (endocrine therapy) (7, 9) och adjuvant anti-hormone therapy (2,7, 9) medförde alla längre tid till återgång i arbete.
- *Symtom.* Förekomsten av vissa symptom var förknippad med lägre arbetsförmåga. Här nämns både symptom till följd av cancer och symptom till följd av olika typer av behandlingar. Symptom som rapporterades var fatigue, brist på energi, generell svaghet, illamående och kräkningar, andnöd, depressiva symptom, sömnstörningar, ökad mottaglighet för infektioner. Också kognitiva begränsningar som bristande koncentration, minnessvårigheter, arbetsminne, exekutiva funktioner, svårigheter att lära sig nya saker, långsammare kognitiva processer, nedsatt effektivitet och arbetstakt, problem med att utföra multipla sysslor med mera rapporterades försämra möjligheterna till återgång i arbete. Liksom svårigheter med fysiska uppgifter så som att lyfta tungt eller att böja sig. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10)
- *Samsjuklighet.* Att samtidigt ha annan fysisk eller psykisk samsjuklighet var också en prognosfaktor för ökad arbetsförmåga. (7)

### Arbetsrelaterade faktorer

- *Typ av yrke.* Manuella yrken och yrken med tunga arbetsuppgifter såsom tunga lyft var förknippade med nedsatt arbetsförmåga och försämrade möjligheter för återgång i arbete. (2, 5,7, 8)
- *Stöd.* Att ha litet eller bristande stöd från arbetsgivaren eller från kollegor försvårade arbetsåtergång. (2, 4, 5, 7, 9) Arbetsgivarens förståelse för cancersjukdomen och de efterverkningar som sjukdom och behandling kan ge inverkar också på möjligheterna att återgå i arbete. (3, 4, 10)

### Sociodemografiska faktorer

- *Kön.* Kvinnligt kön var förknippat med längre sjukskrivningar eller lägre grad av

återgång i arbete. (6, 7, 8, 9)

- *Ålder*. Högre ålder rapporteras i ett flertal studier vara associerat med kvarvarande funktionsnedsättning och längre tid till återgång i arbete. (7, 8, 9) Högre ålder var också förknippat med större sannolikhet för att bli förtidspensionerad efter att ha genomgått en period av cancersjukdom och behandling. (5)
- *Civilstånd*. I en studie framhölls att sannolikheten att inte återgå till arbete var större för dem som var gifta. (2)
- *Utbildning*. Lägre utbildning var en prognosfaktor för längre sjukskrivning och lägre grad av arbetsåtergång. (2, 7, 8)
- *Inkomst*. Att ha haft lägre inkomst innan man blev sjuk var en prognosfaktor för att inte återgå i arbete efter sjukdom. (5)

## Övrigt

- *Personlighets- och beteendefaktorer*. Vissa faktorer kopplat till person och beteende togs också upp. Beteenden och livsstilsfaktorer som sömnvanor, diet, motion och rökning påverkade återgång i arbete. (4) Rädsla för återgång i arbete hindrade också faktisk återgång i arbete. (3, 10)

### 5.1.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete i samband med eller efter cancersjukdom

#### Sjukdoms- och behandlingsfaktorer

- *Typ av cancer*. Vissa cancertyper var förknippade med kortare sjukskrivningar och högre grad av återgång i arbete. De som nämndes var testikelcancer, urogenital cancer, hudcancer och Hodgkins sjukdom. (2, 7, 9)
- *Behandling*. Personer som inte hade genomgått någon kirurgisk behandling hade kortare tid till återgång i arbete. (7, 9) I en studie framhölls också att möjligheter att gå på behandlingar på kvällstid ledde till mindre sjukfrånvaro under tiden för pågående behandling. (2)
- *Symptom*. Mindre fysiska symptom (ej preciserat) framhölls i två studier som kopplat till tidigare återgång i arbete. (7, 9)

#### Arbetsrelaterade faktorer

- *Anpassning av arbete*. I flera studier framhölls att flexibla arbetstider, alternativa arbetsarrangemang och möjlighet till ledighet för att delta i behandling underlättade

både att stanna kvar i arbete och att senare återgå i arbete för den som drabbats av cancer. (2, 3, 4, 6, 7, 9)

- *Stöd.* Stöd från arbetsgivare och kollegor och ett bra social klimat på arbetet bidrog till snabbare arbetsåtergång. (2, 3, 6)
- *Engagemang i arbetet.* I ett par studier framhölls också att den sjukskrivnes eget engagemang i sitt arbete var en viktig faktor som påverkade arbetsåtergången. (2,6)
- *Rehabilitering på arbetsplatsen.* Rehabiliteringsinsatser kopplade till arbetsplatsen underlättade återgång i arbete. (2,7)
- *Typ av yrke.* I en studie framhölls att egna företagare var mer benägna att återgå i arbete. (8)

### Sociodemografiska faktorer

- *Kön.* Manligt kön var förknippat med högre grad av återgång i arbete. (7, 9)
- *Ålder.* Yngre ålder var förknippat med högre grad av återgång i arbete. (7, 9)
- *Utbildning.* Högre utbildning var förknippat med högre grad av återgång i arbete. (2, 7, 9)
- *Civilstånd.* I en studie fann man att kvinnor som var skilda eller ensamstående hade en högre anställningsgrad efter cancersjukdom. (2)

### Övrigt

- *Rädsla för att förlora arbetet.* I en studie framhölls att rädsla för att förlora sin anställning och ekonomiska svårigheter med att stanna hemma från arbetet i vissa grupper bidrog till mindre sjukskrivning och snabbare återgång i arbete. Här nämndes att detta också kunde leda till att man till exempel missade behandlingstillfällen. (10)
- *Stöd.* Moraliskt stöd från familj och vänner underlättade återgång i arbete. (2)

## 5.2 Psykisk ohälsa

Totalt inkluderades 13 artiklar som berörde sjukskrivning och arbetsåtergång vid psykisk ohälsa. För urvalsprocess, se flödesschema i biblioteksbilagan). Av de slutligt inkluderade artiklarna var sju systematiska översikter/ litteraturoversikter (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), fyra kohortstudier (20, 21, 22, 23) och två tvärsnittsstudier (24, 25).

### 5.2.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med psykisk ohälsa Sjukdoms- eller behandlingsfaktorer

- *Diagnos.* De flesta studierna fokuserade på så kallad lättare psykisk ohälsa som depression, ångest, utmattningsdepression (eller utbrändhet) och anpassningsstörningar. Studier av allvarigare psykiatriska sjukdomar, som till

exempel schizofreni, psykoser eller bipolära sjukdomar var mindre vanligt. Även inom gruppen med diagnoser för så kallad lättare psykisk ohälsa var det dock skillnad i längd på sjukskrivningarna. Vanligast var att utbrändhet och svåra depressioner var förknippat med längre sjukskrivningar. (14, 16, 18, 21, 24)

- *Symtom och deras svårighetsgrad.* Svårighetsgrad och typ av symptom var också avgörande för arbetsförmåga och återgång i arbete. Längre sjukdomsduration, samsjuklighet, mer svårartade symptom, fler tidigare episoder och mindre klinisk förbättring var förknippat med ökad arbetsförmåga och längre tid till återgång i arbete. (13, 14, 16, 18, 24)

### Arbetsrelaterade faktorer

- *Arbetstyngd/ stress i arbetet.* Hög psykosocial belastning och arbetsrelaterad stress var förknippat med nedsatt arbetsförmåga och försämrade möjligheter för återgång i arbete. (14, 21)
- *Beslutsutrymme.* Lågt beslutsutrymme och lägre nivå på arbetet var kopplat till högre förekomst av sjukskrivning. (14, 16)
- *Negativa arbetslivserfarenheter.* Upplevd orättvisa på arbetet och upplevelser av hot och våld var kopplat till högre förekomst av sjukskrivning på grund av psykosocial ohälsa. (16)
- *Anställningsförhållanden.* Arbetslösa hade lägre grad av återgång i arbete än de med anställning efter långtidssjukskrivning på grund av stressrelaterad ohälsa. (15)
- *Övrigt.* Även andra faktorer kopplade till arbete förekom som till exempel att återgå i oförändrade arbetsuppgifter (13) och tidigare låg arbetsförmåga på arbetet (18).

### Sociodemografiska faktorer

- *Kön.* I flera studier beskrevs motstridiga resultat för kopplingen mellan kön och sjukskrivning för psykisk ohälsa. Genomgående rapporterades motstridiga resultat för kön eller ingen association för kön som prognosfaktor för långvarig funktionsnedsättning på grund av psykisk ohälsa. (14, 15, 17, 18, 21)
- *Ålder.* Högre ålder rapporteras i ett flertal studier som en prognosfaktor för längre sjukskrivning. (14, 15, 17, 18)
- *Civilstånd.* Att vara ensamstående befanns i ett par studier var förknippat med längre sjukskrivning. (14, 15, 16)
- *Utbildning.* Utbildning var kopplat till längden på sjukskrivning, i de flesta fall var kortare utbildning en prognosfaktor för längre sjukskrivning. (14, 15, 18)

### Övrigt

- *Personlighets- och beteendefaktorer.* Patientens egen uppfattning av sin sjukdom och egna förväntningar på återgång i arbete var kopplat till faktisk återgång i arbete, liksom olika mått på upplevd egenförmåga (self-efficacy). (13, 14, 18, 25) I en studie rapporterades också högriskbeteenden som rökning, högt alkoholintag och drogberoende vara kopplat högre risk för att inte återgå i arbete (14).
- *Sjukskrivningshistoria.* Tidigare sjukskrivning och redan långvarig sjukskrivning var förknippat med lägre grad av återgång i arbete. (14, 15, 18)

### 5.2.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete i samband med psykisk ohälsa

#### Sjukdoms- och behandlingsfaktorer

- *Symtomens svårighetsgrad.* Mindre fatigue och mindre svåra depressionssymptom var förknippat med snabbare återgång i arbete. (25)

#### Arbetsrelaterade faktorer

- *Förändringar på arbetsplatsen.* Förändrade arbetsuppgifter och anpassningar av arbetet hade positiv effekt för återgång i arbete. (13, 20, )
- *Stöd.* I kvalitativa studier beskrevs stöd från arbetsledning och kollegor bidra till snabbare arbetsåtergång. (13)
- *Kontakt med arbetsplatsen.* Regelbunden kommunikation mellan ledningen på arbetsplatsen och arbetstagaren innebar tidigare återgång i arbete. (15) Också kontakt mellan chefen på arbetsplatsen och andra rehabiliteringsaktörer förkortade tiden till återgång i arbete. (18)

### 5.3 Rörelseorganens sjukdomar

Totalt inkluderas 28 artiklar baserat på tre olika sökningar. En stor andel (18 stycken) av de granskade artiklarna var systematiska reviewer eller reviewer (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43). Fem artiklar var prospektiva kohortstudier (44, 45, 46, 47, 48). Det förekom också RCT eller sekundäranalyser av RCT (49, 50, 51, 52) samt en metaanalys (53).

#### 5.3.1 Faktorer associerade med lägre arbetsförmåga, sjukskrivning och/eller senare återgång i arbete i samband med besvär från rörelseorganen

## Sjukdoms- eller behandlingsfaktorer

- *Funktionsnedsättning.* Generellt var funktionsnedsättningar, såväl antalet och graden av dessa, kopplat till en lägre arbetsförmåga eller försenad återgång i arbete. De flesta studierna omfattade patienter med olika typer av ländryggsbesvär, men också hos patienter med handskador predikterade stor funktionsnedsättning en längre tid till arbetsåtergång. Patienter med nackbesvär riskerade också längre sjukskrivning vid funktionsnedsättning. För patienter med RA predikterade självskattad funktionsnedsättning i formuläret *HAQ* och *Patient global severity score*, en nedsatt arbetsförmåga. (27, 29, 36, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 50, 48)
- *Graden av symtom.* Symtom såsom smärta och dess svårighetsgrad var associerat med nedsatt arbetsförmåga eller långvariga besvär. För patienter med ländryggsbesvär var symtomens intensitet, utbredning, smärta som inte avtog, stark smärta vid debut av besvär eller förekomst av utstrålade smärta förknippat med en nedsatt arbetsförmåga eller att besvären blev långvariga. Vid lumbal kirurgi var besvärens duration, graden av preoperativ smärta samt förekomst av depression prognosfaktorer för nedsatt arbetsförmåga. Även för patienter med nackbesvär ökade risken för långtidssjukskrivning vid utstrålade smärta och låg självskattad hälsa. Att ha specifika besvär var förknippat med längre sjukskrivning både för patienter med nack- eller ländryggsbesvär. Patienter som hade skulderbesvär när de sökte läkare riskerade sjukskrivning. Smärta, trötthet, antal leder som är påverkade, graden av sjukdomsaktivitet mätt med olika självskattningsformulär kunde prediktera nedsatt arbetsförmåga hos patienter med RA. (26, 27, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47)
- *Behandlingssituationen.* Läkaren och dennes situation har en påverkan på huruvida en patient sjukskrivs eller ej. Stressade läkare eller läkare som själva hade hög grad av rädsla-undvikande, sjukskrev i högre grad för ländryggsbesvär. Tid till återbesök var indirekt associerat med längre sjukskrivning. Om läkaren upptäckte kliniska fynd som till exempel ischias, remitterade till röntgen eller bedömde smärtan som svårare, ökade risken för längre sjukskrivning. Själva vårdprocessens kvalitet var associerat med lägre arbetsförmåga hos patienter med ländryggsbesvär. För patienter med RA, kunde användandet av vissa preparat prediktera nedsatt arbetsförmåga. (26, 33,36, 40)

## Arbetsrelaterade faktorer



- *Arbetsställningar och arbetsförhållanden.* Arbetsställningar med böjd eller vriden rygg samt tunga lyft och höga fysiska krav på arbetet ökade risken för fortsatt sjukskrivning för patienter med nack- eller ländryggsbesvär. För patienter med MSD påverkades arbetsförmågan negativt om man hade ett manuellt arbete eller behövde stå på knä ofta i sitt arbete. Generellt löper personer med arbetaryrken (fysiskt tunga arbeten) en högre risk att bli sjukskrivna jämfört med tjänstemän. Personer med arbetaryrken med nackbesvär hade en sex gånger ökad risk att vara sjukskriven mer än tre dagar. Även inom arbetargruppen löper metallarbetare en ökad risk jämfört med svetsare. För patienter med RA var höga fysiska arbetskrav, manuellt arbete, precisionsarbete, icke stillasittande arbete samt även heltidsarbete prognosfaktorer för nedsatt arbetsförmåga. (26, 27, 35, 37, 39, 40, 41, 51)
- *Inflytande över den egna arbetssituationen.* För patienter med MSD eller med nack-/ryggsmärta hade lågt beslutsutrymme en negativ inverkan på chansen att återgå i arbete. Låg kontroll på arbetet ökade risken att inte vara i arbete. (36, 41) När det gäller stöd på arbetsplatsen är det svårt att identifiera några faktorer som var associerade med nedsatt arbetsförmåga. (34, 36)
- *Anställningsförhållanden.* Flera studier har belyst att anställningsförhållanden och kortare anställningstid var ofördelaktigt för RTW. Personer med arbetaryrken hade en kraftigt ökad risk att vara sjukskrivna på grund av nackbesvär. (51, 33)

### Sociodemografiska faktorer

- *Kön.* Kvinnlig kön var associerat med ökad risk för försenad RTW och nedsatt arbetsförmåga. (26, 36, 39, 40)
- *Ålder.* Högre ålder är en prognosfaktor för senare RTW och nedsatt arbetsförmåga. Vi behöver dock studera mer ingående vad som menas med "högre ålder", då det inte alltid är preciserat. (26, 36, 37, 39, 40, 41, 50)
- *Hemmaboende barn.* Att ha barn som bor hemma påverkade negativt att arbeta för patienter med ländryggsbesvär. (36)
- *Utbildning.* Lägre utbildningsnivå ökade risken för nedsatt arbetsförmåga för patienter med RA. (37, 40, 50) Vi behöver dock studera närmare vad som avses med lägre utbildningsnivå.
- *Sjukskrivning.* Tidigare sjukskrivning, sjukskrivningens längd och pågående försäkringsärenden var negativt associerat med senare RTW eller nedsatt arbetsförmåga. (35, 36, 39, 41)
- *Social isolering.* Att inte fungera socialt eller att isolera sig socialt var associerat med senare RTW/längre sjukskrivning hos patienter med ländryggsbesvär. (26)

## Övriga faktorer

- *Personlighets- och beteendefaktorer.* Inom ramen för personlighets- och beteendefaktorer nämns bland annat en högre kroppsvikt som negativt associerat med nedsatt arbetsförmåga. Olika typer av rädsla och undvikande och om man tillskriver besvärens uppkomst på arbetet eller har ett externt locus of control, framstår som viktiga prognosfaktorer. (26, 27, 31, 32, 33, 39, 42, 44, 45, 46)

### 5.3.2 Faktorer associerade med högre arbetsförmåga och tidigare återgång i arbete

#### Sjukdoms- och behandlingsfaktorer

- *Funktion.* En god funktion var förknippat med tidigare RTW eller att vara i arbete. I en studie framhålls förbättring av funktion som viktigare än förbättring av smärta. (29, 36, 46, 52)
- *Symtomens svårighetsgrad.* Att ha mindre smärta och mindre utbredd smärta var associerat med att arbeta eller återgå i arbete. (30, 36, 38)
- *Behandling.* Att behandlas kortare tid och i öppenvård kunde förkorta tiden för RTW hos patienter med handskada. Även tidig remittering till klinik för arbetsskador kunde förkorta tiden för RTW vid ländryggsbesvär. Patienter med lågt inflytande på arbetet hade nytta av multimodal rehabilitering för att påskynda RTW. (36, 42, 49)

#### Arbetsrelaterade faktorer

- *Fysisk belastning.* Att ha lägre fysisk arbetsbelastning var associerat med tidigare RTW. Att uppleva stöd, sammanhang och självbestämmande på arbetsplatsen var också positivt för att vara kvar i arbete. (30, 38)
- *Anpassningsmöjligheter.* I tre studier fann vi stöd för att anpassningar och förändringsmöjligheter på arbetsplatsen var associerat med bättre arbetsförmåga eller snabbare RTW. (27, 36, 38)
- *Anställningsförhållanden.* Längre anställning och större arbetsplats var fördelaktigt för RTW. (36, 41)

#### Sociodemografiska förhållanden

- *Ålder.* Lägre ålder ökade möjligheten för tidigare återgång i arbete för patienter med kroniska ländryggsbesvär. (30)
- *Utbildning.* Utbildning som översteg tolv år ökade möjligheten att vara i arbete vid skulderbesvär. (52)
- Högre inkomst ökar chansen för RTW efter handskada. (42)

- *Personlighets- och beteendefaktorer.* Att ha positiva förväntningar på förbättring och copingstrategier var associerat med att vara kvar i arbete eller RTW. (28, 38)

### Övriga faktorer

- *Personlighets- och beteendefaktorer.* Att ha positiva förväntningar på förbättring och copingstrategier var associerat med att vara kvar i arbete eller RTW. (28, 38)

## 6 Diskussion

I denna litteraturgenomgång har vi fokuserat på cancer, psykisk ohälsa och besvär från rörelseorganen. Varje område är presenterat var för sig. När det gäller cancersjukdomar spänner studierna över ett brett spektrum, och olika typer av cancer var inkluderade i olika studier. De inkluderade artiklarna som omfattar den psykiska ohälsan har dominerats av så kallad lättare psykisk ohälsa som depression, ångest, utmattningsdepression (eller utbrändhet) och anpassningsstörningar. Vad gäller studierna om rörelseorganens sjukdomar, har de dominerats av ländryggsbesvär. Att arbeta utifrån ett PICO är ett sätt att hålla struktur och fokus på litteraturgenomgången. PICO och den arbetsmetodik som vi följt är egentligen utformat för granskning av interventionsstudier. I denna litteraturgenomgång dominerar systematiska reviewer.

Olika studiedesigner är mer eller mindre lämpliga för att besvara en fråga. Frågor om behandling besvaras bäst genom randomiserade kontrollerade studier. I denna översikt har syftet dock varit att belysa olika typer av prognosfaktorer som påverkar längden på sjukskrivningar och möjligheterna att återgå i arbete. Frågor om prognosfaktorer besvaras bäst med kontrollerade prospektiva observationsstudier (till exempel kohortstudier).<sup>2</sup>

För att inom en begränsad tidsperiod få en så heltäckande kunskapsammanställning som möjligt valde vi att inledningsvis fokusera främst på vetenskapliga systematiska översikter och litteraturöversikter. Därefter tillkom ett antal andra, för respektive område, relevanta artiklar. Interventionsstudier har inkluderats i granskningen om det inte primärt har gällt uppföljning av en behandlingsmetod, utan då detta varit underordnat och prognosfaktorer har identifierats. Att kunskapsammanställningen till huvuddelen baserats på vetenskapliga systematiska översikter har dock medfört vissa svårigheter.

Studiepopulationerna (P i PICO) är olika till sin karaktär och det har inte alltid gått att klarlägga om gruppen är sjukskriven eller ej. Även inom samma review kan det förekomma skillnader vad gäller studiepopulation i de inkluderade studierna.

---

<sup>2</sup> SBU, "Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården- En handbok"

De skiftande utfallsmåtten (O i PICO) mellan studierna har också gjort det svårt att göra jämförelser. Olika typer av mått på *sick leave*, *work disability* och *return to work (RTW)* används. Då en stor andel av studierna varit systematiska reviewer så har utfallsmåtten även inom studierna varierat. Här är det också angeläget att tydligare definiera vad som avses med till exempel långsammare RTW eller nedsatt arbetsförmåga. Detta behöver hanteras på ett mer strukturerat sätt när vi går vidare.

I de systematiska reviewerna saknas ofta sammanfattningar, så man riskerar att hamna i en beskrivning av varje enskild inkluderad artikels resultat. Vi kan också fundera över tidsperioden för de inkluderade studierna även inom studierna själva (reviewer). En del artiklar som är inkluderade i reviewerna är så långt tillbaka som från 1991. Studiernas kontext är också viktig att beakta, då det är olika förhållanden i olika länder vad gäller lagstiftning, rättigheter, skyldigheter och ekonomiska förmåner vid arbetsförmåga. För att detta ska kunna utvecklas till en fullvärdig systematisk litteraturgenomgång krävs ytterligare omfattande arbete.

1. Som nämnts i inledningen har vi i detta skede utgått från de tre områdesspecifika sökningarna, det som i biblioteksbilagan beskrivs under "1. Litteratursökningar inom sjukdomsområden". Dessa sökningar avgränsades till studier inom sjukdomsområdena cancer, psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar.

Nästa steg är att göra en systematisk genomgång av de påföljande sökningarna. Häri ingår de sökningar som i biblioteksbilagan beskrivs under "2. Litteratursökningar inom prognosfaktorer" men även ytterligare kompletterande sökningar har gjorts. Samtliga sökningar behöver systematiskt gås igenom. För att säkerställa täckning så skulle vi även behöva granska referenslistorna ingående. Detta har inte gjorts i detta läge.

2. Studierna som inkluderats i denna delrapport har granskats med avseende på relevans. Studier som i detta steg inte bedömts vara relevanta har exkluderats. Exkluderingen har skett i samråd mellan granskarna och orsak har dokumenterats. I denna sammanställning har ingen kvalitetsgranskning av artiklarna gjorts.

I nästa steg behöver därför en systematisk kvalitetsgranskning av samtliga inkluderade artiklar göras. Kvalitetsgranskningen görs med för ändamålet avsedda granskningsmallar och i samråd mellan granskarna (se punkt 3.b i metodelen).

3. Som beskrivits i inledningen så är det som presenteras här en syntes av resultat från ett urval av studier, utan någon bedömning av styrkan eller nivån i de vetenskapliga bevisen för de respektive faktorerna.

I nästa steg, efter kvalitetsgranskning av artiklarna, kan en bedömning av styrkan i det vetenskapliga underlaget göras. Först därefter är det möjligt att formulera evidensgraderade resultat (se punkt 4.b och 4.c i metod-delen).

Avslutningsvis är det viktigt att ha fokus på hur detta i förlängningen ska hjälpa Försäkringskassan, kliniskt verksamma inom hälso- och sjukvården, företagshälsovården och övriga insatser som handlägger sjukskrivningsfrågor och bedömer behov av sjukskrivning för personer som har nedsatt arbetsförmåga. Vi kan behöva titta på redan befintliga screeningformulär som finns tillgängliga och studera hur de använts i praktiken och med vilket utfall till exempel vad avser prediktiv validitet.

## Referenser

### Cancer

1.

de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occupational medicine* 2009;59(6):378-380.

2.

Chow SL, Ting AS, Su TT. Development of conceptual framework to understand factors associated with return to work among cancer survivors: A systematic review. *Iranian journal of public health* 2014;43(4):391-405.

3.

Duijts SFA, Egmond MP, Spelten E, van Muijen P. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psycho-oncology* 2014;23(5):481-492.

4.

Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, Yu X. Work in cancer survivors: A model for practice and research. *Journal of cancer survivorship* 2010;4(4):415-437.

5.

Gudbergsson SB, Dahl AA. Aspects of the work situation of cancer survivors. *Minerva psichiatria* 2008;49(1):45-60.

6.

Munir F, Yarker J, McDermott H. Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational medicine* 2009;59(6):381-389.

7.

Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology* 2011;77(2):109-130.

8.

van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, van der Beek AJ. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer care* 2013;22(2):144-160.

9.

Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. Reintegrating cancer patients into the workplace. *Deutsches Ärzteblatt international [electronic resource]* 2012;109(42):702-708.

10.

Banning, M. Employment and breast cancer: a meta-ethnography. *European journal of cancer care* 2011;20(6):708-719.

11.

Johnsson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist LE. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta oncologica* 2007;46(1):90-96.

12.

Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occupational and environmental medicine* 2003;60(5):352-357.

### **Psykisk ohälsa**

13.

Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2012;38(2):93-104.

14.

Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of occupational rehabilitation* 2008;18(1):27-34.

15.

Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation* 2011;21(2):259-274.

16.

Duijts SF, Kant I, Swaen GM, van den Brandt PA, Zeegers MP. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of clinical epidemiology* 2007;60(11):1105-1115.

17.

Hensing G, Wahlström R. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 7. Sickness absence and psychiatric disorders. *Scandinavian journal of public health supplement* 2004;63:152-180.

18.

Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with

work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation* 2010;20(3):275-292.

19.

Slebus FG, Kuijer PP, Willems JH, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Prognostic factors for work ability in sicklisted employees with chronic diseases. *Occupational and environmental medicine* 2007;64(12):814-819.

20.

Bryngelson A, Mittendorfer-Rutz E, Jensen I, Lundberg U, Åsberg M, Nygren Å. Self-reported treatment, workplace-oriented rehabilitation, change of occupation and subsequent sickness absence and disability pension among employees long-term sick-listed for psychiatric disorders: A prospective cohort study. *BMJ Open* [online] 2012;2(6):e001704.

21.

Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bültmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *European journal of public health* 2012;22(3):440-445.

22.

Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk FJ, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation* 2013;23(2):290-299.

23.

Roelen CA, Hoedeman R, van Rhenen W, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bültmann U. Mental health symptoms as prognostic risk markers of all-cause and psychiatric sickness absence in office workers. *European journal of public health* 2014;24(1):101-105.

24.

Bouwman CA, Vemer P, van Straten A, Tan SS, Hakkaart-van Roijen L. Health-related quality of life and productivity losses in patients with depression and anxiety disorders. *Journal of occupational and environmental medicine* 2014;56(4):420-424.

25.

Løvvik C, Øverland S, Hysing M, Broadbent E, Reme SE. Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of occupational rehabilitation* 2014;24(1):160-170.

### **Rörelseorganens sjukdomar**

26.

Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick



leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occupational and environmental medicine* 2005;62(12):851–860.

27.

Kuijjer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation* 2006;16(3):439–467.

28.

Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occupational and environmental medicine* 2008;65(8):507–517.

29.

Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: Systematic review of its prognosis. *British medical journal* 2003;327(7410):323-325.

30.

Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. *Physical therapy* 2012;92(9):1093-1108.

31.

Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine journal* 2014;14(11):2658-2678.

32.

Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MH. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *Journal of physiotherapy* 2012;58(3):165-172.

33.

Werner EL, Côté P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review. *Clinical journal of pain* 2012;28(4):364-371.

34.

Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, Dunn KM. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *International archives of occupational and environmental health* 2013;86(2):119-137.

35.

Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Côté P, van der Velde G, Holm LW, Carragee EJ, Hurwitz EL,

Peloso PM, Cassidy JD, Guzman J, Nordin M, Haldeman S. Course and prognostic factors for neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 2009;32(2 Suppl):S108-S116.

36.

Crook J, Milner R, Schultz IZ, Stringer B. Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation* 2002;12(4):277–295.

37.

de Croon EM, Sluiter J, Nijssen T, Dijkmans B, Lankhorst G, Frings-Dresen M. Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Annals of the rheumatic diseases* 2004;63(11):1362–1367.

38.

de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JHB, Brouwer S. Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review. *Disability and rehabilitation* 2012;34(6):443–458.

39.

den Boer JJ, Oostendorp RAB, Beems T, Munneke M, Oerlemans M, Evers AWM. A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European spine journal* 2006;15(5):527–536.

40.

Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JWJ, van Dijk FJH. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2009;35(4):261–281.

41.

Hansson T, Jensen I. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders. *Scandinavian journal of public health supplement* 2004;63:109–151.

42.

Shi Q, Sinden K, MacDermid JC, Walton D, Grewal R. A systematic review of prognostic factors for return to work following work-related traumatic hand injury. *Journal of hand therapy* 2014;27(1):55-62; quiz 62.

43.

van Rijn RM, Robroek SJW, Brouwer S, Burdorf A. Influence of poor health on exit from paid

employment: a systematic review. *Occupational and environmental medicine* 2014;71(4):295–301.

44.

Jensen OK, Stengaard-Pedersen K, Jensen C, Nielsen CV. Prediction model for unsuccessful return to work after hospital-based intervention in low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders* [electronic resource] 2013;14:140.

45.

Heymans MW, van Buuren S, Knol DL, Anema JR, van Mechelen W, de Vet HCW. The prognosis of chronic low back pain is determined by changes in pain and disability in the initial period. *Spine journal* 2010;10(10):847–856.

46.

Jensen OK, Nielsen CV, Stengaard-Pedersen K. One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability. *Spine journal* 2010;10(8):659-675.

47.

Kuijpers T, Vergouwe Y, van der Heijden GJ, Bot SD, Twisk JW, van der Windt DA, Bouter LM. Generalizability of a prediction rule for sick leave due to shoulder pain. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2007;33(6):440–446.

48.

Storheim K, Brox JI, Holm I, Bø K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. *Journal of rehabilitation medicine* 2005;37(6):365-371.

49.

Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC musculoskeletal disorders* [electronic resource] 2011;12:112.

50.

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Hakala M, Korpela M, Ilva K, Yli-Kerttula U, Piirainen H, Leirisalo-Repo M; FIN-RACo Trial Troup. Predictors of productivity loss in early rheumatoid arthritis: a 5 year follow up study. *Annals of the rheumatic diseases* 2005;64(1):130-133.

51.

Abásolo L, Carmona L, Lajas C, Candelas G, Blanco M, Loza E, Hernández-García C, Jover JA. Prognostic factors in short-term disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis and rheumatism* 2008;59(4):489-496.

52.

Engebretsen K, Grotle M, Bautz-Holter E, Ekeberg OM, Brox JI. Predictors of shoulder pain and disability index (SPADI) and work status after 1 year in patients with subacromial shoulder pain. BMC musculoskeletal disorders [electronic resource] 2010;11:218.

53.

de Moraes VY, Godin K, Dos Santos JB, Faloppa F, Bhandari M, Belloti JC. Influence of compensation status on time off work after carpal tunnel release and rotator cuff surgery: a meta-analysis. Patient safety in surgery [electronic resource] 2013;7(1):1.