

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar och skador i rörelseorganen

Kunskapsunderlag med metodbeskrivning

Uppdatering 2023

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Innehåll

Kunskapsunderlag	5
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer	5
Försäkringsmedicinsk information.....	5
Symtom, prognos och behandling	5
Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.....	6
Information om rehabilitering	6
Statistikunderlag.....	7
Statistik från Försäkringskassan	7
Metodbeskrivning	8
Arbetsgrupper	8
Arbetsprocessen	8
Om vetenskapliga underlag i FMB.....	9
Projektorganisation.....	10
Projektledning	10
Rekommendationsgrupp.....	10
Bilaga 1. Systematisk kartläggning av vetenskapligt underlag	12
Bilaga 2. Tabeller över inkluderade studier	22
Bilaga 3. Dokumentation av informationsökning.....	147
Bilaga 4. Redovisning av exkluderade publikationer	164

Kunskapsunderlag

Nedan redovisas kunskapsunderlaget för respektive avsnitt i de försäkringsmedicinska beslutstöden för sjukdomar och skador i rörelseorganen. De beslutsstöd som har uppdaterats inom området är:

- Lumbago
- Lumbago-ischias
- Cervikal rizopati
- Vissa skulder- och axelledsbesvär
- Epikondylalgi
- Karpaltunnelsyndrom
- Vissa hand- och handledsbesvär
- Vissa fotbesvär
- Akillestendinopati
- Akillesruptur, gastrocnemiuskada
- Reaktiv artrit
- Systemisk lupus erythematosus (SLE)
- Gikt
- Vissa knäledsskador och knäledsbesvär
- Distal radiusfraktur

Den systematisk kartläggningen av vetenskaplig kunskap i bilaga 1 innehåller ett antal fler diagnoser än vad uppdateringen omfattar.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Kunskapsunderlaget till avsnittet *Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer* utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap genom de sakkunniga som deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har eftersökt vetenskapligt underlag för effekt av sjukskrivning på återgång i arbete men inte hittat några studier som vi ansett vara användbara (se vidare under *Metodbeskrivning och bilaga 1–4*).

Försäkringsmedicinsk information

Kunskapsunderlaget till avsnittet *försäkringsmedicinsk information* utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap genom de sakkunniga som deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har inte eftersökt vetenskapligt underlag för denna del.

Symtom, prognos och behandling

Kunskapsunderlaget till avsnittet *Symtom, prognos och behandling* utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap genom de sakkunniga som deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har inte eftersökt vetenskapligt underlag för denna del.

Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Informationen i avsnitten *Funktionsnedsättning* och *Aktivitetsbegränsning* utgår från *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (ICF). För att underlätta användningen av ICF har WHO sammanställt s.k. ”Core Sets”, som listar vanliga funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för ett antal medicinska diagnoser. Varje core set bygger på resultat bl.a. från en litteraturgenomgång (systematisk översikt) och multidisciplinär expertmedverkan.¹

Om det finns ett core set för det beslutsstöd som tas fram eller uppdateras så används detta. Om core set saknas för det aktuella hälsotillståndet görs vanligen en litteratursökning efter vetenskapliga publikationer som undersökt vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som förekommer bland individer med den aktuella diagnosen. Vid denna uppdatering utgörs kunskapsunderlaget dels av vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap inhämtad via core sets för de olika diagnoserna inom området rörelseorganen, och dels av erfarenhetsbaserad kunskap inhämtad från medverkande sakkunniga. För en beskrivning av arbetsprocessen och gradering av centrala och kompletterande ICF-kategorier, se kapitlet *Metodbeskrivning*. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar vid sjukdomar och skador i rörelseorganen med tillhörande ICF-kategorier ges i bilaga 2.

Information om rehabilitering

Kunskapsunderlaget till avsnittet *Information om rehabilitering* utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap genom de sakkunniga som deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har inte eftersökt vetenskapligt underlag för denna del.

¹ Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015 Feb;51(1):105-17. Epub 2014 Apr 1. PMID: 24686893.

Statistikunderlag

Statistik från Försäkringskassan

Socialstyrelsen begär in statistik från Försäkringskassan vid uppdateringar av diagnoser i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Syftet med statistiken är framförallt att ge en bakgrundsbild till hur sjukskrivningsmönstret ser ut vid en viss diagnos. Statistiken kan även ge sakkunniga viss vägledning vid bedömning om rimliga sjukskrivningstider i olika situationer.

Vid uppdateringen av sjukdomar och skador i rörelseorganen bedömdes den inhämtade statistiken inte tillföra något av värde på grund av att de flesta beslutsstöd antingen omfattar flera diagnoser eller diagnoser på en mer detaljerad nivå än vad statistiken visar. Därför redovisas inte statistiken här.

Metodbeskrivning

Här redovisar Socialstyrelsen hur vi har arbetat med att uppdatera det försäkringsmedicinska beslutstödet för sjukdomar och skador i rörelseorganen.

Arbetsgrupper

Projektledningen har bestått av en till två sakkunniga inom respektive område/diagnos och medarbetare från Socialstyrelsen. Textförslag och olika situationer för sjukskrivning har tagits fram utifrån erfarenhetsbaserad kunskap, statistik och ICF Core Sets (se *Kunskapsunderlag*).

En rekommendationsgrupp med representanter för olika medicinska specialiteter och vårdprofessioner samt patientföreträdare har sedan tagit ställning till och lämnat synpunkter på projektledningens förslag. Samtliga sakkunniga finns listade under rubriken *Projektorganisation*. Sakkunniga har rekryterats genom det nationella programområdet (NPO) rörelseorganens sjukdomar samt det nationella programområdet (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. För samtliga sakkunniga har Socialstyrelsen gjort sedvanlig jävsgranskning i förhållande till uppdraget.

Arbetsprocessen

Projektledningen har sett över de befintliga texterna och uppdaterat dessa. En rekommendationsgrupp har sedan fått lämna synpunkter på textförslagen genom att besvara en webbenkät. Socialstyrelsen har även inhämtat synpunkter på texterna från Försäkringskassan. Projektledningen har värderat synpunkterna och genomfört ändringar där det bedömts relevant.

Vid uppdateringen av avsnitten Funktionsnedsättning och Aktivitetsbegränsning har de redan befintliga ICF-kategorierna för de olika diagnoserna inom rörelseorganen och i förekommande fall kategorierna från WHO:s Core Sets först analyserats av Socialstyrelsen. I detta steg värderas kategoriernas betydelse i relation till arbete eller annan motsvarande sysselsättning. Här exkluderas exempelvis ICF-kategorier från kapitlen Hemliv (d6) och Att engagera sig i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv (d9). I ett andra steg har medverkande sakkunniga utifrån sin kliniska erfarenhet bedömt vilka av de kvarvarande ICF-kategorierna som är

- centrala (vanliga bland individer som har en sjukdom eller skada i rörelseorganen eller som kan ha stor betydelse i relation till arbete/annan motsvarande sysselsättning)
- kompletterande (relaterade till en sjukdom eller skada i rörelseorganen men mindre vanliga och/eller av mindre betydelse för arbete/annan motsvarande sysselsättning).

De centrala kategorierna beskrivs i texterna under rubrikerna funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

Om vetenskapliga underlag i FMB

Kunskapsunderlaget för vägledning om sjukskrivning vid olika situationer i FMB utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap hos medverkande sakkunniga. Till skillnad från Socialstyrelsens övriga rekommendationer (i nationella riktlinjer och kunskapsstöd) innehåller vägledningen i FMB ingen gradering utan kan snarare beskrivas som vanliga situationer där sjukskrivning kan behövas för patienter med det aktuella tillståndet, till exempel vid en viss svårighetsgrad eller i viss sjukdomsfas.

När Socialstyrelsen tar fram rekommendationer om åtgärder i vård och omsorg genomförs vanligtvis systematiska litteratursökningar med frågeställningen ”Vilken effekt har åtgärden X för patientgruppen Y på utfallet Z”. Motsvarande frågeställning för det försäkringsmedicinska beslutsstödet blir ungefär ”Vilken effekt har sjukskrivning av viss omfattning och längd vid det aktuella tillståndet, på återgången i arbete eller annan sysselsättning” (alt. vilken sjukskrivningsgrad-/längd är optimal för återgång i arbete eller annan sysselsättning).

Systematiska litteratursökningar för att besvara frågan om åtgärdens effekt på återgång i arbete har genomförts för sjukdomar och skador i rörelseorganen. Resultatet visade att förekomsten av vetenskapliga studier som har undersökt sådana frågeställningar är näst intill obefintlig. Rekommendationerna bygger därför på sakkunnigas erfarenhetsbaserade kunskap av vad som är vanliga situationer där sjukskrivning kan behövas för patienter med det aktuella tillståndet, och vilken längd respektive grad av sjukskrivning som kan vara en lämplig utgångspunkt för den aktuella situationen.

Projektorganisation

Projektledning

Anna Ericsson	utredare, projektledare, Socialstyrelsen.
Maria Bodin	utredare, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
Henrik Ahlborg	överläkare, Verksamhetsområde ortopedi, Skåne universitetssjukhus, Malmö
Thomas Anderson	specialist i ortopedi och fotkirurgi, PhD, Kaer- nan Ortopeden, Helsingborg
Peter Försth	överläkare, Verksamhetsområde ortopedi och handkirurgi, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Katarina Nilsson Helander	överläkare, docent, Ortopedkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal, Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet
Emma Svensdotter	specialist i neurokirurgi, Neurokirurgiska klini- ken, Skånes universitetssjukhus, Lund
Carl Molander	legitimerad läkare, MD, Rekonstruktiv Ortopedi, Karolinska Universitetssjukhuset
Fredrik Montgomery	specialist i ortopedi, docent, Region Skåne
Paul Neuman	överläkare, Ortopediska kliniken, Skåne univer- sitetssjukhus, Malmö
Christian Olsson	överläkare, PhD, Orthocenter Skåne, Malmö
Ingemar Petersson	professor, ortopedi, Skåne universitetssjukhus, Lund
Christer Solerman	professor, handkirurgi, Västra Götalandsreg- ionen

Rekommendationsgrupp

Susanna Florén	legitimerad sjukgymnast, Samrehab, Distriktsre- habiliteringen Oskarshamn, Region Kalmar län
Sandra Ekeberg Gosse	legitimerad arbetsterapeut, Vaggeryds Vårdcen- tral, Region Jönköpings län
Karin Karlsson	specialist i allmänmedicin, Hälsan 2/Regionens hus, Region Jönköpings län
Karin Larsson	legitimerad sjukgymnast, Primärvårdsrehab i Falun, Region Dalarna
Tommy Lundmark	specialist i allmänmedicin, Din hälsocentral, Region Gävleborg
Astrid Nordvall Persson	legitimerad arbetsterapeut, sektionen för primär- vård och rehabilitering, Region Jönköpings län

Sara Sjöström	legitimerad fysioterapeut, Rehabmottagning Alingsås, Sjukhusen i väster, Västra Götalands- regionen
Moa Stenbäcken	legitimerad fysioterapeut, Rehabmottagning Alingsås, Sjukhusen i väster, Västra Götalands- regionen
Annika Österberg	legitimerad sjukgymnast, MSc, Sjukgymnastiken Kullbergska Sjukhuset, Region Sörmland

Bilaga 1. Systematisk kartläggning av vetenskapligt underlag

Kartläggningen i den här rapporten redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat i försäkringsmedicinska frågor vid sjukdomar och skador i rörelseorganen. Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som påverkar skelettet, lederna och musklerna och är en mycket vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga och långtidssjukskrivning. Även skador i rörelseorganen är en mycket vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga och har inkluderats i detta vetenskapliga underlag. I uppdateringen av sjukdomar och skador i rörelseorganen prioriteras följande diagnoser:

Ben/knä/fotbesvär

- Vissa knäledsskador (S83, S83.2, S83.5, S83.6, M23.2)
- Skador på nedre extremiteten (frakturer, luxationer, distorsioner, sårskador) (S30, S32, S70, S72, S73, S80, S82, S90, S92, S93)
- Akillestendinit (M76.6); Skada på akillessena (S86.0)
- Hallux valgus (förvärvad) Bunion (M20.1); Hallux rigidus (M20.2)
- Hammartå (förvärvad) (M20.4); Plantar fascial fibromatosis (M72.2); Lesion of plantar nerve (G57.6).

Skuldror/axel/nacke

- Luxation i skulderled (S43.0); Distorsion i skulderled (S43.4)
- Skulder- och axelledsbesvär (M75.0, M75.1, M75.3, M75.4)

Rygg

- Akut lumbago (M54.5)
- Lumbagoischias, diskbråck (M54.4, M51)
- Cervikal rizopati, cervikalt diskbråck (M50)
- Frakturer och luxationer i ryggraden (nacke) (S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3)
- Frakturer och luxationer i ryggraden (bröstkorg) (S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2)
- Frakturer och luxationer i ryggraden (ländryggen) (S33.0, S33.1, S33.2)

Arm/handled/hand

- Vissa hand- och handledsbesvär (M18, G56.2, M65.3, M65.4, M70.0, M72.0)
- Synovit och tenosynovit, ospecificerad (M65.9); Kronisk krepiterande synovit i hand och handled (M70.0)
- Fraktur på nedre delen av radius (S52.5); Fraktur på skuldra och överarm (S42); Fraktur på underarm (S52); Fraktur på handled och hand (S62)
- Luxation och distorsion i armbågens leder och ligament (S53)

- Luxation och distorsion i leder och ligament på handleds- och handnivå (S63)

Reumatiska sjukdomar

- Reaktiv artrit (M02, M03)
- Systemisk lupus erythematosus (SLE) (M32)
- Gikt (M10)

Definitioner

Några begrepp som används i kartläggningen behöver förklaras:

Begrepp	Definition
Sjukdomar och skador i rörelseorganen	G56.2, G57.6, M18, M20.1, M20.2, M20.4, M23.2, M50, M51, M54.4, M54.5, M65.3, M65.4, M65.9, M70.0, M72.0, M72.2, M75.0, M75.1, M75.3, M75.4, M76.6, S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2, S30, S32, S33.0, S33.1, S33.2, S42, S43.0, S43.4, S52, S52.5, S53, S62, S63, S70, S72, S73, S80, S82, S83, S83.2, S83.5, S83.6, S86.0, S90, S92, S93
Funktionsnedsättning	Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur (Socialstyrelsens termbank 20170315).
Aktivitetsbegränsning	Svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter (ICF, WHO)

Metod

Urvalskriterier och urval

Följande frågeställningar och urvalskriterier har styrts litteratursökning och litteratururval.

Frågeställning 1: Effekt av sjukskrivning

PICOS

Frågeställning 1: Vilken betydelse har sjukskrivningens längd och grad för återgång till arbete för patienter som är sjukskrivna för diagnoserna ICD-10: (se ovan)?

Urvalskriterier	Avgränsning
Population	Patienter med diagnoserna ICD-10: (se ovan) av olika svårighetsgrad
Intervention	Sjukskrivning (längd och grad)
Comparison eller jämförelse	Ingen jämförelse eller Ingen sjukskrivning/ Sjukskrivning av alternativ längd/grad
Outcome eller utfall	Återgång i arbete
Studiedesign	Kvantitativa och kvalitativa studier, exklusive fallstudier med ett fåtal deltagare
Andra urvalskriterier	Språkavgränsning: danska, norska, svenska, engelska Tidsavgränsning: Ingen

Frågeställning 2: Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar

PICOS

Frågeställning 2: Vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är vanliga i samband med diagnoserna ICD-10: (se ovan)?

Urvalskriterier	Avgränsning
Population	Patienter med diagnoserna ICD-10: (se ovan) av olika svårighetsgrad
Intervention	
Comparison eller jämförelse	
Outcome eller utfall	Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, arbetsförmåga, arbetsoförmåga, sjukfrånvaro
Studiedesign	
Andra urvalskriterier	Språkavgränsning: danska, norska, svenska, engelska Tidsavgränsning: Ingen

Litteratursökning

Litteratursökningarna utfördes i databaserna PubMed och Cinahl mellan mars och april 2021. Sökdokumentation redovisas i bilaga 2.

Urval

Samtliga publikationer som påträffades i litteratursökningen granskades i sammanfattning (abstract). Ett beslut togs om att inkludera publikationer från 2005 och framåt. De som enligt sammanfattningen inte uppfyllde urvalskriterierna sorterades bort, men övriga laddades ner eller beställdes och granskades i fulltext. Därefter gjordes en ny bedömning och endast de publikationer som även vid fulltextgranskningen visade sig innehålla rapporter från forskningsstudier som uppfyllde urvalskriterierna inkluderades i kartläggningen. Urvalet av fulltextpublikationer som inkluderats redovisas i bilaga 1 och fulltextpublikationer som exkluderats redovisas i bilaga 3.

Kvalitetsbedömning

Kvalitetsgranskning av studierna är inte gjord. Det finns endast deskriptiv information om inkluderade studier i bilaga 1.

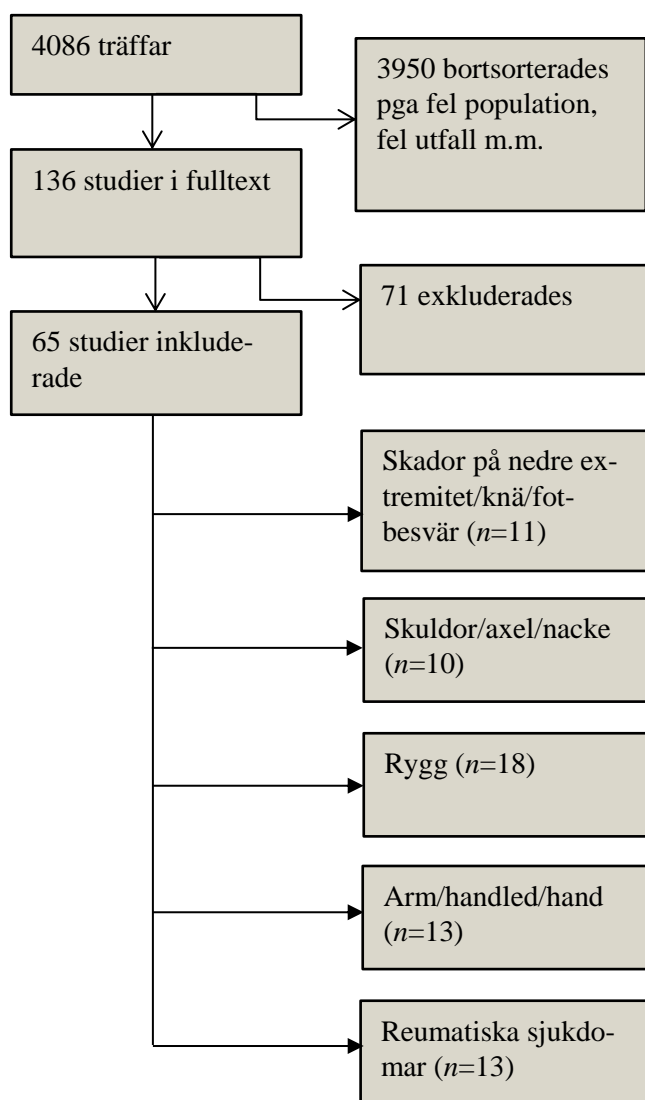
Resultat

Frågeställning 1: Effekt av sjukskrivning

Vilken arbetsförmåga/arbetsfrånvaro/sjukfrånvaro ger sjukdomar i rörelseorganen? Hur påverkas effektivitet/produktivitet i arbetet av sjukdomar i rörelseorganen?

Litteratursökningen genererade 4086 träffar för de diagnoser som prioriteras i del 2 av uppdatering av sjukdomar i rörelseorganen, 136 laddades ner och granskades i fulltext, 65 studier inkluderades i kartläggningen. Nedan visas inkluderade studier fördelat på sjukdomsgrupperna. Studierna beskrivs i bilaga 1.

Samtliga abstrakts



Frågeställning 2: Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsning vid sjukdomar i rörelseorganen
Vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är vanliga i samband med sjukdomar i rörelseorganen?

För denna frågeställning genomfördes ingen litteratursökning eftersom det finns framtagna ICF Core Sets för ingående diagnoser. Core sets är kortversioner av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), en klassifikation av funktionsförmåga, funktionsnedsättning och hälsa. ICF är ett omfattande system vilket gör den komplex att använda i klinisk verksamhet. Därför utvecklas kortversioner av ICF för specifika diagnos-

grupper, så kallade ICF Core Sets. Dessa utvecklas enligt ett omfattande vetenskapligt strukturerat förfarande av WHO och ICF Research Branch. Syftet med Core Sets är att underlätta och standardisera bedömning av funktionstillstånd, funktionsnedsättning och hälsa vid olika diagnoser. ICF Core Sets innehåller endast de viktigaste och mest relevanta funktionsbeskrivningarna för dessa diagnoser.

Tabell 1. Core sets för ben/knä/fotbesvär

Sjukdomsgrupp: Rörelseorganen	Namn på engelska	ICF core sets	Namn på core sets
Akillestendinopati - M76.6	M76.6 Achilles tendinitis	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
Akillesruptur, gastrocnemius-skada - S86.0, S86.1	S86.0 Injury of Achilles tendon S86.1 Injury of other muscle(s) and tendon(s) of posterior muscle group at lower leg level	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief
Vissa fotbesvär M20.1, M20.2, M20.4, M72.2, G57.6	Acquired deformities of fingers and toes M20.1 Hallux valgus (acquired) Bunion M20.2 Hallux rigidus M20.4 Other hammer toe(s) (acquired) M72.2 Plantar fascial fibromatosis G57.6 Lesion of plantar nerve	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
Vissa knäledsskador S83.2, S83.5, S83.6, M23.2	S83.2 Tear of meniscus, current S83.5 Sprain and strain involving (anterior)(posterior) cruciate ligament of knee S83.6 Sprain and strain of other and unspecified parts of knee M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
Skador på nedre extremiteten (frakturer, luxationer, distorsioner, sårskador) S30, S32, S70, S72, S73, S80, S82, S83, S90, S92, S93,	S30 Superficial injury of abdomen, lower back and pelvis S32 Fracture of lumbar spine and pelvis S70 Superficial injury of hip and thigh S72 Fracture of femur S73 Dislocation, sprain and strain of joint and ligaments of hip S80 Superficial injury of lower leg S82 Fracture of lower leg, including ankle	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief

	S83 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of knee S90 Superficial injury of ankle and foot S92 Fracture of foot, except ankle S93 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at ankle and foot level		
--	--	--	--

Tabell 2. Core sets för skuldror/axel/nacke

Sjukdomsgrupp: Rörelseorganen	Namn på engelska	ICF core sets	Namn på core sets
Skulder och axel- ledsbesvär M75.0, M75.1, M75.3, M75.4, M65.9B	M75.0 Adhesive capsulitis of shoulder M75.1 Rotator cuff syndrome M75.3 Calcific tendinitis of shoulder M75.4 Impingement syndrome of shoulder M65.9 Synovitis and tenosynovitis, unspecified	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief

Tabell 3. Core sets för rygg

Sjukdomsgrupp: Rörelseorganen	Namn på engelska	ICF core sets	Namn på core sets
Akut lumbago - M54.5	M54.5 Low back pain	Ja	Low Back Pain Comprehensive/Brief
Lumbagoischias, diskbräck M54.4, M51	M54.4 Lumbago with sciatica M51 Other intervertebral disc disorders	Ja	Low Back Pain Comprehensive/Brief
Cervikal rizopati, cervikalt diskbräck M50	M50 Cervical disc disorders	Ja, men mer generell	Spinal Cord Injury Post-Acute Comprehensive/Brief Spinal Cord Injury Long-Term Comprehensive/Brief
Frakturer och luxationer i ryggraden - S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2, S33.0, S33.1, S33.2	S12 Fracture of neck S13 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at neck level S13.1 Dislocation of cervical vertebra Cervical spine NOS	Ja, ev flera	Spinal Cord Injury Post-Acute Comprehensive/ Brief Spinal Cord Injury Long-Term Comprehensive/Brief Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief

<p>S13.2 Dislocation of other and unspecified parts of neck</p> <p>S13.3 Multiple dislocations of neck</p> <p>S22.0 Fracture of thoracic vertebra</p> <p>S22.1 Multiple fractures of thoracic spine</p> <p>S23.0 Traumatic rupture of thoracic intervertebral disc</p> <p>S23.1 Dislocation of thoracic vertebra</p> <p>Thoracic spine NOS</p> <p>S23.2 Dislocation of other and unspecified parts of thorax</p> <p>S33.0 Traumatic rupture of lumbar intervertebral disc</p> <p>S33.1 Dislocation of lumbar vertebra</p> <p>Dislocation of lumbar spine NOS</p> <p>S33.2 Dislocation of sacroiliac and sacrococcygeal joint</p>		Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
--	--	--

Tabell 4. Core sets för arm/handled/hand

Sjukdomsgrupp: Rörelseorganen	Namn på engelska	ICF core sets	Namn på core sets
Epikondylalgi, epikondylit - M77	M77 Other enthesopathies, epicondylitis	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
Karpaltunnel-syndrom - G56.0	G56.0 Carpal tunnel syndrome	Ja, men mer generell	Hand Conditions Comprehensive/Brief
Vissa hand- och handledsbesvär M18, G56.2, M65.3, M65.4, M70.0, M72.0	M18 Arthrosis of first carpometacarpal joint G56.2 Lesion of ulnar nerve M65.3 Trigger finger M65.4 Radial styloid tenosynovitis M70.0 Chronic crepitant synovitis of hand and wrist M72.0 Palmar fascial fibromatosis	Ja	Hand Conditions Comprehensive/Brief
Distal radiusfraktur - S52.5	S52.5 Fracture of lower end of radius	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief
Skada på övre extremiteten (sår-	S40 Superficial injury of shoulder and upper arm	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief

skada, luxation, distorsion och fraktur) S40, S42, S43.0, S43.4, S50, S52, S53, S60, S62, S63,	S42 Fracture of shoulder and upper arm S43.0 Dislocation of shoulder joint S43.4 Sprain and strain of shoulder joint S50 Superficial injury of forearm S52 Fracture of forearm S53 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of elbow S60 Superficial injury of wrist and hand S62 Fracture at wrist and hand level S63 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at wrist and hand level		Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief
Sårskada på hand, handled och underarm S51, S61	S51 Open wound of forearm S61 Open wound of wrist and hand	Ja	

Tabell 5. Core sets för reumatiska sjukdomar

Sjukdomsgrupp: Rörelseorganen	Namn på engelska	ICF core sets	Namn på core sets
Reaktiv artrit - M02, M03	M02 Reactive arthropathies M03 Postinfective and reactive arthropathies in diseases classified elsewhere	Ja	Rheumatoid Arthritis Comprehensive/Brief Osteoarthritis Comprehensive/Brief
Systemisk lupus erythematosus (SLE) - M32	M32 Systemic lupus erythematosus		
Gikt - M10	M10 Gout	Ja, men mer generell	Musculoskeletal Acute Comprehensive/Brief Musculoskeletal Post-Acute Comprehensive/Brief

Bilaga 2. Tabeller över inkluderade studier

I denna bilaga ges en beskrivning i tabellform av de studier som inkluderats i kartläggningen.

Frågeställning 1: effekt av sjukskrivning

Skador på nedre extremiteten/knä/ fotbesvär

Akillestendinopati - M76.6	M76.6 Achilles tendinitis
Akillesruptur, gastrocnemius-skada - S86.0, S86.1	S86.0 Injury of Achilles tendon S86.1 Injury of other muscle(s) and tendon(s) of posterior muscle group at lower leg level
Vissa fotbesvär M20.1, M20.2, M20.4, M72.2, G57.6	Acquired deformities of fingers and toes M20.1 Hallux valgus (acquired) Bunion M20.2 Hallux rigidus M20.4 Other hammer toe(s) (acquired) M72.2 Plantar fascial fibromatosis G57.6 Lesion of plantar nerve
Vissa knäledsskador S83.2, S83.5, S83.6, M23.2	S83.2 Tear of meniscus, current S83.5 Sprain and strain involving (anterior)(posterior) cruciate ligament of knee S83.6 Sprain and strain of other and unspecified parts of knee M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury
Skador på nedre extremiteten (frakturer, luxationer, distorsioner, sårskador) S30, S70, S80, S90, S73, S83, S93, S32, S72, S82, S92	S30 Superficial injury of abdomen, lower back and pelvis S32 Fracture of lumbar spine and pelvis S70 Superficial injury of hip and thigh S72 Fracture of femur S73 Dislocation, sprain and strain of joint and ligaments of hip S80 Superficial injury of lower leg S82 Fracture of lower leg, including ankle S83 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of knee S90 Superficial injury of ankle and foot S92 Fracture of foot, except ankle S93 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at ankle and foot level

Skador på nedre extremiteten, knä och fotbesvär

Det här dokumentet redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid sjukdomar och skador på nedre extremiteten såsom ben, knä, och fotbesvär.

Studie	Al-Mouazzen, L., et al. (2015). "Percutaneous repair followed by accelerated rehabilitation for acute Achilles tendon ruptures." J Orthop Surg (Hong Kong) 23(3): 352-356.
Författare	Al-Mouazzen, L., et al.
Publiceringsår	2015
Land	Storbritannien
Studiedesign	Fallsriestudie
Syfte	Att utvärdera resultatet av perkutan reparation som följs av gradvis ökad rehabilitering vid hälseneruptur.
Studiepopulation	30 kvinnor och män
Metod	<p>Postoperativt var icke-viktbärande gång med kryckor tillåtet. Vecka 2, ersattes gipset med en walkerortos med 3 kilklackar och full viktbäring tilläts. Kilarna avlägsnades successivt varannan vecka tills en neutral fotställning uppnåddes vecka 8. Vid vecka 2, påbörjades aktiv tå- och fotdorsalflexion, inversion-, eversion- och core-förstärkande övningar, med walkerortosen borttagen.</p> <p>Vid vecka 8, när patienten uppnått full rörelseförmåga, påbörjades en progressiv kedja med plantarflexionsövningar, liksom proprioceptionsträning i ställning.</p> <p>Vid vecka 12, ökade belastningen med vikter, samt excentrisk plantarflexion aktivitet. Var patienten smärtfri utökades plantarflexion med sidosteg, hastighet, promenader och att stå på ett ben.</p> <p>Vid vecka 16 fick patienterna göra avancerade proprioceptionsaktiviteter, vadpress, benpress, och andra dynamiska övningar. Därutöver var patienterna fria att börja jogga, hoppa och utöva olika sportaktiviteter.</p>
Utfallsmått	<p>Primära resultatmått inkluderade Achilles tendon total rupture score (ATRS) vid 3 och 6 månader. ATRS består av 10 frågor relaterade till symptom och besvär vid fysisk aktivitet. Resultatet av ATRS kan ge maximalt 100 poäng vilket innebär att patienten är helt besvärsfri. Frågeformuläret är självadministrerbart och tar endast några minuter att fylla i och det är användbart i såväl klinik som forskning.</p> <p>Sekundära utfallsmått inkluderade förekomsten av skada på suralisnerven, infektion eller bristning i såret, patientnöjdhet och tiden för att återgå till samma funktionstillstånd som innan skadan.</p> <p>Pre- och postoperativa resultat jämfördes med parat t-test. Ett p-värde på <0,05 var anses statistiskt signifikant.</p>
Rapporterat resultat (urval)	Den genomsnittliga uppföljningsperioden var 12,5 (SD, 2,9; intervall, 12–17,5) månader. Medelvärdet ±SD för ATRS-poäng förbättrades från 57,65±12,72 efter 3 månader till 86,95±5,99 vid 6 månader (p<0,001). Ingen patient hade intraoperativa komplikationer, upprepad hälseneruptur, skada på suralisnerven, bristningar i såret eller djup infektion. Två patienter utvecklade en yttlig sårinfektion (en vid 6 veckor och den andra med typ 2-diabetes vid 8 veckor), vilket behandlades i 7 dagar. Alla patienter kunde bära full vikt bekvämt utan walkerortos vid 8 veckor och att återgå till sitt arbete efter 3 månader. Tiden för att återgå till samma aktiviteter som före hälsenerupturen, inklusive sportaktiviteter, var i genomsnitt 10,4±3,1 månader.
Begränsningar med studien	Begränsningar i studien är storleken på urvalet, fallsriestudie och kort uppföljningstid (minst 12 månader). Men en upprepad hälseneruptur inträffar vanligtvis mellan 4 och 18 veckor.

Studie	Brorsson, A., et al. (2018). "Calf Muscle Performance Deficits Remain 7 Years After an Achilles Tendon Rupture." <i>Am J Sports Med</i> 46(2): 470-477.
Författare	Brorsson, A., et al.
Publiceringsår	2018
Land	Sverige
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Det primära syftet med studien var att utvärdera vadmuskelns belastningsförmåga och patientrapporterat utfall minst 5 år efter en hälseneruptur hos patienter som ingår i en prospektiv, randomiserad kontrollerad studie. Ett sekundärt syfte var att utvärdera om förbättringen av vadmuskelns belastningsförmåga fortsatte efter 2-årsuppföljningen.
Studiepopulation	66 kvinnor och män
Metod	Sextiosex försökspersoner (13 kvinnor, 53 män) med en medelålder på 50 år (SD, 8,5 år) utvärderades efter i genomsnitt 7 år (SD, 1 år) år efter deras hälseneruptur. Trettiofyra försökspersoner fick kirurgisk behandling och 32 fick icke-kirurgisk behandling. Resultatet utvärderades med Achilles Tendon Total Rupture Score (ATRS) och Physical Activity Scale (PAS). Vadmuskelns belastningsförmåga utvärderades med stående tåhävning på ett ben, koncentrerad stående tåhävning på ett ben med viktbelastning för test av muskelstyrka och -kraft, och hopp på ett ben. Limb Symmetry Index (LSI = skadad sida/frisk sida x 100) beräknades för skillnader mellan det friska respektive det skadade benet.
Utfallsmått	Primära resultatmått inkluderade Achilles tendon total rupture score (ATRS) . ATRS består av 10 frågor relaterade till symptom och besvär vid fysisk aktivitet. Resultatet av ATRS kan ge maximalt 100 poäng vilket innebär att patienten är helt besvärsfri. Frågeformuläret är självadministrerbart och tar endast några minuter att fylla i och det är användbart i såväl klinik som forskning. Fysisk aktivitet utvärderades med Physical Activity Scale (PAS) , en 6-nivåskala där 6 indikerar hård fysisk aktivitet flera gånger i veckan och 1 indikerar knappt någon fysisk aktivitet överhuvudtaget. Vadmuskelns belastningsförmåga utvärderades med olika fysiska test.
Rapporterat resultat (urval)	Resultatet av uppföljningen efter i genomsnitt 7 år efter hälsenerupturen visade att muskelstyrkan och -kraften i det skadade benet var betydligt lägre jämfört med det icke-skadade benet. Resultatet av patienternas självskattningsinstrument ATRS och PAS var höga, vilket tyder på mindre symptom och hög fysisk aktivitet. Däremot visade de fysiska testerna ingen betydande förbättring i vadmuskelns belastningsförmåga efter 2-årsuppföljningen. Resultatet visar att patienterna vid 7-årsuppföljningen fortfarande hade brister i vadmuskelns belastningsförmåga. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan behandlingsmetoderna (operation/ingen operation).
Begränsningar med studien	Begränsningar i studien är att 18 patienter i det ursprungliga urvalet inte deltog i 7-årsuppföljningen, samt valet av en av de fysiska testerna.

Studie	Fox, G., et al. (2016). "Twelve-month outcomes following surgical repair of the Achilles tendon." <i>Injury</i> 47(10): 2370-2374.
Författare	Fox, G., et al.
Publiceringsår	2016
Land	Australien
Studiedesign	Registerstudie
Syfte	Syftet med denna studie var att: i) rapportera frekvensen av kirurgiska ingrepp av hälseneruptur i ett ortopediskt traumaregister över en femårsperiod; och ii) rapportera patienternas status gällande återgång i arbete, hälsostatus och funktion 12 månader efter kirurgiskt ingrepp vid hälseneruptur.
Studiepopulation	204 kvinnor och män
Metod	Victorian Orthopedic Trauma Outcomes Registry (VOTOR) är ett register för inrapportering av ortopediska skador, behandlingar och resultat baserat på inläggning på fyra sjukhus i Victoria, Australien. Samtliga patienter som är registrerade i VOTOR följs upp 6 och 12 månader efter skadan. Uppföljningsmått är fysisk funktion, smärta, återgång i arbete och hälsostatus. I studien inkluderades alla patienter med en hälseneruptur som behandlats kirurgiskt och som registrerats i VOTOR från 1 juli 2009 till 30 juni 2014. Patienter kontaktades av utbildade telefonintervjuare för att samla in data relaterat till patienternas fysiska funktion, smärta, återgång till arbete och hälsostatus.
Utfallsmått	Fysisk funktion mättes med Extended Glasgow Outcome Scale (GOS-E) som kategoriserar patienter enligt åtta olika utfall. Ett fullt tillfrisknande efter skadan klassas som 8 på GOS-E-skalan. Att klassas som 1-7 innebär att skadan orsakat något av följande tillstånd (jämfört med innan skadan): död, vegetativt tillstånd, behov av hjälp med aktiviteter i dagligt liv, behov av hjälp med transporter eller dagliga inköp och försämrade möjligheter till arbete, sociala aktiviteter och umgänge. Hälsostatus mättes med hjälp av European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D-3L) . Ett standardiserat frågeformulär som beskriver hälsotillstånd. Dimensionerna som bedöms är rörlighet; hygien; huvudsakliga aktiviteter; smärtor/besvär; oro/nedstämdhet, med tre poängnivåer per dimension: "Inga problem", " Några problem" och "Svåra problem".
Rapporterat resultat (urval)	Resultatet visade att 90 % av patienterna hade en registrerad aktivitet såsom sport, fritidsaktiviteter eller aktiv rekreation vid tidpunkten för skadan (n= 167). Bland de registrerade platser där skadan skett (n = 129), var friidrotts- respektive idrottsarenor vanligast (78%). Uppföljningsgraden efter 12 månader var 92 %. Medianen GOS-E poäng vid 12 månader var 6, vilket motsvarar en grad lägre än full återhämtning (IQR: 5-7), och 42 % (n = 87) rapporterade att de hade återhämtat sig helt. Nittiofyra procent (n = 184) av patienterna rapporterade att de arbetade före skadan. Av de patienter som följdes upp, hade 95 % (n = 167) återgått i arbete efter 12 månader. Av dessa, återvände 86 % (n = 144) till samma organisation, och 98 % (n = 141) återvände till samma arbetsplats som före skadan sa samma roll inom organisationen. Resultatet visade att förekomsten av problem på vart och ett av domänen i EQ-5D-3L vid 12 månader var 0,5 % för egenvård, 11 % för ångest, 13 % för rörlighet, 16 % för aktivitet och 22 % för smärta. Sexton procent av patienterna rapporterade problem för mer än en domän.
Begränsningar med studien	Begränsningar i denna studie var kohortens homogenitet, som förhindrade att identifiera statistiskt signifikanta samband mellan patientvariabler och utfall.

Studie	Karabinas, P. K., et al. (2014). "Percutaneous versus open repair of acute Achilles tendon ruptures." Eur J Orthop Surg Traumatol 24(4): 607-613.
Författare	Karabinas, P. K., et al.
Publiceringsår	2014
Land	Grekland
Studiedesign	Fallserie med randomiserat urval
Syfte	Syftet är att jämföra det kliniska och funktionella resultatet efter akut hälseneruptur som behandlats med öppen respektive perkutant kirurgisk reparation.
Studiepopulation	34 kvinnor och män
Metod	<p>Trettiofyra patienter opererades inom 48 timmar efter skada som resulterat i total hälseneruptur. Femton patienter (13 män och 2 kvinnor) behandlades med öppen kirurgi och 19 patienter (15 män och 4 kvinnor) behandlades med titthålskirurgi. Postoperativ rehabilitering var densamma för båda grupperna inklusive 3 veckors immobilisering i en walkerortos utan vikter i maximal plantarböjning. Därefter följde genom gradvis minskning av plantarflexion till neutral fotledsposition i en funktionell ortos med progressiv viktbelastning inom de följande 3-4 veckorna. Suturena avlägsnades totalt inom 15 dagar efter operationen.</p> <p>Rutinmässig klinisk uppföljning utfördes vid 2, 4, 8 och 12 veckor, 6, 12 och 24 månader. Vid uppföljningen registrerades sårläkning, komplikationer, fotledens rörelseomfång, patienternas återgång till arbete, aktivitetsnivå, viktstående och subjektiva upplevelse av deras behandling.</p>
Utfallsmått	<p>Funktionell utvärderingen gjordes med hjälp av skalan ankel-bakfot i frågeformuläret utvecklat av American Foot and Ankle Society Score (AOFAS). AOFAS täcker fyra olika områden av foten: ankel-bakfot, mellanfot, metatarsophalangeal (MTP)-interfalangeal (IP) för hallux och MTP-IP för de mindre tårna. Dessa fyra anatomiska regioner har sin egen version av AOFAS-formuläret. Varje version består av nio frågor och täcker tre kategorier: Smärta (40 poäng), funktion (50 poäng) och anpassning (10 poäng). Dessa poängsätts alla tillsammans för totalt 100 poäng.</p> <p>The Thompsons test är ett diagnostiskt test för att undersöka om hälseneruptur föreligger.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Den genomsnittliga tiden för patienternas återgång till arbetet var 7 veckor i gruppen som behandlats med öppen kirurgi och 9 veckor för dem i gruppen som behandlats med titthålskirurgi. Samtliga patienter klarade full viktbelastning senast den 8:e postoperativa veckan.</p> <p>Tiden för att återgå till tidigare aktiviteter inklusive beröringsfria sporter var 5 månader för båda grupperna. Vid den sista uppföljningen var de genomsnittliga AOFAS-poängen 98 poäng (intervall 89-100 poäng) för gruppen som behandlats med öppen kirurgi och 95 poäng (intervall 84-100 poäng) för gruppen som behandlats med titthålskirurgi.</p>
Begränsningar med studien	N/A

Studie	Shahid MK, Punwar S, Boulind C, Bannister G. Aircast walking boot and below-knee walking cast for avulsion fractures of the base of the fifth metatarsal: a comparative cohort study. Foot & ankle international. 2013; 34(1):75-9.
Författare	Shahid, MK, et al.
Publiceringsår	2013
Land	Storbritanien
Studiedesign	Komparativ
Syfte	Det primära syftet var att jämföra smärta och funktionellt resultat efter avslitningsfrakturer som behandlades med gångkänga eller kort gips. Det sekundära syftet var att fastställa frånvaro från arbete och kostnaden mellan de olika behandlingarna.
Studiepopulation	39 kvinnor och män
Metod	Fyrtiotre patienter uppfyllde kriterierna för att delta i studien. Av dessa var det 39 (13 män och 26 kvinnor) som gav skriftligt samtycke. Tjugotre patienter fick ett kort gips och 16 fick en behandlingssko (walking boot) under 5 veckor. Patienternas ålder varierade mellan 18 till 81 år (median 56). Patienterna fyllde i Visual Analogue Scale Foot and Ankle Questionnaire (VAS-FA) vid första besöket på kliniken och därefter vecka 3, 6, 9 och 12 efter skadan. Det primära utfallet var tiden som det tog för att uppnå samma funktionsnivå och smärtfrihet som fanns innan skadan för de två olika metoderna för att immobilisera skadan.
Utfallsmått	För att mäta utfall för smärta och funktion användes the Visual Analogue Scale Foot and Ankle Questionnaire (VAS FA). VAS FA innehåller 20 frågor som erfordrar subjektiva svar som sedan kan delas in i tre kategorier. Instrumentet fokuserar mer på funktion (11 frågor) än smärta (4 frågor) och andra besvär (5 frågor). Varje fråga på respektive skala ger 100 poäng och när de kombineras är maximalt resultat 2000. För att kartlägga den tid det tar för att återgå till samma nivå av funktion eller smärta som innan skadan, tolkades ett medelvärde mer än 90 av 100 att patienten återgått till nivån innan skadan.
Rapporterat resultat (urval)	Tiden det tar att uppnå samma nivå av funktion och smärta som före skadan var 9 veckor för dem som använde behandlingssko och 12 veckor för dem som använde kortbensgips. Arton patienter med anställning var frånvarande från arbetet i medeltal 35.8 dagar (variation mellan 28 - 42 dagar). Patienter med behandlingssko var frånvarande 31.5 dagar och de med gips 39.2 dagar (P = .002). Fyra patienter var egenföretagare och var frånvarande från arbetet i medeltal 28 dagar (de återgick i arbete pga ekonomiska skäl). En annan patient återgick i arbete efter 28 dagar pga krav från arbetsgivaren. Återstående patienter kände att de återgick till arbetet vid en tillfredsställande tidpunkt och var frånvarande från arbetet minst 35 dagar. Den genomsnittliga tiden för att börja köra bil igen var 6 veckor med behandlingssko och 12 veckor med kortbensgips (P = 0,006).
Begränsningar med studien	Studiens begränsningar är att designen skulle passat bättre som en randomiserad kontrollerad prövning; denna utvärderade endast två behandlingar och administrerade VAS FA med 3 veckors intervall i totalt 12 veckor efter skada, trots att återhämtningen tenderade att vara maximal redan under de första 6 veckorna. Ingen röntgenundersökning för att verifiera läkningen genomfördes inte.

Studie	Gabbe BJ, Hofstee DJ, Esser M, Bucknill A, Russ MK, Cameron PA, et al. Functional and return to work outcomes following major trauma involving severe pelvic ring fracture. ANZ journal of surgery. 2015; 85(10):749-54.
Författare	Gabbe, B.J., et al.
Publiceringsår	2015
Land	Australien
Studiedesign	Registerstudie med både prospektiva och retrospektiva data
Syfte	Denna studie beskriver det långsiktiga målet, såsom självständigt boende och återgång till arbete, för vuxna som överlevt svåra bäckenfrakturer och som behandlats vid större traumacentrer i Australien.
Studiepopulation	39 kvinnor och män
Metod	The Victorian State Trauma Registry (VSTR) dokumenterar data om samtliga patienter som genomgått omfattande trauman. Omfattande trauma definieras om något av följande kriterier är uppfyllt: (i) dödsfall pga skada; (ii) Injury Severity Score (ISS) > 15; (iii) intagning på intensivvårdsenhet > 24 h och som kräver respiratorbehandling för åtminstone delar av vistelsen på intensivvårdsenheten; eller (iv) brådskande operation. Demografiska data, typ av skada, behandling och utfallsdata extraherades från The Victorian State Trauma Registry (VSTR). Patienter som överlevt fram till utskrivning följdes prospektivt upp 6, 12 och 24 månader efter skadan genom telefonintervju.
Utfallsmått	Funktion mättes med det utvidgade Glasgow Outcome Scale (GOS-E). Även om instrumentet är utvecklat för att mäta utfall av skullskador, rekommenderas GOS-E att användas även för andra populationer med omfattande trauma. GOS-E inkluderar de flesta domäner från ICF, responderar till förändringar i populationen utan skullskada och inkluderar domäner som visat sig viktiga för patienter med bäckenfrakturer som inte kan fångas med existerande instrument för bäckenskador.
Rapporterat resultat (urval)	Tiden det tar att uppnå samma nivå av funktion och smärta som före skadan var 9 veckor för dem som använde behandlingssko och 12 veckor för dem som använde gips. Arton patienter med anställning var frånvarande från arbetet i medeltal 35.8 dagar (variation mellan 28 - 42 dagar). Patienter med behandlingssko var frånvarande 31.5 dagar och de med gips 39.2 dagar (P = .002). Fyra patienter var egenföretagare och var frånvarande från arbetet i medeltal 28 dagar (de återgick i arbete pga ekonomiska skäl). En annan patient återgick i arbete efter 28 dagar pga krav från arbetsgivaren. Återstående patienter kände att de återgick till arbetet vid en tillfredsställande tidpunkt och var frånvarande från arbetet minst 35 dagar. Den genomsnittliga tiden för att börja köra bil igen var 6 veckor med behandlingssko och 12 veckor med kortbensgips (P = 0,006).
Begränsningar med studien	Studiens begränsningar är att designen skulle passat bättre som en randomiserad kontrollerad prövning; denna utvärderade endast två behandlingar och administrerade VAS FA med 3 veckors intervall i totalt 12 veckor efter skada, trots att återhämtningen tenderade att vara maximal redan under de första 6 veckorna. Ingen röntgenundersökning för att verifiera läkningen genomfördes inte.

Studie	Kraus TM, Abele C, Freude T, Ateschrang A, Stöckle U, Stuby FM, et al. Duration of incapacity of work after tibial plateau fracture is affected by work intensity. BMC musculoskeletal disorders. 2018; 19(1):281.
Författare	Kraus, TM., et al.
Publiceringsår	2018
Land	Tyskland
Studiedesign	Retrospektiv
Syfte	Att fastställa hur lång tid det tar att återgå till arbete och hur arbetsförmågan påverkats hos patienter med tibiaplatåfraktur efter operation. Särskilt fokuserade studien på olika arbetska-tegorier och arbetsbelastning.
Studiepopulation	39 kvinnor och män
Metod	<p>Av 124 patienter som behandlats kirurgiskt för tibiaplatåfrak-turer mellan november 2009 och december 2012 på ett trauma-center, inkluderades 39 patienter i studien. Inklusionskriterier var: kirurgisk behandling för tibiaplatåfraktur, arbetsför-måga/anställbarhet vid tidpunkten för skadan, ålder mellan 18 och 65 år (65 år är det normala datumet för pensionering).</p> <p>Samtliga frakturer bedömdes utifrån röntgenbilder av knät i två plan. Operationerna hade genomförts enligt standardme-tod. Standardiserade protokoll dokumenterade eftervården och gradvis viktbelastning under 6 veckor.</p>
Utfallsmått	<p>Ett specifikt frågeformulär användes för att samla in data om patientens arbetsliv, arbetsbelastning, rehabilitering och idrottsaktiviteter.</p> <p>Arbetsbelastning klassades enligt REFA Association. Arbetsbe-lastning graderades från 0=arbeten utan särskilda krav på fy-sisk ansträngning till 4=arbeten med mycket höga krav på fy-sisk ansträngning.</p> <p>För att utvärdera hälsorelaterade livskvalitet användes SF-36-frågeformulär.</p>
Rapporterat resultat (ur-val)	<p>Den postoperativa uppföljningen var i genomsnitt $29,7 \pm 10,4$ månader (intervall, 14–47). Studiegruppen inkluderade 17 (43,6 %) kvinnor och 22 (56,4%) män. Medelåldern för både män och kvinnor var vid tidpunkten för olyckan $45,9 \pm 10,1$ år (intervall, 20–61).</p> <p>Medianvistelsen på sjukhus var 12 dagar (intervall 4–32) för hela patientgruppen. Patienter med frakturer av B-typ stan-nade betydligt kortare tid (10 dagar, intervall 4–21) än patien-ter med C-typ-frakturer (20 dagar, intervall 5–32) ($p = 0,034$). Medianarbetsförmågan var 120 dagar (intervall 10–700) och det fanns ingen signifikant skillnad mellan B- och C-typ-frak-turer. Fyra (10,3%) patienter var tvungna att minska arbetstiden med 10,5 timmar per vecka i genomsnitt. Två patienter gick i pension efter rehabiliteringen pga ihållande smärta. Fem pati-enters minskade sin arbetsbelastning, men fyra av dem stan-nade inom samma yrke. En av patienterna var tvungen att byta yrke på grund av funktionsnedsättning efter tibiaplatå-frakturen. Enligt REFA-klassificeringen hade patienter ($n = 23$) med låg arbetsbelastning (REFA 0 och 1) en signifikant kortare tid med nedsatt arbetsförmåga än patienter ($n = 13$) med tung arbetsbelastning (REFA 2–4). Den längsta varaktigheten med nedsatt arbetsförmåga hade patienter med C-typ-frak-turer, dessa hade tunga arbeten (ex lastarbetare).</p>

Begränsningar med studien	Studien hade flera begränsningar. Dels var rehabiliteringsprogrammet endast standardiserat de första veckorna efter operationen. Även en nedsatt proprioceptiv funktion efter framgångsrik tibialplatårekonstruktion kan ha hindrat återgång till tungt arbete. I studien bedömdes endast operativt behandlade frakturer, det gör det därför inte möjligt att göra slutsatser angående konservativt behandlade, möjligen mindre allvarliga frakturer.
Studie	Cunningham BP, Dugarte AJ, McCreary DL, Parikh HR, Lindell JS, Williams BR, et al. Immediate Weightbearing After Operative Treatment of Bimalleolar and Trimalleolar Ankle Fractures: Faster Return to Work for Patients with Nonsedentary Occupations. The Journal of foot and ankle surgery: official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons. 2021; 60(1):11-6.
Författare	Cunningham, BP., et al.
Publiceringsår	2021
Land	USA
Studiedesign	Retrospektiv studie
Syfte	Syftet med studien är att undersöka om effekterna av att använda ett protokoll för tidig eller omedelbar viktbelastning (IWB) påverkar tiden för återgång till arbete i relation till fysiska krav i yrket (OPD). Den primära utfallet - tiden för återgång i arbetet med fokus på yrkets fysiska krav - kan användas för att stratifiera patienter. Hypotesen är att ett implementerat protokoll efter operation av bimalleolära och trimalleolära fotledsfrakturer kommer att resultera i en tidigare återgång till arbete jämfört med ett traditionellt postoperativt vårdprotokoll (TWB), och att effekten blir större hos patienter med tyngre OPD.
Studiepopulation	69 deltagare
Metod	Data om patienter som behandlats kirurgiskt för ankelfrakturer hämtades från ett register insamlat på en öppenvårdsklinik mellan december 2009 till oktober 2015. Inklusionskriterier var: isolerade, slutna skador; skelettmogna patienter; bimalleolär, bimalleolär-ekvivalenta eller trimalleolära fotledsfrakturer med eller utan skador på syndesmoslebandet behandlat med öppen reduktion och intern fixering (ORIF); och dokumenterad anställningsstatus. Totalt 69 patienter uppfyllde inklusionskriterierna. Trettiofyra patienter (49 %) behandlades via IWB-protokoll och 35 patienter (51 %) via TWB-protokoll. Medelåldern var likartad mellan IWB- och TWB-grupper (45,7 respektive 45,1 år). Alla patienter kontaktades via mail, och de som inte svarade kontaktades via telefon (max 5 försök) för att fylla i undersökningen. Telefonintervjuerna genomfördes mellan december 2016 och februari 2017.
Utfallsmått	För att få information om återgång i arbete användes en enkät som utarbetats i tidigare studier. Enkäten innehåller frågor om preoperativ arbetsstatus, preoperativ OPD, postoperativ tid för att återgå till arbetet, återgång till en lätt tillfällig arbetsperiod och återgång till full tjänst registrerades. Arbetsbelastning fastställdes med hjälp av definitioner från USA:s Department of Labor's Dictionary of Occupational Titles (DOT). Kategorier av fysisk arbetsbelastning var: stillasittande; lätt; medel; tung och mycket tung.

Rapporterat resultat (urval)	<p>Patienter i IWB-gruppen började belasta ankeln med full vikt betydligt tidigare än patienter i TWB-gruppen (IWB 2,7 mot TWB 5,7 veckor, $P < 0,01$) och samtliga patienter återvände till arbetet postoperativt. Ungefär lika många patienter i varje grupp återvände till tillfälligt lätt arbete innan återgång till heltid (32 % för IWB mot 40 % för TWB, $p = 0,49$). IWB-gruppen återgick till arbetet tidigare än TWB-gruppen, även om denna skillnad inte nådde statistisk signifikans (5,5 mot 8,3 veckor, $p = 0,08$)</p>
Begränsningar med studien	<p>Studien hade flera begränsningar. Även om patienterna samlades in från ett prospektivt register över fotledsfrakturer, är studien retrospektiv till sin natur. Det bör noteras att ~133 (62,7 %) av lämpliga studiedeltagare uteslöts från urvalet på grund av osäkerhet angående tillförlitlig kontaktinformation samt ofullständiga enkätdata. Detta kan ha resulterat i en urvals bias, eftersom patienter som uteslöts kan ha klarat sig betydligt sämre eller bättre än dem som deltog.</p>
Studie	Papasotiriou AN, Prevezas N, Krikonis K, Alexopoulos EC. Recovery and Return to Work After a Pelvic Fracture. Safety and health at work. 2017; 8(2):162-8.
Författare	Papasotiriou, AN., et al.
Publiceringsår	2017
Land	Grekland
Studiedesign	Longitudinell retrospektiv studie
Syfte	<p>Syftet med studien var för det första att följa återhämtning och återgång till arbete hos patienter med alla typer av bäckenfrakturer på grund av svåra trauman hos tidigare produktiva individer upp till medelålders i en longitudinell uppföljning, och för det andra att utforska de prediktiva faktorerna som kan relateras till återgång till arbete.</p>
Studiepopulation	77 män och kvinnor
Metod	<p>För att samla in kontakt- och basdata användes följande inklusionskriterier: (1) personer inlagda på sjukhus för bäckenfraktur under åren 1 januari 2003 till 31 december 2012; (2) den skadades ålder på olycksdagen skulle vara mellan 20 och 55 år; och (3) den skadade individen skulle ha avlönad anställning före olyckan.</p> <p>Totalt lades 539 patienter med bäckenfrakturer in på sjukhus under studieperioden. Nästan hälften av dem exkluderades på grund av åldersgränsen. Giltig kontaktinformation bekräftades för 136 (48,2%) deltagare, men 29 svarade aldrig på uppringning. Fyra andra patienter (en man och tre kvinnor) hade dött av orsaker som inte var relaterat till den initiala skadan. Etthundratre patienter ombads att delta i studien; 22 (21,4%) gav dock inte informerat samtycke. En man avbröt intervjuprocessen och tre var arbetslösa före bäckenskanan och exkluderades därför. Totalt 77 patienter som uppfyllde samtliga kriterier och som gav sitt samtycke deltog i studien.</p> <p>Telefonintervjuer genomfördes mellan mitten av mars och början av maj 2015.</p>
Utfallsmått	<p>Ett sammansatt frågeformulär användes för att samla in data inklusive demografi, data om skadan och utfallet. Data samlades in om aktiviteter före och efter olyckan, inklusive jobbrelaterade variabler (t.ex. fysisk och psykisk arbetsstress), typen av</p>

rehabilitering och varaktighet. Flera svar hämtades från patienternas register (t.ex. skadan datum, patientens ålder vid tidpunkten för olyckan, hur skadan uppkom, behandling).

Typen av bäckenfraktur skattades enligt **Tile och Younger-Burgess klassificering**.

För att mäta **utfall efter bäckenfrakturen** användes Majeeds frågeformulär. Det består av sju subskalor (smärta, arbete, sittande, sexliv, gånghjälpmedel, gång utan hjälp, och gångavstånd). Skalan är graderad från 0 till 100 (<55=dåligt, 55-69=ganska bra, 70-84=bra, 85=utmärkt), där högre poäng representerar de bästa resultaten, beräknade för 6 månader, 1 år, 2 år och på intervjudatumet efter olyckan (7 års genomsnittlig uppföljning).

Rapporterat resultat (urval)

De 77 deltagande individerna var i genomsnitt 32,9 år gamla (intervall, 20-55 år) vid olyckstillfället. Tiden för att återgå till arbetet var: <3 månader (n=21); 3-12 månader (n=28); >12 månader (n=15); uppsagd (n=13).

Trettiosex individer (46,7 %) återgick helt till arbete i samma position och med samma arbetsuppgifter, medan förändringar i arbetssituationen observerades för 41 individer (53,3%). Bland dem registrerades: långvarig arbetsfrånvaro 9,1 % (n=7); förtidspension, 7,8 % (n=6); återgång till arbete med begränsningar, 11,7% (n=9); återgång till arbete med nya arbetsuppgifter, 11,7 % (n=9); och ett helt nytt jobb, 13 % (n=10). Inkomsten var stabil för 53,3 % (n=41), medan 35 % (n=27) minskade sin inkomst och 11,7 % (n=9) hade en inkomstförbättring.

Begränsningar med studien

Validiteten av resultatet i studien begränsades av att kohorten härrörde från endast ett offentligt sjukhus, att ett högt antal patienter inte kunde spåras och att det kan vara svårt att minnas på grund av den retrospektiva designen. Dessutom saknas data eftersom det var många personer som inte gav sitt informerade samtycke, vilket ökar uppfattningen att studien innehåller bias.

Studie	Ekegren CL, Edwards ER, Oppy A, Liew S, Page R, de Steiger R, et al. Twelve-month work-related outcomes following hip fracture in patients under 65 years of age. <i>Injury</i> . 2017; 48(3):701-7.
Författare	Ekegren, CL., et al.
Publiceringsår	2017
Land	Australien
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att redovisa arbetsrelaterat utfall och prediktorer för återgång i arbetet 12 månader efter höftfraktur hos patienter under 65 år.
Studiepopulation	507 kvinnor och män
Metod	I studien inkluderades alla registrerade patienter med höftfraktur i åldern <65 år som registrerats i Victorian Orthopedic Trauma Outcomes Registry (VOTOR) från 1 juli 2009 till 30 juni 2013. Registret samlar in uppgifter om alla vuxna patienter (åldern >16 år) som inkommit pga ortopedisk skada via akutmottagningen med efterföljande sjukhusvistelse (>24 timmar) på något av fyra sjukhus i Victoria.

Patienter som överlevt fram till utskrivning från sjukhuset registrerade av VOTOR följdes rutinmässigt upp per telefon 6, 12 och 24 månader efter skadan. Utbildade telefonintervjuare kontaktade patienten, eller deras närmaste anhöriga när kontakt med patienten inte var möjlig (t.ex. annat språk än engelska, demens, etc.), för att samla in en rad funktionell, hälsorelaterad livskvalitet, smärta och arbetsrelaterade resultat.

För inkluderade patienter extraherades följande data från registret: demografiska uppgifter (ålder och kön), arbete före skada, status och yrke, orsak till skadan, diagnos (ICD-10), förekomst av samsjuklighet, nivå före skada, funktionshinder och aktivitetsbegränsningar (enligt ICF).

Utfallsmått	Samsjuklighet definierades enligt Charlson Comorbidity Index (CCI), som är mappad från ICD-10 för tillhörande betingelser.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Efter en justering av alla viktiga demografiska-, socioekonomiska- och variabler relaterade till skadan, identifierades fem faktorer som oberoende prediktorer för återgång till arbete. För patienter i åldern 16–24 år minskade oddsen för återgång till arbete med 78 %–89 % för varje 10-årsökning i ålder. Jämfört med patienter anställda som chefer, administratörer och professionella, var oddsen för återgång till arbete betydligt lägre för hantverkare, arbetare, service och säljare, samt för patienter som var egenföretagare. För dem som rapporterade ett funktionshinder före skadan var oddsen för återgång till arbete 79 % lägre jämfört med dem utan funktionsnedsättning och var 69 % lägre för patienter med andra skador utöver sin höftfraktur jämfört med de med en isolerad höftfraktur.</p> <p>I denna kohort (n=291) hade 65% av patienterna som arbetade innan olyckan återvänt till sitt arbete 12 månader efter olyckan.</p>
Begränsningar med studien	<p>Endast de fyra sjukhus som ingår i VOTOR bidrog med data till denna studie, vilket betyder att data inte nödvändigtvis var ett representativt urval av alla patienter med höftfraktur i delstaten Victoria. Men med tanke på att den vanligaste orsaken för höftfrakturskada hos yngre patienter är högenergetiskt trauma, säkerställer införandet av fyra stora (inklusive två större) traumasjukhus i detta register en bred täckning av yngre patienter med höftfraktur. Justeringen av viktiga confounders såsom skadeorsak och om höftfrakturen var isolerad eller inte, tillät inte justering för andra potentiellt viktiga confounders, såsom frakturernas svårighetsgrad eller omfattningen av tillhörande skador.</p>
Studie	Foot JA, Smith HK, Jonas SC, Greenwood R, Weale AE. Return to work following knee arthroplasty. <i>The Knee</i> . 2010; 17(1):19-22.
Författare	Foot, JA., et al.
Publiceringsår	2010
Land	Storbritannien
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Det finns mycket lite litteratur om återgång till arbete efter knäartroplastik hos yngre patienter. Syftet med denna studie var därför att titta på effekten av återkomst till arbete för olika typer av knäledsprotos hos dessa patienter.

Studiepopulation	109 kvinnor och män
Metod	Etthundratjugofem patienter, under 60 år, genomgick knäprotesplastik i form av antingen patellofemoral ledprotes (PFR), partiell (unicompartmental (UKR)) eller total knäprotes (TKR). Dessa operationer utfördes av två seniorkirurger vid Avon Ortopediskt centrum i sydvästra England. På varandra följande patienter rekryterades och en etisk kommitté godkände studien.

Patienterna ombads att lämna information angående deras anställningsstatus preoperativt, uppgifter om återgång till arbetet postoperativt och deras subjektiva åsikt om vilken effekt knäoperationen hade haft på deras förmåga att återgå till arbetet. Effekten graderas 1–5 där 1 är signifikant försämrad till 5 är signifikant förbättring. Alla patienter som återvände till arbetet ombads också att betygsätta deras postoperativa sysselsättning som 'mindre fysiskt intensiv', 'samma fysiska intensitet' eller 'mer fysiskt intensiv' jämfört med deras arbete före operationen. Demografisk information registrerades inklusive patientens ålder, kön, preoperativ diagnos och uppföljningstider. Patienter över 60 år av ålder vid operation exkluderades.

Utfallsmått	Återgång till arbete definierades som den tid det tog från knäprotesoperationen fram till att kunna utföra normala arbetsuppgifter i arbetet.
--------------------	--

Typ av implantat registrerades och Oxford- och WOMAC-knäpoäng erhöles för alla patienter.

Resultatmått **smärta**, **stelhet** och **nedsatt funktionsförmåga** mättes med

- **WOMAC**-poäng som är ett standardiserat frågeformulär för att utvärdera patienter med knä- och höftartros. Den mäter smärta (skala 0-20), stelhet (skala 0-8) och funktionsnedsättning (skala 0-68).
- **Oxford Knee Score (OKS)** är ett 12-item självrapporterande frågeformulär specifikt designat och utvecklat för att kartlägga funktion och smärta efter knäartroplastik.

Rapporterat resultat (urval)	Av de 125 patienterna gick 11 inte att få kontakt med, tre vägrade att delta i studien och två hade dött. Studiepopulationen uppgick därmed till 109 patienter varav 37 genomgick PFR, 31 UKR och 41 TKR. Preoperativ diagnos var övervägande artros i alla tre grupper. Uppföljningen sträckte sig från 14 - 61 månader och medelvärdet var 36 månader. En analys av patienterna som var i arbete både preoperativt och postoperativt jämfördes. Denna visade att det inte fanns någon signifikant skillnad i anställningsstatus innan operation mellan de tre grupperna ($p=0,852$). Däremot fanns det skillnader i sysselsättningsstatus efter operationen, mellan de tre grupperna, men dessa var inte statistiskt signifikanta $p=0,193$.
-------------------------------------	---

82 % av patienter som fått antingen en TKR eller UKR kunde återgå till arbetet postoperativt, men bara 54 % av dem som hade en PFR återgick till arbetet. Detta var statistiskt signifikant jämfört med patienter i de två andra grupperna $p=0,047$. Mediantiden för återgång till arbete postoperativt för studiepopulationen var 12 veckor. De i PFR-gruppen hade en mycket längre mediantid för återgång till arbete på 20 veckor jämfört med TKR-gruppen (12 veckor) och UKR-gruppen (11 veckor). Även detta var statistiskt signifikant. Återgången till arbete går dubbelt så snabbt i UKR-gruppen (2,04) och nästan dubbelt så

snabbt i TKR-gruppen (1,72) jämfört med dem som hade en patellofemoral ledersättning.

Jämförelsen mellan patienterna i de tre operationsgrupperna om deras subjektiva uppfattning om operativ påverkan på förmågan att arbeta visade att sexton procent av de patienter som hade en PFR ansåg att deras arbetsförmåga var betydligt sämre, jämfört med 12 % i TKR-gruppen och 3 % i UKR-gruppen. Vidare kände bara 8% av patienterna som hade en PFR att arbetsförmågan var betydligt bättre, jämfört med 37 % i TKR-gruppen och 29 % i UKR-gruppen.

Begränsningar med studien

En begränsning i studien var att några patienter kontaktades upp till 5 år postoperativt och deras minne av händelser och i synnerhet hur lång tid det tog att återgå till arbetet var kanske inte är helt tillförlitlig.

Skuldror/axel/nacke

Skulder och axelledsbesvär - M75.4, M75.3, M75.0, M75.1, M65.9B	M75.0 Adhesive capsulitis of shoulder M75.1 Rotator cuff syndrome M75.3 Calcific tendinitis of shoulder M75.4 Impingement syndrome of shoulder M65.9 Synovitis and tenosynovitis, unspecified
---	---

Skuldror, axel och nacke

Det här dokumentet redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid sjukdomar och skador i skuldror, axel och nacke.

Studie	Ackerman IN, Fotis K, Pearson L, Schoch P, Broughton N, Brennan-Olsen SL, et al. Impaired health-related quality of life, psychological distress, and productivity loss in younger people with persistent shoulder pain: a cross-sectional analysis. Disability and rehabilitation. 2021:1-10.
Författare	Ackerman, IN., et al.
Publiceringsår	2021
Land	Australien
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	Studiens syfte var att: <ul style="list-style-type: none">• Jämföra HRQoL, för personer i åldern 20–55 år som har axelsmärta, med ålders- och könmatchad australiensisk normalbefolkning;• utvärdera axelsmärta, axelrelaterad funktion, psykologisk oro, axelrelaterade funktioner i samband med föräldraskap, betalt och obetalt arbete, och arbetsproduktiviteten i patientgruppen; och• undersöka nyttjande av sjukhusvård, läkemedelsanvändning och out-off-pocket sjukvårdsutgifter för axelvärk.
Studiepopulation	81 kvinnor och män
Metod	Deltagare rekryterades mellan 2017–2018 från ortopediska

kliniker på tre stora sjukhus i Victoria, Australien. För att inkluderas i studien var kriterierna; individer i åldern 20–55 år och med axelsmärta i mer än 6 veckor relaterad till tillstånd som, men inte begränsat till, osteoarthritis (OA), rotatorcuff-relaterad axelsmärta, sjukliga förändringar i kapseln, glenohumeral instabilitet eller inre störningar i de glenohumerala eller akromioklavikulära lederna. En standardiserad screening skedde via telefon för att säkerställa att kriterierna var uppfyllda. Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke och fyllde i ett frågeformulär för baslinjedata.

Utfallsmått

Hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) bedömdes med hjälp av Assessment of Quality of Life (AQoL)-instrumentet. AQoL innehåller 12 frågor som ger ett nyttovärde från 0,04 (sämsta HRQoL) till 1,00 (full HRQoL), med en minsta viktig skillnad på 0,06 enheter. AQoL-poäng <0,30 indikerar mycket dålig HRQoL.

Psykologisk ångest bedömdes med Kessler Psychological Distress Scale (K10), som innehåller 10 frågor relaterade till ångest, depression och oro och ger en poäng från 10 (låga psykiska besvär) till 50 (hög ångest).

Genomsnittlig **axelsmärta** under de senaste sju dagarna bedömdes med hjälp av en numerisk betygsskala från 0 (ingen smärta) till 10 (svår smärta).

Axelfunktionen utvärderades med hjälp av Oxford Shoulder Score (OSS) innehållande 12 frågor som ger poäng från 0 (allvarliga symtom) till 48 (milda symtom), och QuickDash innehållande 11 frågor som ger poäng från 0 (inget funktionsnedsättning) till 100 (svåra funktionsnedsättningar).

För anställda med axelrelaterat arbete utvärderades **produktiviteten** med hjälp av Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) ett frågeformulär med 6 frågor. WPAI kvantifierar andelen arbetstid som missats de senaste sju dagarna på grund av axelsmärta (sjukfrånvaro), andel funktionsnedsättning under arbetet på grund av axelsmärta (s.k. "presen-teeism"), samt total nedsatt arbetsförmåga på grund av axelsmärta.

Rapporterat resultat (urval)

I genomsnitt visade studiedeltagarna påtagligt nedsatt HRQoL, med en genomsnittlig AQoL-poäng på 0,50 (0,25) vilket indikerar måttlig HRQoL. Tre procent av deltagarna rapporterade lägsta möjliga AQoL-poäng på 0,00 och ingen deltagare rapporterade hög HRQoL. Nästan en fjärdedel av deltagarna (n=19, 23%) hade en AQoL-poäng <0,30, vilket tyder på en mycket dålig HRQoL.

Medelvärde för K10 för deltagarna var 22,2 (8,7). Tjugosju procent av deltagarna (n=22) klassades ha låg psykisk ångest och 22 % (n=18) klassificerades ha måttlig ångest. Hög psykisk ångest var avsevärt högre hos studiedeltagare än för normalbefolkningen, detta gällde även för mycket hög ångest (20 vs. 4%). Detta motsvarar en trefaldig ökning av sannolikheten för hög eller mycket hög psykologisk oro hos studiedeltagare, jämfört med normalbefolkningen (relativ risk 3,67, 95 % KI 2,94–4,59).

Axelsmärta för deltagarna under de senaste 7 dagarna var 5,74 (2,19) i genomsnitt, vilket indikerar måttlig smärta. Medelvärde (SD) OSS på 28,37 (9,87) indikerade också måttliga symtom, medan den genomsnittliga (SD) QuickDash-poängen på 44,96 (22,79) indikerade måttlig axelrelaterad funktionsnedsättning.

Tjugofem procent av deltagarna (n=20) rapporterade att de hade slutat lönearbeta på grund av axelvärk, medan 22 %

(n=18) rapporterade att de inte kunde utföra något obetalt arbete pga axelvärk. Den genomsnittliga (SD) poängen 36,16 (jmf 26,40) för arbetsmodulen i QuickDash indikerade lindrigt nedsatt arbetsförmåga. Antalet timmar per vecka hos de 47 anställda med axel-relaterat arbete var <20 h/w (n=4); 20–40 h/w (n=31); >40 h/w (n=9). Frånvaron under de senaste 7 dagarna var låg, endast 6 deltagare hade sjukfrånvaro pga axelsmärta. Sjukfrånvaron varierade från 1 till 40 timmar. Däremot var en betydande sjuknärvaro uppenbar, 36 deltagare rapporterade nedsatt arbetsförmåga pga axelbesvär när de arbetar. Förlorad arbetsproduktivitet pga sjuknärvaro under de senaste 7 dagarna varierade från 1,5 till 32 timmar.

Begränsningar med studien

Eftersom individuella inkomstuppgifter inte var tillgängliga, kvantifierades produktivitetsförlusten med hjälp av nationella inkomstdata för varje rapporterad yrkeskategori. Detta fångar inte individuell lönevariation och ger sannolikt en försiktig uppskattning av produktivitetsförlust. Det var en relativt hög andel deltagare som hade träffat en ortoped under de senaste 12 månaderna vilket kan återspegla sannolikt den rekryteringsmetod som använts för denna studie (patienter rekryterades från ortopediska kliniker). Rekryteringsmetoden kan begränsa generaliserbarheten av fynden till personer som inte söker sjukvård för sina axelbesvär och som kan ha lägre nivåer av smärta och/eller funktionsnedsättningar.

Studie

Dietrich M, Wasmer M, Platz A, Spross C. Return-to-Work Following Open Reduction and Internal Fixation of Proximal Humerus Fractures. The open orthopaedics journal. 2014; 8:281-7.

Författare

Dietrich, M., et al.

Publiceringsår

2014

Land

Schweiz

Studiedesign

Retrospektiv studie

Syfte

Syftet med studien var att ta reda på om det finns ett samband mellan subjektiva eller objektiva resultatmått och möjligheten att återgå till arbetet. Det skulle vara användbart att kunna definiera ett visst gränsvärde för axelfunktion, som tillåter återgång till arbete efter en axeloperation. En självrapporterad funktionsnivå eller välbefinnande kan vara en bättre prediktor för återgång till arbetet efter axelskada. Ett ytterligare syfte var att undersöka och jämföra två vanliga instrument (SF-36 och Constant-Murley Score [CMS]) med avseende på förmågan att återgå till det tidigare arbetet, samt om anställda som fortfarande hade begränsad rörelseförmåga kunde återvända tidigare, såvida de inte hade ett arbete med hög fysisk arbetsbelastning.

Studiepopulation

305 patienter

Metod

Under en tidsperiod från mars 2003 till juni 2008, utvärderades alla isolerade traumatiska proximala överarmsfrakturer som stabiliserats med PHILOS®-plattan (Proximal Humeral Interlocking System) i denna prospektiva observationsstudie på ett sjukhus. Eftersom vi var särskilt intresserade av populationen personer i arbete definierade vi en åldersgräns på 65 år.

Frakturen dokumenterades med ATO/ASIF klassificeringssystem. Alla inkluderade patienter grupperades retrospektivt in antingen i en grupp med "kontorsarbetare" (ex språklärare, banktjänsteman, arbete på callcenter eller datavetare) eller

en grupp med "fysiskt arbetande" (ex målare, smed, vägbyggnadsarbetare eller bonde). Ingen av patienterna genomgick någon undersökning den exakta dagen för återgång till arbetet. För att få de mest relevanta gränsvärdena för den dagen utvärderades bara patienter inom 7 dagar före eller 7 dagar efter återgång till arbete. Återgång till arbete definierades som tiden i dagar fram till att patienten kunde återgå till sitt tidigare arbete på heltid.

Utfallsmått

Livskvalitet mättes med hjälp av Medical Outcomes Study (MOS) 36-items Short Form (SF-36). Frågeformuläret är tillförlitligt och validerat. Beräkning av poängen och poängchecken utfördes i enlighet med SF-36 manual och tolkningsguiden.

Constant-Murley Score (CMS) användes för att mäta **smärta, daglig aktivitet, styrka** och **rörelseförmåga** i axeln. CMS är en 100-poängsskala som består av ett antal individuella parametrar för att bestämma funktionaliteten efter behandling av en axelskada. Testet är indelat i fyra underskalor: smärta (15 poäng), daglig aktivitet (20 poäng), styrka (25 poäng) och rörelseförmåga: framåtböjd, extern rotation, abduktion och inre rotation av axeln (40 poäng). Ju högre poäng, desto högre kvalitet på funktionen. För styrka användes en mekanisk dynamometer.

Rapporterat resultat (urval)

Under studiens tidsperiod, behandlades 100 patienter yngre än 65 år med en PHILLOS®-platta på grund av en proximal överarmsfraktur. Alla operationer utfördes inom de 10 första dagarna efter skadan. Tjugoåtta (28%) patienter uppfyllde inte inklusionskriterierna och exkluderades. Totalt 72 patienter uppfyllde inklusionskriterierna och ingick i studien. Borttagning av plattan pga subakromial impingement eller pga patientens begäran utfördes i 17 (23%) fall. Medianåldern var 52 år (22-64), 37 (51 %) var kvinnor. Medianuppföljningen var 270 dagar (73-471), medan den genomsnittliga tiden på sjukhus var 7 dagar (1-23). De flesta patienterna hade ett stillasittande arbete (49, 68%), medan 23 (32%) patienter arbetade i ett fysiskt krävande jobb. Det fanns ingen signifikant skillnad ($p > 0,05$) avseende ålder, kön, typ av fraktur eller längd på sjukhusvistelse mellan de två grupperna.

Den genomsnittliga frånvarotiden från arbetet var 47 dagar (4-240). Totalt återvände 48 patienter (67%) tillbaka till arbetet under de 3 första månaderna, 20 (28%) under de andra 3 månaderna, och endast 4 (5%) patienter behövde mer än 6 månader för att återgå till arbete. Det var en signifikant skillnad i återgång till arbete mellan grupperna. För gruppen med lätt arbetsbelastning var den genomsnittliga tiden för återgång till arbete 42 dagar medan den var 118 dagar för gruppen med tung arbetsbelastning ($p < 0,001$). Majoriteten i den första gruppen återgick till arbete under den första månaden efter operation, medan den andra gruppen återgick till arbete 4 månader efter operationen.

Vid 3 månaders uppföljning fanns en signifikant ($p < 0,05$) skillnad i poängen för CMS och SF-36 till förmån för gruppen med lätt arbetsbelastning. Fast det inte var statistiskt säkerställt var alla poäng genomgående lägre i gruppen med tung arbetsbelastning efter 3 månader.

Begränsningar med studien

En begränsning i studien följande, för jämförelsen av poängen och den exakta tidpunkten för återgång till arbete var vi tvungna att göra en uppskattning, eftersom ingen av patienterna genomgick undersökningen exakt den dagen. Endast patienter med poäng inom intervallet 7 dagar innan och efter

återgång till arbete inkluderades, vilket gjorde att antalet patienter för denna beräkning var få, men ger ändå en uppfattning om gränsvärden för återgång till arbete.

Studie	Didden K, Leirs G, Aerts P. The impact of the belgian workers' compensation system on return to work after rotator cuff surgery. Acta orthopaedica Belgica. 2010; 76(5):592-7.
Författare	Didden, K., et al.
Publiceringsår	2010
Land	Belgien
Studiedesign	Retrospektiv
Syfte	Syftet med studien är att undersöka sambandet mellan arbetstagares ersättningsstatus och tiden till återgång i arbetet efter rotator cuffsoperation. Resultatet kan ge information om den genomsnittliga tiden det tar att återvända till heltidsarbete efter operation och påverkan av nivån på arbetsbelastningen i patienters yrke.
Studiepopulation	73 kvinnor och män
Metod	<p>Data om samtliga unilaterala primära rotator cuffsoperationer som genomförts under januari 2004 och december 2008, på patienter som hade en anställning, dokumenterades. Alla operationer och uppföljningar av rotatorcuff operationerna utfördes kirurgiskt. Operationerna av rotatorcuff skedde med öppen metod (n=34), respektive artroskopisk metod (n=39). Uppgifter samlades in retrospektivt av en oberoende forskare som inte var involverad i behandlingen.</p> <p>Inklusionskriterier för deltagande i studien var; ensidig, primär rotatorcuffsoperation; ålder (18-55 år), boende och yrkesarbete i Belgien; tillhörande det belgiska försäkringssystemet.</p> <p>Nittiotre patienter uppfyllde inklusionskriterierna. Åttiofem patienter spårades för intervju. Femtioen patienter besvarade frågorna muntligt. Efter tre obesvarade telefonsamtal, skickades frågeformuläret till patienternas hemadress. Tjugotvå av de 34 frågeformulären återlämnades. Slutligen fanns totalt 73 färdigställda frågeformulär (37 män och 36 kvinnor). Medelåldern vid operationstillfället var 49 år (intervall: 36 till 55). Förtidspension vid kronisk sjukdom är möjligt över 55 år i Belgien.</p>
Utfallsmått	<p>Frågeformulär med frågor om orsaken till att rotatorcuffen skadades (kroniskt eller akut, privat eller arbetsrelaterat), den fysiska arbetsbelastningen på axeln utifrån patienternas yrke, ledighet före operation, försening av återgång till arbete efter operation och återgång (om någonsin) till preoperativ nivå av fysisk belastning av axeln.</p> <p>För att mäta fysisk belastning på axeln i patientens yrke, användes två kriterier. Genomsnittlig last som lyfts under dagliga aktiviteter fick betyget; 0 = ett skrivbordsjobb; 1 = att lyfta mindre än 15 kg; 2 = att lyfta 15 till 25 kg; 3 = att lyfta mer än 25 kg. Frekvensen av arbetet över axelhöjd mättes enligt; A=sällan, B=flera gånger i veckan och C=kontinuerligt.</p>

Above shoulder level:	seldom	<3d/week	continuously
Carried weight	I		
(0)			
(1): < 15kg	II	II	III
(2): 15 - 25 kg	II	III	III
(3): > 25 kg	IV	IV	IV

Enligt en klassificering (Iannotti) kan vikt och frekvens kombineras enligt: **I**: stillasittande (0), **II** lätt (1A, 1B, 2A), **III** medium, (1C, 2B, 2C); och **IV** tung (3A, 3B, 3C). Genom att tillämpa klassificeringen indelades deltagarna enligt: grupp **I** (n=9); grupp **II** (n=25); grupp **III** (n=18); och i grupp **IV** (n=21).

Rapporterat resultat (urval)

De 73 patienterna delades in i tre grupper enligt deras ersättningsstatus i Belgiens ersättningsystem.

Den första gruppen (n=9) hade en arbetsrelaterad olycka och fortsatte att få full lön betald av arbetsgivarens försäkringsbolag. För denna grupp var den genomsnittliga tiden för att återgå till arbetet mer än sju månader (median 6 månader, intervall: 3-15 månader).

För den andra gruppen anställda (n=55) var olyckan privat eller kronisk och de fick en ersättning från det nationella sjukförsäkringssystemet. Denna grupps genomsnittliga postoperativa tid för att återgå till arbetet var 4,7 månader (median 4 månader, intervall: 0-13 månader).

Den tredje gruppen, egenföretagare (n=9), fick ersättning från det nationella sjukförsäkringssystemet. Egenföretagarna hade en genomsnittlig postoperativ tid för att återgå till arbetet på 2,4 månader (median 2,5 månader, intervall: 0-5 månader).

I grupp **I** återgick alla patienter till sitt tidigare yrke efter operationen, med en genomsnittlig fördröjning på 0,7 månader (intervall: 0-9 månader). I grupp **II** återvände tre av de 25 patienterna inte till arbetet efter deras operation. I denna grupp var den genomsnittliga tiden att återgå till arbetet 3 månader (intervall: 0-12 månader). I grupp **III** kunde fyra av de 18 patienterna (22 %) inte återgå till sitt tidigare arbete, utan bytte till ett mer anpassat yrke. Den genomsnittliga tiden att återgå till arbete var 4 månader (intervall: 1-15 månader). I grupp **IV** kunde 5 av 21 patienter (24 %) inte återgå till sitt tidigare yrke. Den genomsnittliga tiden att återgå till arbetet var 6 månader (intervall 0,75 – 13 månader).

Begränsningar med studien

Endast 73 patienter som behandlats på en klinik under en period av 5 år deltog. Ett större urval av patienter som ses i flera kliniker skulle vara mer representativt. Vi tog inte hänsyn till samsjuklighet, rök- eller alkoholvanor. Eftersom studien är retrospektiv, dokumenterades inte patienternas preoperativa förväntningar. Den största begränsningen är bristen på information om omfattningen av skadans allvarlighetsgrad.

Studie

Hauschild ED, Gilat R, Lavoie-Gagne O, Fu MC, Tauro T, Forsythe B, et al. Return to Work After Primary Rotator Cuff Repair: A Systematic Review and Meta-analysis. The American journal of sports medicine. 2021:363546520975426.

Författare

Hauschild, ED., et al.

Publiceringsår

2021

Land

USA

Studiedesign	Systematisk review och metaanalys
Syfte	Syftet med studien är att systematiskt granska litteratur om graden av återgång till det tidigare arbetet efter öppen och arroskopisk rotatorcuffsoperation och för att identifiera faktorer för en högre grad av återgång till arbete. Hypotesen var att arbetare som genomgått rotatorcuffsoperation skulle ha en högre grad av återgång till arbete och att operationsmetod, typ av arbete och arbetstagares ersättningsstatus skulle vara viktiga faktorer för att kunna återgå till den tidigare arbetsnivån.
Studiepopulation	N/A
Metod	En systematisk genomgång av undersökningar som rapporterat utfall av återgång i arbete efter operation av rotatorcuff genomfördes med en litteratursökning i PubMed, Embase och Cochrane Database of Systematic Reviews. Referenslistor över alla inkluderade studier granskades för att identifiera ytterligare relevanta studier som inte identifierats i den ursprungliga sökningen. Sökstrategin utfördes genom att kombinera följande nyckelord: (1) "rotatorcuffsoperation" ELLER "cuff" och (2) "återgång i arbete". Alla sökningar genomfördes i februari 2020. Inklusionskriterier: dokumentation av graden av återgång i arbete, evidensnivå 1 till 4, och artiklar på engelska.
Utfallsmått	Eftersom samtliga identifierade studier var icke-randomiserade, bedömdes studiens kvalitet med metodindexet för icke-randomiserade studier (MINORS) och Newcastle-Ottawa-skalan (NOS). MINORS består av en checklista med 12 punkter för att skatta metodologisk kvalitet, med möjliga poäng på 0 (kvalitet ej rapporterad), 1 (kvalitet rapporterad men otillräcklig) och 2 (kvalitet rapporterad och tillräcklig). NOS bedömer på samma sätt kvaliteten med 8 punkter, med ett maximum av 9 poäng för tillgängliga i studier av högsta kvalitet.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Sökningen gav 271 referenser, som (dubbletter borttagna) resulterade i 181 publikationer för titel- och abstraktgenomgång. Efter titel- och abstraktgenomgången, granskades 17 artiklar i fulltext enligt inklusionskriterier. Av dessa, exkluderades 2 då de inte separerade återgång i arbete från återgång till idrottsaktiviteter; 2 artiklar rapporterade endast medicinsk utskrivning till arbete; och 2 exkluderades eftersom de inte rapporterade graden av återgång till tidigare arbete. Ytterligare två studier som hittades utanför den inledande sökningen uppfyllde inklusionskriterierna och ingick i analysen. Totalt, inkluderades 13 studier i denna översikt. Alla studier var retrospektivt utförda och bestod av 7 st nivå 4 studier, 5 st nivå 3 studier, och 1 nivå 2 studie.</p> <p>Elva av de 13 utredningarna gav adekvat information för att bedöma återgång till arbete som en funktion av öppen eller arroskopisk kirurgisk teknik. Analysen bestod av 599 arroskopiska operationer och 258 öppna operationer. Det fanns inga signifikanta skillnader i återgång i arbete mellan patienterna i de båda kohorter ($P = 0,418$).</p> <p>Det primära resultatet av denna granskning var att majoriteten av patienter som genomgår operation av rotatorcuff kan förvänta sig att återgå till tidigare arbete ca 8 månader efter operationen. Graden av återgång till tidigare arbete var jämförbar oavsett vilken operationsmetod som använts, medan arbetare inom yrken med högre fysisk belastning återgick till det tidigare arbetet i betydligt lägre grad än dem i stillasittande yrken. Arbetare med ersättning för sjukfrånvaro återgick till det tidigare arbetet i lägre grad jämfört med arbetare utan ersättning.</p>

Begränsningar med studien	En betydelsefull begränsning är den låga bevisnivån och den höga heterogeniteten bland de ingående studierna. Inkluderade studier av återgång till arbete utfördes alla retrospektivt med heterogena patientkohorter och ofta med litet urval. Dessutom fanns det olika definitioner av typ av arbete och försäkringsstatus i studierna. Dessa faktorer ökar sannolikheten för bias i resultaten av denna studie.
Studie	Louwerens JKG, Kuijer P, Sierevelt IN, van den Bekerom MPJ, van Royen BJ, Eygendaal D, et al. The Impact of Minimally Invasive Treatment for Rotator Cuff Calcific Tendinitis on Self-Reported Work Ability and Sick Leave. <i>Arthroscopy, sports medicine, and rehabilitation</i> . 2020; 2(6):e821-e7.
Författare	Louwerens, JKG., et al.
Publiceringsår	2020
Land	Nederländerna
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att undersöka effekten av rotator cuff calcific tendinitis (RCCT), om patienters självrapporterade arbetsförmåga och sjukskrivning, att jämföra arbetsförmåga och sjukfrånvaro med axelfunktion efter minimalt invasiv behandling, och att bedöma vilka prognostiska faktorer som påverkar förändring i arbetsförmåga. Vi antog att RCCT skulle ha en betydande inverkan på arbetsförmågan och sjukskrivning och att detta skulle korrelera med en större funktionsnedsättning. När det gäller prognostiska faktorer, antog vi att arbetsstatus (avlönad eller egenföretagare), arbetsbelastning och framgångsrik resorption av avlagringar skulle vara de viktigaste prediktorer för förändring i arbetsförmåga.
Studiepopulation	67 kvinnor och män
Metod	<p>Studien utformades som en prospektiv kohortstudie. Patienterna var inkluderade i en publicerad klinisk randomiserad kontrollerad studie som jämför "high-energy extracorporeal shockwave therapy" (ESWT) med "ultrasound-guided needling" (UGN) hos patienter med RCCT med konstanten som huvudsakligt resultatmått. För den aktuella studien analyseras de båda grupperna som en kohort för att svara på våra forskningsfrågor rörande arbetsförmåga och sjukfrånvaro. Studien pågick mellan maj 2014 och december 2017.</p> <p>Sextiosju patienter som remitterades till en poliklinisk ortopedisk mottagning och som hade kliniska tecken på icke-traumatisk anterograd-lateral axelsmärta när armen var upphöjd ingick. Patienter som inkluderades var antingen egenföretagare eller anställda. Inklusionskriterier för deltagande i studien var; ålder >18 år; kliniska tecken på subacromial pain syndrome (SAPS), standardiserade röntgenbilder som visar en kalkavlagring i rotatorcuff-senorna med en diameter på minst 5 mm i storlek, morfologiska typ I- och typ II-avlagringar motsvarande klassificeringen (typ I, skarpt konturerade och tät strukturerade; typ II, skarpt skisserad och inhomogena eller homogena utan någon definierad gränsen), symtom i mer än 4 månader, ett avslutat och misslyckat icke-kirurgiskt behandlingsprogram inklusive icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, sjukgymnastik och en subakromial infiltration med en kortkosteroid.</p> <p>Båda grupperna behandlades med "high-energy extracorporeal shockwave therapy" (ESWT) respektive med "ultrasound-guided needling" (UGN).</p>

Utfallsmått

För att bedöma självrapporterad **arbetsförmåga**, användes en-frågeformuläret "work ability score" (WAS) för att skatta den nuvarande arbetsförmågan jämfört med den bästa arbetsförmågan under arbetslivet. Skattningsskalan innehöll poängen 0="fullständigt oförmögen att arbeta" till 10="arbetsförmåga när den är som bäst" och användes som det primära resultatet av denna studie.

Arbetsförmågan kategoriserades enligt följande: dålig (0-5 poäng), måttlig (6-7), bra (8-9), utmärkt (10). WAS är en del av Work Ability Index (WAI), ett 7-delat självskattningsformulär. Även aspekter av patienternas **arbetsituation** självrapporterades med hjälp av WAI: antal arbetstimmar per vecka; frånvaro från arbetet i förra månaden på grund av axelbesvär (ja/nej; antal dagar), om patienten ansåg att axelbesvärerna var arbetsrelaterade.

Deltagarnas **arbeten klassificerades** som lätta, medel eller tunga, motsvarande de fysiska kraven på axeln. De fysiska kraven baserades på evidensbaserade kriterier för arbetsrelaterad SAPS framtaget av Dutch Centre for Occupational Diseases.

Sex månader och 1 år efter behandlingen var patienterna ombedd att svara på WAI igen. Baserat på skillnaden i poäng för sysselsättning före och efter behandling, arbetstid och arbetsförmåga, klassificerades **sjukfrånvaro** som full återgång till arbetet=inga upplevda begränsningar; partiell återgång till arbete=delvis förbättring av arbetsförmåga och arbetstider; och heltidssjukskriven=lämnat arbetslivet.

Rapporterat resultat (urval)

Mellan maj 2014 och december 2017, inkluderades totalt 67 patienter. En patient gick förlorad till uppföljning efter 6 månader. Medelåldern var $49,6 \pm 6,4$ år och 45 (67%) var kvinnor. Den genomsnittliga varaktigheten av symtomen var $3,2 \pm 3,0$ år, och supraspinatus var den vanligaste (87 %) drabbade senan. De flesta patienter var anställda (78%). Fysisk arbetsbelastningen kategoriserades som lätt (58%), medium (24%) och tung (18%). Nitton patienter rapporterade sjukskrivning (28 %), varav 9 patienter (13 %) var permanent sjukskrivning. Tjugo procent av patienterna uppgav att deras axelbesvär var arbetsrelaterade.

Mellan 6 månader och 1 år förlorade 2 patienter sina jobb på grund av icke-axelrelaterade skäl. WAS hade förbättrats från ett medel på $6,1 \pm 2,8$ till $8,5 \pm 2,0$ efter 1 år. Förändringen från baslinjen för arbetsrelaterade faktorer förbättrades avsevärt för alla fyra underkategorier: arbetsförmåga, kvalitet på arbetet, kvantitet av arbete och funktionella begränsningar. Av de 9 patienter som rapporterades vara heltidssjukskrivna var 5 patienter fortfarande heltidssjukskrivna efter 6 månader och 2 efter 1 års uppföljning. Andelen patienter som rapporterade sjukfrånvaro minskade från 19 patienter (28 %) till 4 patienter (6 %) och en minskning av sjukfrånvaron från ett medelvärde på 3,3 dagar i månaden till 0,7 dagar i månaden.

Begränsningar med studien	Begränsningar i studien är att den inte inkluderade en kontrollgrupp och det går därför inte att jämföra resultatet med patienter som inte får behandling. Dessutom, eftersom studien fokuserade specifikt på RCCT, är uttalanden i studien inte generaliserbara till andra tillstånd som orsakar SAPS.
Studie	Luyckx L, Luyckx T, Donceel P, Debeer P. Return to work after arthroscopic subacromial decompression. Acta orthopaedica Belgica. 2011; 77(6):737-42.
Författare	Luyckx, L., et al.
Publiceringsår	2011
Land	Belgien
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Syftet med denna studie är att undersöka sjukfrånvarons längd och sambandet med arbetstagares ersättningsstatus efter artroskopi subakromial dekompression. Även andra faktorer som påverkar sjukfrånvaron identifierades.
Studiepopulation	272 kvinnor och män
Metod	Samtliga 272 patienter som genomgick artroskopisk subakromial dekompression mellan januari 2005 och oktober 2009 på en vårdenhets, ombads att fylla i ett frågeformulär minst ett år postoperativt.
Utfallsmått	Ett frågeformulär innehöll frågor om ålder, kön, BMI, rökbetende, arbetssituation, typ av arbete, opererad sida, tid till återgång till arbetet , komplikationer, ersättningsstatus och tillfredsställelse. Dessutom, granskades alla patientjournaler och operationsrapporter.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Tvåhundrasjuttiofyra patienter inkluderades i studien. Etthundrasextiosex returnerade frågeformuläret med en svarsfrekvens på 61 %. I genomsnitt var uppföljning vid 15 månader och den kortaste vid ett år. Den genomsnittliga medelåldern hos respondenterna var 54 år (SD: 9,75 intervall: 22-82). Sextiofem män (39 %) och 101 kvinnor (61 %) deltog i studien. Sextiosex opererades på vänster sida (40%) och 97 på höger sida (58 %), och 3 patienter genomgick en bilateral operation (2%). Den drabbade sidan var den dominerande sidan i 106 patienter (64%). Trettionio patienter (23%) var rökare, 14 patienter (8,4%) hade diabetes och medel-BMI var 26,8 (SD: 4,45 intervall: 19-42). Etthundratjugotre patienter hade en isolerad artroskopisk dekompression (74 %), 43 hade ytterligare en artroskopisk AC-resektion (26%).</p> <p>Sextiosex patienter var antingen arbetslösa (5), pensionerade (28), sjukskrivna (20) eller hemmafruar (13). Det innebar att 100 patienter (60%) var yrkesverksamma vid operationstillfället. Medelåldern hos dem var 50 år (SD: 8,18 intervall: 22-72). Det var 45 män (45 %) och 55 kvinnor (55 %). Egenskaper avseende opererad sida, dominant sida, BMI, rökbetende, diabetes och komplikationer priserna var jämförbara med hela gruppen. Fyrtiofyra av dem (44%) hade ett yrke som krävde manuellt arbete. Sjuttiofem (75%) genomgick en isolerad subakromial dekompression, 25 (25 %) hade en extra artroskopisk AC-resektion. Vid senaste uppföljningen var nio patienter fortfarande inte i arbete. Av de 91 patienter som återgick till arbetet var medelvärdet 11,1 veckor (SD: 8,26 intervall: 0-48).</p>

Av de 100 arbetstagarna hade 79 fått ersättning från hälso- och sjukvårdsförsäkring, som är en del av det belgiska socialförsäkringssystemet (grupp A). Femton patienter fick ersättning från privata försäkringsbolag (grupp B) och 6 patienter var egenföretagare och fick således ingen eller minimal ersättning (grupp C). Det fanns en statistisk betydande skillnad i tid till arbete återupptagande mellan de olika ersättningsgrupper: egenföretagare (grupp C) hade kortaste tiden innan arbetet återupptas med en mediantid på 1 vecka, jämfört med 8 veckor i grupp A och 12 veckor i grupp B.

Begränsningar med studien	Studien begränsningar är bl.a. att den genomfördes på ett retrospektivt sätt utifrån patienternas självrapportering, vilket kan påverkas av minnet. Ett sätt eliminera detta var att matcha självrapporterade data med patientjournaler och exkludera data som inte var konsekventa. Det fanns inte heller någon preoperativ data tillgänglig för att dokumentera preoperativa besvär. Därutöver var några av undergrupperna ganska små.
Studie	Nové-Josserand L, Liotard JP, Godeneche A, Neyton L, Borel F, Rey B, et al. Occupational outcome after surgery in patients with a rotator cuff tear due to a work-related injury or occupational disease. A series of 262 cases. <i>Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR</i> . 2011; 97(4):361-6.
Författare	Nové-Josserand, L., et al.
Publiceringsår	2011
Land	Frankrike
Studiedesign	Retrospektiv studie
Syfte	Syftet med studien var att fastställa resultat på medellång sikt efter en operation hos patienter med en rotatorcuff-skada, om den är arbetsrelaterad eller en yrkessjukdom, oavsett arten av senskadan och kirurgisk metod. Hypotesen var att en återgång till arbetet var möjlig för denna specifika befolkning. Ett ytterligare mål var att fastställa faktorer och förhållanden som påverkar återgången till arbete, för att förbättra omhändertagandet av patienterna.
Studiepopulation	254 kvinnor och män (262 axlar)
Metod	Från 2000 till 2005 hade 1155 patienter opererats för rotatorcuffsskada, oberoende av teknik. Av dessa patienter, hade 290 patienter (25,1 % av populationen) en dokumenterad arbetsskada eller arbetsjukdom. För att fastställa utfall av operation och återgång till yrket skickades ett frågeformulär till dessa 290 patienter. Frågeformuläret returnerades per post. Två patienter var avlidna (0,7 %). 34 patienter förlorades till uppföljning (11,7 %) och 254 patienter svarade på frågeformuläret, vilket motsvarade till en svarsfrekvens på 87,6 %. För åtta patienter krävdes bilateral kirurgi. Totalt 262 axlar ingick i denna serie. Det var 183 män (72 %) och 71 kvinnor (28 %). Den dominerande sidan var påverkad i 69 % av fallen. Medelåldern vid tidpunkten för studien var 50,5±6,4 år. Det fanns inget samband mellan ålder och kön. Anställda i den privata sektorn utgjorde 75,2 % av populationen, egenföretagare utgjorde 12,6 % och statligt anställda utgjorde 11,8 %. Tre typer av arbete var representerade: icke-manuellt arbete i 6,1 % av fallen, manuellt arbete i 25,5 % av fallen och tungt manuellt arbete i 68,3 % av fallen. Tungt manuellt arbete var definierat som manuellt arbete som krävde fysisk styrka och med repetitiva rörelser, speciellt med armarna ovanför axlarna (putsare, målare, murare, frisör, ökeri, etc.).

Uffallsmått	Återgång till arbete samlades in genom självrapporterade data.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Vid tidpunkten för återgång till arbete var medelåldern $48,1 \pm 0,8$ år. Arbets skador redovisas för 75,6 % av fallen och arbetssjukdomar för 24,4 %. I 120 fall (45,8 % av hela populationen), skedde återgången till samma arbete som tidigare. Den genomsnittliga sjukfrånvaron på heltid var $9,8 \pm 6,2$ månader. Efter att ha varit borta från arbete på heltid skedde återgång till arbete på deltid i 37,5 % av fallen. I 36 fall (13,7 % av hela populationen) skedde återgången till arbetet till en annan position. I 25 % av fallen ändrades arbetsuppgifterna hos den tidigare arbetsgivaren och i 75 % av fallen krävdes professionell omskolning. I den sista gruppen återvände patienterna till samma typ av arbete eller ett mindre manuellt och krävande arbete, vilket resulterade i en genomsnittlig sjukfrånvaro på heltid till $12,4 \pm 6,5$ månader.</p> <p>Ålder hade en signifikant effekt på återgång till arbete ($P < 0,0001$) och att återgå till samma arbete som tidigare ($P < 0,0001$). Däremot var ålder inte relaterat till tiden borta från arbetet ($P = 0,89$). De flesta patienter under 50 år återgick till samma arbete som tidigare, medan en av fem patienter över 55 år återvände till arbetet och mer än 40 % av dem gick i pension. Diagnosen hade en signifikant effekt på återgång till arbete ($P = 0,0005$) och återgång till samma arbete som tidigare ($P < 0,0001$). Sjukfrånvaro på heltid var längre inom ramen av en yrkessjukdom, men var inte signifikant för en arbets skada: $12,0 \pm 6,0$ månader mot $9,8 \pm 6,0$ månader ($P = 0,07$). Gruppen med yrkessjukdom hade fler kvinnor (36,8% mot 23%), var i samma ålder (50 år), fler var anställda inom den privata sektorn (88 % vs. 69 %), fler hade tyngre manuellt arbete (74 % mot 65 %), men något mindre allvarliga sjukdomar (71 % mot 60 %) än gruppen med arbetsskador. Typen av arbete påverkade inte återgång till arbete ($P = 0,42$) men hade en betydande effekt på tiden borta från jobbet, vilket var direkt relaterat till kravet på manuell arbetskraft ($P = 0,05$). Anställningsstatus hade en betydande effekt på utfallet "att återgå till arbete" ($P = 0,0015$), att vara anställd inom den privata sektorn och att återgå till samma arbete som tidigare ($P = 0,0004$) var negativt påverkad. Patienter som var egenföretagare eller statligt anställda hade en liknande situation. Den genomsnittliga sjukfrånvaron på heltid var längre för dem i den privata sektorn (11 ± 7; $n=198$), jämfört med statligt anställda ($9,9 \pm 5$; $n=31$) och egenföretagare ($8,5 \pm 5$; $n=33$).</p> <p>Arten av senskada påverkade inte återgång till arbete ($P = 0,21$) men hade en signifikant effekt på sjukfrånvaron ($P = 0,04$). Gruppen med tre skadade senor hade högre medelålder än gruppen med en skadad sena. Den kirurgiska metoden hade inverkan på återgång till arbete, där öppen kirurgi var mer fördelaktig ($P = 0,004$). Den kirurgiska metoden hade däremot ingen effekt på sjukfrånvarons tid, även om den var något längre vid öppen kirurgi. Subjektivt uppfattad förbättring var signifikant relaterad till återgång till arbete ($P = 0,0005$) och tid borta från arbetet på heltid ($P = 0,0003$). Detta var inte relaterat till ålder, senskadan eller kirurgisk metod.</p>
Begränsningar med studien	Vår hypotes var att artroskopi skulle resultera i en kortare tid borta från jobbet, och kanske en högre grad av återgång i arbete. Resultat visade denna trend men den var inte signifikant.

Studie	Faour M, Anderson JT, Haas AR, Percy R, Woods ST, Ahn UM, et al. Return to Work Rates After Single-level Cervical Fusion for Degenerative Disc Disease Compared With Fusion for Radiculopathy in a Workers' Compensation Setting. Spine. 2016; 41(14):1160-6.
Författare	Faour, M., et al.
Publiceringsår	2016
Land	USA
Studiedesign	Retrospektiv komparativ kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att jämföra återgång till arbete för patienter som genomgår cervikal fusion för olika symtom och att definiera prekirurgiska prediktorer för återgång till arbete efter cervikal fusion. Studien jämför graden av återgång till arbete mellan personer som diagnostiserats med radikulopati och personer med diagnosen cervikal degenerativ disksjukdom (DDD), axiell smärta utan radikulopati, och som genomgick cervikal fusion på en nivå.
Studiepopulation	3170 kvinnor och män
Metod	<p>Data samlades in retrospektivt för 21 139 försökspersoner med cervikala sjukdomar/skador. En population bestående av 5303 försökspersoner som genomgick cervikal fusion identifierades. Av dessa identifierades 3170 personer som genomgick en-nivå cervikal fusion med hjälp av en kombination av Current Procedural (CPT) koder [anterior fusion (22554), posterior fusion (22600) och främre cervikal diskektomi och fusion (ACDF) (22551)].</p> <p>I kohorten för radikulopati ingick 1927 deltagare som identifierats och hade dokumenterad cervikal radikulopati före en en-nivå cervikal fusion och följdes upp 3 år efter operationen.</p> <p>I den andra kohorten ingick 281 deltagare som identifierats och hade dokumenterad diagnos cervikal degenerativ disksjukdom (DDD), axiell smärta utan radikulopati. Dessa hade symtom som behandlades med en en-nivå cervikal fusion och som följdes upp 3 år efter operationen.</p>
Utfallsmått	Återgång i arbete definierades utifrån att personen återgick till arbetet inom 2 år efter operation och bibehöll stabil återgång till arbete i 6 månader eller mer följande år.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Faktorer som påverkade återgång till arbete i studiepopulationen, var degenerativ disksjukdom som indikation för operation, ålder över 50 år, utan arbete för mer än 6 månader, psykologisk utvärdering, opioidanvändning och bestående funktionsnedsättning var negativa prediktorer för en framgångsrik återgång till arbete.</p> <p>I kohorten med radikulopati var återgång till arbete signifikant negativt påverkad av ålder över 50 år vid operationstillfället, preoperativ psykologisk utvärdering, preoperativ opioidanvändning, och bestående funktionsnedsättning.</p> <p>I kohorten cervikal degenerativ disksjukdom, var en sjukfrånvaro längre än 6 månader före operation, preoperativ psykologisk utvärdering, preoperativ opioidanvändning och bestående funktionsnedsättning faktorer som påverkade återgången till arbete negativt.</p>

Sammantaget uppfylldes kriterierna för återgång till arbete av 3170 (63 %) patienter som genomgick en fusion på en nivå. Kriterierna uppfylldes hos 1212 (62,9%) patienter med radikulopati jämfört med 143 (50,9%) patienter med DDD inom 3-årsuppföljningen efter operation (P=0,0001). Patienter med DDD uppfylldes kriterierna i lägre grad jämfört med patienter med radikulopati. Frekvensen för återgång till arbete under det första året efter fusion var 39,9 % för DDD-kohorten jämfört med 53,1 % för radikulopatikohorten. Skillnaden var statistiskt signifikant (P=0,0001). Patienter med DDD var återgick till arbete i lägre grad inom det första året efter operationen jämfört med patienter med radikulopat.

För patienter som återgick till arbetet, var genomsnittet sjukfrånvaro 37 dagar högre i DDD-kohorten jämfört med radikulopatikohorten (P=0,027). För samtliga patienter (inte bara dem som uppfylldes kriterierna) var genomsnittet antalet dagar med sjukfrånvaro 112 dagar högre i DDD-kohorten jämfört med radikulopatikohorten (P=0,0003).

Begränsningar med studien	En brist är att data inte samlades in för att kunna bedöma vilken typ av arbete deltagarna hade före och efter operationen och om det gjordes några anpassningar av arbetsgivare för att underlätta återgång till arbete.
Studie	Steinhaus ME, Gowd AK, Hurwit DJ, Lieber AC, Liu JN. Return to work after shoulder arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of shoulder and elbow surgery</i> . 2019; 28(5):998-1008.
Författare	Steinhaus, ME., et al.
Publiceringsår	2019
Land	USA
Studiedesign	Systematisk litteraturreview
Syfte	Syftet med denna systematiska granskning och metaanalys var att undersöka återgång till arbete efter axelprotesoperation. Hypotesen var att patienter som genomgår anatomic total shoulder arthroplasty (aTSA) skulle återgå till arbeta snabbare än de som genomgår humeral hemiarthroplasty (HHA) eller reverse total shoulder arthroplasty (rTSA).
Studiepopulation	317 patienter i de 7 inkluderade studierna
Metod	En systematisk genomgång av tillgänglig litteratur genomfördes i enlighet med Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. Sökningen genomfördes i PubMed, Scopus, Embase och Cochrane Biblioteksdata-baser med relevanta sökord för olika operationsmetoder kombinerat med "återgång till arbetet." Den sista sökningen genomfördes den 16 april 2018. Utöver dessa databaser gjordes också en sökning i Clinical Trials Registry Platform för att identifiera eventuella aktuella prövningar relevant för vår studie. Referenslistorna till varje artikel kontrollerades manuellt för potentiell inkludering i reviewn. Kliniska studier utvärderades och inkluderades om de var på engelska, hade evidensnivå I till IV, och rapporterade om återgång till arbete efter axelprotesoperation. Icke-kliniska studier, litteraturöversikter, expertutlåtanden, fallrapporter och

studier som inte rapporterar om återgång till arbete efter axelprotesoperation exkluderades. Titlar och abstrakts granskades separat av 2 av författarna till reviewn.

Artiklar i fulltext som mötte Inklusionskriterierna granskades sedan för slutlig inkludering i studien, vid oenighet om inklusion diskuterade författarna för att komma till enighet. Kvalitetsutvärderingen identifierade inga randomiserade studier som utvärderade återgång till arbete vid axelprotesplastik. Därför utvärderades inkluderade studier med hjälp av en checklista i ett metodindex för icke-randomiserade studier (MINORS). Studierna utvärderades enligt ett antal punkter från 8 till 12. Studier poängsattes enligt 0=ej rapporterad, 1=rapporterad men dåligt eller inadekvat genomförd, eller 2 (rapporterad, välgjord och adekvat), maximala poäng var 16 för icke-jämförande respektive 24 för jämförande studier. Artiklarna granskades av två av studiens författare och vid oenighet diskuterades för att nå enighet.

Ett standardiserat formulär användes för dataextraktion efter kvalitetsgranskningen av studierna. Detta formulär täckte studiens egenskaper (design, år och antal patienter), patienternas demografi (ålder, kön, armdominans, typ av arbete, tid till återgång till arbete, pre- och postoperativ nivå av arbete), typ av artroplastik (aTSA, rTSA, HHA), underliggande diagnos och kliniska resultat vid slutlig uppföljning. Metaanalysen genomfördes i ett dataprogram för att analysera frekvensen av återgång till arbete efter axelprotesplastik och tiden att återvända, samt att ta fram ett index för att mäta heterogeniteten hos de inkluderade studierna.

Utfallsmått

Frekvensen av **återgång till arbete** rapporterades som ett medelvärde med 95 % konfidensintervall.

Sekundära utfall inkluderade patientrapporterade resultat och **komplikationsfrekvens**.

Rapporterat resultat (urval)

Totalt 7 studier inkluderades i den systematiska reviewn, två ytterligare studier rapporterade data om återgång till arbete, men exkluderades på grund oklarhet kring presenterade data. Samtliga 7 studier var retrospektiva varav 3 jämförande. Medelvärdet (standard-avvikelse) för MINORS-poäng var 9,3 (1,5) av 16 för icke-jämförande studier och 17,7 (2,1) av 24 för jämförande studier. Genomsnittlig uppföljning var 4,4 år (intervall, 1,0-12,6 år). Totalt 447 patienter inkluderades i de 7 studierna, 179 män och 268 kvinnor; medelåldern var 63,6 år (intervall, 27,6-97,1 år), och BMI var 28,7. I studier där dominerade arm noterades (n=6 studier), var den dominerande axeln involverad i 65,9 % (286/434) av fallen. När patienter exkluderats pga pension eller icke-anställd preoperativt, fanns totalt 317 patienter för utvärdering av återgång till arbete postoperativt.

Preoperativ diagnos rapporterades i samtliga 7 studier. Orsaken till axelprotesoperation var vanligast för artros (n=257), rotator-kuffartropati (n=106), proximal humerusfraktur (n=26), avaskulär nekros (n=13), omfattande rotatorcuffruptur (n=8), reumatoid artrit (n=20), felställningsfrakturer (n=4), artro-skopisk kapsulorafi (n=2), och tidigare misslyckad artroplastik (n=9). Det vanligaste utförda artroplastiker inkluderade aTSA (n=122), HHA (n=75), och rTSA (n=65).

Den totala andelen som återgått till arbete efter operation, exklusive de patienter som hade gått i pension preoperativt, var 63,6 % (95% konfidensintervall, 58,8%-68,2%). Den genomsnittliga sjukfrånvaron var 2,3 månader (intervall, 0,3-24,0 månader). Det fanns ingen signifikant skillnad i återgång till arbete mellan patienter som genomgick HHA (66,1%), aTSA

(65,3%) eller rTSA (61,5%; P=.53). Återgång till arbete utvärderades också utifrån underliggande diagnos och arbetsintensitet. Det fanns ingen signifikant skillnad för återgång till arbete beroende på underliggande diagnos, resultatet visade 64,4 % för artros, 65,6 % för rotator-kuffartropati respektive 69,1 % för proximal humerusfraktur (P=.41). Återgång till arbete utifrån arbetsintensitet, var 69,1 % för stillasittande arbete, 66,9 % för lätt, 69,0 % för måttligt respektive 61,7 % för tungt arbete på (P=16) med I2 på 80,7 %. Det var statistiskt säkerställt att det tog längre att återgå till arbetet för dem med tungt arbete jämfört med de övriga grupperna (P=0,04).

Begränsningar med studien	Studie hade begränsningar. Identifiering av studier för översikten förlitade sig på sökstrategin som beskrivits tidigare. För att begränsa möjligheten att förbise relevanta studier söktes även i fyra databaser som registrerar kliniska prövningar. Resultatet för de inkluderade studierna är beroende av det som rapporteras i inkluderade studier, samt begränsas av otydlighet kring hur resultaten rapporteras, såväl som av studiedesignen och bevisnivån. Därför utvärderades inkluderade studier med hjälp av MINORS (en checklista i ett metodindex för icke-randomiserade studier). Poängen för de ingående studierna, befanns totalt sett vara av acceptabel kvalitet, och analysen visade ingen publikationsbias. Resultatet i inkluderade studier visade hög heterogenitet vilket kan indikera behandlingsbias, som kan ha inverkan på resultatet i reviewn. Protokoll för kirurgspecifik postoperativ rehabilitering fanns i endast 3 av studierna, vars rekommendationer var motstridiga. När det gäller arbetsintensiteten begränsas reviewn av vad som rapporteras i inkluderade studier som kan ha utslutit viktiga funktionella konsekvenser (t.ex. specifika typer av arbeten som innebär aktiviteter som genomförs ovanför huvudet).
Studie	Traynelis VC, Leigh BC, Skelly AC. Return to work rates and activity profiles: are there differences between those receiving C-ADR and ACDF? Evidence-based spine-care journal. 2012; 3(S1):47-52.
Författare	Traynelis, VC., et al.
Publiceringsår	2012
Land	USA
Studiedesign	Systematisk review
Syfte	Förmågan hos patienter att återgå till arbetet och hur snabbt det kan ske är viktiga utfallsmått för bedömning av patienter som genomgår ryggradskirurgi. Forskningsfrågor: 1. Hos patienter med degenerativ sjukdom i nackkotorna, leder cervikal byte till en konstgjord disk till bättre arbetsrelaterade resultat än fusion? 2. Är skillnader vid återgång till arbetet efter operationen beroende på kön, ålder, rökning, rättstvister, arbetsskadeersättning status eller andra sociodemografiska faktorer?
Studiepopulation	N/A

Metod	<p>En systematisk litteratursökning genomfördes i kända databaser mellan januari 2000 – oktober 2011.</p> <p>Inklusionskriterier: Studier som jämfört cervikal artificiell disksättning (C-ADR) med disk-ektomi och fusion (främre cervikal diskektomi och fusion [ACDF]) hos patienter med degenerativ cervikal disksjukdom; med ≥ 1 års uppföljningsdata i en peer-reviewed tidskrift; del-analysdata från FDA:s investigational device exemption (IDE) prövningar.</p> <p>Exklusionskriterier: Studier med patienter som fått diskersättning eller fusion i bröst- eller ländryggen.</p>
Utfallsmått	<p>Andel patienter som arbetar vid uppföljningen. Tiden det tar att återgå till arbetet efter operationen.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Totalt 295 referenser granskades, 46 artiklar valdes ut för fulltextgranskning, åtta av dessa uppfyllde inklusionskriterierna och innehöll information om återgång till arbete. Av dessa åtta artiklar beskrev fyra samma studie vid olika uppföljningspunkter. Sju artiklar representerar fyra randomiserade kontrollerade studier där fyra konstgjorda diskar är kritiskt granskade: Bryan® Cervical Disc; Prestige® ST; ProDisc-C; och Kineflex C. En sekundär analys av data från U. Bryan® och Prestige® RCT som fokuserade på en undergrupp av patienter som omfattades av arbetsskadeersättning sammanfattades.</p> <p>Två studier visade att den totala andelen patienter som arbetade postoperativt ökade ungefär 10 %–12 % (från 65 % preoperativt till 75 % vid 24 månader). Större förbättringar var uppenbara bland patienter med arbetsskadeersättning (från 36 %–63 %). En tredje studie rapporterade ingen skillnad i arbetsstatus preoperativt eller postoperativt. Tre studier visade att vid 24 månader postoperativt fanns ingen signifikant skillnad i arbetsstatus mellan patienter som fått en ny disk jämfört med patienter med fusion. Återgång i arbete innan 24 månader efter operation rapporterades i endast en studie, där visade resultatet att patienter som fått en ny disk var mer benägna att arbeta 6 veckor efter operationen än patienter med fusion. Denna skillnad var mer uttalad hos patienter som fått arbetsskadeersättning.</p> <p>Två studier visade att patienter som fick en ny disk började arbeta tidigare efter operationen än patienter som fick fusion, detta resultat var statistisk signifikant. Efter kontroll för kön, och preoperativ arbetsstatus, var skillnaden mellan operationsmetod och mediantid för att återgå till arbete inte statistisk signifikant. Patienter som omfattades av arbetsskadeersättning och som arbetade vid tidpunkten för operationen återvände till arbetet tidigare än patienterna i hela urvalet som hade arbetsskadeersättning. Resultatet för patienter med arbetsskadeersättning liknade dock patienterna i allmänhet: de som fått byte av disk jämfört med fusion återgick tidigare till arbetet och inga signifikanta skillnader i arbetsstatus efter 6 månader.</p>
Begränsningar med studien	<p>I Prestige-studien var uppföljningsgraden låg; detta låga resultat berodde på att artiklarna hade publicerats innan alla patienter hade följts upp inom fönstret för uppföljningstiden. Uppföljningsfrekvensen efter 4 år var också ganska låg (75 %) i FDA Bryan-studien. Frågor om återgång till arbete bedömdes genom formulär för självrapportering och validerades inte med något arbetsregister. Ingen definition gavs för självrapporterad "återgång-till-arbete" (t.ex. hur frågan ställdes, om deltidsarbete ingick).</p>

Rygg

Akut lumbago - M54.5	M54.5 Low back pain
Lumbagoischias, diskbråck - M54.4, M51	M54.4 Lumbago with sciatica M51 Other intervertebral disc disorders
Cervikal rizopati, cervikalt diskbråck - M50	M50 Cervical disc disorders
Frakturer och luxationer i ryggraden - S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2, S33.0, S33.1, S33.2	S12 Fracture of neck S13 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at neck level S13.1 Dislocation of cervical vertebra Cervical spine NOS S13.2 Dislocation of other and unspecified parts of neck S13.3 Multiple dislocations of neck S22.0 Fracture of thoracic vertebra S22.1 Multiple fractures of thoracic spine S23.0 Traumatic rupture of thoracic intervertebral disc S23.1 Dislocation of thoracic vertebra Thoracic spine NOS S23.2 Dislocation of other and unspecified parts of thorax S33.0 Traumatic rupture of lumbar intervertebral disc S33.1 Dislocation of lumbar vertebra Dislocation of lumbar spine NOS S33.2 Dislocation of sacroiliac and sacrococcygeal joint

Sjukdomar och skador relaterat till ryggen

Det här dokumentet redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid sjukdomar och skador som är relaterat till ryggen.

Studie	Andersen M, Ernst C, Rasmussen J, Dahl S, Carreon LY. Return to work after lumbar disc surgery is related to the length of preoperative sick leave. Danish medical journal. 2017; 64(7).
Författare	Andersen, M., et al
Publiceringsår	2017
Land	Danmark
Studiedesign	Registerstudie
Syfte	Syftet med denna studie är att undersöka graden av återgång till arbete efter diskbråcksoperation i ländryggen och om den påverkas av den preoperativa sjukskrivningens längd.
Studiepopulation	678 kvinnor och män

Metod	<p>Detta är en retrospektiv studie av prospektivt insamlad data från DaneSpine. Det danska Ryggregistret etablerades 2008 och implementerades på Lillebælt sjukhus 2009. Nästan alla patienter (99%) planerade för operation för degenerativa tillstånd i ländryggen är inskrivna i registret. Omedelbart före operation skickades ett frågeformulär ut till patienterna som innehöll frågor om varaktigheten av smärta i rygg och ben före operation, längd av preoperativ sjukfrånvaro, användning av smärtstillande medel, gångsträcka, hälsorelaterad livskvalitet, upplevd funktionsnedsättning. Ett år efter operationen samlades samma data in igen. Dessutom tillfrågades patienten om han eller hon har återvänt till arbete.</p> <p>Patienter som genomgick dekompression och/eller discektomi för diskbräck i ländryggen från 1 maj 2009 till och med 30 november 2014, i åldern 18-59 år inkluderades i studien.</p>
Utfallsmått	<p>Rygg- och bensmärta mättes på VAS-skalan (0-100).</p> <p>Hälsorelaterad livskvalitet dokumenterades med hjälp av Short Form-36 (SF-36) och EuroQoL-5D (EQ-5D) (EuroQoL).</p> <p>Upplevd funktionsnedsättning pga ländryggsbesvär dokumenterades med hjälp av Oswestry Disability Index (ODI). I formuläret finns frågor om längden på preoperativ sjukfrånvaro och innehåller sju svarsalternativ: en vecka (akut), 1-4 veckor, 1-3 månader, 3-6 månader, 6-9 månader, 9-12 månader och mer än ett år.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Sammanlagt 1 374 patienter som var inskrivna i registret mötte inklusionskriterierna. Av dessa svarade 382 patienter inte på uppföljningen ett år efter operationen, 261 svarade inte på frågan om preoperativa sjukfrånvaron, 53 patienter rapporterade att de inte arbetade före operationen och 44 patienter hade neurologiska skador som kräver akut operation, slutligen ingår 678 patienter i analysen.</p> <p>Sammantaget hade majoriteten av patienterna (n = 456, 72%) återgått till arbetet ett år efter operationen. Statistiskt sett var det en betydligt större andel patienter som opererats inom de tre första månaderna av sjukskrivningen som var tillbaka på jobbet ett år efter operationen, än patienter som haft en längre sjukskrivning preoperativ (p <0,000).</p> <p>Sambandet mellan preoperativ sjukfrånvaro och rökvanor och återgång till arbete efter ett år var signifikant. Närmare bestämt, patienter med kortare sjukskrivningstid och icke-rökare var mer benägna att vara tillbaka på jobbet ett år efter operationen.</p>
Begränsningar med studien	<p>Den insamlade data i studien tillåter inte att pröva betydelsen av sjukskrivningslängd som en kontinuerlig variabel. Därför går det bara att dra slutsatser om att det är större sannolikhet att vara tillbaka till arbete ett år efter operationen om sjukfrånvaron är kortare innan operationen, baserat på jämförelsen av svarsalternativen som finns med i ODI som används i denna studie.</p>
Studie	<p>Anderson JT, Haas AR, Percy R, Woods ST, Ahn UM, Ahn NU. Return to Work After Diskogenic Fusion in Workers' Compensation Subjects. Orthopedics. 2015; 38(12):e1065-72.</p>
Författare	<p>Anderson, J.T., et al</p>

Publiceringsår	2015
Land	USA
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien är att identifiera preoperativa faktorer som kan predicera återgång till arbete efter diskogen lumbal fusion hos patienter med anspråk på arbetsskadeersättning. I studien jämfördes även egenskaper hos populationen och sekundära fusionsresultat mellan dem som återgick till arbetet efter fusion och de som inte gjorde det.
Studiepopulation	1037 kvinnor och män
Metod	Data hämtades från, Ohio Bureau of Workers' Compensation, ett register som innehåller data för personer som råkat ut för arbetsplatsolyckor och som kvalificerats för arbetsskadeersättning. Mellan 1993 och 2013 identifierades 14 640 personer med diagnosen degenerativ disksjukdom och diskogen ländryggsmärta. Den slutliga studiepopulationen bestod av 1037 personer som genomgick anterior, posterior, eller 360° lumbal fusion för degenerativ disksjukdom och diskogen ländryggsmärta med minst 3 års uppföljning. Därefter klassificerades deltagarna. För att det räknades som återgång till arbetet var kriterierna att patienten skulle ha återvänt till arbetet inom 2 år efter fusion och arbetat längre än 6 månader påföljande år. Endast 241 (23,2%) deltagare i studiepopulationen uppfyllde dessa kriterier och bildade därmed en grupp "återgång-till-arbete". Resterande 796 (76,8%) deltagare utgjorde gruppen "arbetslösa".
Utfallsmått	Återgång till arbetet = att ha återvänt till arbetet inom 2 år efter fusion och arbetat längre än 6 månader påföljande år. Följande utfall mättes 3 år efter fusion : dagar utan arbete, medicinska kostnader som betalas av Ohio Bureau of Workers' compensation, användning av opioidanalgetika, mängden sjukgymnastik och kiropraktik, samsjuklighet, misslyckat rygg-syndrom, pseudartros, ersättning vid bestående funktionsnedsättning, ytterligare ländryggsoperation, samt dödlighet oberoende orsak.
Rapporterat resultat (urval)	Jämfört med deltagare i gruppen "arbetslösa", var deltagarna i gruppen "återgång-till-arbete" 1,8 år yngre ($P=0,005$), utan arbete i 421,7 färre dagar ($P<0,001$), och fick opioider i 296,2 färre dagar ($P<0,001$). Gruppen "återgång-till-arbete" hade även en 8,0 % färre män ($P=0,020$), 40,7 % lägre andel arbetslösa i mer än 1 år före fusion ($P<0,001$), 11,5 % lägre frekvens av psykiatriska störningar ($P<0,001$), och 1,6 % lägre frekvens av permanent nedsatt arbetsförmåga ($P=0,046$). Av deltagarna i gruppen "återgång-till-arbete" genomgick de posterior lumbal mellankroppsfusion i 3,9 % högre grad; posterior lumbal fusion och posterior lumbal interbody fusion i 9,3 % lägre grad; och 360° fusion i 5,2 % högre grad. Endast 23,2% (241 av 1037) av patienterna uppfyllde kriterierna för återgång i arbete. Av dessa patienter återgick 69,7 % till arbete inom det första året efter fusion. Övriga resultat visar som förväntat, att deltagarna i gruppen "arbetslösa", hade betydligt sämre postoperativt utfall än dem i gruppen "återgång-till-arbete". Inom 3 år efter fusion, var deltagarna i gruppen "återgång-till-arbete" i genomsnitt arbetslösa 611,6 färre dagar än dem i gruppen "arbetslösa" ($P<0,001$).

Begränsningar med studien	Studien begränsades av sin design. I analyserna justerades för många relevanta kovariater, men det kan finnas skillnader mellan deltagarna som inte observerats, och fynden kan därmed innehålla några oväntade confounders.
Studie	Asher AL, Devin CJ, Archer KR, Chotai S, Parker SL, Bydon M, et al. An analysis from the Quality Outcomes Database, Part 2. Predictive model for return to work after elective surgery for lumbar degenerative disease. <i>Journal of neurosurgery Spine</i> . 2017; 27(4):370-81.
Författare	Asher, AL., et al
Publiceringsår	2017
Land	USA
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien är att genom att använda data från kvalitetsregistret Quality Outcome Database (QOD), skapa en kliniskt relevant prediktiv modell för återgång-till-arbete efter elektiv ländryggskirurgi för degenerativa ryggradsjukdomar.
Studiepopulation	4694 kvinnor och män
Metod	<p>Patienter som genomgick ländryggsoperation för primär stenosis, spondylolistes, diskbråck, symptomatisk mekanisk diskkolaps och revisionskirurgi, inklusive återkommande diskbråck på samma nivå och degenerativa förändringar i segmenten, var kvalificerade för inkludering.</p> <p>Data om dessa patienter hämtades från QOD-registret under en 2-årsperiod. En mängd patientdemografiska variabler hämtades ur elektroniska journaler från registret bland annat: ålder, kön, BMI, sjukdomshistoria ex diabetes, kranskärslsjukdom, osteoporos, symtom-varaktighet, diagnos, operations-specifika variabler inklusive tillvägagångssätt (främre eller posterior), behov av fusion och närvaro/frånvaro av ett interkroppstransplantat.</p> <p>Patientrapporterade variabler registrerades via patientintervju såsom rökstatus, ångest, depression, utbildning, sysselsättningsstatus, preoperativ anställning men inte vid tidpunkten för operationen (anställda patienter dikotomerades längre fram som antingen anställd och arbetande vid den tiden operation, eller anställd men inte arbetar vid tidpunkten för kirurgi), typ av yrke (stillasittande arbete, lätt handbok arbetsjobb, medelarbete och tungt arbetsjobb), status gällande olika försäkringar.</p> <p>Baslinjedata (preoperativ) och data från 3-månadersuppföljning samlades in antingen genom telefonintervjuer utförda av en datasamordnare som inte var involverad i klinisk vård eller genom självskattningsformulär, antingen vid klinikbesök eller per post. Intervjuare samlade in uppgifter om anställningsstatus, funktionsnedsättning, smärta och QOL.</p>
Utfallsmått	<p>Validerade självskattningsfrågeformulär användes för att samla in data om ytterligare utfallsmått:</p> <p>Sjukdomsspecifik fysisk funktionsnedsättning mättes med hjälp av Oswestry Disability Index (ODI).</p>

Livskvalitet (QOL) mättes med hjälp av EQ-5D-instrumentet som består av två delar och mäter hälsorelaterad livskvalitet, oavsett sjukdomsbild. Instrumentet mäter det allmänna hälsotillståndet inom fem dimensioner, samt en visuell skala där personen skattar sin övergripande hälsa. De fem dimensionerna är följande: • Rörlighet • Egenvård • Vardagliga aktiviteter • Smärta/obehag • Ängest/depression.

Smärta mättes med hjälp av Numeric Rating Scale (NRS) som innebär att patienten graderar sin smärta mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Patienten skulle gradera ryggsmärta och bensmärta på skalan.

Rapporterat resultat (urval)

Av totalt 14 985 patienter som genomgick elektiv ryggradsoperation för degenerativ ländryggssjukdom, var 6895 patienter (46%) anställda preoperativt och hade planer på att återgå till arbete efter operationen. Av dessa fullföljde 5147 patienter (75 %) 3-månadersuppföljningen och de 4694 patienterna (68%) som lämnat information om återgång till arbetet utgjorde grunden för aktuella analyser. Åttiotvå procent av patienterna (n = 3855) återvände till arbetet inom 3 månader efter operationen.

Medianåldern för de 4694 patienterna i studiekohorten var 52 år (IQR 41–60 år) och 2768 (59 %) var manliga. Nitton procent (n = 877) av patienterna var rökare, och 12% (n = 545) hade diabetes. Median BMI för kohorten var 29,4. Femtiotvå procent (n = 2437) hade diskbräck, 23 % (n = 1062) lumbal stenosis, 15 % (n = 720) lumbal spondylolistes, 7 % (n = 339) återkommande diskbräck, 2% (n = 96) degenererande segmentsjukdom, och 0,6 % (n = 30) hade symtomatisk mekanisk diskcollaps. En tidigare historia av ländryggskirurgi noterades hos 8 % (n = 389) av patienter. Tjugosex procent av patienterna (n = 1232) genomgick lumbal fusionsoperation.

Sannolikheten att återgå till jobbet vid 3 månader efter operationen var signifikant högre hos patienter med en högre utbildningsnivå ($p < 0,001$). Sannolikheten att återgå till arbetet var betydligt lägre hos kvinnor jämfört med män ($p < 0,001$), patienter med diabetes jämfört med de utan diabetes ($p = 0,0069$), de med preoperativ symtomvaraktighet mer än 3 månader mot mindre än 3 månader ($p = 0,0007$) och patienter sysselsatta i manuellt arbete jämfört med dem med ett stillasittande yrke ($p < 0,0001$).

De viktigaste prediktorerna för att återgå till arbetet 3 månader postoperativt var preoperativ anställningsstatus, manuellt arbete, fusionsoperation, utbildningsnivå, arbetsskadeersättning, symtomvaraktighet, kön, diabetes och smärtpoäng vid baslinjen.

Arbetsrelaterade faktorer bidrog mest (33,3 %) till att förutsäga en patients chans att återgå till arbetet. Preoperativ arbetsstatus var den viktigaste prediktorn för återgång i arbetet. De som var anställda preoperativt men inte arbetade vid operationstillfället hade en lägre sannolikhet att återgå till arbetet än de som arbetade vid operationstillfället.

Begränsningar med studien

I analysen inkluderades 28 patient- och operationsspecifika variabler från QOD-registret. Det är möjligt att variabler som inte samlas in och därför inte redovisats i analysen kan ha en betydande roll för återgång till arbete, exempelvis preoperativ vilja att återvända till arbete, arbetsvillkor, och arbetsrelaterad stress. Avsaknad av sådan data kan påverka prestandan för statistiska modeller där man ska särskilja mellan observerade och förutspådda resultat. Återgång-till-arbetet definiera-

des som att alla återgick till arbetet inom 3 månader efter operationen. Det är möjligt att patienterna inte återgick till arbetet till den sysselsättningsgrad som de hade preoperativt, vilket inte fångas upp i föreliggande analys.

Studie	Devin CJ, Bydon M, Alvi MA, Kerezoudis P, Khan I, Sivaganesan A, et al. A predictive model and nomogram for predicting return to work at 3 months after cervical spine surgery: an analysis from the Quality Outcomes Database. Neurosurgical focus. 2018; 45(5):E9.
Författare	Devin, C.J., et al.
Publiceringsår	2018
Land	USA
Studiedesign	Prediktiv studie
Syfte	Syftet var att konstruera en prediktiv modell samt ett nomogram för att kunna förutsäga återgång till arbete efter cervikal ryggradsoperation bland patienter som var anställda preoperativt.
Studiepopulation	4689 kvinnor och män
Metod	<p>Data hämtades från modulen för cervikala ryggradssjukdomar i registret Quality Outcomes Database (QOD). QOD är ett prospektivt register som utformats för att utvärdera riskjusterad förväntad sjuklighet och 12 månaders kliniskt resultat, med målet att förbättra effektiviteten och vårdkvalitet för de vanligast utförda kirurgiska ingreppen i ryggraden. Registret har registrerat patienter sedan 2012. Modulen för cervikala ryggradssjukdomar i QOD-registret byggdes i samarbete med Cervical Spine Research Society och den gemensamma sektionen för sjukdomar i ryggraden och perifera nerver 2013. Modulen registrerar patienter som genomgår operation för cervikal ryggradssjukdomar.</p> <p>Inkluderings- och exkluderingskriterier för studiens syften var följande: 1) patienter som genomgår någon form av cervikal ryggradsoperation för degenerativ cervikal ryggradssjukdom; 2) patienter som hade 3-månaders fullständig information om återgång till arbetet, vilket var det primära resultatet av intresse; och 3) patienter som hade fullständig baslinjeinformation ang anställningsstatus, typ av arbete och intensitet. Fokus var patienter som antingen var "anställda och arbetade" eller "anställd men inte arbetande" vid operationstillfället. Patienter som antingen var arbetslösa eller studerade vid operationstillfället exkluderades.</p>
Utfallsmått	<p>För att mäta patienternas nackbesvär användes Neck Disability Index (NDI) är ett självskattningsformulär med 10 frågor för patienter med nackbesvär och innehåller aktivitet/delaktighets- och omgivningsfaktorer. Poängen beräknas med 0-5 på varje fråga. Frågornas poäng summeras (max 50 NDI poäng). Siffran räknas sedan om till ett procenttal genom att siffran dubbleras, ex 20 poäng blir 40 %.</p> <p>För att bedöma patientnöjdhet, användes North American Spine Society (NASS) patientnöjdhetsindex, ett självskattningsinstrument. Patientnöjdhet skattas på en skala från 1 till 4 med enligt följande: "Behandlingen motsvarade mina förväntningar" (1); "Jag har inte förbättrats så mycket som jag hade hoppats, men jag skulle genomgå detsamma behandling för samma resultat" (2); "Jag har inte förbättrats så mycket som</p>

jag hade hoppats, och jag skulle inte genomgå samma behandling för samma resultat" (3); och "Jag är likadan eller sämre än innan behandlingen" (4).

Rapporterat resultat (urval)

Av 25 178 patienter som var inskrivna i modulen för cervikala ryggsjukdomar, var 6570 patienter (26,1%) sysselsatta preoperativt. Bland dessa hade 4689 (71,4%) genomfört en intervju vid 3 månaders uppföljning och lämnat status angående återgång till arbetet inom 3-månadersperioden. Av de 4689 patienter som ingår i analysen, var 3903 (83,2%) anställda och arbetade preoperativt, medan de återstående patienterna var anställda men inte arbetade (t.ex. tjänstledighet). Sammantaget återgick totalt 3854 (82,2%) patienter till arbetet inom 3 månader efter operation. Bland tidigare anställda och arbetande patienter återgick 89,3 % (n = 3443/3903) i arbete jämfört med 52,3 % (n = 411/786) bland dem som var anställda men som inte arbetade (p < 0,001).

Patienter som återgick till arbetet var något yngre jämfört med dem som inte gjorde det. Av samtliga patienter hade de som oftare återvände till arbetet en högre utbildningsstatus. Patienter som återgick till arbete vid 3 månader, visade sig ha en lägre poäng på Neck Disability Index (NDI); mindre armsmärta; och mindre nacksmärta.

Genomförda analyser resulterade i ett antal viktigaste variabler för att kunna predicera återgång i arbete. Efter konsensus, lades 10 variabler till i den slutliga modellen. Dessa inkluderade ålder vid operation, anställningsform (heltid vs deltid), utbildningsnivå, anställningsstatus, arbetsbelastning, arbetskompensation, baslinje NDI-poäng, varaktighet av symptom, dominerande symptom och antal kotor som läkt samman.

Begränsningar med studien

Förlust av deltagare vid uppföljningen i studien kan ha påverkat resultatet (urvalsbias). En jämförande analys av patienterna som ingick i den slutliga analys och de som deltog i uppföljningen visade inte någon signifikant skillnad mellan grupperna. Därutöver, även om modellens diskriminering var utmärkt (dvs. 0,80), kan det finnas andra variabler utöver dem som ingår i modellen som kan stå för variationen gällande återgång till arbete. Dessa kan inkludera mer detaljerade arbetsrelaterade faktorer som kan visa sig påverka återgången till arbete.

Studie

Grøvle L, Haugen AJ, Keller A, Ntvig B, Brox JI, Grotle M. Prognostic factors for return to work in patients with sciatica. The spine journal : official journal of the North American Spine Society. 2013; 13(12):1849-57.

Författare

Grøvle, L., et al

Publiceringsår

2013

Land

Norge

Studiedesign

Kohortstudie

Syfte

Syftet med studien var att identifiera de prognostiska faktorerna för återgång till arbete under ett 2-årsuppföljning bland ischiaspatienter remitterade till specialistvården.

Studiepopulation

4694 kvinnor och män

Metod

Studien var en del av en prospektiv kohortstudie av patienter med ischias och diskbråck som hänvisats till ryggkliniker vid fyra sjukhus i sydöstra Norge. Klinikpersonalen bjöd in patienter att delta i studien, men deltagandet innebar inte någon intervention.

Patienter som ingick i studien var 18 år eller äldre, hade utstrålade smärta under knät och/eller pareser, samt diskbråck i ländryggen verifierat med magnetröntgen eller datortomografi. Exklusionskriterier var graviditet, ryggradsfraktur, tumör, infektion, tidigare operation i den drabbade disken. Patienter ombads ge ett samtycke för att sjukfrånvarodata skulle hämtas från det nationella registret för sjukpenning och som täcker hela det norska befolkning.

Första introduktionsdagen gjordes en klinisk undersökning av en läkare eller sjukgymnast, och patienten fick fylla i ett omfattande frågeformulär. Efter 2 år genomfördes en uppföljningsbedömning med hjälp av ett postat frågeformulär som fylldes i hemma och returnerades i ett förbetalt kuvert. Patienter som inte hade svarat 2 veckor efter det planerade datumet kontaktades via telefon eller sms. Ett påminnelsebrev skickades till icke-svarare om inget svar erhöles från efter 3 veckor. Självrapporterad aktuell arbetsstatus vid baslinjen och vid 2-årsuppföljningen omfattade kategorierna: heltidsarbete; partiell sjukskrivning; sjukskrivning på heltid; rehabilitering; sjukersättning, studerande, arbetssökande, ålderspension, eller hemarbete.

Uppgifter hämtade från sjukpenningregistret innehöll start- och stoppdatum för sjukfrånvaro, rehabilitering, och handikappersättning. För att ha rätt till sjukpenning i Norge ska arbetshandikappet vara dokumenteras av ett läkares sjukskrivningsintyg, dvs inlämnats till registret. Om personen fortfarande inte kan arbeta efter 1 år kan han eller hon ha rätt till rehabiliteringspenning eller sjukersättning.

Utfallsmått

Diagnosen för sjukfrånvaron eller rehabiliteringspenning klassificerades enligt fill den internationella klassificeringen av primärvård: L02 (ryggsymtom/besvär), L04 (ländryggssymtom/besvär), L84 (ryggsyndrom utan strålning smärta), och L86 (ryggsyndrom med utstrålade smärta).

Information om demografiska variabler, utbildning och ryggsmärta/ischiashistoria erhöles vid baslinjen.

Ben och ryggsmärta bedömdes på en visuell analog skala från 0 till 100.

En **sammansättning av upplevda symtom** (bensmärta, domningar, svaghet och rygg- eller bensmärta när man sitter) mättes med hjälp av Sciatica Bothersomeness Index.

Funktionsnedsättning bedömdes av Maine-Seattle Back Questionnaire, en ischiasspecifik förkortad version av Roland-Morris Questionnaire.

Allmän hälsa bedömdes enligt en delskala i Short-Form 36 med fokus på generell hälsa.

Självrapporterad **samsjuklighet** mättes med 27 frågor från frågeformuläret Subjective Health Complaint Inventory, som innehåller en lista över vanliga somatiska eller psykologiska besvär.

Emotionell oro mättes med Hopkins-Symptom Checklist 25.

I the Fear-Avoidance Back Questionnaire användes skalan som handlar om "arbetsituationen" för att bedöma patientens föreställningar om **rädsla-undvikande gentemot arbetet**.

Smärtrelaterad rädsla för rörelse/att skada sig, mättes med en version av the Tampa Scale for Kinesiophobia innehållande 13 frågor.

Rapporterat resultat (urval)

Under 2005 och 2006 var totalt 466 patienter, med en medelålder på 43,6 ($\pm 11,5$) år, inskrivna i den prospektiva kohortstudien. När deltagarna inkluderades i studien rapporterade 297 patienter sjukskrivning på heltid (n=227), partiell sjukskrivning (n=54), eller genomgår rehabilitering (n=16). Tvåårsuppföljningen fullföljdes av 246 patienter (82,3%). De som var student (n=5), pensionär (n=2) eller hemmafru (n=2) exkluderades, vilket innebär att totalt 237 patienter ingick i analysen.

Vid 2-årsuppföljningen, hade 88 patienter (29,6 %) fått kirurgisk behandling i genomsnitt 13,3 (18,4) veckor efter inkludering i studien. Jämfört med dem som inte opererades, rapporterade de opererade patienterna att de hade större funktionsnedsättningar (9,4 [2,0] vs. 8,2 [2,4], $p < .01$), mer ischiasbesvär (16,6 [4,5] vs. 13,9 [4,7], $p < .01$), mer smärta i benen (76,7 [22,2] vs. 60,0 [26,6], $p < .01$), och mer ryggsmärta (52,3 [31,0] vs. 41,6 [29,2], $p < .01$) vid baslinjen. Patienternas arbetsstatus vid 2-årsuppföljningen var heltidsarbete n=172 (72,6%), partiell sjukskrivning n=7 (3,0%), hel sjukskrivning n=15 (6,3%), rehabilitering n=32 (13,5%), sjukpension n=10 (4,2%), och arbetssökande n=1 (0,4%).

Enligt sjukpenningregistret fick 125 av de 227 patienterna antingen sjukpenning (n=121) eller rehabiliteringsförmåner (n=4). Efter 2 år hade 98 (78,4%) patienter varit sjukfrånvarande i mer än 60 dagar. Mediantiden till stabil återgång till arbete var 169 dagar (95 % konfidensintervall). Fyrtioen (32,8%) patienter hade fått kirurgisk behandling i genomsnitt 11,2 (SD 14,7) veckor efter inklusionsdatum. I den slutliga multivariata analysen, var följande variabler oberoende och signifikant associerade med en längre tid till stabil återgång till arbete: varaktigheten av en period med ischias som är mer än 3 månader, har haft ischias innan, större ischiasbesvär, rädsla för arbete och ont i ryggen.

Begränsningar med studien

Den huvudsakliga begränsningen i studien är att kohorten var ett urval av patienter som remitterats till klinikerna och omfattade inte alla sjukskrivna ischiaspatienter. Det finns inga uppgifter om patienter som inte remitterats till de sjukhus som ingick i studien. Patienterna som ingår i studien kan ha antingen svårare symtom eller en lägre tröskel för att söka medicinsk hjälp än patienter som inte remitterats.

Studie

Hubertsson J, Englund M, Hallgärde U, Lidwall U, Löfvendahl S, Petersson IF. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders—a study of doctor prescribed sick leave. BMC musculoskeletal disorders. 2014; 15:176.

Författare

Hubertsson, J., et al.

Publiceringsår

2014

Land

Sverige

Studiedesign

Registerstudie

Syfte	Huvudsyftet med denna studie var att ge en beskrivande översikt över sjukskrivningsmönster vid olika sjukdomar inom gruppen av muskuloskeletala sjukdomar, inklusive sjukskrivning ordinerad av läkare. Syftet var att få jämförbara uppskattningar av varaktighet av sjukskrivning, ålder och könsfördelning och mönster av återkommande sjukskrivningar för olika undergrupper.
Studiepopulation	16 673 kvinnor och män
Metod	<p>Denna studie baserades på elektroniska läkarintyg för sjukpenning som hämtas från nordvästra delen av region Skåne i Sverige under perioden från 1 januari 2009 till 31 december 2010.</p> <p>Med hjälp av elektroniska journaler, samlades information in om datum och diagnoskoder för alla tillgängliga intyg för sjukpenning utfärdade på dessa enheter under tiden för studien. Intyg som utfärdats före studien men som slutar inom studiens tidsram samt intyg som utfärdats under tiden för studien men som pågick efter studiens tidsram ingick också.</p> <p>Kriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle vara i åldern 18–64 år vid starten av sjukskrivningstiden, då få kommer ut på arbetsmarknaden före 12 års skolgång och den allmänna pensionsåldern i Sverige är 65 år.</p>
Utfallsmått	<p>Sjukskrivning – Vi definierade en sjukskrivning som en period med sjukintyg utfärdat av läkare. I Sverige krävs ett läkarintyg för sjukpenning utfärdat av en läkare för alla sjukskrivningar längre än 7 dagar.</p> <p>Som en indikator på sjukdom vi har använt den Internationella klassifikationen för sjukdomar (ICD)-10. I läkarintyget för sjukpenning anges ICD-koder som huvudorsak till sjukskrivningen av läkaren som utfärdar det ursprungliga intyget för sjukskrivningsperioden. För studien valdes strategiskt sex underkategorier, eller grupper, av MSD; två ryggbesvär; ländryggssmärta (M54) och disksjukdomar (diskbråck) (M51), två typer av artros, knäartros (M17) och höftledsartros (M16) och två sjukdomar med mer utbredda led- eller mjukdelsproblem respektive; reumatoid artrit (M05-M06) och sjukdomstillstånd i mjukvävnader (M79).</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Sammanlagt utfärdades 20 251 sjukskrivningsperioder för 16 673 individer (8 915 kvinnor [53 %] och 7 758 män [47 %]) med en medelålder (SD) på 43 (12) år för kvinnor och 43 år (13) år för män. Totalt 19 883 av de ingående perioderna (98 %) hade en giltig ICD-10 diagnostisk kod registrerad.</p> <p>Muskuloskeletala sjukdomar var det diagnostiska kapitel med högst antal sjukskrivningsperioder (3 371 perioder [17 % av alla sjukskrivningsperioder], 1 713 för kvinnor och 1 658 för män). Läkarintyg för sjukpenning utfärdades för 3 088 personer (1 569 kvinnor [51%] och 1 519 män [49%]). Inom gruppen av muskuloskeletala sjukdomar var 16 % av alla sjukskrivningsperioder 8–14 dagar, 54 % var 15–89 dagar och 30 % var ≥90 dagar långa.</p> <p>För kvinnor och män (n=827) var antalet sjukskrivningsperioder (n=876) för ländryggssmärta (M54) fördelade enligt följande [procent]: 8-14 dagar (n=239;[27]), 15-89 dagar (n=542;[27]), och >90 dagar (n=95;[11]).</p> <p>För kvinnor och män (n=227) var antalet sjukskrivningsperioder (n=230) för disksjukdomar (diskbråck) (M51) fördelade enligt följande [procent]: 8-14 dagar (n=6;[3]), 15-89 dagar (n=75;[33]), och >90 dagar (n=149;[65]).</p>

När data var åldersjusterat, var antal dagar per sjukskrivningsperiod i genomsnitt 26 dagar för **ländryggssmärta** och 27 dagar för sjukdomstillstånd i mjukvävnader. **Disksjukdomar (diskbråck)** och reumatoid artrit hade de längsta perioderna med ett genomsnitt på 150 respektive 147 dagar. För höft- och knäartros var genomsnittet 81 respektive 116 dagar.

Begränsningar med studien	Begränsningar med studien är bland annat att studiematerialet inte innehåller intyg från privata vårdgivare i regionen. Privata vårdgivare är mer vanligt inom primärvården än inom sjukhusvården. Sjukskrivna som kommer från sjukhusvården kan därför vara överrepresenterade i materialet och även eventuella skillnader i ålder och könsfördelning kan påverka resultaten.
Studie	Huysmans E, Goudman L, Van Belleghem G, De Jaeger M, Moens M, Nijs J, et al. Return to work following surgery for lumbar radiculopathy: a systematic review. The spine journal: official journal of the North American Spine Society. 2018; 18(9):1694-714.
Författare	Huysmans, E., et al.
Publiceringsår	2018
Land	Belgien
Studiedesign	Systematisk review
Syfte	Syftet med den systematiska reviewn var att ge en översikt över sjukskrivningens längd och grad av återgång till arbete efter olika kirurgiska metoder för att operera lumbal radikulopati. Det sekundära syftet var att screena de inkluderade artiklarna för faktorer som är relaterade till eller kan förutsäga återgång till arbete.
Studiepopulation	63 artiklar inkluderade 7 100 patienter
Metod	Fyra elektroniska databaser söktes. Inga avgränsningar tillämpades och den senaste sökningen slutfördes den 24 april, 2017. Forskningsfrågor komponerades med hjälp av PICO (Population, Intervention, Control, Outcome). Inklusionskriterier var: Armar av (kvasi-)experimentella- och observationsstudier som undersöker återgång till arbete och faktorer relaterade till eller som kan förutsäga återgång till arbete hos patienter med smärtor i benen orsakade av lumbal radikulopati (oavsett etiologi) som genomgår primär lumbal kirurgi inkluderades i reviewn. Exklusionskriterier var (1) frånvaro av benskärta; (2) patienter med bilateral benskärta, spondylolistes, eller misslyckad ryggkirurgi; (3) patienter som tidigare genomgått en ländryggoperation; och (4) studier som innefattande andra perioperativa ingrepp förutom vanlig vård.
Utfallsmått	Sökord för utfall: återgång i arbete; anställning; sjukfrånvaro
Rapporterat resultat (urval)	Den systematiska sökningen resulterade i 4 890 unika studier vars abstract screenades, 63 artiklar som inkluderade 79 studier, ingick i denna systematiska översikt. Av de 63 inkluderade studierna var 16 randomiserade kontrollerade studier, 42 var prospektiva kohortstudier, 2 fallserier och 19 retrospektiva kohortstudier, och omfattande totalt 7 100 patienter. Sjukfrånvaron skiljde sig åt beroende på vilken operationsmetod som användes. Exempelvis rapporterades en genomsnittlig sjukfrånvaro på 5,2 veckor efter lumbalfusionsoperation

med minimal invasiv fusion jämfört med en sjukfrånvaro på 7,3 veckor vid konventionell lumbal fusion. För återgång till arbete efter öppen kirurgi utan implantat varierade genomsnittstiden för att återgå till arbete mellan 8 till 111 dagar, medan återgång till heltid tog i genomsnitt 24 till 56 dagar. Återgång till arbete efter mikro- eller minimal-invasiv kirurgi tog i genomsnitt mellan 5,6 dagar till 140 dagar. Efter mikrodisektomi, tog det i genomsnitt mellan 33,5 dagar och 60 dagar att återgå till någon form av yrkesverksamhet. Efter endoskopisk diskektomi, varierade tiden mellan 5,6 dagar och 77 dagar innan patienten återgått till arbete. För den totala populationen varierade den genomsnittliga sjukfrånvaron från 0.8 till 20 veckor. Inom 0.1–240 månader efter operation hade 3%–100% av patienterna återgått till arbete.

Ett antal studier (n=13) rapporterade generella faktorer som relaterade till återgång i arbete, medan fem studier rapporterade faktorer som var relaterade till sjukskrivningens längd. De viktigaste faktorerna relaterade till återgång till arbete var att inte röka, en lägre grad av funktionsnedsättning preoperativt, manligt kön, yngre ålder och kortare sjukfrånvaro preoperativt. Anspråk på arbetsskadeersättning och preoperativt ansträngande arbete var relaterat till en längre tid att återgå till arbete, medan yngre ålder och manligt kön var innebar en kortare sjukfrånvaro postoperativt.

Begränsningar med studien	Vid tolkning av resultaten finns ett antal begränsningar relaterade till de ingående studierna som bör övervägas. Först av allt, definitionerna av "återgång-till-arbete" och "uppföljningsperioden" var inte identiska för alla inkluderade studier. Därför behöver respektive definition alltid hållas i åtanke när man tolkar utfallen som till exempel "återgång till preoperativt arbete" kan vara svårare för en patient att uppnå än att "återgång till någon yrkesverksamhet" eller tvärtom. För det andra bör man överväga uppföljningsperioden när man tolkar andelen patienter som återgår till arbete. I studier med längre uppföljningsperioder var det inte alltid helt klart om resultatet "återgång till arbete" representerade de patienter som hade återvänt till arbetet under uppföljningsperioden eller fortfarande arbetade under tiden då uppföljningsbedömningarna gjordes; i det senare fallet kan frågan ställas om resultaten fortfarande är relevanta i samband med operation.
Studie	Ibrahim ME, Weber K, Courvoisier DS, Genevay S. Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study. BMC musculoskeletal disorders. 2019; 20(1):439.
Författare	Ibrahim, ME., et al.
Publiceringsår	2019
Land	Schweiz
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	I en tidigare genomförd studie visade ett multidisciplinärt biopsykosocialt rehabiliteringsprogram (MBR) ett positivt resultat. I den studien var deltagarna få och uppföljningstiden kort. Därför är syftet med denna studie att undersöka om resultatet av MBR kvarstår som giltigt för en större kohort på lång sikt (18 månader), samt att identifiera vilka faktorer som förutspår patienterna återfår arbetsförmåga.

Studiepopulation	201 patienter
Metod	<p>I denna prospektiva kohortstudie inkluderades 201 patienter i MBR-programmet vid universitetssjukhuset i Genève mellan 2006 och 2015. Alla berättigade och villiga patienter som gick antingen på reumatologi eller rehabiliteringskliniker bjöds in att delta. Inklusionskriterier var enligt följande: fransktalande patienter i åldern 18 till 65 år; kronisk ospecifik smärta i länd-ryggen (med eller utan utstrålade bensmärta); oavsett standard medicinsk och träningsbaserad fysisk vård föreskriven av deras allmänläkare. Kravet på dem som hade en avslöjad anställning var att de också skulle vara sjukskrivna. Ett tvärvetenskapligt team bestående av reumatolog, rehabiliteringsläkare, smärtspecialist, psykiater, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, och en psykolog följde deltagarna uppdelade i små grupper om fyra till sex patienter.</p> <p>Programmet började med en endagars individuell utvärdering som involverar fysiska och psykiska tester, samt ett kliniskt verktyg som användes för att samla in viktig information för att kunna ställa meningsfulla, individuella, och terapeutiska mål. Verktyget identifierade patienters prioriteringar i deras dagliga liv och deras upplevda grad av oro för att prestera. Målsättningsprocessen var individuell tillsammans med samma psykolog som genomfört de psykologiska testerna. Alla övriga sessioner var dock gruppssessioner. Det fanns fem typer gruppbehandlingstillfällen. Det första innehöll fysisk behandling tillsammans med fysioterapeuten. Det andra innehöll arbetsterapi med fokus på professionella och dagliga livssituationer, samt allmänna behov (t.ex. bära, lyfta, sitta, städa). Det trede, innehöll patientutbildning av reumatolog eller rehabiliteringsläkare baserade på biopsykosocial modell. Det fjärde, innehöll stödgruppsamtal som leddes av psykiater. Det femte, hölls i andra halvan av programmet och innehöll självstudier.</p>
Utfallsmått	<p>The Core Outcome Measures Index (COMI) är en flerdimensionell, självadministrerad enkät som först bedömer två smärtsymtom (rygg- och bensmärta) på en numerisk betygsskala 0–10. Därefter bedöms funktionsnivå, symtomspecifikt välbefinnande, QoL, arbete och sociala funktionshinder. Dessa betyg sätts på 5-punkters Likert-skalar från 0 (utmärkt hälsotillstånd) till 4 (sämsta hälsotillstånd).</p> <p>Oswestry Disability Index (ODI) är det mest använda, tillståndspecifika utfallsmått som används vid smärta i ländryggen. Tio påståenden skattas från 0 till 5, och mäter hur rygg- eller bensmärta påverkar patientens förmåga att hantera vardagen. Summan av de 10 objektpoängen är multipliceras med två så att slutpoängen varierar från 0 till 100. Minst 10 poäng ses som kliniskt betydelsefullt.</p> <p>The Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), är ett självskattat mått på rörelserädsla. Kinesiofobi definieras som en överdriven, irrationell och försvagande rädsla för fysisk rörelse och aktivitet till följd av en känsla av sårbarhet för skador. Sjutton påståenden betyg sätts på 4-punkters Likert-skalar som sträcker sig från 1 (håller inte med) till 4 (håller helt med). Totalpoängen varierar alltså från 17 till 68, en högre poäng indikerar högre grad av kinesiofobi.</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är en pålitlig, självskattningsskala för att upptäcka depression och ångest i sjukhusmiljö. Skalan består av 14 påståenden som betyg sätts på en 4-punkters (0–3) svarsskala, med totalpoäng varierande från 0 till 21 för ångest och 0–21 för depression. Poäng över 11 eller högre indikerar trolig förekomst av humörstörningen.</p>

The Medical Outcome Study Short-Form Health (MOS SF-12) är en enkät som bygger på den välkända SF-36. Enkäten mäter **subjektiv hälsorelaterad QoL**, samt fysiska och mentala hälsokoncept. MOS SF-12 har ett medelvärde poäng på 50 och en standardavvikelse på 10: ju högre poäng, desto bättre livskvalitet. Det har visat sig bra psykometriska egenskaper bland patienter med smärta i ländryggen.

Rapporterat resultat (urval)

Vid baslinjen var patienternas genomsnittliga COMI-smärtpoäng $6,2 \pm 1,7$; de sämsta poängen var inom området symptomrelaterad QoL ($8,6 \pm 2,1$). Under uppföljningen hade patienternas resultat minskat betydligt i alla COMI-domäner. En kliniskt signifikant minskning i nivån av funktionshinder noterades också, med en minskning av medelvärdet på ODI med mer än 10 poäng mellan baslinje och 18 månaders uppföljning. Den totala TSK-poängen hade minskat i slutet av programmet och vid 6-månaders uppföljning, men hade återigen stigit något vid 18 månader. Fysisk SF-12 QoL ökade signifikant under hela studien. De genomsnittliga poängen på HADS-depressionskala hade sjunkit under den kliniskt signifikanta tröskeln (< 8) i slutet av det fyra veckor långa programmet, och de låg under den under hela uppföljningen. Den genomsnittliga poängen på HADS-ångestskala hade fallit vid behandlingens avslutning, men sjönk aldrig under tröskeln under uppföljningen. Mental QoL hade ökat mot slutet av behandlingen, men ökningen varade inte under uppföljningen. Patienter som hade återfått sin arbetsförmåga vid 18 månader (84/107) hade också haft betydligt bättre resultat i slutet av fyra veckorsprogrammet än dem som inte hade återhämtat sig vid 18 månaders uppföljning.

Begränsningar med studien

Brister i studien var den anmärkningsvärt låga svarsfrekvensen vid uppföljningen, trots de betydande ansträngningarna som gjordes för att öka den. Även om postundersökningar är kända för lägre svarsfrekvens var det förvånande med det låga antalet patienter som deltog i uppföljningen vid 6-månader. Vid telefonsamtal rapporterade patienterna antingen brist på tid att delta eller att de var missnöjda med att programmet inte uppfyllde deras förväntningar. En annan betydande begränsning var frånvaron av kontrollgrupp. Det betyder att det är omöjligt att dra slutsatsen att programmet ger en bättre klinisk utveckling än någon annan intervention. Det gör det också svårt att motbevisa argument om att resultaten kan hänföras till smärta i ländryggens naturliga utveckling.

Studie

Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. BMC musculoskeletal disorders. 2012; 13:156.

Författare

Jensen, C., et al.

Publiceringsår

2012

Land

Danmark

Studiedesign

RCT

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hållbar återgång till arbete och som jämför en kort och en multidisciplinär intervention för patienter med sjukskrivning pga smärta i ländryggen. Resultaten vid ett och två års uppföljning jämfördes. Tre olika

utfall användes: 1) varaktighet fram till återgång till arbete under första och andra året, 2) antal sjukskrivningsveckor och 3) status gällande återgång till arbete registrerades vid vecka 52 och 104 av uppföljningen. Dessutom, effekten av interventioner på återfall i sjukdom under andra året analyserades hos dem som hade återgått till arbete under det första året efter insatsen.

Studiepopulation

351 patienter

Metod

En tvåårsuppföljning av en randomiserad studie som jämför en kort och en multidisciplinär intervention för att underlätta återgång till arbete. Inklusionskriterierna var: 1) sjukskrivning i 3–16 veckor på grund av smärta i ländryggen; 2) 16–60 års ålder; och 3) förmåga att läsa och tala danska. Exklusionskriterierna var: 1) arbetslöshet; 2) pågående eller progressiva symtom som indikerar planer för operation; 3) operation i ryggraden under de senaste 12 månaderna; 4) diagnos av specifika ryggsjukdomar (t.ex. tumör); 5) psykiatrisk sjukdom; 6) graviditet; eller 7) skadligt bruk eller beroende. Patienter från nio kommuner i centrala Danmark remitterades till Spine Center av deras allmänläkare. Inklusions- och exklusionskriterierna utvärderades vid The Spine Center, på regionsjukhuset i Silkeborg, där studien genomfördes. Totalt 351 patienter inkluderades i studien.

De sjukskrivna patienterna genomgick en klinisk undersökning av en rehabiliteringsläkare och en sjukgymnast vid första besöket på kliniken och tilldelades slumpmässigt till antingen kort eller multidisciplinär intervention baserat på blockrandomisering. Magnetrontgen av ländryggen utfördes hos 75 % av patienterna och 10 % i varje interventionsgrupp opererades efter inskrivning i studien, oftast för diskbråck med radikulopati.

För deltagare som tilldelats den multidisciplinära interventionen, planerades ett besök med en handläggare. Handläggaren genomförde en omfattande intervju som täckte aspekter av arbete och privatliv och utformade en skraddarsydd rehabiliteringsplan för att underlätta den anställdes återgång till arbete. Handläggaren kontaktade även arbetsplatsen och den kommunala Arbetsförmedlingen att diskutera och samordna relevanta initiativ. Handläggarens huvuduppgift var att koordinera alla initiativ för återgång till arbete baserade på kunskap om lagstiftning, arbetsplatsförhållanden och deltagarnas hälsotillstånd.

Utfallsmått

Utfallsmått var **återgång till arbete** och **antal veckor med sjukfrånvaro**.

Återgång till arbete mättes på två sätt:

- 1) Varaktighet till den första fyraveckorsperioden som patienten inte fick sjukfrånvaroförmåner (eller andra hälsorelaterade sociala förmåner); och
- 2) Återgång till arbete vid ett år och två år vilket definierades som att patienterna inte får några sociala eller hälsorelaterade förmåner (utom arbetslöshetsersättning) i vecka 52 och vecka 104 efter införandet (oavsett förmåner som erhållits tidigare dessa specifika veckor).

Andra utfallsmått var sjukfrånvaro (partiellt eller helt), anpassat arbete eller utbildning och borta från arbetsmarknaden (förtidspensionering).

Rapporterat resultat (urval)

Totalt 351 patienter randomiserades till den korta interventionen ($n = 175$) eller den multidisciplinära interventionen ($n = 176$). I den korta interventionsgruppen var patienternas medelålder 41,9 (SD = 10,4) år och 50,3 % var kvinnor. I den multi-

disciplinära interventionsgruppen var medelåldern för patienterna 42,1 (SD = 10,5) år och 54,0 % var kvinnor. Sju patienter hoppade av efter randomisering, men de ingick i analyserna eftersom utfallsdata var tillgängliga för alla patienter. Under 2-årsuppföljningen hade 80,0 % respektive 77,3 % återgått till arbete i minst fyra veckor kontinuerligt, och procentandelar som återgått till arbete vid vecka 104 var 61,1 % och 58,0 % i den korta interventionsgruppen respektive den multidisciplinära interventionsgruppen. Vid vecka 104 var 16,6 % respektive 18,8 % sjukskrivna i grupperna, ca 12 % var sysselsatta i anpassade arbeten eller deltog i arbetsträning. Antalet veckor med sjukfrånvaro under det första året var signifikant lägre i den korta interventionsgruppen (median 14 veckor) än i den multidisciplinära interventionsgruppen (median 20 veckor), men under det andra året skiljde sig inte antalet veckor med sjukfrånvaro markant mellan interventionsgrupperna. Det fanns ingen skillnad i sjukskrivningsåterfall mellan interventionsgrupperna.

Begränsningar med studien	Det bör noteras att endast nya perioder med sjukfrånvaro uppmättes som hade en varaktighet på mer än två veckor. Att kortare perioder med sjukfrånvaro kan bli vanligare och mer frekvent efter återgång till arbete kan inte motsägas.
Studie	Khan I, Bydon M, Archer KR, Sivaganesan A, Asher AM, Alvi MA, et al. Impact of occupational characteristics on return to work for employed patients after elective lumbar spine surgery. <i>The spine journal : official journal of the North American Spine Society</i> . 2019; 19(12):1969-76.
Författare	Khan, I., et al.
Publiceringsår	2019
Land	USA
Studiedesign	Retrospektiv studie
Syfte	Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som kan relateras med återgång till arbete hos patienter som uppnådde gynnsamma resultat efter operation av ländryggen. Antagandet var att yrkesegenskaper kommer att spela en stor roll för att fastställa om patienterna återgår till arbetet efter en i övrigt framgångsrik ländryggsoperation.
Studiepopulation	12 435 patienter
Metod	The Quality and Outcomes Database är ett rikstäckande webbaserat register som prospektivt registrerar patienter som genomgår kirurgi för degenerativa ryggradsjukdomar. En standardiserad registreringsprocess används av över 86 deltagande webbplatser (akademiska och privata, med hög och låg volym). För denna studie använde vi ländryggsmodulen och extraherade data för patienter med fullständig 12-månadersuppföljning. De genomsnittliga 1-årsuppföljningarna för de bidragande webbplatserna var 78,5 %, från 66,7 % till 95,3 %. Ländryggsmodulen inkluderar patienter som genomgår ländryggsoperation för primär stenosis, diskbräck, spondylolistes och symptomatisk mekanisk diskbräck eller revisionsoperation för återkommande diskbräck på samma nivå, pseudartros och närliggande segmentsjukdom. Exklusionskriterier var: ålder under 18 år och diagnoser såsom infektion, tumör eller trauma som orsak till ländryggs smärta.

Ländryggsmodulen inkluderar patienter som genomgår ländryggsoperation för primär stenosis, diskbråck, spondylolistes och symtomatisk mekanisk diskbråck eller revisionsoperation för återkommande diskbråck på samma nivå, pseudartros och närliggande segmentsjukdom. Exklusionskriterier inkluderar ålder under 18 år och diagnoser som innebär infektion, tumör eller trauma som orsak till ländrelaterad smärta. En datasamordnare identifierar patienter som uppfyller inklusionskriterierna genom att granska operationsfallsloggen en vecka före inskrivning. Endast patienter som antingen var "anställda och arbetar" eller "anställd men kortvarig sjukfrånvaro" vid operationstillfället inkluderades. Patienterna som är anställda vid operationstillfället följs upp vid 3 månader efter operationen avseende återgång till arbete. Patienter som misslyckas att återgå till arbete vid 3 månader följs upp vid 12 månader efter operationen för att notera om de återgått till arbete.

Utfallsmått

Electronic Medical Record (EMR) granskas för att extrahera information för **variabler** inklusive: ålder, kön, försäkring, historia av diabetes, ångest, depression, symtomvaraktighet, motoriska nedsättningar och antalet involverade ryggradsnivåer.

Smärta mättes med hjälp av Numeric Rating Scale (NRS) som innebär att patienten graderar sin smärta mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta).

Yrkesmässiga variabler (inklusive **arbetsbelastning**, sysselsättningsgrad och arbetstagares ersättning), utbildning, ambulansstatus). Arbetsbelastningen graderas enligt beskrivningen av anställningen, som stillasittande, lätt, medelhög eller tung arbetsbelastning.

Funktionsnedsättning mättes med Oswestry Disability Index (ODI) som samlas in via telefon eller klinikintervju.

Rapporterat resultat (urval)

Av totalt 12 435 patienter som var anställda vid operationstillfället återgick 9 768 (78,6 %) till arbetet vid 3-månader och ytterligare 836 (6,7%) återgick till arbetet vid 12-månadersuppföljningen. Totalt 10 604 (85,3%) återgick till arbetet 1 år efter operationen; 69,7 % av patienterna hade bra operationsresultat och inga biverkningar (återinläggningar/komplikationer). Trettio procent hade uppnått förbättring i ODI och var nöjda 3 månader efter operationen, medan 30,3 % hade dåliga operationsresultat. Av de patienter som hade dåliga operationsresultat 3 månader efter operationen, var det 32,5 % som inte återgått till arbetet och av dem med bra resultat, var det 7 % som inte återgått till arbetet vid 12-månadersuppföljningen. Medelåldern på kohorten var 51±12,31 år, och patienterna som återgick till arbete var yngre jämfört med dem som inte återgick till arbete (50,99 mot 52,03 år). Av totalen, 7 027 (57,7 %) patienter hade högskole- eller eftergymnasial utbildning. Majoriteten av patienterna hade en symtomvaraktighet längre än 3 månader.

Prediktorer för att inte lyckas återgå till arbetet, trots goda operationsresultat inkluderade högre ålder, kvinnor jämfört med män, högre ryggsmärta, större funktionsnedsättning (ODI-poäng) och längre varaktigheten av preoperativa symtom. Yrkesmässiga prediktorer för att inte lyckas återgå till arbetet inkluderade mer fysiskt krävande arbete, anspråk på arbets-skadeersättning och sjukfrånvaro vid operationstillfället.

Begränsningar med studien

Varje prediktiv modell begränsas av de variabler som ingår när modellen byggs. De modeller som presenteras i denna studie betonar de yrkesvariabler som förutsäger återgång till arbete för de preoperativt anställda patienterna. Det finns vissa egenskaper som påverkar om en patients återgång till

arbete ska bli framgångsrik, dock begränsas alla verkliga potentiella register av möjligheten att registrera sådan finkorning information. Troliga drivkrafter för återgång till arbete som inte samlades in för studien inkluderar förhållandet mellan arbetsgivare och anställd, arbetsmiljö, och tillgång till ett anpassat arbete för dem som behandlats kirurgiskt.

Studie	Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. <i>BMJ</i> (Clinical research ed). 2010; 340:c1035.
Författare	Lambeek, LC., et al.
Publiceringsår	2010
Land	Nederländerna
Studiedesign	Populationsbaserad randomiserad kontrollerad studie
Syfte	Syftet med studien är att utvärdera effektiviteten av ett integrerat vårdprogram, som kombinerar en patientstyrd och en arbetsplatsinriktad intervention, för patienter med kronisk ländryggsmärta.
Studiepopulation	134 patienter
Metod	<p>Populationen i denna randomiserade kontrollerade studie omfattade vuxna i åldern 18-65 år med ländryggsmärta och som hade besökt en poliklinik (främst ortopedi och neurologi, men även reumatologi och neurokirurgi) på ett av de inkluderade sjukhusen. Patienten ska ha haft ländryggsmärta i mer än 12 veckor, arbetat (avlönad anställning eller egenföretagare) minst åtta timmar i veckan och varit frånvarande eller delvis frånvarande från arbetet pga sjukdom. Exklusionskriterier var följande: patienter som varit frånvarande från arbetet i mer än två år; hade specifik ländryggsmärta på grund av infektion, tumör, osteoporos, reumatoid artrit, fraktur eller inflammatorisk bearbeta; hade genomgått en ländryggsoperation i de senaste sex veckorna eller varit tvungen att genomgå operation eller invasiv undersökning inom tre månader; hade en allvarlig psykiatrisk eller kardiovaskulär sjukdom; var gravida; eller engagerad i en rättegång mot sin arbetsgivare.</p> <p><u>Intervention:</u> Vanlig vård Patienter som tilldelats gruppen "vanlig vård" fick sedvanlig behandling från sin specialistläkare, företagsläkare, allmänläkare och/eller annan sjukvårdspersonal.</p> <p>Integrerad vård Det övergripande syftet med den integrerade vården var att återställa yrkesmässig funktion och uppnå varaktig återgång till arbete för patienter i sitt arbete eller liknande arbete, och inte för att minska smärtan. Den integrerade vården samordnades av en företagsläkare och bestod av en arbetsplatsintervention baserad på deltagande ergonomi och ett graderat aktivitetsprogram. Den integrerade vården sköttes av ett team bestående av en företagsläkare, en medicinsk specialist, en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Företagsläkaren ansvarade för planering, samordning av vården och kommunikation med vårdpersonalen i teamet, satte förslag på datum för full återgång till arbetet i samförstånd med patienten och patientens företagsläkare. Patienterna randomiserades till endera gruppen.</p>

Frågeformulär gavs till patienterna vid baslinje och efter 3, 6, 9 och 12 månader. Patienterna rapporterade uppgifter om sjukfrånvaro samlades in varje månad med hjälp av dagbok och efter 12 månader från företagshälsovårdens databas.

Utfallsmått

Återgång till arbete - definierades som antal dagar med sjukfrånvaro på grund av ländryggssmärta från randomiseringsdagen till full återgång till arbete i sitt eller annat arbete minst fyra veckor utan återfall, helt eller partiellt.

Smärtintensitet - poängsattes på en visuell analog skala

Funktionell status - bedömdes med the Roland Disability Questionnaire (RMQ) som är ett självrapporterande resultatmått med 24 påstående smärtrelaterad funktionsnedsättning till följd av ländryggssmärta. Påståendena får 0 om de lämnas tomt eller 1 om de godkänns, en total RMQ-poäng sträcker sig från 0 till 24; högre poäng representerar högre nivåer av smärtrelaterad funktionsnedsättning.

Prognostiska faktorer för varaktigheten av sjukskrivningen (för justering vid olikheter mellan behandlingen grupper) var potentiella arbetsrelaterade psykosociala faktorer, mätt med frågeformuläret för jobbinnehåll, och data om arbetsbelastning, mätt med the Dutch Musculoskeletal Questionnaire.

Rapporterat resultat (urval)

Mellan november 2005 och april 2007, hade 219 patienter besökt en medicinsk specialist på grund av ländryggssmärta och uppfyllde inklusionskriterierna. Totalt 85 patienter exkluderades och de återstående 134 randomiserades: 68 till vanlig vård och 66 till integrerad vård. Uppgifter om sjukfrånvaro var fullständiga för alla patienter vid baslinjen, och för 93 % av patienterna under 12-månadersuppföljningen. Uppföljningsdata på sekundära utfallsmått var ofullständiga för 17 patienter (13%) vid 12 månader.

Vanlig vård Patienternas nyttjande av hälso- och sjukvård övervakades under de 12 månaderna av uppföljning. I de flesta fall bestod vården av sedvanlig behandling hos sjukgymnast (n=42, 1473 konsultationer) eller arbetsterapeut (n=20, 367). Endast ett fåtal patienter besökte sin företagsläkare (n=16, 38) eller allmänläkare (n=10, 47). Jämfört med integrerad vård, fick patienterna i gruppen "vanlig vård" fler diagnostiska tester och hade fler konsultationer för arbetsterapi, specialistläkare och psykologisk vård. Analgetika användes också oftare i gruppen "vanlig vård" än gruppen "integrerad vård".

Integrerad vård Den genomsnittliga varaktigheten av integrerad vård (högst tre månader) från randomisering var 67 dagar (SD 32 dagar). Frekvensen konsultationer med medlemmar i det tvärprofessionella teamet från randomisering till hållbar återgång till arbetet var i genomsnitt 2,2 med företagsläkare, 2,4 med arbetsterapeut för arbetsplatsinterventionen, och 6,5 individuella pass samt 11,6 gruppmöten med sjukgymnasten. Ytterligare behandling av andra vårdgivare utöver det tvärprofessionella teamet under 12-månadersuppföljningen bestod mest av sjukgymnastik (n=23 508 konsultationer). Patienterna hade också besökt sin företagsläkare (n=10, 47) och allmänläkare (n=10, 24) och hade använt en mångfald av alternativ vård (n=12, 147).

Integrerad vård, riktad till patienter med kroniska ländryggssmärter samt deras arbetsplats, hade en positiv effekt på

funktionsnedsättningarna. Medianlängden från randomiseringen till hållbar återgång till arbetet var 88 dagar i den gruppen "integrerad vård" jämfört med 208 dagar i gruppen "vanliga vård". Funktionsstatus efter 12 månader skilde sig markant mellan grupperna till förmån för gruppen "integrerad vård" (P=0,01). Smärtans svårighetsgrad skilde sig inte nämnvärt mellan grupperna.

Begränsningar med studien	Det går inte att utesluta placebo- eller Hawthorne-effekt eftersom det inte gick att blinda patienterna eller terapeuter på grund av den integrerade vårdens karaktär. För det andra kan det primära resultatet - sjukfrånvaron - innehålla informationsbias eftersom sjukfrånvaron självrapporterades av patienterna. Dessa uppgifter kontrollerades dock med de uppgifter om sjukfrånvaro som hämtats från företagshälsovårdens databas. Slutligen, studiens design var inte lämplig för att bedöma effektiviteten av interventionerna i den "integrerade vårdens" enskilda komponenter (integrerad vårdledning, arbetsplatsintervention, graderad aktivitet).
Studie	Paulsen RT, Rasmussen J, Carreon LY, Andersen M. Return to work after surgery for lumbar disc herniation, secondary analyses from a randomized controlled trial comparing supervised rehabilitation versus home exercises. The spine journal: official journal of the North American Spine Society. 2020; 20(1):41-7.
Författare	Paulsen, RT., et al.
Publiceringsår	2020
Land	Danmark
Studiedesign	Randomiserad kontrollerad studie
Syfte	Syftet med studien är att undersöka om postoperativ rehabilitering påverkar återgång till arbete, längden av postoperativ sjukfrånvaro och arbetsförmåga hos patienter som opereras för diskbräck i ländryggen. Dessutom undersöktes även relationen mellan baslinjeparametrar och längden av postoperativ sjukfrånvaro.
Studiepopulation	152 patienter
Metod	Före operationen fyllde patienterna i ett frågeformulär med frågor om varaktigheten av preoperativ rygg- och benskärta, smärtintensitet, anställningsstatus och fysisk arbetsbelastning (fysiskt lätt arbete eller fysiskt krävande arbete). Av 173 patienter var 21 inte anställda vid tidpunkten för operation och uteslöts från den efterföljande analysen. Alla 152 anställda patienter ordinerades rutinemässigt sjukskrivning i 2 månader efter operationen. Vid 2 månadersuppföljningen registrerades intensitet av rygg- och benskärta. Graden av funktionsnedsättning under den föregående veckan. Humöret hos patienten utvärderades. Motivation till arbetet bedömdes. Efter 2-månadersbesöket behandlades patienterna enligt de rutinemässiga principerna. Sjukskrivning föreskrivs, om patienten inte kunde utföra sitt vanliga arbete eller ett annat liknande jobb. Om arbetsoförmågan varat i över 1 år kunde sjukskrivning betalas ut efter beslut från rättsläkaren på socialförsäkringsinstitutionen. Efter 5 år skickades en postenkät ut, och patienterna ombads att anmäla eventuell sjukfrånvaro efter 2-månadersbesöket, samt orsakerna till sjukskrivningen. Vidare ombads patienterna att anmäla om de får

pension från arbete efter operationen inklusive datum och orsak till pensioneringen (ryggproblem, någon annan sjukdom eller pensionering på grund av ålder). För varje patient, kunde det kumulativa antalet av dagar med sjukfrånvaro relaterade till ryggproblem beräknas och dividerat med antalet uppföljningsår under vilka patienten var till arbetsmarknadens förfogande, förutom vid ryggproblemen.

Utfallsmått

Egenrapporterad **arbetsförmåga** registrerades på en 0–10-gradig numerisk skala med noll som lika med "ingen arbetsförmåga" och tio lika med "bästa möjliga arbetsförmåga."

Patienterna ombads också att betygsätta sin **förmåga att arbeta** med ett kategoriskt mått och påståenden.

Preoperativa förväntningar angående framtida arbetsförmåga samlades in vid baslinjen på en kategorisk åtgärd med patienter som svarar på om de förväntar sig heltid, deltid, jobbbyte eller heltidssjukskrivning efter operation.

Vid baslinjen tillfrågades alla patienter om deras **utbildningsnivå och aktuell arbetsbeskrivning**. Denna information användes för att skapa yrkeskategorier enligt the International Standard Classification of Occupations (ISCO)-88 klassificeringssystem. I den här studien användes en gruppklassificering från 1 till 9 där 1 är minst fysiskt krävande jobb och 9 de mest fysiskt krävande jobb, utifrån detta skapades fyra yrkesgrupper.

Rapporterat resultat (urval)

Mellan september 2015 och januari 2017 remitterades 192 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna till undersökningsledaren för inkludering. Hundrafyrtiosex patienter randomiserades till antingen REHAB-gruppen (n=73) eller HEM-gruppen (n=73). Under uppföljningsperioden bytte 21 patienter grupp och ytterligare 23 patienter exkluderades under studien pga till nya ryggradsoperationer och cancer. Efter 1 och 2 år hade vi en uppföljningsgrad på 78 % respektive 78 %.

De yrkesmässiga egenskaperna vid baslinjen visade att 70% var sjukskrivna i HEM-gruppen och 67% i REHAB-gruppen. Genomsnittslängden av preoperativ sjukfrånvaro var 6 veckor i HEM-gruppen och 4 veckor i REHAB-gruppen. Patienterna hade en genomsnittlig arbetsförmåga med ett medelvärde på 2,9 i HEM-gruppen och 3,0 i REHAB-grupp före operationen. Inga statistiskt signifikanta skillnader observerades i någon baslinje gällande yrkesparametrar mellan de två grupperna.

Alla patienter i REHAB-gruppen hade individualiserade rehabiliteringsplaner som skickas till kommunerna. Dessutom, hade REHAB-patienter ett individuellt uppstartssamtal i de kommunala klinikerna med planering av rehabiliteringen. Fyrtiofem procent av patienterna erbjöds individuell rehabilitering, medan 51 % tränade i grupp med en sjukgymnast. Rehabiliteringen varade vanligtvis mellan 6 och 12 veckor (62 %) med en (45 %) eller två (48 %) veckopass.

Medianlängden för postoperativ sjukskrivning var 9,9 veckor för HEM-gruppen respektive 9,2 veckor för REHAB-gruppen. Inga statistiskt signifikanta skillnader i längden på postoperativ sjukskrivning observerades. 54,3 % av patienterna från HEM-gruppen hade återgått till arbete under de första 3 månaderna, medan 50,7 % hade återgått till arbete i REHAB-gruppen. Efter 1 år hade 78,6% återgått till arbete i HEM-gruppen mot 73,9% i REHAB-gruppen. Ingen statistisk signifikant skillnad hittades. Arbetsförmågan förbättrades från 2,86 vid baslinjen till 7,31 efter 1 år i HEM-gruppen och från 3.01 till 7.21 i

REHAB-gruppen. Vid 2-årsuppföljningen hade arbetsförmågan förbättrats med 4,0 i HEM-gruppen och 4,3 i REHAB-gruppen jämfört med baslinjen. Inga signifikanta skillnader observerades mellan grupperna varken i intention-to-treat, som behandlat eller enligt protokoll analys.

Begränsningar med studien	Begränsningar i studien är bland annat att uppmärksamhetsbias kan påverka resultaten av patienterna från REHAB-gruppen, som hade handledd rehabilitering, men trots detta var inte REHAB-gruppen överlägsen vad gäller återgång till arbete eller sjukskrivningstid. Ibland besvarar patienter frågeformulär aningen för positivt eller för negativt beroende på deras grupptilldelning. En patient från REHAB-gruppen kommenterade att han var rädd att skicka in sitt frågeformulär eftersom han fortfarande hade svåra symtom men var väldigt glad åt rehabiliteringen, därigenom finns risk för upptäckt partiskhet med i denna studie. I studien fick patienterna byta grupp under uppföljningsperioden. Detta gjorde att några (n=14) patienter med sämre postoperativt resultat själv valt REHAB-gruppen. Dessutom har vissa patienter (n=7) med bättre postoperativt resultat, ändrat från REHAB- till HEM-gruppen. Denna ändring av behandlingsfördelningen skulle kunna orsaka potentiell obalans i resultatet till förmån för HEM-gruppen.
----------------------------------	---

Studie	Puolakka K, Ylinen J, Neva MH, Kautiainen H, Häkkinen A. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: a 5-year follow-up study. <i>European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society.</i> 2008; 17(3):386-92.
Författare	Puolakka, K., et al.
Publiceringsår	2008
Land	Finland
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien är att utvärdera förekomsten av och riskfaktorer för förlorade arbetsdagar under 5 år i en kohort av patienter som behandlas kirurgiskt för diskbräck i ländryggen.
Studiepopulation	134 patienter
Metod	På Jyväskylä Centralsjukhus 1999, opererades 210 patienter för diskbräck i ländryggen. Av dessa anmälde sig 173 patienter frivilligt för att delta i denna studie. De återstående 37 patienterna inkluderades inte av följande skäl: 21 patienter hade inte fått besked om studien när de skrevs ut från sjukhuset; 8 patienter led fortfarande av svår ryggsmärta och hade remitterats till förnyad undersökning vid tidpunkten för studien; 4 hade misslyckades med att följa uppföljningsbedömningarna efter operationen: 2 hade redan genomgått spondylodes i ländryggen, 1 var gravid och 1 hade Parkinsons sjukdom. Patienterna opererades med öppen minimal kirurgisk metod. Förekomsten av diskbräck bekräftades, bräckfragment extraherades och därefter togs löst material bort från utrymmet

mellan diskarna. Fusioner utfördes inte. Postoperativt instruerades patienterna om att undvika att sitta och köra bil under 4 veckor. Lyfta, bära och framåtböjning av ryggen var begränsat i 6 veckor. Patienterna instruerades även att utföra lätt stretching och rörlighetsövningar under sin 2 månader långa sjukskrivningstid.

Utfallsmått

Preoperativ rygg- och bensmärta, **smärtintensitet** (visuell analog skala-VAS, 0–100 mm),

Vid 2 månaders uppföljning registrerades intensitet av den nuvarande **rygg- och bensmärta** (VAS 0–100 mm).

Graden av **funktionsnedsättning** under föregående vecka bedömdes med hjälp av Oswestry Disability Index (ODI) ländryggsmärta (skala 0–100).

Den korta versionen av Beck Depression Inventory (SDI) användes för att utvärdera **humöret** hos patienten.

Motivation till arbetet bedömdes av ett modifierat frågeformulär som utvecklats av Eva Esbjörnsson.

Rapporterat resultat (urval)

Kvinnor (n = 66) hade högre poäng för preoperativ smärta, medan män (n = 86) oftare hade ett fysiskt krävande arbete. I 145 fall med diskbräck var de lateralt (höger i 60, vänster i 85) och i sju fall var de medialt. Fyra individer opererades i två nivåer. Två månader efter operation, var medianen på ODI 14 (IQR 6–26) medan medelvärdet var 17. Ingen könsskillnad hittades. Jämfört med preoperativ situation, var smärtpoängen (VAS) markant reducerad: medianen för ryggsmärta var 13 (IQR 3–29) och medianen för bensmärta 10 (IQR 3–23). Samtliga 152 patienter ordinerades sjukskrivning de första 2 månaderna. Därefter rapporterade 80 (53%) ryggrelaterad sjukfrånvaro eller sjukersättning. Permanent nedsatt arbetsförmåga på grund av ryggproblem, tillerkändes 15 (10%) patienter; 5 av dem var män (6%) och 10 var kvinnor (15%). När dagar med sjukfrånvaro ingick, var medianen för nedsatt arbetsförmåga per år 11 dagar (IQR 9–37); medelvärdet var 61 dagar. Kvinnor hade högre sjukfrånvaro än män: respektive median var 17 dagar (IQR 9–72) och 9 dagar (IQR 9–27) per år (P = 0,038), och respektive medelvärdet var 77 mot 49 dagar. Fördelningen av individernas dagar med sjukfrånvaro var väldigt skev. Två månader efter operation hade 108 (71%) av patienterna endast minimal funktionsnedsättning (ODI 0–20) medan 44 (29%) hade måttlig eller svår funktionsnedsättning (ODI > 20). I den förra gruppen, var mediantalet dagar med nedsatt arbetsförmåga 9 per år (IQR 9–22), medan det i den senare gruppen var 67 (IQR 9–352) (P < 0,001). Multivariat analys avslöjade att ett högre ODI, mer intensiv bensmärta och dålig motivation att arbeta 2 månader postoperativt var riskfaktorer för förlängd arbetsförmåga, medan kön inte var en oberoende prediktor. Dålig funktionsförmåga (ODI) var också en riskfaktor för en permanent ryggrelaterad sjukersättning (hazard ratio [HR] 15,2; 95% KI 2,1–112), utöver högre ålder (HR 1,25; 95% KI 1,04–1,50).

Begränsningar med studien

I studien, utgick antalet dagar med sjukfrånvaro från självrapportering, vilket medför en risk för recall bias. Detta är dock sannolikt inte så stor skillnad mellan de två grupperna som bildades utifrån resultatet på ODI. Vid tidpunkten för när studien startade, samlades inte rutinmässigt preoperativa frågeformulärdata som ODI, SDI och motivation in på avdelningen för ortopedi vid Jvaskylä centralsjukhus. Det kan betraktas som en begränsning i studien. Men syftet var att undersöka standardvård för diskbräck i ländryggen och i den miljön visade det sig

vid 2 månader postoperativt att ODI var en valid, genomförbar och tydlig prediktor för framtida arbetsförmåga.

Studie	Rashid M, Kristofferzon ML, Heiden M, Nilsson A. Factors related to work ability and well-being among women on sick leave due to long-term pain in the neck/shoulders and/or back: a cross-sectional study. BMC public health. 2018; 18(1):672.
Författare	Rashid, M., et al.
Publiceringsår	2018
Land	Sverige
Studiedesign	Tvärsnittsstudie med korrelationsdesign
Syfte	Syftet med studien var att identifiera faktorer associerade med arbetsförmåga respektive välbefinnande bland sjukskrivna kvinnor på grund av långvarig smärta i nacke/axlar och/eller rygg.
Studiepopulation	208 kvinnor
Metod	<p>Under våren 2016 inbjöds totalt 600 kvinnor från mellan och norra Sverige av Försäkringskassan att delta i studien. De valdes ut på grundval av deras läkarintyg, utfärdat av sin primärvårds- eller sjukhusläkare. Kvinnor inkluderades i studien om de uppfyllde följande kriterier: 18 till 65 år; $\geq 50\%$ sjukskrivning från arbetet (dvs. de kunde arbeta deltid); varaktigheten av sjukskrivning ≥ 1 månad på grund av smärta i nacke/axlar (ICD-kod: M53.1, M54.2, M54.9, M75.8, M75.9 och M79.1) och/eller rygg (ICD-kod: M54.4, M54.5, M54.9 och M79.1) i ≥ 3 månader. De ska också kunna läsa, skriva och förstå svenska. Exklusionskriterierna var: reumatoid artrit, multipel skleros, stroke, cancer, Parkinson, bipolär sjukdom, schizofreni och graviditet. Ett informationsbrev och ett frågeformulär skickades till kvinnorna; två påminnelser skickades ut. Av 600 kvinnor, svarade 275 på frågeformulären, vilket gav en svarsfrekvens på 46 %. Av dem uteslöts 67 pga exklusionskriterier. Totalt 208 ingick i analyserna. Eftersom Försäkringskassan bjöd in kvinnorna att delta i studien hade författarna ingen tillgång till uppgifter dem som exkluderades från studien därmed kan inga bortfallsanalyser genomföras.</p> <p>Självadministrerade frågeformulär baserade på åtta olika instrument och en uppsättning frågor om demografiska variabler som ålder, utbildning, födelseland, sambo, arbetsförhållanden, ekonomisk situation, fysisk aktivitet och ett antagande om att vara tillbaka till samma arbete skickades till kvinnorna.</p>
Utfallsmått	<p>För att bedöma smärtintensiteten, användes Multidimensional Pain Inventory (MPI-S). Den psykosociala delen (del 1) består av 28 frågor som bildar fem delskalor. I studien analyserades endast en delskala: smärtintensitet. Den består av 3 frågor, svaren anges på en 7-punkts Likert-skala (0 = ingen smärta; 6 = extrem smärta), och där högre poäng indikerar högre smärtintensitet.</p> <p>För att bedöma self-efficacy, användes General Self-Efficacy (GSE) skalan. Den består av 10 påståenden som respondenterna betygsätter på en 4-gradig Likert-skala (1 = inte sant; 4 = helt sant). Totalpoäng varierade från 10 till 40 poäng, högre värden indikerar högre self-efficacy.</p> <p>Sense of coherence (SOC) kortversion användes för att bedöma känsla av sammanhang. Skalan består av 13 påståenden som poängsätts från 7 till 91. Påståendena betygsattes på</p>

en 7-gradig skala (1 = aldrig; 7 = mycket ofta), där högre poäng representerar högre SOC.

Copingstrategier mättes med hjälp av den svenska versionen av Coping Strategies Questionnaire (CSQ). CSQ består av 8 delskalor. I studien användes endast tre delskalor: avleda uppmärksamhet, ignorera smärtupplevelser och öka aktiviteter. Varje påstående betygsattes på en 7-gradig Likert-skala från 0 = aldrig till 6 = alltid, högre värden representerar mer frekvent användning av copingstrategin.

Arbetsförmåga bedömdes med hjälp av Work Ability Index (WAI). WAI består av 10 frågor. Indexets svar räknas samman till ett indexvärde och klassificeras in i en av fyra indelningar vilka är: utmärkt (44-49); god (37-44); medelmåttig (28-36); och dålig (7-27). Lägre poäng tyder på lägre arbetsförmåga.

+ 3 till, se artikeln

Rapporterat resultat (urval)

Medelåldern hos deltagarna var runt 50 år (intervall 23–64 år). Hälften av kvinnorna hade gymnasieutbildning och 65 % var nöjda med sin ekonomiska situation. Mer än två tredjedelar av kvinnorna (70 %) var arbetare och 30 % tjänstemän. Totalt 68 % av kvinnorna upplevde värk i nacke/axelvärk, 71 % ryggsmärta och 43 % hade värk i både nacke/axel och rygg.

Resultatet visade att kvinnor med högre smärtintensitet ($\beta = -0,30$, $p < 0,001$) och högre arbetsbelastning ($\beta = -0,12$, $p < 0,05$) hade lägre arbetsförmåga, medan kvinnor som hade en stark tro på att de skulle återgå till samma arbete inom 6 månader hade större arbetsförmåga ($\beta = 0,39$, $p < 0,001$).

Resultatet visade att påfrestningar på jobbet, det vill säga höga krav i kombination med låg kontroll, var relaterat till reducerad arbetsförmåga bland kvinnor som var långtidssjuk-skrivna på grund av smärta i nacke/axlar och/eller rygg.

Begränsningar med studien

Bortfallet kan väcka frågor om potentiella urvalsbias. I studien finns två orsaker som eventuellt bidrog till den låga svarsfrekvensen: (i) deltagandet var frivilligt och ingen kompensation erbjöds, och (ii) deltagarna kunde inte svara på alla frågor på grund av smärta. För att öka svarsfrekvensen skickades två påminnelser ut.

Studie

Seyedmehdi M, Attarchi M, Ghaffari M, Mohammadi S, Darnahal M, Sadeghi Z. Prognostic factors for return to work after low-back disc herniation surgery. *Asia-Pacific journal of public health*. 2015; 27(2):Np1775-84.

Författare

Seyedmehdi, M., et al.

Publiceringsår

2015

Land

Iran

Studiedesign

Tvårsnittsstudie

Syfte

Den aktuella studien syftade till att fastställa de faktorer som kan påverka tidig återgång till arbete efter diskbråckkirurgi.

Studiepopulation

603 kvinnor och män

Metod

Alla patienter som genomgick lumbal diskektomi till följd av diskbråck på ett universitetssjukhus i Teheran, Iran, under en 4-årsperiod (2005-2009) ingick i studien. Patienterna hade genomgått operation minst 1 år innan de ingick i studien. Diagnosen diskbråck bekräftades genom att observera kirurgens anteckningar eller MRI-rapporter som finns i patienternas journaler. Andra inklusionskriterier var (a) att genomgå operation pga av diskbråck i ländryggen och (b) anställning före operation. Exklusionskriterierna i vår studie var (a) historia av ryggs-trauma; (b) historia av tillstånd som osteoporos, Pagets sjukdom och cancer (i allmänhet alla tillstånd som kan påverka återhämtningsförloppet och återgång till arbete); (c) funktionsnedsättning orsakat av andra sjukdomar eller tillstånd; och (d) andra operationer i ländryggen än diskektomi, såsom fusion, frakturbehandling eller instabilitet. Efter att ha granskat alla patienters journaler uppfyllde 740 patienter inklusionskriterierna och valdes ut för telefonintervjuer. Totalt 137 patienter uteslöts från studien pga att de inte svarade på telefonsamtal (svarsfrekvens = 85,8%). Totalt deltog 603 patienter i telefonintervjun. Alla intervjuer utfördes av en utbildad läkare.

En checklista med utvalda frågor baserad på en litteraturgenomgång utformades för att samla in data från två källor: (a) från patienternas journaler – denna information inkluderade ålder, kön, försäkringstäckning, rökstatus och så vidare – och (b) från telefonintervjun. Dessa data inkluderade patientens arbetsstatus före och efter operationen, aktuell smärta, arbetstillfredsställelse, chef/kollegors stöd, förväntningar på resultatet före operationen, återgång till arbete (ja eller nej), tid för återgång till arbete, klassificering av jobb efter återgång till arbete (heltid/deltid och samma jobb eller nytt jobb), utbildning nivå, BMI, begäran om ersättning för funktionsnedsättning och historia av nuvarande yrke.

Utfallsmått

Checklistans frågor delades in i fyra grupper:

- (a) demografiska data;
- b) information om operationen, det vill säga operationstidpunkten, aktuell smärta, smärtans svårighetsgrad före operationen och sjukhusvistelsens varaktighet;
- (c) psykologiska data såsom arbetstillfredsställelse och chef/kollegors stöd; och
- (d) yrkesinformation såsom typ av anställning, nuvarande anställning historia och klassificering av jobb efter återgång till arbete (heltid/deltid).

Specifika frågor ställdes:

Frågor för att utvärdera **återgång till arbete**

Arbetstillfredsställelsen mättes med frågan "Är du nöjd med ditt nuvarande yrke?" För denna fråga övervägdes fyra svarsalternativ: inte alls, dåligt, måttligt, och mycket nöjd. Patienternas yrken utvärderades med 2 skalor och delades in i 2 kategorier baserat på arbetsbelastning och riskfaktorerna för ländryggssmärta.

Patienter som återgick till arbetet tidigare än 6 månader klassificerades som "**återgång till arbete i tid**" eller "bra resultat", medan de som återvände till arbetet mellan 6 och 12 månader efter operationen klassificerades som "försenad återgång till arbete" eller "rättvist resultat." Patienter som inte återgick till arbete förrän 1 år efter operation klassificerades som "misslyckande att återgå till arbetet" eller "dåligt resultat."

Rapporterat resultat (urval)

Av 703 patienter som opererades för diskbråck deltog 603 patienter i denna studie (svarsfrekvens = 85,8 %), inkluderat 406 (67,3 %) män och 197 (32,7 %) kvinnor. Medel-BMI var $26,78 \pm 3,06$ kg/m². Av de 603 deltagarna återgick 504 (83,6%), 463

(76,8%) och 452 (75%) patienter till arbetet tidigare än 12, 6 respektive 3 månader efter operationen. Den genomsnittliga tiden för återgång till arbete var 57 dagar. I allmänhet återgick 364 deltagare (72,2 %) till heltidsarbete och 140 deltagarna (27,8 %) till deltidsanställning; 524 deltagare (86,7%) återvände till sitt tidigare jobb, och 79 deltagare (13,3 %) bytte jobb. Det totala antalet dagar med sjukfrånvaro var mer än 34 000 dagar i studien. I gruppen som misslyckades att återgå till arbete vid den tidpunkt som läkaren föreslagit var medelvärdet för ålder, BMI, smärtans varaktighet preoperativt betydligt högre och tiden längre för återgång till arbete än för dem som återgick till arbetet i tid ($P > 0,05$), medan medelvärdena för sjukhusvistelsens längd och anställningens varaktighet i det nuvarande jobbet inte var signifikant olika mellan de 2 grupperna ($P < 0,05$).

En regressionsanalys visade att biologisk ålder över 40 år, kvinnligt kön, utbildningsnivå lägre än årskurs 12, längre sjukhusvistelse, högre BMI, ha ett manuellt arbete, brist på uppmuntran från läkaren att återgå till arbete, att vid tillfället för telefonintervjun ha smärta, och låg arbetsstillfredsställelse var alla faktorer associerade med försenad återgång till arbete ($P < 0,05$). En misslyckad återgång till arbete var associerad med samma faktorer som de i försenad återgång till arbete ($P < 0,05$).

Begränsningar med studien	Begränsningar i studien var bland annat att några av patienterna som ursprungligen valdes ut för studien inte var tillgängliga, därför kan det finnas en urvalsbias i studien; på grund av bristen på information om de tekniska aspekterna vid operationerna och andra behandlingsförfaranden, hur de påverkar funktionsförmågan postoperativt kunde inte utvärderas direkt; för att minska effekterna av denna bias på resultatet, mättes tiden för sjukhusvistelsen och varaktigheten av smärta postoperativt som indirekta indikatorer på dessa variabler; det fanns ingen preoperativ psykologisk bedömning tillgänglig i patientjournalerna; därför var det inte möjligt att utvärdera patienternas psykologiska status preoperativt.
Studie	Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, et al. Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. Journal of occupational rehabilitation. 2017; 27(3):369-81.
Författare	Steenstra, IA., et al.
Publiceringsår	2017
Land	Canada
Studiedesign	Systematisk review
Syfte	Studie syftar till att bredda tillämpningen av tidigare reviews genom att systematiskt granska evidensen för faktorer som förutsäger längd på sjukfrånvaro subakut och i det kroniska skedet av en period med sjukfrånvaro från arbetet relaterat till ländryggssmärta. 1) Den första hypotesen var att det finns faktorer relaterat till ländryggssmärta, till arbetaren, till jobbet och till den psykosociala miljön som påverkar varaktigheten av en episod av sjukskrivning.

- 2) Den andra hypotesen var att i subakut och ännu mer i den kroniska fasen kommer psykosociala problem sannolikt bli mer framträdande jämfört med den akuta fasen.

Studiepopulation	Sjuttioåtta publikationer uppfyllde samtliga inklusionskriterier
Metod	<p>Sökningen gjordes i tre databaser och konstruerades i tre breda kategorier: (1) Prognostermer, (2) Villkor för ryggsmärta och (3) villkor för arbete/återgång till arbete. Villkoren inom varje kategori kombinerades med OR och sedan med AND. Sökningen fångades därför referenser med minst en term i var och en av de tre kategorierna. Sökresultaten kombinerades och dubletter togs bort. Sökresultatet granskades för studier om ländryggsmärta, prognos och arbete och stratifierade resultatet för varje fas av arbetsförmåga.</p> <p>Två granskare valde oberoende av varandra studier som mötte liknande kriterier för inkludering och exkludering och bedömde kvaliteten på de inkluderade artiklarna oberoende av varandra. Den information som extraherades från varje studie inkluderade definitioner av prognostiska faktorer och resultat, land, miljö, associationsuppskattning, urvalsstorlek mm. Risk för återgång till arbete omräknades till risken för ingen återgång till arbete. Detta innebar att ett förhållande större än 1 betyder en fördröjning i tiden fram till återgång till arbete.</p> <p>Kriterierna för att beskriva nivån av evidens för varje prognostisk faktor var baserat på ett klassificeringssystem och delas in enligt följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stark evidens</i> - överensstämmande fynd i flera studier med hög kvalitet. • <i>Måttlig evidens</i> - överensstämmande fynd i en hög kvalitetsstudie och en eller flera studier av lägre kvalitet, eller i flera studier av lägre kvalitet. • <i>Otillräcklig evidens</i> - bevis endast en studie tillgänglig eller inkonsekventa fynd i flera studier.
Utfallsmått	N/A
Rapporterat resultat (urval)	<p>Den första sökningen gav 5027 forskningsartiklar, efter att dubletter tagits bort. Efter screeningen av alla titlar och abstracts, hämtades 939 artiklar för en fulltextgranskning. Sjuttioåtta publikationer uppfyllde samtliga inklusionskriterier. Sexton publikationer representerade den kroniska fasen, sex den subakuta fasen, 37 den akuta fasen och 19 studier representerade populationer i olika faser eller så angavs inte sjukskrivningens längd (en redovisning av publikationernas ursprung finns i artikeln). Medelkvalitetspoängen i studier om den subakuta fasen var 15,5 (intervall 14–19); om den kroniska fasen 14,8 (intervall 9–21). Fem av dessa studier var av hög kvalitet (QA-poäng[16], 13 var av måttlig kvalitet (QA poäng mellan 13 och 16), och sju var av lägre kvalitet (QA\13). 481 prognostiska faktorer studerades över alla faser. Prognostiska faktorer grupperades i kliniska, personliga psykosociala, arbetsrelaterade psykosociala och anspråksrelaterade prognostiska faktorer. Inom varje kategori fanns faktorer eller verktyg som mäter samma sak vilka slogs samman till 43 olika konstrukt.</p> <p>Resultatet visar att i samband med <i>Behandlingsrelaterade kliniska faktorer</i> finns det stark evidens för att dröjsmål med remiss till insatser är förenat med en försening i återgång till arbete i den kroniska fasen. I den subakuta fasen finns det måttlig evidens för ett positivt samband mellan intervention och återgång till arbete. Det finns även ett positivt samband mellan positiva förväntningar och kortare tid för återgång till</p>

arbete. När det gäller *Socioekonomisk status, fysiska krav och anpassade arbetsuppgifter* och återgång till arbete finns det ett positivt samband mellan lägre krav i arbetet och en snabbare återgång till arbete både i den kroniska och den subakuta fasen. Det fanns även evidens för ett positivt samband mellan högre utbildning och återgång till arbete i den kroniska fasen. I övrigt visar resultatet att effekten av smärta, funktionell status och strålningssmärta verkar förändras med varaktigheten av arbetsoförmågan. Anställdas förväntningar på återhämtning är fortfarande viktiga efter 6 veckor. Anpassade arbetsuppgifter studeras sällan i de senare faserna av arbetsoförmågan. Depression/psykisk hälsa visade sig inte vara en viktig faktor i senare faser av sjukfrånvaron. Fysiska faktorer kopplade till arbetsplatsen är fortfarande viktiga. Det finns otillräcklig evidens för att katastroftankar och undvikande pga rädsla är prediktiva faktorer i senare faser av sjukskrivningen.

Vår första hypotes var att det finns faktorer relaterade till ländryggssmärta, till arbetaren, till jobbet och till det psykosociala miljö som påverkar varaktigheten av en sjukepisod lämna. Resultaten visar att faktorer inom kategorierna klinisk, psykosocial och arbetsplats är associerade med återgång till arbete. Att förstå dessa faktorer kan hjälpa utövare som hanterar patienter under "återgång-till-arbete"-processen.

Vår andra hypotes var att i den subakuta fasen och ännu mer i den kroniska fasen, psykologiska och sociala frågor skulle sannolikt bli mer framträdande jämfört med till den akuta fasen. Denna hypotes kan inte bekräftas, främst på grund av bristen på studier av hög kvalitet och en brist på konsensus bland forskare om vad de ska mäta, hur man mäter, och hur man analyserar sambanden.

Begränsningar med studien	En prognostisk studie är inte den mest lämpliga studiedesignen för att undersöka effektiviteten av insatser. Särskilt på grund av "time-dependent bias" som inte övervägs av de utvalda studierna, och för att dem som får interventionen sannolikt skiljer sig från dem som varken får interventioner antingen vid baslinjen eller över tid. Resultaten om interventioner bör tolkas med den begränsningen i åtanke.
Studie	van Nieuwenhuysse A, Burdorf A, Crombez G, Verbeke G, Masschelein R, Mairiaux P, et al. Sick leave due to back pain in a cohort of young workers. <i>International archives of occupational and environmental health</i> . 2013; 86(8):887-99.
Författare	van Nieuwenhuysse, A., et al.
Publiceringsår	2013
Land	Belgien
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Utifrån ett urval av unga arbetare med ingen eller en blygsam historia av ryggsmärtor, var studiens syfte 1. Beskriva förekomsten, varaktigheten och frekvensen av sjukfrånvaro på grund av ländryggssmärta, 2. Att undersöka effekten av arbetsrelaterade och individuella faktorer på förekomsten av sjukfrånvaro på grund av ländryggssmärta, och 3. Att bedöma effekten av varje identifierad riskfaktor på förekomsten av sjukfrånvaro bland arbetare utsatta för någon av dessa faktorer och inom studiepopulationen.

Studiepopulation	851 arbetstagare
Metod	<p>BelCoBack-studien (belgisk kohortstudie om ländryggssmärta) är en prospektiv studie. Sammanfattningsvis, mellan 2000 och 2001 rekryterades deltagare bland de anställda vid fyra sjukvårdsinrättningar och två distributionsföretag i Belgien och baslinjemätningar erhöles. Sysselsättning inom båda sektorerna är förknippat med förhöjda risker för ländryggssmärta. Vidare för att minska påverkan av ålder och av tidigare episoder av LBP fick deltagarna inte vara äldre än 30 år vid intagsförellet och måste ha varit fri från episoder av LBP på sju eller fler dagar i följd under de 12 månaderna före intag i studien. Av 1 672 berättigade anställda, 1 200 (72 %) tackade ja till att delta.</p> <p>Ett år senare (2001–2002) tillfrågades deltagarna att fylla i ett frågeformulär igen. Av de 972 arbetare som svarade vid baslinjen, returnerade 800 (82 %) frågeformuläret. Både vid baslinjen och vid uppföljningen fördelades frågeformuläret inom företagen av forskarasistenter. Majoriteten av de anställda fyllde i frågeformuläret hemma och skickade tillbaka det till forskningsassistenter. Vid uteblivet svar, skickades två påminnelser. För de longitudinella analyser som beskrivs i denna artikel, identifierades en kohort med 851 anställda med ett minimum om minst 2 månaders erfarenhet av sin funktion vid antagning. Ett intervall på minst 2 månader ansågs tillräckligt att uppskatta arbetsbegränsningarna i en funktion. De frågeformulär som användes vid 1-årsuppföljningen var tillgängligt för 716 av dessa 851 arbetare (svarsfrekvens 84 %, förlust till uppföljning på 16 %).</p> <p>Vid baslinjen användes självrapporterade frågeformulär för att registrera faktorer som kan vara relaterade till ländryggsbesvär, det vill säga (1) fysisk belastning på jobbet och på fritiden, (2) psykosociala arbetsegenskaper och (3) individuella variabler. Ett år senare fyllde deltagarna i ytterligare ett frågeformulär. Vid det förellet tillfrågades arbetstagarna bl.a. om de hade stannat hemma på grund av ländryggsproblem sedan starten av studien för cirka 12 månader sedan (Ja Nej). Förekomsten av sjukskrivning på grund av ländryggsproblem efter 1 års uppföljning, det vill säga resultatet av denna artikel, registrerades alltså som andelen anställda som stannade hemma på grund av ländryggsproblem under det första året av uppföljningen. Sjukfrånvaro definierades som all frånvaro från arbetet, hur kort den än var. Om "ja", ombads deltagarna att ytterligare specificera antalet sjukskrivningar ("hur många gånger") och den totala sjukfrånvaron ("hur många dagar totalt").</p>
Utfallsmått	<p>Psykosociala arbetsegenskaper utvärderades med det 43-delade Job Content Questionnaire. Olika påståenden betygsattes på en fyrapunkters Likert-skala, allt från "instämmer inte alls" till "instämmer helt", vilket ger en poängsumma för varje dimension. Följande dimensioner beaktas: skicklighet diskretion (sex poster), beslut auktoritet (tre poster), psykologiska jobbkrav (fem poster), stöd för handledare och medarbetare (fyra poster vardera), anställningsosäkerhet (fem poster) och missnöje med jobbet (fem poster).</p> <p>Ett batteri av frågeformulär om individuella och hälsorelaterade faktorer härleddes från the Standardised Nordic Questionnaire för analys av muskuloskeletala symtom. För bedömning av psykologiska begrepp, användes the Modified Tampa Scale of Kinesiophobia; the Pain Catastrophising Scale; the Positive Affectivity Negative Affectivity Scales; och the Psychosomatic Symptom Checklist. Alla påståenden fick fyra eller</p>

	fem poäng på Likert-skolor, och för varje påstående beräknades en totalpoäng. BMI kategoriserades som BMI<20, BMI 20–<25 (normal vikt), BMI 25–<30 (övervikt); och BMI≥30 (fetma).
Rapporterat resultat (urval)	<p>Av de 716 anställda var 64 % sysselsatta i landets hälso- och sjukvårdssektor och 36 % i distributionssektorn och 61 % var kvinnor. Vi registrerade en medianålder på 26 år (interkvartilintervall på 5 år) och en mediantjänstgöring i den nuvarande funktionen på 3 år (interkvartilintervall på 4 år); 88 % hade en heltidsanställning. I denna unga befolkning som var 30 år eller yngre, bedömde 47 % sin hälsa som "mycket bra"; de återstående 53 % gav betyget "måttligt till rättvist".</p> <p>Efter 1 års uppföljning, hade 42 (6 %, 95 % KI 4–8) av 716 anställda sjukanmält sig från arbetet på grund av ländryggssmärta. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män. Även om endast 42 anställda rapporterade ryggrelaterad sjukfrånvaro var sjukfrånvaron på grund av ländryggssmärta betydande med en medianlängd på 10 dagar (interkvartil mellan 5 och 21 dagar). Värt att notera var att 35 (84 %) av 42 arbetare sjukskrev sig som enstaka episod. Kollektivt, utgjorde ländryggrelaterad sjukfrånvaro 696 dagar eller 12 % av alla sjukskrivningsdagar i populationen på 716 anställda.</p> <p>Tre individuella faktorer var relaterade till förekomsten av sjukfrånvaro under det följande året: (1) allmän hälsa som uppfattas som måttlig till rättvis (RR 2,82, 95 % CI 1,40–5,56), (2) fetma definierat som ett BMI på 30 eller högre (RR 2,94, 95 % KI 1,29–6,67) och (3) besvär från de övre extremiteterna året före inkluderingen (RR 2,20, 95 % KI 1,19–4,07). Ingen av det psykologiska variablerna förutspådde sjukfrånvaro (varken som kategorisk eller som kontinuerlig variabel).</p>
Begränsningar med studien	Både de potentiella prediktorerna och resultatet inrapporterades av de anställda själva. Därför, går det inte att utesluta "common source-bias", det vill säga bias på grund av att insamlad information från endast en källa kan leda till korrelerade rapporter om prediktorer och effekter och därmed ge falskt positiva resultat.
Studie	Zieger M, Lupp M, Meisel HJ, Günther L, Winkler D, Toussaint R, et al. The impact of psychiatric comorbidity on the return to work in patients undergoing herniated disc surgery. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> . 2011; 21(1):54-65.
Författare	Zieger, M., et al.
Publiceringsår	2011
Land	Tyskland
Studiedesign	Longitudinell observationsstudie
Syfte	<p>Studiens syfte är att undersöka påverkan av psykiatrisk samsjuklighet på återgång till arbete för patienter som genomgår diskbråcksoperation, förutom eventuella sociodemografiska, sjukdomsrelaterade, yrkes- och rehabiliteringsrelaterade egenskaper. Följande frågor kommer därför att behandlas i denna tidning:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilken är graden av återgång till arbete och arbetsförmåga hos patienter som genomgår diskbråckskirurgi 3 månader efter den kirurgiska behandlingen? 2. Rapporteras psykiatrisk samsjuklighet som prevalens av (1) affektiva störningar, (2) ångeststörningar och (3) substansrelaterade störningar associerade med en högre risk för att inte

	<p>återgå till arbete och förlorad arbetsförmåga hos patienter som genomgår diskoperation?</p> <p>3. Vilka sociodemografiska, sjukdomsrelaterade, yrkesinriktade och rehabiliteringsrelaterade egenskaper är associerade med återgång till arbete och arbetsförmåga 3 månader efter kirurgisk behandling?</p>
Studiepopulation	305 patienter
Metod	<p>Studien har en longitudinell studiedesign. Baslinjeundersökningen genomfördes under sjukhusvistelsen, cirka 3,45 dagar (SD 3,170) efter diskbråcksoperation, med hjälp av intervjuer ansikte-mot-ansikte, inklusive frågor om psykiatrisk samsjuklighet och andra självrapporterade frågeformulär. En uppföljningsintervju genomfördes per telefon 3 månader efter diskbråcksoperation. Intervjuarna var utbildade psykologer.</p> <p>För studien användes ett konsekutivt urval av totalt 349 patienter som genomgått en diskbråcksoperation mellan april 2007 och oktober 2008. Fyrtiofyra patienter valde att inte delta i studien. Det slutliga urvalet bestod av 305 nukleotomipatienter (svarsfrekvens: 87 %) rekryterade från tre sjukhus. Patienter som ingick i studien hade ett diskbräck verifierat efter radiologisk undersökning och fick antingen en M50 eller M51 diagnoskod enligt International Classification of Diseases-10 (ICD-10). Patienterna var mellan 18 och 55 år, ansågs vara kandidater för rehabilitering och kunde tala tyska tillräckligt. Vid 3-månaders uppföljningen deltog 277 nukleotomipatienter, vilket motsvarade 90,8 % av baslinjen.</p>
Utfallsmått	<p>Smärta mättes på VAS-skalan (0-100).</p> <p>Psykiatrisk samsjuklighet utvärderades med the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-DIA-X, tysk version) som är en datoriserad version. CIDI-DIA-X är en omfattande, strukturerad, standardiserad diagnostisk intervju för bedömning av patientens tidigare och aktuella psykiska diagnoser.</p> <p>Den subjektiva prognosen för framtidiga anställningsstatus bedömdes med hjälp av de tre punkterna i the Subjective Prognostic Employment Scale (SPE Scale). Skalan består av tre påståenden som patienten fick skatta (mellan 0 och 3). Högre poäng på skalan indikerar en sämre subjektiv prognos för att återgå i förvärsarbete.</p> <p>Vid uppföljningen tillfrågades deltagarna om det återgått till arbete, hade återfått arbetsförmåga (att ha återfått arbetsförmåga 3 månader efter operation innebär inte per automatik att patienten återgått till arbete) eller om de fortfarande var sjukskrivna.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Vid tidpunkten för 3-månadersuppföljningen, hade 40,1 % (n = 111) av de diskopererade patienterna redan återgått till arbetet. En något större mängd 44,4 % av patienterna (n = 123) återfick arbetsförmåga 3 månader efter diskbråcksoperationen. Av de patienter som fortfarande inte hade återfått sin arbetsförmåga (n = 154), var 90,9 % (n = 140) fortfarande sjukskrivna och 9,1 % (n = 14) hade fått sjukpenning.</p> <p>En jämförelse av samsjuklighet mellan gruppen "återgått till arbete/inte återgått till arbete" respektive gruppen "återfått arbetsförmåga/inte återfått arbetsförmåga" visade signifikanta skillnader. I grupperna "inte återgått till arbete" och "inte återfått arbetsförmåga", hade 29 % haft psykiatrisk samsjuklighet under de senaste 12 månader före operationen, medan endast 17 % i gruppen "återgått till arbete" respektive 18 % i gruppen "återfått arbetsförmåga" hade en samtidig psykisk sjukdom (P<.05). Prevalensen för psykiatrisk samsjuklighet inom de</p>

senaste 4 veckorna visar att endast 6 % i "återgått till arbetsgruppen" respektive 18 % i "återfått arbetsförmåga"-gruppen hade en psykiatrisk samsjuklighet, i jämförelse med 17 % (P<.05) i gruppen "inte återgått till arbete" respektive 18 % (P<.01) av "inte återfått arbetsförmåga".

Begränsningar med studien

En begränsning i studien är en möjlig effekt av urvalsbias på grund av bortfall och avhopp vid 3 månaders uppföljningen. Både bortfall och differentiellt avhopp är ett vanligt problem inom epidemiologiska studier, som kan äventyra statistisk styrka och minska generaliserbarheten av resultat till övriga befolkningen. Emellertid, bortfallet på 13 % och 9 % vid uppföljningen är relativt lågt.

Arm/handled/hand

Epikondylalgi, epikondylit - M77	M77 Other enthesopathies, epicondylitis
Karpaltunnelsyndrom - G56.0	G56.0 Carpal tunnel syndrome
Vissa hand- och handledsbesvär - M18, G56.2, M65.3, M65.4, M70.0, M72.0	M18 Arthrosis of first carpometacarpal joint G56.2 Lesion of ulnar nerve M65.3 Trigger finger M65.4 Radial styloid tenosynovitis M70.0 Chronic crepitant synovitis of hand and wrist M72.0 Palmar fascial fibromatosis
Distal radiusfraktur - S52.5	S52.5 Fracture of lower end of radius
Skada på övre extremiteten (sårskada, luxation, distorsion och fraktur) - S40, S50, S60, S53, S63, S43.4, S42, S52, S62, S43.0	S40 Superficial injury of shoulder and upper arm S42 Fracture of shoulder and upper arm S43.0 Dislocation of shoulder joint S43.4 Sprain and strain of shoulder joint S50 Superficial injury of forearm S52 Fracture of forearm S53 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of elbow S60 Superficial injury of wrist and hand S62 Fracture at wrist and hand level S63 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at wrist and hand level
Sårskada på hand, handled och underarm - S51, S61	S51 Open wound of forearm S61 Open wound of wrist and hand

Sjukdomar och skador i arm, handled och hand

Det här dokumentet redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid sjukdomar och skador i arm, handled och hand.

Studie

Atrosi I, Zhou C, Jöud A, Petersson IF, Englund M. Sickness absence from work among persons with new physician-diagnosed carpal tunnel syndrome: a population-based matched-cohort study. PLoS one. 2015; 10(3):e0119795.

Författare	Atroshi, I., et al.
Publiceringsår	2015
Land	Sverige
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Studiens syfte var att jämföra sjukfrånvaro hos personer med nyligen diagnostiserat karpaltunnelsyndrom med normalbefolkningen i en populationsbaserad kohortstudie.
Studiepopulation	305 patienter
Metod	Urvalet till kohorterna hämtades från Region Skånes sjukvårdsregister. Från registret hämtades data om alla personer som hade fått diagnosen karpaltunnelsyndrom under en 5-årsperiod (från 1 januari 2004 till 31 december 2008). Inklusionskriterierna var (1) ålder vid diagnos från 17 år (16 år är minimiåldern som är berättigad till sjukpenning) till 57 år (vald på grund av den relativt höga andelen sjukersättning bland individer över 60 år), (2) en primär diagnos karpaltunnelsyndrom och (3) bostad i regionen under 3 kalenderår före diagnosdatum. Vi exkluderade personer som hade fått diagnosen under de 3 åren före datumet för rekryteringen av deltagare till studien. För varje person med karpaltunnelsyndrom tog vi slumpmässigt 4 matchade referenspersoner från allmänna befolkningen utan karpaltunnelsyndrom. Variablerna för matchningen var kön, födelseår och bostadsområde. Diagnosdatumet för varje person med karpaltunnelsyndrom ansågs vara dag 0 för hans/hennes matchade referensperson.
Utfallsmått	Uppgifter om sjukfrånvaro hämtades från Försäkringskassans register. För varje person hämtades data om sjukfrånvaro 12 månader innan till 24 månader efter datumet då personen fick diagnosen karpaltunnelsyndrom och från motsvarande datum för referenspersonerna.
Rapporterat resultat (urval)	<p>Under perioden för studien (5 år) gav läkare 7108 personer i åldern 17 till 57 år diagnosen karpaltunnelsyndrom (KTS). Totalt 1 641 personer utslöts eftersom de fått diagnosen under 3 åren före datumet för studiens början. Elva personer utslöts eftersom inga kvalificerade matchade referenspersoner kunde hittas. Kohorten omfattade 5 456 försökspersoner med karpaltunnelsyndrom (73 % kvinnor) och 21 667 matchade referenspersoner utan diagnosen. Medelåldern för kohorten med karpaltunnelsyndrom och kohorten med referenspersonerna var 43 år (intervall 17–57 år) för båda könen och ungefär hälften av kohorterna tillhörde åldersgruppen 45 till 57 år (tabell 1). I karpaltunnelsyndroms kohorten fick 2111 kvinnor (53%) och 710 män (48%) kirurgisk behandling inom 24 månader efter diagnos.</p> <p>Antalet dagar med sjukfrånvaro av alla orsaker per varje 30-dagarsperiod från 12 månader före till 24 månader efter studieperioden var i genomsnitt betydligt högre i KTS-kohorten jämfört med referenskohorten. I genomsnitt var antalet sjukdagar per 30-dagarsperiod initialt cirka 1,5 dagar högre i KTS-kohorten. Skillnaden ökade kraftigt ca 1 månad före diagnosdatum till en topp på cirka 6,5 dagar och minskade sedan under de följande månaderna. Skillnaden mellan grupperna vid 24 månader efter diagnos liknade den initiala skillnaden. I både KTS- och referenskohorten var det genomsnittliga antalet dagar med sjukfrånvaro av alla orsaker per varje 30-dagarsperiod från 12 månader före till 24 månader efter diagnos cirka 0,5 till 1 dag högre hos kvinnor än hos män under de 36 månaderna.</p>

I KTS-kohorten (3966 kvinnor/1490 män) registrerades en ny sjukfrånvaroperiod hos 492 (12,4 %) av kvinnorna och 170 (11,4%) av männen i samband med datumet för diagnosen; andelen nya sjukskrivningar var 13,4 % för kvinnorna och 12,1 % för männen. Totalt 1092 (31 %) av kvinnorna och 346 (25 %) av männen var sjukskrivna (nya eller pågående) i samband med diagnosdatum. I gruppen med KTS-personer som behandlats kirurgiskt registrerades en ny påbörjad period av sjukfrånvaro relaterat till datumet för operationen hos 1121 (53 %) av kvinnorna och 408 (58 %) av männen. Medianen av varaktigheten med sjukfrånvaro var 35 dagar (IQR 27–45) för kvinnor och 41 dagar (IQR 28–50) för män. Totalt var 1 515 kvinnor (72 %) och 523 män (74 %) sjukskrivna (nya resp. pågående) i samband med operationsdatum.

Begränsningar med studien	All sjukfrånvaro kortare än 15 dagar registrerades inte i Försäkringskassans register för sjukfrånvaro och ingick därför inte i studien, vilket kan betyda en underskattning av andelen sjukskrivna personer i samband med diagnos och operation.
Studie	Egund L, Önnby K, McGuigan F, Åkesson K. Disability and Pain are the Best Predictors of Sick Leave After a Distal Radius Fracture in Men. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> . 2020; 30(4):656-64.
Författare	Egund, L., et al.
Publiceringsår	2020
Land	Sverige
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att beskriva variationen i sjukfrånvaro hos män med distal radiusfraktur och att utforska effekten av patientrelaterade faktorer som självrapporterad funktionsnedsättning och smärta, variabler som är relaterade till frakturer.
Studiepopulation	88 män
Metod	Som en del i en större studie, fokuserade denna delstudie att följa patienter under 12 månader efter distal radiusfraktur och utöver benparametrar även utvärdera funktionellt resultat och sjukfrånvaro. Konsekutiva patienter med en akut distal radiusfraktur bjöds in under 2003–2007. Inklusionskriterier var: man, ålder 18–65 år, i aktiv anställning eller utbildning, akut distal radiusfraktur och bosatt i upptagningsområdet. Exklusionskriterier var flera frakturer (inklusive bilateral radiusfraktur), kognitiv funktionsnedsättning och bristande svenska för att kunna slutföra frågeformulär. Initialt identifierades 333 män i åldern 18–65 år med distal radiusfraktur, av vilka 89 inte uppfyllde inklusionskriterierna (36 med icke-akut fraktur; 20 med multipel fraktur; 10 utanför upptagningsområdet, 13 icke svensktalande; 10 pensionerade eller inte i aktiv anställning/utbildning). Av 244 lämpliga personer, tackade 88 ja till att delta. Orsaker till att inte delta var att de inte ville (117), sjukdom (18), känt missbruk (14) ej kontaktbar (7). De fanns ingen skillnad i åldersfördelningen hos de som deltog och de som inte gjorde det.
Utfallsmått	Vid inskrivningen fick deltagarna ett omfattande frågeformulär om hälsofillstånd , medicinering och livsstilsfaktorer. Information om angiven samsjuklighet beräknades med Charlson

Comorbidity Index (CCI). **Socioekonomisk status** (utbildningsnivå, typ av arbete, arbetsbelastning) registrerades och **arbetsbelastning** klassificerades som stillasittande, lätt, medel, tung, mycket tung. **Sjukfrånvaro** självrapporterades och registrerades vid 6–8 veckor, 3, 6 och 12 månader.

Frågeformuläret the Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire (DASH, svensk version) registrerades vid inskrivningen cirka en vecka efter frakturen, och sen vid 6–8 veckor och 12 månader. DASH är ett instrument med 30 påståenden för att utvärdera **funktionsförmågan** i den övre extremiteten, vilket ger en totalpoäng 0–100; högre poäng indikerar högre funktionsnedsättning. Specifikt analyserades frågan om patientupplevd smärta i instrumentet.

Global **hälsa** mättes med frågeformuläret Short Form Health Survey (SF-36) (vid 1 vecka; 6–8 veckor; 12 månader) och EQ-5D-3L (vid 6–8 veckor; 12 månader) efter frakturen. SF-36 mäter hälsostatus och frågeformuläret innehåller 36 frågor om fysisk och mental hälsa. EQ-5D-3L mäter hälsorelaterad livskvalitet, samt självskattad hälsa på en VAS-skala från "bästa tänkbara hälsotillstånd" till "värsta tänkbara hälsotillstånd".

Rapporterat resultat (urval)

Medelåldern vid fraktur var 45 (21–64), (median 48, IQR 33; 57). Tjugotvå patienter fick sin fraktur genom olycksfall i arbete, 25 vid sportaktiviteter och resterande på fritiden. Nästan hälften av de rapporterade frakturerna berodde på högenergitrauma. Sjukfrånvaron bland deltagarna var från 0 till 52 veckor (median 4; (IQR 0; 8); medelvärde 6 SD 9). För nästan en tredjedel (24/88) krävdes ingen sjukfrånvaro; dessa var yngre män ($p = 0,02$) med högre utbildningsnivå ($p = 0,002$). Längden på sjukfrånvaron skilde sig åt mellan icke-kirurgisk eller kirurgisk behandling (median 4 vs 8, $p = 0,008$). Två deltagare fick stora komplikationer och hade inte återvänt till arbetet när studien avslutades; inga fall av Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) rapporterades.

För att utvärdera patient- och frakturelaterade faktorer som kan relateras med sjukfrånvaro, användes tre grupper: korta, mellanliggande och långvariga sjukskrivningar. Män i gruppen långvarig sjukskrivning hade oftare behandlats kirurgiskt jämfört med män med kortare sjukskrivning. Det fanns ingen skillnad i sjukfrånvaro beroende på frakturtyp, AO typ A (7 veckor), B (6 veckor) eller C (6 veckor) ($p = 0,959$). Män med längst sjukfrånvaro tenderade att vara äldre med låga traumafrakturer mer frekvent. Sammantaget hade män med längst sjukfrånvaro högre DASH-poäng och lägre fysisk funktion vid samtliga uppföljningstillfällen, dock förbättrades alla tre grupperna över tiden. DASH-poängen vid 1 vecka var 22 poäng högre hos dem som hade långvarig sjukfrånvaro, jämfört med dem som hade kort sjukfrånvaro ($p = 0,001$) och fysisk funktion var signifikant lägre. Skillnaden i DASH-poäng och fysisk funktion kvarstod 12 månader efter fraktur.

Sambandet mellan sjukskrivningslängd och DASH-poäng, intensitet av smärta och fysisk funktion kunde iaktas redan en vecka efter frakturen. Sambandet mellan sjukskrivning och smärta vid en vecka var ännu starkare när man analyserade grupperna separat. Frakturernas allvarlighetsgrad (mätt med röntgen) och behandlingstyp var associerat med sjukfrånvaro. Analysen av potentiella prediktorer för längd av sjukfrånvaro gav en grundmodell, som inkluderade icke-frakturelaterade faktorer, dvs ålder, CCI och arbetsefterfrågan, som förklarade 19 % av variationen i sjukskrivningslängd. När funktionsförmåga, smärtintensitet eller självskattad global hälsa lades till grundmodellen vid antingen 1 eller 6–8 veckor efter frakturen ökade prognosen till 23–27 %.

Begränsningar med studien	Begränsningar i studien var bland annat att kohorten var relativt liten och har därför inte tillräcklig power för att upptäcka skillnader särskilt i grupperna med låga värden, dvs deltagare med långvarig sjukskrivning. I studien ingick ingen objektiv mätning av funktion som rörelseomfång eller greppstyrka, vilket kunde ha varit värdefullt, samt att sjukfrånvaron var självrapporterad, vilket kanske inte helt överensstämmer med register över sjukfrånvaro. Recall bias kan förekomma, men den kontinuerliga uppföljningen kan ha minskat sådan påverkan.
Studie	Hansen TB, Dalsgaard J, Meldgaard A, Larsen K. A prospective study of prognostic factors for duration of sick leave after endoscopic carpal tunnel release. BMC musculoskeletal disorders. 2009; 10:144.
Författare	Hansen, TB., et al.
Publiceringsår	2009
Land	Danmark
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att identifiera prognostiska faktorer för långvarig sjukskrivning efter endoskopisk kirurgi vid karpaltunnelsyndrom i en grupp lönearbetande patienter.
Studiepopulation	75 kvinnor och män
Metod	En prospektiv studie av anställda patienter som genomgått endoskopisk kirurgi vid karpaltunnelsyndrom (ECTR). Endoskopisk kirurgi är standardmetoden på de båda sjukhus som ingick i studien. Endast patienter med en historia av handledsfraktur, reumatisk sjukdom eller tidigare frisättning av karpaltunneln behandlas med öppen karpaltunnelklyvning (OCTR). Samtliga patienter med anställning och som genomgått ECTR inkluderades. Urvalet sattes till 75 patienter baserat på sjukfrånvarodata från en pilotstudie av detsamma urvalsstorlek med en genomsnittlig sjukfrånvaro på 3 veckor. Endast patienter som genomgått ensidig operation ingick. Ett frågeformulär administrerades vid baslinjen före operationen och vid uppföljning efter 3 månader.
Utfallsmått	<p>Ett frågeformulär innehöll frågor om krav i arbetet på handens funktion, fysiska och psykologiska krav och sociala omständigheter i relation till problem med handen. Alla frågor besvarades på en rangordningsskala från 0-10, där 0 var "Inte alls" och 10 var "Väldigt mycket". Frågeformulären samlades in både vid baslinjen och 3-månadersuppföljningen och kontrollerades för saknade data.</p> <p>Frågor angående symtom och funktion var baserat på symptom och funktionspoäng för personer med karpaltunnelsyndrom anpassad från the Boston Questionnaire och översatt till danska. Data från en undersökning av nervledning samlades in vid baslinjen och vid 3-månadersuppföljningen, och endast patienter med onormala preoperativa nervledningsvärden ingick i studie. Positiva förändringar i nervledning definierades som den absoluta förändringen från preoperativt värde till postoperativt värde dvs. en förbättring av uppmätta värden.</p> <p>Sjukfrånvarons längd självrapporterades av patienterna.</p>

Rapporterat resultat (urval)	Totalt opererades 75 patienter under studiens 10-månadersperiod, ingen patient hade förlorats vid uppföljningen. Under samma period behandlades 26 patienter som inte hade någon anställning med ECTR. Medelåldern var 46 år (SD 10,1), förhållandet män/kvinnor var 0,42 och den genomsnittliga varaktigheten av preoperativa symtom var 10 månader (intervall 6-12). Endast 21 patienter (28 %) var oförmögna att arbeta preoperativt, och dessa hade en sjukfrånvaro på 4 veckor (intervall 1-4). Tjugoåtta (37%) patienter rapporterade att arbetet ställde krav på handfunktionen (poäng>7). Det genomsnittliga resultatet för funktion, symtom och elektroneurografi (ENG) förbättrades efter operationen. Det fanns ett samband mellan förbättring i funktion och distal motorisk latens. Den genomsnittliga sjukfrånvaron efter operationen var 19,8 dagar (SD 14,3). Fyrtionio patienter (65%) återvände till arbetet under första 14 dagarna. Arton patienter (24%) hade fler än 21 dagars sjukfrånvaro. Två patienter (3%) var fortfarande oförmögna att arbeta efter 3 månader på grund av handproblemen. Båda patienterna var oförmögna att arbeta före operationen. Prognostiska faktorer för sjukfrånvaro mer än 21 dagar postoperativt var preoperativ sjukfrånvaro, svåra preoperativa symtom, preoperativ ENG-upptäckt av distal motorisk latens, tankar på byte av arbete, och att handproblemen var självförvållade. Preoperativ sjukfrånvaro, preoperativ ENG-upptäckt av distal motorisk latens, och att handskadan var självförvållade var signifikanta prognostiska faktorer för sjukfrånvaro över 21 dagar.
Begränsningar med studien	Studiens resultat visar att psykosociala faktorer som att skylla på sig själv och att överväga byte av arbete var prognostiska faktorer för sjukfrånvaro. I studien användes ett icke-validerat frågeformulär för att identifiera dessa faktorer. Detta kan ha bidragit till fel i analysen men resultaten tyder på att psykosociala faktorer spelar en viktig roll vid sjukfrånvaro efter ECTR, och fler faktorer än symtom, operationsteknik, handfunktion, och förbättring av nervledning kan vara viktiga för att bedöma sjukskrivningstiden efter operation.
Studie	Katz JN, Amick BC, 3rd, Keller R, Fossel AH, Ossman J, Soucie V, et al. Determinants of work absence following surgery for carpal tunnel syndrome. American journal of industrial medicine. 2005; 47(2):120-30.
Författare	Katz, JN., et al.
Publiceringsår	2005
Land	USA
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Studiens syfte var att undersöka sjukfrånvaro vid karpaltunnelsyndrom. Hypotesen var att en lång rad faktorer påverkar frånvaro från arbete efter kirurgiskt ingrepp i karpaltunneln, inklusive arbetsstatus, psykosociala och ekonomiska faktorer, samt nivån av fysisk och psykosocial belastning på arbetsplatsen och organisatoriska faktorer.
Studiepopulation	181 kvinnor och män

Metod Inklusionskriterier för att delta i studien var att patienterna var att de besökte någon av de 15 deltagande kirurgerna med komplexa symtom som inkluderade minst 1 månads varaktighet av domningar eller stickningar i minst två av de tre första fingrarna. Patienterna måste ha arbetat minst 20 timmar per vecka vid tidpunkten då symtomen utvecklades. Slutligen måste patienterna varit inplanerade för kirurgiskt ingrepp i karpaltunneln. Exklusionskriterier var ålder under 18 år, tidigare kirurgiskt ingrepp i karpaltunneln, graviditet, pensionär eller heltidsstudent.

Patienter som tackat ja till att delta tillskickades ett frågeformulär (tillsammans med ett informerat samtycke) med post preoperativt och fick därefter uppföljning per post vid 2, 6 och 12 månader efter operationen. Rekryteringen påbörjades i april 1997 och var färdigställd i oktober 1998.

Utfallsmått **Demografiska data** inkluderade ålder, kön och år av formell utbildning. **Livsstilsfaktorer** inkluderade tobaksbruk (pågående eller under de senaste 6 månaderna) och alkoholanvändning (två eller fler drycker per dag).

Kliniska indikatorer inkluderade the Brigham Symptom Severity and Functional Limitations Scales. Tidigare arbeten har antytt är Brigham-skalan för **svårighetsgrad** längre än nödvändigt, så för denna studie kortades delskalan från 11 till 6 frågor. Däremot kompletterades delskalan gällande **funktionella begränsningar** med frågor om bilkörning och kraftfulla aktiviteter samt sovvanor (ett vanligt problem vid karpaltunnel-syndrom).

Generisk **funktionsstatus** utvärderades med hjälp av delskalan the Physical Component Score (PCS) i the Medical Outcomes Study Short Form (SF-12) som består av 12 frågor och är ett allmänt använt mått på funktionsstatus.

Preoperativt resultat av **nervledning** erhöles från sjukhusen där tester utfördes.

Fysisk arbetsmiljö mättes genom mängden repetitiva hand- och handledsrörelser i arbetet rapporterades på en Likert-skala från 1 (inga) till 7 (konstant) och mängden kraft som krävs för hand och handlederna i arbetet rapporterades en 1 till 7 Likert-skala. Ett mått på kraft och upprepning skapades.

Psykosocial arbetsmiljö mättes genom deltagarnas uppfattningar om psykologiska krav på arbetsplatsen, upplevd kontroll på arbetet och anställningstrygghet bedömdes.

Socialt stöd från kollegor och arbetsledare mättes med två frågor för vardera som summerades. Arbetsstillfredsställelsen utvärderades med en fråga.

Mått på **organisatorisk policy och praxis** som är viktiga för arbetarnas hälsa och säkerhet är ledarskap, policy kring ergonomi, tillgänglighet, program för proaktiv återgång till arbetet. Skalan varierade mellan 1 (låg) och 5 (hög).

Rapporterat resultat (urval) Etthundra nittiosju patienter motsvarade inklusionskriterierna och returnerade frågeformuläret vid baslinjen och 181 returnerade frågeformuläret vid minst en uppföljning. Dessa 181 patienter utgör studiens kohort. Av de 197 patienter som svarade vid baslinjen, fyllde 168 (85 %) i frågeformulär vid 2 månader efter operationen, 158 (80 %) vid 6 månader och 157 (80 %) vid 12 månader postoperativt.

Medelåldern var 45,7 år, 58 % var kvinnor, 55 % fick arbetssättning och 10 % hade behov av en advokat. Halva kohorten utförde manuellt arbete och resten var jämnt fördelat mellan chefer, professionella och teknisk personal samt säljare och administrativ personal. Ungefär fyra femtedelar uppgav att de var nöjda med sitt jobb. Genomsnittlig poäng för svårighetsgrad av symtom och funktionell begränsning var 2,4 (0,74) respektive 1,7 (0,79) preoperativt.

Trettio två patienter rapporterade sjukfrånvaro preoperativt (18 % av dem som fyllt i frågeformuläret vid baslinjen), 45 rapporterade sjukfrånvaro vid 2 månaders uppföljning (29 % av dem som fyllt i frågeformuläret vid två månader), 29 (19 %) vid 6 månader, och 33 (22%) rapporterade sjukfrånvaro efter 12 månader. Sjukfrånvaro efter 6 månader var kopplat till tidigare arbetsfrånvaro: 52 % av patienterna som var frånvarande från arbetet preoperativt var också frånvarande vid 6 månader. Av patienterna (58%) som rapporterade sjukfrånvaro vid 6 månader, var frånvarande från arbetet vid 12 månader.

Vid 6 månader visade resultatet att utbildning lägre än gymnasiet var kopplat till sjukfrånvaro vid 6 månader. Det fanns ett samband mellan svårighetsgrad och funktionsstatus vid baslinjen och sjukfrånvaro vid 6 månader. Preoperativ funktionsstatus var en stark prediktor för sjukfrånvaro vid 6 månader. Patienter i ledande, professionella och tekniska befattningar hade lägre sjukfrånvaro än dem som arbetade i service- och manuella yrken. Högre psykologiska krav, mindre kontroll, lägre anställningstrygghet och mindre socialt stöd av arbetsledare var hade samband med arbetsfrånvaro vid 6 månader. Prediktorer för sjukfrånvaro vid 6 månader var lägre inkomst, sämre preoperativ funktionsstatus och fler delar med muskel- och skelettmärta och försämrad självförsörjning. Vid 12 månader visade resultatet att högre ålder hade samband med sjukfrånvaro vid 12 månader, även om sambandet inte var signifikant. Det fanns ett samband mellan förbättring av symptomens svårighetsgrad mellan baslinjen och 2 månader och lägre sjukfrånvaro vid 12 månader. Patienter med bättre fysisk funktionsstatus vid baslinjen var mer benägna att arbeta vid 12 månader, medan det var mindre sannolikt att patienter med fler smärtpunkter skulle vara i arbete vid 12 månader. Det fanns ett positivt samband mellan en stödjande arbetsmiljö och lägre sjukfrånvaro vid 12 månader. Faktorer som predicerade återgång till arbete vid 12 månader var fysisk funktionsstatus och förbättrad self-efficacy. Inga arbetsrelaterade variabler var associerade med återgång till arbetet.

Begränsningar med studien	En begränsning är den blygsamma urvalsstorleken, vilket begränsar power för att identifiera prediktorer, särskilt i multivariata modeller. Det skulle behövas en större studie som skulle ge mer robusta multivariata modeller. Studien visar att det finns starka bevis för att faktorer från flera domäner påverkar sjukfrånvaron och även att domänerna var för sig bidrar självständiga till förutsägelsen av sjukfrånvaro.
Studie	Kirkeby L, Frost P, Hansen TB, Svendsen SW. Influence of Occupational Hand Force Requirements on Return to Work, Pain, and Disability After Trapeziometacarpal Total Joint Arthroplasty: A 12-Month Follow-Up Study. The Journal of hand surgery. 2021.
Författare	Kirkeby, L., et al.
Publiceringsår	2021

Land	Danmark
Studiedesign	Uppföljningsstudie
Syfte	Syftet med studien var att undersöka i hur hög grad krav på handkraft i yrket påverkar prognosen för återgång till arbete, smärta och funktionsförmåga efter fullständigt utbyte av trapeziometakarpaleden.
Studiepopulation	133 kvinnor och män
Metod	<p>Studien är en 12-månaders uppföljningsstudie av patienter 66 år eller yngre, som genomgått ett fullständigt ledprotesbyte av trapezometakarpaleden som behandling för basal tumartros mellan 2003 och 2015. Smärta i viloläge var en nödvändig indikation för operation. Patienterna opererades hos någon av 4 handkirurger som deltog i studien. Tre typer av implantat användes. Alla patienter hade möjlighet att välja ett cementerat eller ett cementfritt implantat.</p> <p>Inklusionskriterier var att patienterna skulle vara tillgängliga för arbetsmarknaden (anställd eller arbetslös) enligt det danska registret för Socialförsäkringen. Patienter exkluderades om de inte rapporterade sin tjänstetitel när operationen var planerad. Alla deltagare var planerade för kliniska uppföljningar 3 och 12 månader efter operationen, förutom i fall av revisionskirurgi. Det primära utfallsmålet var tiden till hållbar återgång till arbete, som baserades på registerinformation.</p>
Utfallsmått	<p>Hållbar återgång till arbete registrerades när deltagarna hade arbetat 4 veckor i följd på arbetsmarknaden (utan några sjukförsäkringsförmåner som t.ex. partiell sjukpenning) inom 12 månader efter kirurgi. Med tid till hållbar återgång till arbete ingår minst 4 veckors arbete (om en patient återvände till arbetet efter 16 veckor kunde hållbar RTW registreras tidigast efter 20 veckor).</p> <p>Vid 12-månadersuppföljningen hämtades uppgifter om smärta och funktionsnedsättning. Smärta under aktivitet inom den senaste veckan registrerades med hjälp av en 11-punkts numerisk betygsskala (NRS), från 0 (ingen smärta) till 10 (värsta tänkbara smärta). För patienter med kronisk muskuloskeletal smärta och en baslinje NRS högre än 7, betyder en förändringspoäng högre än 2,8 som en kliniskt märkbar smärtlindring. Vi antog att en minskning av NRS under aktivitet högre än 3 representerade smärtlindring.</p> <p>Funktionsnedsättning bedömdes med the Disability of the Arm, Shoulder, and Hand (DASH) questionnaire (före maj 2014) eller QuickDASH questionnaire (från maj 2014 och framåt). DASH-frågeformuläret, som validerats och översatts till danska, mäter funktionsnedsättning i båda övre extremiteterna tillsammans. QuickDASH innehåller 11 av de 30 frågorna som finns i DASH-frågeformuläret, QuickDASH-poäng beräknades för samtliga i studiens population. För att en poäng ska kunna beräknas måste minst 10 av de 11 frågorna besvaras. När medelvärdena för alla svar beräknas konverteras de sedan till poäng som sträcker sig från 0 (bäst) till 100 (sämst). Minskning av funktionsnedsättning definierades som en minskning på mer än 20 poäng, vilket är långt över det föreslagna minimivärdet för kliniskt märkbara skillnader för QuickDASH.</p>
Rapporterat resultat (urval)	I studien ingick 133 patienter, (17 patienter exkluderades pga av saknad anställning). Förhållandet mellan kvinnor och män var 4:1. Män var överrepresenterade i gruppen med höga yrkesmässiga krav på handkraft. Procentandelen preoperativ

sjukfrånvaro ökade med ökande krav på handkraft. I gruppen med höga krav på handkraft, var de vanligaste yrkena för kvinnor vårdbiträde och lokalvårdare, och för män smed, maskinförare, och elektriker.

Före operationen hade endast 8 patienter en NRS poäng på 3 eller mindre under aktivitet eller en QuickDASH poäng på 20 eller mindre (vilket betyder att de inte kunde uppnå resultatet för smärta och funktionsnedsättning), poängen var fördelade över alla 3 grader av krav på handkraft. Vid 12 månader, slutförde 109 av de 133 deltagarna (82 %) NRS (4 var inte planerade för uppföljning eftersom operationen behövdes göras om [3 %]). Bortfall var vanligare i den tidigare inkluderingsperioden (48 % mot 11 %). Smärtlindring nåddes av 76 av 109 deltagare (70%). Krav på handkraft var inte relaterade till detta resultat, medan manligt kön var en positiv prognostisk faktor. Vid 12 månader var medel-NRS 2,2 (SD, 2,4) för låga krav på handkraft; 2,3 (SD, 2,5) för medium respektive 3,0 (SD, 3,5) för höga krav på handkraft. (Quick)DASH-enkäten besvarades av 97 patienter vid 12 månader (73%). Återigen, var bortfallet vanligare under den tidiga inkluderingsperioden (44 % mot 23 %). En minskning av nedsatt funktion nåddes av 72 av 97 patienter (74 %). Vid 12 månader, var den genomsnittliga QuickDASH-poängen 19,6 (SD, 18,6) för låga, 11,4 (SD, 9,7) för medium respektive 20,0 (SD, 20,1) för höga krav på handkraft. Den genomsnittliga greppstyrkan förbättrades markant vid 12 månader (29 kg; SD, 11 kg) jämfört med innan operation (21 kg; SD, 11 kg) och vid 3 månader (21 kg; SD, 11 kg). Utvecklingen över tid enl kraven på handkraft var nästan identiska för de 3 grupperna, men vid varje tidpunkt den genomsnittliga greppstyrkan runt 4 kg lägre i gruppen med låga krav på handkraft jämfört med de andra 2 grupperna.

Begränsningar med studien	Även om storleken på studien är jämförbar med andra kliniska studier var den huvudsakliga begränsningen urvalstorleken, särskilt i analyser av smärta och funktionsnedsättning. Bortfall av NRS och QuickDASH-poäng inträffade främst i den första inkluderingsperioden, när datainsamlingen inte genomförts fullt ut. Analyser av worst-case scenarios visade att bortfallet för smärta och funktionsnedsättningar kunde varit skevt i förhållande till krav på handkraft vilket kan förklara bristen på samband vid uppföljningen.
Studie	MacDermid JC, Roth JH, McMurtry R. Predictors of time lost from work following a distal radius fracture. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> . 2007; 17(1):47-62.
Författare	MacDermid, JC., et al.
Publiceringsår	2007
Land	Canada
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Det primära syftet med studien var att öka förståelsen för hur distal radiusfraktur (DRF) påverkar arbetet genom att beskriva tidsförlust och vilka egenskaper hos patienterna vid baslinjen (ålder, kön, utbildning, skadeersättningsstatus), jobbkrav eller skadetyp var relaterat till sjukfrånvaro efter en DRF. Ett sekundärt syfte var att utvärdera förklaringsmodeller som undersöker om självrapporterad smärta/funktionsnedsättning eller uppmätta nedsättningar i handleden var mer relaterade till sjukfrånvaro.

Studiepopulation	222 kvinnor och män
Metod	Studien var en prospektiv observationsstudie av en kohort patienter med distal radiusfraktur vid deras första besök på ortopedkliniken. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara anställda, om de kunde tala engelska och närvara vid uppföljning. Om patienterna arbetade vid tidpunkten för baslinjens klinikbesök och kunde följas, var de kvalificerade för deltagande i den aktuella studien (222 inkluderade/782 patienter med frakturer). Exklusionskriterier var komplexa trauman inklusive fullständigt avslitna nerver. Patienterna utvärderades med regelbundet intervall (2, 3, 6 och 12 månader efter frakturer) och ombads att rapportera sjukfrånvaro.
Utfallsmått	<p>Yrkesmässiga krav kategoriserades på en 3-gradig skala efter i vilken utsträckning patienterna behövde använda sina händer på jobbet (minimalt, måttligt eller intensivt, baserat på självrapporterad arbetsbeskrivning).</p> <p>Faktorer relaterade till frakturen inkluderade skadans kraft (fall mot mark, fall från höjd eller hård stöt). Frakturförskjutning mättes via röntgenbilder. Frakturtypen klassificerades enligt AO-systemet dvs icke-artikulär, partiell artikulär eller helt artikulär. Röntgenbilderna bedömdes enligt en standardiserad metod som inkluderade: radiell förkortning, dorsal vinkling och radiell lutning, intraartikulär avstegring och involvering av den distala radioulnarleden.</p> <p>Självrapporterat hälsotillstånd mättes med hjälp av en specifik skala för leder, en regional skala och en generisk hälsoskala. Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE) är en validerad 15-punktsskala (innehållande 5 frågor om smärta, 6 för specifika aktiviteter, och 4 för vanliga aktiviteter).</p> <p>Patienterna självskattade smärta och funktionsnedsättningar relaterat till handleden med poäng från 1–10. Totalpoängen, 100, värderar smärta och funktionsnedsättning lika högt (100 = värsta möjliga...). Den validerade skalan Disabilities of the Arm, Shoulder, Hand (DASH) innehåller 30 påståenden (om 21 specifika aktiviteter) där patienterna självskattade smärta och funktionsnedsättning relaterat till övre extremitet med hjälp av en Likert-skala. Den totala poängen 100 indikerar funktionell förmåga i övre extremiteten (100 = sämsta möjliga poäng).</p> <p>SF-36 är ett generiskt frågeformulär om hälsa med 36 frågor där patienter självskattar generell hälsa inom åtta domäner. Dessa domäner används för att beräkna fysiska och mentala komponenter av allmän hälsa.</p> <p>Individuella mätningar av greppstyrka mättes med NK Hand Assessment System användes för att mäta styrka och rörelse. Grepphållfastheten testades med standardiserade positioner.</p> <p>Rörelseomfång (ROM), mättes med NK Hand Assessment System elektrogoniometer och dess tillhörande programvara. ROM-poängen användes för att sammanfatta sex uppmätta rörelser (pronation, supination, böjning, extension, radial och ulnar avvikelser) och en ordinalskala beskriver fingerflexion till en poäng som sträcker sig från 0–40.</p> <p>Finmotorik bedömdes med hjälp av en delskala i Jebson's Hand Function Test och utfördes för att fastställa isolerade, handledsrelaterade, fysiska funktionsnedsättningar. Poängen jämfördes med den opåverkade sidan, eller publicerade normer när det inte fanns någon opåverkad sida, med en justering för effekten av dominans.</p>

Måtten ROM, greppstyrka och finmotorik kombinerades för att ge en total Wrist impairment score (WIS) där poängen varierar från 0–85 (85 = inget nedsättning/full förmåga) (styrkekomponenten=40 poäng, ROM=40 poäng; och finmotorik=15 poäng.

Rapporterat resultat (urval)

Det genomsnittliga antalet veckor med sjukfrånvaro var 9,5 veckor (intervall 0–52; (95 % konfidens) intervall = 8,1–10,9). Medianen var 8 veckor (interkvartilintervallet var 1–14 veckor). Några patienter (21 %) hade ingen sjukfrånvaro efter frakturen och 2,5 % av patienterna hade en sjukfrånvaro på >36 veckor. Resultatet visade att patienter med höga arbetskrav, som genomgått operation/fysioterapi eller hade lägre utbildning hade längre sjukfrånvaro. Resultatet indikerade att sämre självrapporterad funktion/generell hälsa, uppmätt fysisk funktionsnedsättning och större frakturförskjutning hade samband med längre sjukfrånvaro. Generellt sett hade resultatet av nedsatt funktion ett starkt samband med återgång till arbete vid 2 och 3 månaders uppföljning än vid baslinjen, även om denna trend inte gällde generell hälsa. De uppmätta nedsättningarna, greppstyrkan och rörelseförmågan hade på samma sätt samband med sjukfrånvaro, med ett svagare samband för finmotorik. Det totala resultatet på WIS hade ett högre samband med återgång till arbete än de individuella komponenterna, vilket indikerade att bättre fysisk förmåga var moderat kopplat till en snabbare återgång till arbetet.

Resultatet visade att 27 % av variationen i tid för återgång till arbete kunde förklaras av yrkesmässiga krav och baslinjens DASH-poäng. Resultatet indikerade också att självrapporterade data och jobbkrav var mest relaterade till sjukfrånvaro. Vid 3 månaders uppföljning förklarade, DASH-poäng, yrkesmässiga krav och typ av fraktur, 40 % av variationen i återgång till arbete när fysiska funktionsnedsättningar inte ingick i analysen. Omvänt, när självrapporterade data togs bort förklarade, nedsatt funktion i handleden och yrkeskraven, endast 29 % av variationen i sjukfrånvaron. När alla variabler ingick i analysen var DASH den mest prediktiva, och förklarade 29 % av variationen i sjukfrånvaron; adderades yrkesmässiga krav, ålder och total fysisk funktionsnedsättning ökade variationen till 43%. Vikten av självrapporterad nedsatt funktion var också tydlig i test av skillnader; patienter med sämre resultat för återgång till arbete visade signifikant högre självrapporteringspoäng vid baslinjen och vid varje utvärdering.

Begränsningar med studien

I studien fanns ett antal begränsningar. Bland annat beroende på arten av den data som samlades in. Data för tiden för att återgå till arbetet och yrkesmässiga krav var självrapporterade. Det har i tidigare studier indikerats att självrapporterade data inte överensstämmer med inhämtade registerdata om sjukfrånvaro, även om den skillnaden var längre än i denna studie. Det finns alltså risk för fel oavsett vilken metod som används för att uppskatta sjukfrånvaro och självrapportering var ett rimligt tillvägagångssätt.

Studie

Newington L, Stevens M, Warwick D, Adams J, Walker-Bone K. Sickness absence after carpal tunnel release: a systematic review of the literature. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2018; 44(6):557-67.

Författare

Newington, L., et al.

Publiceringsår	2018
Land	Storbritannien
Studiedesign	Systematisk litteraturreview
Syfte	Syftet med studien var att genomföra en systematisk litteraturgenomgång för att undersöka följande fråga: när återgår patienterna tillbaka till arbetet efter Carpal tunnel release (CTR)*, och hur påverkar yrkesfaktorer denna tidpunkt? (*att frigöra det tvärgående karpalligamentet (CTR) är en kirurgisk metod för att vid karpaltunnelsyndrom).
Studiepopulation	14 335 CTR patienter
Metod	Urvalskriterier - var studier som rapporterade postoperativ tid för återgång till arbete efter CTR, genomförd med någon kirurgisk teknik, hos personer som arbetade. RCT-studier, kohortstudier och fall-kontrollstudier var kvalificerade för inkludering. Sökstrategi - 24 elektroniska källor genomfördes mellan februari och mars 2016. Källorna bestod av elektroniska databaser, register, grå litteratur och fyra relevanta tidskrifters elektroniska register. Det fanns inga restriktioner för ursprungsland eller datum av publicering, men på grund av tids- och resursbegränsningar, var studierna begränsade till de som var tillgängliga på engelska. Urvalsstrategi - screenade två granskare oberoende av varandra titel och abstrakt med hjälp av Covidence webbplattform. Eventuella meningsskiljaktigheter diskuterades och om överenskommelse inte nåddes inkluderades ytterligare en oberoende granskare. Fulltext hämtades för artiklar som valts ut från den initiala screeningen. Fanns inget abstrakt uteslöts studien. Fulltextscreening utfördes enligt inkluderings- och exkluderingskriterier. Dataextraktion - för de inkluderade studierna, utförde två granskare oberoende av varandra dataextraktionen med hjälp av framtagna blanketter. I dataextraktionen ingick publiceringsår, land, studiepopulation, studiedesign, kirurgisk teknik för CTR, information om status för arbetsskadeersättning (eller annan försäkring), postoperativ hantering och mätning av tiden fram till återgång till arbete. Granskarna bedömde oberoende av varandra risk för bias med hjälp av Cochrane Collaborations verktyg för att bedöma risk för bias i randomiserade studier och en modifierad version av verktyget för icke-randomiserade prövningar.
Utfallsmått	Återgång till arbete rapporterades på två sätt: (i) genomsnittlig tidsperiod från CTR till återgång till arbete; eller (ii) andelen personer som hade återvänt vid angivna tidpunkter. Varaktigheten fram till återgång till arbete rapporterades med användning av en blandning dagar, veckor och månader. För att möjliggöra direkt jämförelse inom granskningen har alla varaktigheter rapporterats i dagar. Grunden för konverteringen var att en vecka var lika med 7 dagar och en månad var lika med 30 dagar.
Rapporterat resultat (urval)	Totalt antal träffar i första steget var 4029 individuella referenser. Av dem mötte 56 artiklar inklusionskriterierna. Arton artiklar var RCT-studier och 38 var observationsstudier. Artiklarna var från 16 olika länder, främst Nordamerika och Europa. Publikationerna var från 1992 - 2016. Femtiosex studier inkluderades som innehöll 14 335 CTR patienter (1551 från RCT, 7328 från kohortstudier och 5456 från single case kontrollstudier). Det fanns ingen gemensam metod för att definiera eller samla in data om återgång till arbete. Endast 36 studier (64%) rapporterade någon information om hur perioden av postoperativ sjukfrånvaro beräknats. Av dessa identifierades tre icke-hierarkiska kategorier baserat på metoden för återgång till

arbete-data: i) Regionala/nationella databaser; (ii) patient-rapporterade frågeformulär eller telefonintervjuer; och (iii) medicinska journaler. För den senare hade information om återgång till arbete antingen registrerats under klinisk bedömning eller extraherats i efterhand från journalerna. Endast 19 studier sammanfattade tiden för återgång till arbete som en median. Mediantiden för återgång till arbete i dessa studier varierade från 7–60 dagar med en total median på 28 dagar. Tider för återgång till arbete rapporterades i 41 studier, allt från 4–168 dagar, med den totala medianen på 30 dagar. Tiderna för återgång till arbete varierade när de klassificeras enligt metoden för datainsamling; median-tiden erhållna från medicinska journaler tenderade att vara kortare än de som rapporterats i databaser eller samlas in genom intervjuer eller enkäter. Vi hittade inget tydligt samband mellan rapporterad tid för återgång till arbete och år för publicering.

Andelen deltagare som hade återgått till arbetet vid olika postoperativa tidpunkter rapporterades i 7 kohortstudier. För minst 50 % av studiedeltagarna rapporterades att tidpunkterna för att återgå till arbetet varierade från 7–42 dagar. Endast en studie registrerade 100 % återgång till arbetet (efter 180 dagar=6 månader). Av de 56 studierna, rapporterades 6 tider för återgång till olika arbetstyper, och 4 skilde mellan återgång till ändrade arbetstider och återgång till heltid. En studie rapporterade återgång till arbete för olika nivåer av arbetsfunktion. De rapporterade att två månader efter operationen, rapporterades 41% av deltagarna i studien att de arbetade normalt medan 28 % hade arbetsbegränsningar. Efter sex månader hade detta förbättrats till 58 % och 26 %, respektive. Vid båda tidpunkterna, hade resten av deltagarna ännu inte återgått till arbetet. Endast en studie redovisade tid för återgång till arbete separat för hel- och deltidsarbete och två studier rapporterade tid för återgång till arbete separat för egenföretagare och anställda deltagare. För deltagare som fick arbetsersättning tog det längre tid för att återgå till arbete. Tidigare återgång till arbete hittades hos: icke-manuella arbetare; de som kan återgå till ändrade arbetsuppgifter; heltidsanställda; individer som var egenföretagare; och de inte erhåller arbetsskadeersättning.

Begränsningar med studien	De nyckelfaktorer som ligger till grund för den stora variationen i rapporterade tider för återgång till arbete förblir oklara, till stor del på grund av heterogeniteten i de tillgängliga studierna och ofullständig rapportering. Resultaten av denna litteraturreview stöder kravet på större tydlighet i rapporteringen av arbetsrelaterade resultat i relevanta studier. Tiden för återgång till arbete måste mätas konsekvent och inkludera en beskrivning av inflytelserika faktorer, såsom: typ av yrke och anställningsstatus, rådgivning kring återgång till arbete och återgång till anpassade eller ordinarie arbetsuppgifter. Trots begränsningar i tillgängliga studier, tyder resultatet på att yrkesfaktorer spelar en viktig roll för återgång till arbete efter CTR.
Studie	Newington L, Ntani G, Warwick D, Adams J, Walker-Bone K. Sickness absence after carpal tunnel release: a multicentre prospective cohort study. <i>BMJ open</i> . 2021; 11(2):e041656.
Författare	Newington, L., et al.
Publiceringsår	2021
Land	Storbritannien

Studiedesign	Prospektive observations kohortstudie.
Syfte	Syftet med studien var att utforma en multicenter prospektiv kohortstudie för att undersöka när patienter återvände till olika typer av arbete efter Carpal tunnel release (CTR)* och de demografiska, kliniska och yrkesmässiga faktorer som var kopplade med sjukfrånvaron. Ytterligare ett syfte var att undersöka om tidigare återgång till arbetet var associerat med sämre kliniska resultat bedömda vid 12 veckor efter CTR. (*att frigöra det tvärgående karpalligamentet (CTR) är en kirurgisk metod för att vid karpaltunnelsyndrom).
Studiepopulation	254 kvinnor och män
Metod	I studien användes ett bekvämlighetsurval av deltagare som rekryterades från 16 platser i England och Wales mellan mars 2017 och augusti 2018. Rekrytering skedde före CTR-operationen, antingen vid tidpunkten för listning av operation, under preoperativ screening, eller på operationsdagen. Patientens CTR-behandling genomfördes enligt standardrutiner. Platserna för rekryteringen var sekundärvård (sjukhusmiljö), primärvård och privata handkirurgkliniker, som representerar brittisk sjukvård där CTR utförs. Demografisk baslinje, allmän hälso- och arbetsinformation samlades in via självrapporterade frågeformulär vid tidpunkten för rekrytering. Enkäten innehöll också standardiserade mått på CTS-symtom 14–16 och handfunktion. Uppföljning av frågeformuläret skedde vid fyra och 12 veckor efter CTR då information om återgång till arbete, fungerande arbete, symtom av ärr, karpaltunnelsymtom och handfunktion samlades in. Deltagarna ombads att fylla i en kort veckodagbok från dagen efter operationen tills de återgått till arbetet, med detaljer om huruvida de hade återgått till arbetet den veckan, och datumet. Tre påminnelser skickades med en kombination av post, e-post och textmeddelanden. Kirurgisk information samlades in från patientens journal. Detta inkluderade: datum för CTR, opererade hand(händer), arten av bedövningsmedel, snittstorlek, ytterligare procedurer, oväntade fynd och suturmaterial.
Utfallsmått	<p>Manuellt och icke-manuellt arbete kodades utifrån jobbtitel och branch med hjälp av UK Standard Occupational Classification.</p> <p>Tiden till återgång till arbete beräknades från datumet för operationen till datumet för första dagen för återgång till arbetet (som rapporterades av deltagarna).</p> <p>Ett dåligt operationsresultat definierades om deltagarna rapporterade ett eller flera av följande: övergripande skattning av förändring såsom "sämre", "oförändrad" eller "något förbättrad" (12 veckor efter CTR); ärrsymtom beskrivs som "olidligt", "mycket besvärligt" eller "någorlunda besvärligt" (12 veckor efter CTR); användning av antibiotika för en infektion på snittstället efter återgång till arbete och ytterligare sjukskrivning relaterat till CTR efter återgång till arbete.</p>
Rapporterat resultat (urval)	Totalt 254 personer fyllde i baslinjeformuläret och 201 (79 %) deltog vid uppföljningen. Åttiosex deltagare (43%) rekryterades preoperativt på dagen för deras CTR. För de återstående 115 deltagare, var mediantiden mellan rekrytering och CTR 14 dagar (IQR 5–40). Första uppföljningens frågeformulär fylldes i vid en median av 32 dagar efter CTR (IQR 29–38) och det slutliga frågeformuläret fylldes i vid en median på 92 dagar efter CTR (IQR 86–105). Alla deltagare genomgick öppen CTR som en dagsoperation, och alla utom två opererades ensidigt.

Majoriteten av deltagarna (62%) arbetade 5 dagar per vecka (intervall 2–7) och medianantal arbetstimmar per vecka var 37,5 (IQR 31–45). Två deltagare (1 %) inte återvände till arbetet under de 12 veckorna studieperiod: en rapporterade uppsägning och den andra att arbetet inte längre var tillgängligt. Fyra deltagare (2%) hade ofullständiga uppgifter vilket betyder att varaktigheten av sjukfrånvaro inte kunde beräknas. Dessa sex individer ingick inte i analyserna. Ytterligare fem deltagarna rapporterade att de inte hade återvänt till arbetet, men planerade att göra det i framtiden. Dessa individer ingick i analysen för återgång till arbetet. Medianlängden av sjukfrånvaron efter CTR var 20 dagar (IQR 12–33). Deltagare med manuella arbeten behövde längre tid för att återgå till arbete än de med icke-manuellt arbete: 23,5 dagar (IQR 14–41) jämfört med 18 dagar (IQR 9–31). De som var egenföretagare återvände till arbetet tidigare än de som var sysselsatta: 13 dagar (IQR 6–19) jämfört med 22 dagar (IQR 14–38). Majoriteten av deltagarna återgick till arbetet på en måndag (43%). Mer än hälften av deltagarna (59 %) rapporterade att de behövde ändra arbetsuppgifter när de återgick till arbetet. Av dessa hade 62 % gått tillbaka till heltid inom 5 veckor. Att opereras i primärvården och ha ett arbete på mer än 4 timmars daglig datoranvändning hade samband med tidigare återgång till arbete. Tre individer definierades ha ett dåligt resultat postoperativt och hade inte återgått till arbetet vid den senaste uppföljningen. För dem som hade ett sämre resultat men som återgått till arbetet, var mediantiden av sjukfrånvaron 22 dagar (IQR 12–42) jämfört med 19 dagar (IQR 12–32) för dem utan problem.

Begränsningar med studien	Det finns ett antal begränsningar i den föreliggande studien, inklusive beroendet av självrapportering data. Sjukfrånvaro loggas inte i någon nationell databas i Storbritannien och kunde därför endast erhållas genom självrapportering. För att minimera "recall bias" bestämdes datumet för återgång till arbetet i förväg. Påminnelsetiden för mått på funktion och symptom var begränsad till maximalt 4 veckor, i överensstämmelse med de resultatmått som användes. För studien rekryterades ett stort urval av arbetsföra vuxna som genomgick CTR. Det rekryterade urvalet från 16 sjukhus är ett av de största som rapporterats i litteraturen hittills, med god svarsfrekvens vid uppföljningen (79 %), men det är fortfarande möjligt att det var i underkant för att upptäcka några av de faktorer som kan ha samband med försenad återgång till arbetet.
Studie	Peters S, Johnston V, Hines S, Ross M, Coppieters M. Prognostic factors for return-to-work following surgery for carpal tunnel syndrome: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2016; 14(9):135-216.
Författare	Peters, S., et al.
Publiceringsår	2016
Land	Australien
Studiedesign	Systematisk litteraturreview
Syfte	Syftet med studien var att granska evidensen om prognostiska faktorer för arbetsrelaterade resultat efter CTR, med ett fördefinierat protokoll. Den konceptuella ram som användes för att slutföra granskningen baserades på en multifaktoriell förståelse för arbetsförmåga som förutsäger faktorer relaterade till

skadan, arbetstagaren och arbetsplatsen, psykosocialt fungerande och juridiska eller ekonomiska faktorer som påverkar återgång till arbetet och sjukfrånvaron på grund av skada.

Studiepopulation

Tretton publikationer (11 studier) med totalt antal deltagare 4187 bestående (1436 män och 2790 kvinnor).

Metod

Den aktuella översikten inkluderade artiklar enligt följande kriterier: studier av patienter/deltagare som genomgått en primär CTR och planerar att återgå till arbete; patienter/deltagare är anställda vid tidpunkten för operationen; studier som undersöker minst en prognostisk faktor; studiedesign som är lämplig för att undersöka prognos; och multivariat analys. Det fanns inga begränsningar för ålder, kön, typ av arbete (yrke) eller typ av CTR-kirurgi; öppen, minimalt invasiv, enkel- eller dubbelportal endoskopisk kirurgi.

För den aktuella litteraturoversikten valdes studier - med experimentell design inklusive RCT, icke-randomiserade studier, kvasi-experimentella studier, kohortstudier, fall-kontroll studier och fallserier - som undersökte prognostiska faktorer för arbetsrelaterat resultat och som använts på lämpligt sätt i statistiska analyser för att kunna dra slutsatser om prognos. Prospektiva, retrospektiva och tvärsnittstudier som rapporterar multivariata analyser av prognostiska faktorer inkluderades i denna systematiska översikt. Sökstrategin syftade till att identifiera både publicerade och opublicerade studier från januari 1990 till juli 2015 i flera kända databaser. Sökstrategin hade inga språkliga begränsningar.

Utfallsmått

Förväntningar på återhämtning - är vad individen "förväntar sig kommer att inträffa" i framtiden med avseende på deras hälsotillstånd.

Self-efficacy - är relaterat till personens uppfattning (t.ex. tilltro eller självförtroende) om sin förmåga att utföra handlingar för att uppnå ett framtida resultat.

Förväntningar på återgång till arbetet - är relaterat till den anställdes förväntningar angående deras återgång till arbetet.

Arbetsstillfredsställelse - är relaterat till hur nöjd individen är med sitt arbete och aspekter av arbetet som helhet.

Arbetsanpassning - innebär att ändra arbetsuppgifter, arbetsplatsen eller sättet på vilket ett arbete utförs så att personen med funktionsnedsättning kan ha lika tillgång till alla aspekter av arbetet.

Smärtekatastrofer - har klassificerats som en tendens att misstolka och överdriva situationer som kan vara hotfulla.

Smärtångest - som har uppstått på grund av smärta eller rädsla för smärta.

Arbetsbelastning - avser i allmänhet den negativa fysiska och psykiska belastningen som jobbstress tar när arbetet ställer höga krav och personen har liten beslutskraft.

Beslutsmöjligheter - är relaterat till hur fritt en person kan fatta beslut och utöva kontroll över sitt arbete.

Utbrändhet - kännetecknas av fysisk, känslomässig eller mental utmattning, brist på entusiasm och motivation, känslor av ineffektivitet och kan också ha dimensionen av frustration eller cynism och, som ett resultat, minskad effektivitet på arbetsplatsen.

Rapporterat resultat (urval)

Databassökning gav totalt 2886 träffar. Ytterligare 1000 referenser identifierades från en Google Scholar-sökning och sju publikationer hämtades från andra källor, exempelvis från referenslistor av ingående studier och relevanta systematiska översikter med resultat efter CTR som författarna kände till. Dubbletter (n=140) togs bort från sökresultaten. Totalt 3893 titlar och abstracts granskades mot inklusionskriterierna, 3567 exkluderades. Tio artiklar uteslöts eftersom de inte var på engelska. Eftthundrastrjuttiosex artiklar hämtades i fulltext för vidare granskning. Av dessa exkluderades 163 publikationer efter ingående granskning, eftersom de inte motsvarade inklusionskriterierna. Tretton publikationer (11 studier) bedömdes ha metodologisk kvalitet och ingår i översikten. Det totala antalet deltagare som ingick i studierna var 4187 (1436 män och 2790 kvinnor). Urvalsstorlekarna varierade från 59 till 1697 deltagare i arbetsför ålder över 18 år, med karpaltunnelsyndrom.

En studie undersökte sambandet mellan arbetsrelaterade faktorer och återgång till arbete vid **mer än 21 dagar**. I studien fanns inget samband mellan arbetsrelaterade prognostiska variabler och återgång till arbete vid >21 dagar. Icke-signifikanta variabler inkluderade höga krav på handfunktion i arbetet, fundering på att byta arbete, bristande stöd från familj/vänner och missnöje med nuvarande arbete. Två studier undersökte sambandet mellan arbetsrelaterade faktorer och återgång till arbete **efter två månader**. En studie visade att det fanns ett samband mellan arbetare med både höga krav i arbetet och hög kontroll över sitt arbete med en lägre benägenhet att återgå till jobbet vid två månader. Arbetsrelaterat variabler som inte hade något samband med återgång till arbete vid två månader inkluderade låga psykologiska jobbkrav, hög arbetsbelastning, passiva och höga psykologiska jobbkrav.

En studie undersökte sambandet mellan arbetsrelaterade faktorer och **återgång till arbete vid tre månader**. Det fanns inga signifikanta faktorer för återgång till arbete. Typ av arbete och exponering för vibrationer hade samband med återgång till arbete men sambandet var inte signifikant. **Återgång till arbete efter sex månader** undersöktes i fyra studier som visade att det fanns ett samband mellan att ha ett arbete med höga krav i kombination med låg kontroll och att inte ha återgått till arbete vid sex månader. Icke-signifikanta variabler för återgång till arbete vid sex månader inkluderade exempelvis höga psykologiska jobbkrav, låg kontroll, låg arbetsbelastning, yrke, självrapporterad exponering för våld, repetitiva arbetsuppgifter, mindre stödjande arbetskolligor och arbetsledare, låg anställningstrygghet och mindre stödjande organisationspolicyer. En studie undersökte sambandet mellan arbetsrelaterade faktorer och **återgång till arbete vid 12 månader**. Mindre stödjande organisatoriska policyer och rutiner var prognostiskt för sjukfrånvaro vid 12 månader. Variabler som inte hade samband med att inte återgått till arbetet vid 12 månader var exempelvis yrke, självrapporterad exponering för våld, repetitiva uppgifter, låg kontroll, mindre stödjande arbetskolligor, mindre stödjande arbetsledare, låg anställningstrygghet, missnöje med arbetet.

Begränsningar med studien

Det fanns 60 prognostiska faktorer som misslyckades uppnå statistisk signifikans i någon av de multivariata analyserna. Även om dessa faktorer inte var de mest betydande, behöver noggranna övervägande göras om de ska inkluderas i framtida större studier som undersöker prognos för liknande resultat. Detta är eftersom urvalsstorleken i vissa studier kan ha varit otillräcklig för att upptäcka en förändring.

Studie	Picard F, Khalifa H, Dubert T. Duration of sick leave after surgical repair of the ulnar collateral ligament of the thumb metacarpophalangeal joint with K-wire immobilization: Prospective case series of 21 patients. <i>Hand surgery & rehabilitation</i> . 2016; 35(2):122-6.
Författare	Picard, F., et al.
Publiceringsår	2016
Land	Frankrike
Studiedesign	Prospektiv observationsstudie
Syfte	Syftet med studien var att fastställa sjukskrivningstiden för patienter som genomgått kirurgisk reparation av ulnar kollateralligamentskada (UCL) med K-wire immobilisering eller immobilisering med gips.
Studiepopulation	21 patienter
Metod	<p>Från januari 2010 till mars 2015, genomfördes en prospektiv observations, icke-jämförande studie med patienter som genomgick reparation av UCL i tummens metacarpofalangealled (MCP) inom 3 veckor efter en traumatisk ruptur.</p> <p>Varje patient fick skriftlig information om fördelar och nackdelar med MCP-immobilisering med hjälp av en K-wire. I dokumentet beskrevs fördelar med att använda K-wire, exempelvis att slippa gips, robust immobilisering av MCP-leden. Nackdelarna var behov av ett andra kirurgiskt ingrepp och de risker som hör till själva K-wiren: brott på eller vridning av K-wiren, infektion, nervskada under avlägsnande, neurom och stelhet i MCP-leden. Varaktigheten av immobilisering var planerad så att patienten skulle kunna börja arbeta dagen efter borttagning av K-wiren. Eftersom det inte fanns någon konsensus i litteraturen om varaktigheten av immobilisering efter kirurgisk reparation av UCL i tummens MCP-led, skulle K-wiren ha kunnat avlägsnas redan efter 3 veckor. Att återvända till jobbet utan någon form av immobilisering 3 veckor efter operationen ansågs vara för tidigt för att ligamenten skulle ha läkt, så K-wiren fick vara på plats i 6 veckor. De patienter som valde K-wire immobilisering var instruerade att inte bära tunga saker, att undvika fall och att våldsamma rörelser. Vidare ombads patienter att röra på tummens IP-led dagen efter operationen.</p> <p>Inklusionskriterierna var kirurgisk reparation av UCL i tummens MCP-led inom 3 veckor efter skadan. Ligamentet återställdes och fästes med ett absorberbart suturankare och MCP-leden immobiliserades i 6 veckor med hjälp av en K-wire snett genom leden mot lateral cortex av falangen. Alla patienter opererades av samma kirurg. Exklusionskriterierna var icke anställda patienter, sjukfrånvaro pga annan anledning och manuella arbetare (på grund av risken för vridning eller brott på K-wiren vid arbete).</p>
Utfallsmått	<p>Längd på sjukskrivning</p> <p>Patientnöjdheten kontrollerades genom telefonintervju. De Frågorna var: "Hur länge slutade du arbeta efter operation?" och "Behövde du lägga om dina arbetsuppgifter?" Patientnöjdheten bedömdes på en skala från 1 till 5 där 1 betydde "inte nöjd" och 5 "mycket nöjd".</p>
Rapporterat resultat (urval)	Varje registrerat kirurgiskt ingrepp för UCL-skada från januari 2010 till Maj 2015 granskades och 30 patienter inkluderades.

Från dessa 30 patienter, var 7 otillgängliga, 1 var sjukskriven för en annan orsak (kotfraktur) och 1 var inte anställd (gymnasieelev). Slutligen inkluderades 21 patienter. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden var 3 veckor och 2 dagar. Tretton patienter (62%) återvände till arbetet inom 7 dagar, 2 patienter (10 %) inom 2 veckor, 1 patient (5 %) inom 1 månad, 2 patienter (10%) inom 2 månader och 3 patienter (14%) inom 3 månader. Två patienter (10 %) fick anpassa sina arbetsuppgifter: en barnskötare fick hjälp av en annan anställd under riskfyllda uppgifter och en försäljningsrepresentant fick hjälp att demonstrera sina produkter. Den genomsnittliga patientnöjdheten var 4,4 (min: 3; max: 5). Den genomsnittliga uppföljningen mellan operation och telefonintervjun var 3 år och 5 månader (min: 7 månader; max: 5 år).

Begränsningar med studien	Studien hade flera begränsningar: den inkluderade ett begränsat antal patienter (21 patienter av 30), eftersom 7 patienter var oåtkomliga. Denna frekvens är hög (23%) men vanlig i potentiella fallserier av patienter som opereras i en akut miljö. Studien visar att tidig återgång till arbete är möjlig, men det går inte dra slutsatsen att immobilisering av MCP-leden med en K-wire tillåter alltid en tidig återgång till arbetet. Patienterna i studien hade en mycket specifik profil: de var aktiva men arbetade inte manuellt, som var motiverade att återgå till arbetet så snart som möjligt som möjligt.
----------------------------------	--

Studie	Ratzon N, Schejter-Margalit T, From P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. Occupational medicine (Oxford, England). 2006; 56(1):46-50.
Författare	Ratzon, N., et al.
Publiceringsår	2006
Land	Israel
Studiedesign	Prospektiv observationsstudie
Syfte	Syftet med studien är att försöka fastställa faktorer som kan förutsäga en försenad återgång till arbetet.
Studiepopulation	21 patienter
Metod	Från januari 2010 till mars 2015, genomfördes en prospektiv observations, icke-jämförande studie med patienter som genomgick reparation av UCL i tummens metacarpofalangealled (MCP) inom 3 veckor efter en traumatisk ruptur. Varje patient fick skriftlig information om fördelar och nackdelar med MCP-immobilisering med hjälp av en K-wire. I dokumentet beskrevs fördelar med att använda K-wire, exempelvis att slippa gips, robust immobilisering av MCP-leden. Nackdelarna var behov av ett andra kirurgiskt ingrepp och de risker som hör till själva K-wiren: brott på eller vridning av K-wiren, infektion, nervskada under avlägsnande, neurom och stelhet i MCP-leden. Varaktigheten av immobilisering var planerad så att patienten skulle kunna börja arbeta dagen efter borttagning av K-wiren. Eftersom det inte fanns någon konsensus i litteraturen om varaktigheten av immobilisering efter kirurgisk reparation av UCL i tummens MCP-led, skulle K-wiren ha kunnat avlägsnas redan efter 3 veckor. Att återvända till jobbet utan någon form av immobilisering 3 veckor efter operationen ansågs vara för tidigt för att ligamenten skulle ha läkt, så K-wiren

fick vara på plats i 6 veckor. De patienter som valde K-wire immobilisering var instruerade att inte bära tunga saker, att undvika fall och att våldsamma rörelser. Vidare ombads patienter att röra på tummens IP-led dagen efter operationen.

Inklusionskriterierna var kirurgisk reparation av UCL i tummens MCP-led inom 3 veckor efter skadan. Ligamentet återställdes och fästes med ett absorberbart suturankare och MCP-leden immobiliserades i 6 veckor med hjälp av en K-wire snett genom leden mot lateral cortex av falangen. Alla patienter opererades av samma kirurg. Exklusionskriterierna var icke anställda patienter, sjukfrånvaro pga annan anledning och manuella arbetare (på grund av risken för vridning eller brott på K-wiren vid arbete).

Uffallsmått	Längd på sjukskrivning
	Patientnöjdheten kontrollerades genom telefonintervju. De Frågorna var: "Hur länge slutade du arbeta efter operation?" och "Behövde du lägga om dina arbetsuppgifter?" Patientnöjdheten bedömdes på en skala från 1 till 5 där 1 betydde "inte nöjd" och 5 "mycket nöjd".
Rapporterat resultat (urval)	Varje registrerat kirurgiskt ingrepp för UCL-skada från januari 2010 till Maj 2015 granskades och 30 patienter inkluderades. Från dessa 30 patienter, var 7 otillgängliga, 1 var sjukskriven för en annan orsak (kotfraktur) och 1 var inte anställd (gymnasieelev). Slutligen inkluderades 21 patienter. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden var 3 veckor och 2 dagar. Tretton patienter (62%) återvände till arbetet inom 7 dagar, 2 patienter (10 %) inom 2 veckor, 1 patient (5 %) inom 1 månad, 2 patienter (10%) inom 2 månader och 3 patienter (14%) inom 3 månader. Två patienter (10 %) fick anpassa sina arbetsuppgifter: en barnskötare fick hjälp av en annan anställd under riskfyllda uppgifter och en försäljningsrepresentant fick hjälp att demonstrera sina produkter. Den genomsnittliga patientnöjdheten var 4,4 (min: 3; max: 5). Den genomsnittliga uppföljningen mellan operation och telefonintervjun var 3 år och 5 månader (min: 7 månader; max: 5 år).
Begränsningar med studien	Studien hade flera begränsningar: den inkluderade ett begränsat antal patienter (21 patienter av 30), eftersom 7 patienter var oåtkomliga. Denna frekvens är hög (23%) men vanlig i potentiella fallserier av patienter som opereras i en akut miljö. Studien visar att tidig återgång till arbete är möjlig, men det går inte dra slutsatsen att immobilisering av MCP-leden med en K-wire tillåter alltid en tidig återgång till arbetet. Patienterna i studien hade en mycket specifik profil: de var aktiva men arbetade inte manuellt, som var motiverade att återgå till arbetet så snart som möjligt som möjligt.
Studie	Stirling PHC, Jenkins PJ, Clement ND, Duckworth AD, McEachan JE. Occupation classification predicts return to work after carpal tunnel decompression. Occupational medicine (Oxford, England). 2020; 70(6):415-20.
Författare	Stirling, PHC., et al.
Publiceringsår	2020
Land	Storbritannien
Studiedesign	Prospektiv studie

Syfte	Det primära syftet med studien var att undersöka prediktorer för förmåga att återgå till arbetet efter karpaltunneldekompression med utgångspunkt från självrapporterad handfunktion. Det sekundära syftet var att undersöka om anställningsstatus vid tidpunkten för operationen påverkade resultatet för funktion och hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) efter karpaltunneldekompression.
Studiepopulation	68 patienter
Metod	Under en 3-årsperiod (29 maj 2014 till 29 maj 2017) registrerades demografiska och patientrapporterade mätdata prospektivt för samtliga patienter som genomgick elektiv karpaltunneldekompression (KTD) vid en klinik där studien genomfördes. Patienterna kontaktades 1 år efter operationen och ombads att fylla i ett frågeformulär postoperativt. Samtliga KTD utfördes av samma handkirurg. Patienter med kliniska tecken på karpaltunnelsyndrom genomgick preoperativ undersökning av nervledning, och patienter med kliniska och neurofysiologiska bevis på karpaltunnelsyndrom där konservativ behandling misslyckats, erbjöds KTD. Sextioåtta patienter genomgick bilateral KTD. Varje patient genomgick samma procedur med separat inskrivning och individuell pre- och postoperativa data samlades in för varje kirurgiskt ingrepp, och ingick som enskilda fall i kohorten. Under studieperioden användes samma kirurgiska teknik och ett standardiserat rehabiliteringsprotokoll fördes för alla patienter postoperativt.
Utfallsmått	<p>För att bestämma preoperativ anställningsstatus, fick patienterna frågan "vad är din nuvarande anställning status?" och registrerade ett av följande alternativ: "anställd", 'arbetslös', 'student', 'pensionär', 'hemmaarbetande' eller "långtids-sjuk/funktionsnedsatt". Syftet med denna studie var att undersöka prediktorer för återgång till arbete, därför uteslöts patienter som var långtidssjuka/funktionsnedsatta, pensionärer eller arbetslösa från undergruppsanalyserna.</p> <p>För att mäta sambandet mellan funktionella resultat och återgång till arbete, kategoriserades alla anställda patienter (n = 219) efter yrke med hjälp av en klassificering (SOC2010), som definierar åtta stora yrken grupper. Kategori 4, 5 och 6 klassificerades som manuella yrken.</p> <p>För att bedöma återgång till arbete tillfrågades samtliga anställda patienter "vad är din nuvarande anställningsstatus jämfört med tiden för operation?" och angav antingen 'ingen förändring', 'samma jobb – lätta arbetsuppgifter', 'annat jobb – hälsoskäl', 'annorlunda jobb – andra skäl', 'upphört arbeta – hälsoskäl' eller "slutat arbeta – andra skäl".</p> <p>Handens funktion bedömdes med hjälp av QuickDASH. Poängen varierade från 0 (bästa funktion) till 100 (sämsta funktion).</p> <p>För att bedöma hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL), användes the EuroQol 5-dimensions general health questionnaire (EQ-5D-5L). EQ-5D-5L bedömer fem domäner – <i>rörlighet, egenvård, vanliga aktiviteter, smärta/obehag och ångest/depression</i> – med hjälp av en 5-punkts Likert-skala, för att skapa ett index som poängsätts från -1,0 (ett tillstånd sämre än döden) till 1,0 (ett perfekt hälso tillstånd).</p> <p>Patientnöjdhet bedömdes genom att ställa frågan "hur nöjd är du med din opererade hand?" Svaret registrerades på en 100-punkts visuell analog skala (VAS), som undersöker patienten tillfredsställelse efter KTD.</p>

Rapporterat resultat (urval)

Under studieperioden utfördes 597 elektiva KTD. Operationen genomfördes på den dominanta sidan i 283 (60 %) fall. Pre- och postoperativa resultat var tillgängliga för 469 patienter (79 % uppföljningsfrekvens; medeluppföljning 14,3 månader, intervall 11,1–33,4 månader). Medelåldern var 62 år (intervall 28–93 år). Det var 312 (66 %) kvinnor och 157 (34 %) män, 219 (47 %) var anställda, 216 (46 %) var pensionerade, 26 (6 %) arbetade inte på grund av långvarig sjukdom och åtta (2 %) var arbetslösa. Patienter som hade slutat arbeta av andra skäl (n = 8) eller hade ett annat jobb av andra skäl (n = 10) efter operationen uteslöts. Sex patienter fyllde inte i enkätfrågan om återgång till arbete, vilket resulterade i en final kohort av 178 (81%) anställda patienter med komplett data kring återgång till arbetet.

Av dessa var det 161 (90 %) som återgått till arbete. Av resterande patienter hade fem (3%) antingen ändrat yrke och 12 (7%) slutat arbeta pga av hälsoskäl. Andelen patienter som inte kunde återgå till arbete var betydligt högre i inom manuell yrken (15 % mot 5 %; $P < 0,05$). Det fanns ingen signifikant skillnad i sjukfrånvaro mellan patienter med manuella (5,7 veckor; 95 % konfidensintervall [CI] 4,9–6,5 veckor) respektive icke-manuella arbeten (6,2; 95 % KI 4,8–7,6) ($P > 0,05$). Det fanns ingen signifikant skillnad i ålder och kön mellan de två grupperna. Mediantiden för att återgå till arbete RTW var 4 veckor (IQR 2–6 veckor). Patienter som inte återgick till arbete rapporterade signifikant kortare tid med symtom före KTD än dem som återvände till arbete. Den preoperativa och postoperativa QuickDASH poängen var signifikant sämre hos patienter som inte återgick till arbete. Även om det inte fanns någon skillnad mellan grupperna gällande preoperativ EQ-5D-5L, var det postoperativa resultatet på EQ-5D-5L signifikant sämre hos patienter som inte återgick till arbete. Efter kontroll för varaktighet av symtom, ålder och kön fanns det en ökad risk att inte återvända till arbetet om patienten hade manuellt arbete preoperativt (oddskvot (OR) 4,13, 95 % KI 1,07–15,9, $P < 0,05$) och försämrade preoperativ QuickDASH (B-koefficient = 1,04 per QuickDASH-punkt, 95 % KI 1,01–1,07, $P < 0,01$).

Begränsningar med studien

Den huvudsakliga begränsningen i studien var andelen patienter som förlorades vid uppföljningen (21 %), vilket ökar möjligheten för bortfallsbias. De få antal patienter som inte kunde återgå till arbete var en potentiell risk för snedvridna resultat. Poängen i QuickDASH-instrumentet används ofta för att beskriva handfunktion hos patienter med karpaltunnelsyndrom, och uppvisade goda psykometriska egenskaper i kohorten. Däremot är inte instrumentet karpaltunnelsyndroms- eller handspecifikt, och kan därför upptäcka symtom eller nedsatt funktion relaterade till samtidiga störningar i axeln eller armen. Detta kan vara särskilt relevant för manuella arbetare, där samtidigt axel- eller armpatologi kan påverka förmågan till återgång till arbete oberoende av resultatet av KTD.

Studie

van der Oest MJW, Teunissen JS, Poelstra R, Feitz R, Burdorf A, Selles RW. Factors affecting return to work after surgical treatment of trapeziometacarpal joint osteoarthritis. The Journal of hand surgery, European volume. 2020:1753193420978631.

Författare

van der Oest, MJW., et al.

Publiceringsår

2020

Land

Nederländerna

Studiedesign

Prospektiv studie

Syfte	Syftet var att identifiera faktorer som bidrar till tidpunkten för återgång till arbetet efter kirurgisk behandling av tumbasartros, och för det andra att beräkna kostnaderna för förlorad produktivitet pga sjukfrånvaro.
Studiepopulation	627 patienter
Metod	<p>På varandra följande patienter som genomgick en trapeciektomi mellan 2011 och 2018 ingick i denna studie. Trapeciektomin utfördes på Xpert Clinic i Nederländerna, ett specialiserat centrum för behandling av hand- och handledsproblem som finns på 18 olika platser i landet. Andra inklusionskriterier var att patienten hade avlönad anställning, lämnat information om återgång till arbete minst en gång, och hade gett skriftligt informerat samtycke. Patienterna följde en standard postoperativ regim bestående av gips i upp till 10 dagar följt av en avtagbar skena i upp till 6 veckor. Patienterna hade två sessioner handterapi och fick rådet att följa ett omfattande program med handövningar.</p> <p>Diagnosen ställdes av en certifierad handkirurg baserat på klinisk undersökning, såsom ett positivt 'grinding-test', dvs krepitationer och smärta vid axiell kompression och malande rörelse av tummen. För de flesta patienter togs röntgenbilder för att bedöma lederna. Dessutom inspekterade kirurger lederna under proceduren. Endast patienter som genomgick trapeciektomi och ligamentrekonstruktion med seninläggning inkluderades. Baslinjeegenskaper såsom ålder, kön, yrkesintensitet, varaktighet av besvär och dominant hand, samlades in.</p> <p>Patienterna ombads att fylla i ett frågeformulär online om återgång till arbetet vid 6 veckor och 3, 6 och 12 månader efter operationen. Den maximala längden på datainsamlingen var 12 månader efter operationen.</p>
Utfallsmått	<p>Återhämtning, smärta och förmåga att återgå till vardagsaktiviteter bedömdes med hjälp av Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ) (i nederländsk översättning). MHQ är ett välkänt självskattningsformulär.</p> <p>Återgång till arbete definierades som första gången patienten rapporteras ha återgått till sitt tidigare arbete minst 50 % av ordinarie arbetstid (timmar per vecka) enligt patientavtalet. Återgång till arbetet på 50 % valdes som primärt resultat eftersom nederländska arbetslagar kräver att patienter presterar mindre än 50 % av sitt ursprungliga arbete för att få någon form av ersättning. Patienter som arbetar mer än 50 % av sitt ursprungliga arbete, men utför anpassade arbetsuppgifter är fortfarande lagligt sjukskrivna i Nederländerna.</p> <p>Tiden för återgång till arbete definierades som tiden i veckor mellan operation och återgång till arbetet.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Det var 627 patienter som inkluderades i studien. Under det första året efter operationen, återgick 78 % av patienterna till arbetet. Mediantiden (Q1, Q3) för återgång till arbetet (RTW) var 12 veckor (6, 29). Resultatet visar att ytterligare ett fåtal patienter återgick till arbetet efter cirka 20 veckor. Totalt sett var återgången till arbete 87 % för lätt arbete, 76 % för medel och 70 % för tungt fysiskt arbete. Återgång till arbetet var samma för män och kvinnor. Tjugofem procent av patienterna som hade ett fysiskt lätt arbete återvände till arbetet inom de första 3 veckorna, jämfört med 7 % och 5 % för medel- och tungt fysiskt arbete. När resultatet för återgång till arbete korrigeras för andra patientegenskaper och yrkesintensiteten i patientens arbete förblev resultatet detsamma.</p>

Jämfört med lätt fysiskt arbete, hade patienter med medeltungt fysiskt arbete en hazardkvot (HR) på 0,54 (95 % CI[0,42–0,69], $P<0,001$) och patienter med tungt fysiskt arbete en HR på 0,50 (95 % CI[0,37–0,67], $P<0,001$). Detta innebär att återgång till arbetet inom det första året efter operationen var 46 % lägre när man har ett medeltungt fysiskt arbete och 50 % lägre ett tungt fysiskt arbete jämfört med fysiskt lätt arbete. Dessutom, hade patienter med lägre poäng på MHQ-arbete och MHQ-handfunktion för den opererade sidan en längre sjukfrånvaro. Patienter vars dominanta hand opererades hade även en försenad återgång till arbetet med en HR på 0,745 (95 % CI[0,60–0,93], $P=0,008$).

Begränsningar med studien	Databasen innehöll inga tillförlitliga data för att kunna göra undergrupper för att göra en jämförelse mellan olika kirurgiska ingrepp. Det innebär att det inte heller finns någon information om den rekommenderade sjukskrivningen från kirurgen och på ytterligare handpatologi, såsom scapholunate dissociation, som kan ha påverkat resultatet. Data om tiden för återgång till arbete samlades in med hjälp av självskattningsinstrument. Offentliga databaser med information kunde ha gett en tydligare bild, men det fanns inte tillgång till dem. Om tiden för att återgå till arbetet angivits i dagar eller timmar istället för veckor skulle en ekonomisk utvärdering bli mer exakt. Dessutom fanns ingen information om huruvida patienter snabbt återgick till arbetet men blev återigen sjukskriven pga besvär.
Studie	Wolf JM, Atroshi I, Zhou C, Karlsson J, Englund M. Sick Leave After Surgery for Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis: A Population-Based Study. <i>The Journal of hand surgery</i> . 2018; 43(5):439-47.
Författare	Wolf, JM., et al.
Publiceringsår	2018
Land	USA/Sverige
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera omfattningen av sjukfrånvaro i samband med operation för tumbasartros/artros i första karpometakarpaleden, med hjälp av svenska register med kirurgiska journaler, stratifierade utifrån typ av procedur, och tvärlänkade sjukskrivningsuppgifter på individnivå. Ett antagande var att både mjukvävnads- och protesplastik skulle resultera i en längre period av nedsatt funktionsförmåga efter operation, omfattande flera månaders sjukfrånvaro, oavsett operationsmetod.
Studiepopulation	326/169 patienter respektive 1110/574 personer för jämförelse.
Metod	Ur Skånes hälsodataregister, identifierades mellan 2004 och 2012, 2 olika patientkohorter (en mjukvävnadsprotes kohort och en kohort för protesimplantat) som uppfyllde följande inklusionskriterier: ICD-10 kod för artros i karpometakarpaleden; operationskoder för mjukvävnads- respektive protesplastik; ålder mellan 40 och 59 år; och boende i Skåne. Patienter med sjukersättning exkluderades. Båda kohorterna matchades med 2 referenskohorter med liknande egenskaper. Data om sjukskrivning för patienterna och deras referenter hämtades från Försäkringskassans register. För respektive kohort, beräknades medelvärdet för antalet sjuk-

skrivningsdagar med 95 % konfidensintervall (95 % KI) varje månad under studieperioden (från 12 månader före till 24 månader efter operationsdatumet eller motsvarande datum för referenspersonerna). Beräkningarna av sjukskrivning för de opererade patienter genomfördes med en månads intervaller. Antalet sjukdagar efter operation bland dem som hade blivit sjukskrivna jämfördes efter operationstyp (mjukvävnads- eller proteskirurgi) med justering för kön och ålder.

Uffallsmått

Sjukskrivning

Rapporterat resultat (urval)

Två kirurgiska kohorter identifierades: 421 patienter som genomgick mjukvävnadsplastik och 220 patienter som genomgick protesimplantats artroplastik under en 8-årsperiod mellan 2004 till 2012. Referenskohorterna uppgick till 1 677 personer för jämförelse med mjukvävnadsplastikkohorten och 874 personer för jämförelse med implantatkohorten som abstraherats från databasen. Efter exklusion på grund av sjukersättning (dvs. ersättning för varaktigt nedsatt arbetsförmåga på deltid eller heltid) under året före operationsdatumet återstod 326 patienter i mjukvävnadsplastikkohorten (286 kvinnor [88 %] och 40 män) och 1 110 i referenskohorten (970 kvinnor [87 %] och 140 män) som ingick i analysen. Av samma anledning, efter exklusion återstod 169 patienter i protesimplantatskohorten och 574 personer i referenskohorten som ingick i analysen.

I mjukvävnadsproteskohorten hade 261 av 326 (80%) patienter (228 kvinnor och 33 män) dokumenterad sjukfrånvaro efter operationen. Den genomsnittliga sjukfrånvaron var 202 dagar för kvinnor (median, 124; 10:e och 90:e percentilen, 55 och 539, respektive) och 170 dagar för män (median, 138; 10:e och 90:e percentilen, 77 respektive 371). Patienter med sjukskrivning 8 till 30 dagar före operationen uteslöts och 175 patienter (152 kvinnor och 23 män) återstod för analys. I den här gruppen, var den genomsnittliga sjukfrånvaron hos kvinnor 137 dagar (median, 100, 10:e och 90:e percentilen, 50 och 226 dagar, respektive) och hos män 125 dagar (median, 90; 10:e och 90:e percentilen, 53 respektive 192). Av patienter som sjukskrevs i samband med operationen, ansökte ungefär en tredjedel om sjukskrivning för 3 månader och ytterligare en tredjedel i upp till 6 månader.

I kohorten med protesimplantat, hade 146 av 169 (86 %) patienter (121 kvinnor och 25 män) dokumenterad sjukskrivning efter operationen. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden var 177 dagar för kvinnor och 188 dagar för män. Medianen för antal dagar med sjukfrånvaro (10:e percentilen, 90:e percentilen) var 95 (56, 445) för kvinnor och 71 (29, 720) för män. Av de 169 patienterna hade 94 (56%) ingen registrerad sjukfrånvaro 8 till 30 dagar före operationen. I kohorten fanns 76 kvinnor (81 %) och 18 män. I denna grupp var det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar 109 för kvinnor och 94 för män. Medianen för antal dagar med sjukfrånvaro (10:e percentilen, 90:e percentilen) var 79 (43, 148) för kvinnor och 62 (29, 153) för män. Liksom mjukvävnadsproteskohorten, ansökte ungefär en tredjedel av patienterna 2 månaders sjukskrivning efter operationen, ytterligare en tredjedel av patienterna ansökte om sjukskrivning upp till 6 månader. En jämförelse av sjukfrånvaron mellan patientkohorterna visade inga signifikanta skillnader (IRR, 0,91; 95 % KI, 0,77e1,08).

De båda kohorterna som behandlats kirurgiskt visade signifikant högre sjukfrånvaro än referenspopulationen under den treåriga studien. Bland kvinnorna var skillnaden mellan patientkohorten och referenskohorten i genomsnitt 3 till 5 dagars sjukfrånvaro per månad från 12 månader till 1 månad före op-

eration, ökade kraftigt under de första månaderna efter operationen, och återgick till samma nivå som tidigare vid 12 månader efter operation och pågick till 24 månader.

Begränsningar med studien	En begränsning i studien är att analyserna av sjukskrivningslängd efter typ av operation endast omfattade patienter med registrerad sjukfrånvaro efter operation eftersom patienter med sjukskrivning från 0 till 14 dagar efter operation inte registreras i socialförsäkringsdatabasen; andelen av dessa patienter skilde sig mellan de 2 kirurgiska kohorterna (27 % av mjukvävnadsproteskohorten och 20 % av protesimplantat kohorten hade ingen sjukskrivning före kirurgi). Egenföretagare, som utgör en liten andel av de totala arbetarna, ingår också i denna databas men är troligen en grupp som inte är sjukskrivna någon eller minimalt antal dagar pga att de är ekonomisk motiverade att arbeta.
----------------------------------	---

Reumatiska sjukdomar

Reaktiv artrit - M02, M03	M02 Reactive arthropathies M03 Postinfective and reactive arthropathies in diseases classified elsewhere
Systemisk lupus erythematosus (SLE) - M32	M32 Systemic lupus erythematosus
Gikt - M10	M10 Gout

Reumatiska sjukdomar

Det här dokumentet redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid reumatiska sjukdomar.

Studie	Abu Bakar F, Shaharir SS, Mohd R, Kamaruzaman L, Mohamed Said MS. Work disability in a multi-ethnic Malaysian systemic lupus erythematosus cohort: A cross-sectional study. International journal of rheumatic diseases. 2019; 22(6):1002-7.
Författare	Abu Bakar, F., et al
Publiceringsår	2019
Land	Malaysia
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	att identifiera faktorer kring arbetsförmåga bland SLE-patienter, resultatet från studien kan hjälpa till att förbättra patientvården genom utveckling av lämpliga vårdplaner och en förbättrad välfärdspolitik.
Studiepopulation	215 patienter varav 85% kvinnor
Metod	SLE-patienter rekryterades från ett medicinskt center mellan mars och december 2017. Samtliga uppfyllde kriterier för SLE. En strukturerad intervju genomfördes i studiens början. Vid rutinuppföljningar mättes sjukdomsaktivitet.

Utfallsmått	<p>Sjukdomsaktivitet vid SLE mättes med SLE Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K). SLEDAI-2K kräver omfattande läkarundersökning och provtagning. Instrumentet ger en sammanvägd bild av anamnes, kliniska fynd och laboratorievärden. Antalet poäng i SLEDAI varierar mellan 0 och 105. Grundprincipen är att ju fler poäng desto mer aktiv sjukdom men upp till 3 poäng är förenligt med inaktiv/lågaktiv sjukdom.</p> <p>Organskador mättes med SLICC/ACR Damage Index (SDI) som är ett validerat instrument. Skadeindexet registrerar organskada i 12 olika organsystem och ger en totalsumma. Frånvaro av progress i skadeindex är ett mått på god behandlingskontroll eller lindrig sjukdom.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Totalt rekryterades 215 patienter och majoriteten var kvinnor, 183 (85,1%). Medelåldern vid studiens start var $38,9 \pm 9,8$ år med en sjukdomslängd på $14,9 \pm 5,9$ år. Majoriteten av SLE-patienterna hade muskuloskeletala manifestationer (led- och muskelsmärta) ($n = 178, 82,8\%$) följt av nefrologiska manifestationer (njurproblem) ($n = 154, 71,6\%$), mukokutana manifestationer (hud och slemhinnor) ($n = 115, 53,5\%$) och hematologiska manifestationer (onormal blodbildning och relaterade störningar) ($n = 96, 44,0\%$). Mer än hälften av patienterna ($n = 112, 52,1\%$) hade organskador med SLICC-poäng ≥ 1.</p> <p>Prevalensen av arbetsförmåga var $43,2\%$ ($n = 93$), med 48 (22,3%) patienter som var arbetslösa vid tidpunkten för studien. Totalt 38 (17,7%) patienter hade förtidspension eller slutat arbeta medan 20,9% ($n = 45$) av patienterna hade en tidigare historia av tillfällig arbetslöshet. Totalt 10 patienter hade aldrig arbetat (4,7%) på grund av den underliggande SLE. Medianen för när arbetsförmågan inträtt var 4 (interkvartilintervall 9) år från SLE diagnosen och majoriteten av patienterna ($n = 51, 54,8\%$) utvecklade arbetsförmåga <5 år från SLE-diagnos. Patienter med arbetsförmåga hade högre sjukdomsaktivitet vid diagnos, högre frekvens organskador och högre frekvenser av sjukdomsutbrott ($P < 0,05$). Patienter med arbetsförmåga hade också signifikant lägre livskvalitet.</p>
Begränsningar med studien	<p>Begränsningar med studien var bland annat att de involverade patienterna var från ett stadssjukhus för tertiärvård, därför kan inte resultaten inte generaliseras till andra SLE-kohorter eftersom deltagarna kanske inte är representativa för den totala befolkningen med SLE. Dessutom undersöktes inte arbetsbelastningen, såsom särskilt fysiskt eller mentalt krävande jobb, eftersom bedömningarna begränsades till dem som arbetade respektive inte arbetade. Inte heller undersöktes samsjuklighet (ex fibromyalgi), som kan vara en potentiell orsak till arbetsförmåga snarare än SLE.</p>
Studie	<p>Al Dhanhani AM, Gignac MA, Beaton DE, Su J, Fortin PR. Work factors are associated with workplace activity limitations in systemic lupus erythematosus. <i>Rheumatology</i> (Oxford, England). 2014; 53(11):2044-52.</p>
Författare	<p>Al Dhanhani, AM., et al</p>
Publiceringsår	<p>2014</p>
Land	<p>England</p>
Studiedesign	<p>Tvärsnittsstudie</p>
Syfte	<p>Syftet var att i detalj undersöka vilka aktivitetsbegränsningar anställda individer med SLE upplever på arbetsplatsen, samt</p>

	dem som nyligen lämnat arbetslivet. Tidigare anställda kan ha upplevt olika områden i arbetet som gett aktivitetsbegränsningar och olika svårighetsgrad under arbetet. Ett ytterligare syfte var att undersöka de anställdas aktivitetsbegränsningar på arbetsplatsen i relation till demografi, hälsa, sammanhang och psykologiska variabler.
Studiepopulation	362 varav 88% kvinnor
Metod	Patienterna testades så att de uppfyllde kriterierna för SLE. Samtliga patienter som besökt kliniken under de senaste 2 åren kontaktades. Ett enkätpaket som innehöll ett följebrev, information om studien, frågeformuläret och ett frankerat returkuvert skickades ut till patienterna. I frågeformuläret fanns frågor om deltagarnas anställningsstatus och hänvisades sedan till olika delar i frågeformuläret enligt deras status som anställd eller arbetslös.
Utfallsmått	<p>Information om ålder, kön, utbildning (högsta nivå som uppnått), civilstånd och inkomst.</p> <p>Arbetsstatus definierades enligt följande: (i) heltid, (ii) deltid, (iii) sjukskrivning, (iv) ledighet av frånvaro, (v) kortvarig funktionsnedsättning, (vi) långvarig funktionsnedsättning, (vii) arbetslös men söker arbete, (viii) pensionerad, (ix) inte anställd och inte söker arbete eller (x) student.</p> <p>Arbetsplatsrelaterade aktivitetsbegränsningar mättes med the Workplace activity limitations scale (WALS) en skala med 12 frågor som användes som ett domänspecifikt mått på aktivitetsbegränsningar (dvs funktionshinder) på jobbet, inklusive svårigheter relaterade till rörlighet, koncentration, arbetstempo och schemaläggning.</p> <p>SLE-aktivitet mättes med frågeformuläret the Systemic Lupus activity questionnaire (SLAQ) innehållande 24 frågor där respondenterna kan skatta diagnosspecifika symtom de senaste 3 månaderna.</p> <p>Samsjuklighet mättes med the Co-morbidity Index som är ett självrapporterande frågeformulär. Frågorna gällde närvaron av 13 medicinska tillstånd och responder kan även lägga till ytterligare tre.</p> <p>Fatigue mättes med the Profile of Mood States—Fatigue Subscale som innehåller 5 frågor som skattas från 0 = inte all till 4 = extremt.</p> <p>Jobbinnehåll mättes med the Job content questionnaire. Frågeformuläret mäter sociala och psykologiska egenskaper och användes för att uppskatta arbetsbehov med hjälp av fyra underskalor (beslutsfattande, psykologiska jobbkrav, fysiska jobbkrav och socialt stöd).</p> <p>Studien innehöll ytterligare fem instrument som mätte: jobbstress; katastrofänkande; sjukdomsaktivitet; sjukdomssymtom och generell hälsostatus.</p>
Rapporterat resultat (urval)	Enkätpaketet skickades ut till 604 patienter och returnerades av 362. Svarsfrekvensen var 60%. En större andel av dem som hade lämnat arbetslivet nyligen på grund av SLE rapporterade att de hade haft svårigheter med vissa arbetsuppgifter jämfört med dem som arbetade för närvarande. Bland dem som arbetade var de mest rapporterade svårigheterna arbetsuppgifter som involverade att sitta på huk, att böja sig, att stå på knä eller andra besvärliga kroppsställningar (58 %), följt av svårigheter att lyfta, bära eller hantera föremål (42%), att koncentrera sig eller att fokusera på arbetet (39%). Femtionio

procent av dem som arbetade rapporterade låga begränsningar på WALs-skalan (poäng 0–4), 28 % rapporterade medelsvåra begränsningar (poäng 5–8) och 12 % rapporterade svåra begränsningar (>9), vilket betyder att de hade arbetsplatsrelaterade aktivitetsbegränsningar på två tredjedelar av WALs-skalans områden eller inte kunde utföra vissa arbetsuppgifter alls. Respondenter med högre sjukdomsaktivitet och fatigue, samt dem som skattade sin fysiska hälsa som låg (PCS-skalan) rapporterade större aktivitetsbegränsningar på arbetsplatsen.

Begränsningar med studien	Användningen av en tvärsnittsundersökning begränsar möjligheten att ange riktningen för korrelationer eller orsakssamband. Longitudinella studier är ett bättre val för att upptäcka orsakssamband. Även om resultaten, mellan dem som var anställda jämfört med dem som inte arbetar längre, visade en förväntad riktning, d.v.s. att de som inte var anställda längre rapporterade större begränsningar på jobbet. Där kan s.k. recall-bias (en period på 5 år) ha påverkat svaren.
Studie	Al Dhanhani AM, Gignac MA, Beaton DE, Su J, Fortin PR. Job Accommodations Availability and Utilization Among People With Lupus: An Examination of Workplace Activity Limitations and Work Context Factors. <i>Arthritis care & research</i> . 2015; 67(11):1536-44.
Författare	Al Dhanhani AM., et al
Publiceringsår	2015
Land	Kanada
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	Syftet var att jämföra 2 grupper av patienter med SLE: de som för närvarande var anställda och de som hade varit anställda någon gång under de senaste 5 åren men som inte arbetade vid tidpunkten för datainsamlingen, med fokus på olika anpassningar av arbetet för patienter med SLE.
Studiepopulation	141 patienter varav 88% kvinnor
Metod	Data samlades in med hjälp av en postad enkätundersökning till patienter som behandlats för SLE vid University of Toronto Lupus Clinic (UTLC) under de senaste 2 åren. Patienterna gav informerat samtycke. Patienterna fick ett utskick som innehöll ett introduktionsbrev, frågeformuläret och ett frankerat svarskuvert. I frågeformuläret ställdes frågor om ålder, kön, utbildningsnivå och inkomst. Andra frågor gällde patienternas nuvarande arbetsstatus (t.ex. heltid, deltid), tjänstetitel (eller sista tjänstetitel), fackligt medlemskap (ja/nej), storlek på arbetsgivare (antal anställda: <25, 25–100 eller >100), och kortvarig sjukfrånvaro (ja/nej). Deltagarna tillfrågades om 13 olika arbetsanpassningar som vanligtvis tillhandahålls anställda på kanadensiska arbetsplatser; om de behövdes (ja/nej); om de fanns tillgängliga (ja/nej); om de använt någon form av anpassning (ja/nej); och, om de hade använt det, om de tyckte att det var användbart (där 1=inte alls hjälpsamt och 5=mycket hjälpsamt). Anpassningarna var av fyra huvudtyper: arbetsschema eller platsanpassning (t.ex. börja jobbet sent på dagen eller avsluta tidigt, arbeta på distans); arbetsfrånvaro (t.ex. sjukskrivning); permanent förflyttning eller förändring (t.ex. ändrade uppgifter/uppgifter inom samma jobb); och stöd, hjälpmedel och tillgänglighetsanpassningar (t.ex. att få hjälp av andra, få ett parkeringsstillstånd).

Uffallsmått

Aktivitetsbegränsningar mättes med Workplace Activity Limitations Scale. Detta är en skala med 12 poster som mäter svårigheter relaterade till olika aktiviteter i arbetet (t.ex. svårigheter relaterade till övre och nedre extremitet). Svaren sträcker sig från 0 (ingen svårighet) till 3 (kan inte utföra). Totalpoängen (0–36) är summan av poängen för de 12 posterna.

Arbetsbelastning mättes med Chronic Illness Job Strain Scale. Ett validerat självskattningsinstrument med 15 poster. Personen skattar sin arbetsbelastning utifrån frågor om stress relaterat till arbetet och att ha en kronisk sjukdom (t.ex. omfattningen av stressen kopplad till jobbkraven tillsammans med SLE). Svaren sträcker sig från 1 (inte alls stressande) till 5 (extremt stressande).

Arbetets egenskaper mättes med Job Content Questionnaire (JCQ). Ett självskattningsinstrument som handlar om arbetets sociala och psykologiska egenskaper, såsom beslutsfrihet, psykologiska jobbkrav, fysiska jobbkrav och socialt stöd.

Samsjuklighet mättes med Comorbidity Index. Samsjuklighet bedömdes utifrån 13 olika medicinska tillstånd. Deltagarna tillfrågades om de hade varit diagnostiserad med något av tillstånden (ja/nej). Det fanns utrymme att lägga till 3 ytterligare tillstånd.

Sjukdomsaktivitet mättes med Systemic Lupus Activity Questionnaire. Ett självskattningsformulär om sjukdomsaktivitet som består av 24 poster som identifierar SLE symtom/tecken under de senaste 3 månaderna. Sjukdomsaktiviteten skattas från 0 (inte ett problem), 1 (milda problem), 2 (måttliga problem), till 3 (svåra problem).

Fatigue mättes med Profile of Mood States (POMS) – fatigue subscale. Delskalan användes för att mäta trötthet under föregående vecka. Delskalan består av 5 poster som bedöms på en 5-gradig skala från 0 (inte alls) till 4 (extremt).

Rapporterat resultat (urval)

362 av 604 kvalificerade patienter besvarade enkäten (60 % svarsfrekvens). Av dem var 180 patienter anställda (49,5%) och 182 som inte var anställda. Bland den senare gruppen, hade 61 varit anställd någon gång under de föregående 5 åren.

Patienter som inte längre arbetade rapporterade att deras arbetsplatser hade betydligt färre möjligheter till anpassningar än de arbetsplatser där de som förmärvarande arbetade var anställda. Anpassningar som var betydligt mindre sannolikt att kunna få var: att börja arbetet senare på dagen eller avsluta tidigt (dvs flexibla timmar) ($P=0.03$), sjukskrivning ($P=0.02$), omskolning på jobbet eller vidareutbildning ($P=0.02$), och att få hjälp med jobbet ($P=0.01$). 70 procent av patienterna som arbetade och 72 procent av patienterna som inte längre arbetade rapporterade att de använde/har använt 1 eller flera anpassningar på arbetsplatsen, och 45 % av båda grupperna hade använt 3 eller fler anpassningar. De anpassningar som användes mest ofta av anställda patienter var sjukfrånvaro, som följdes av att starta senare på dagen eller avsluta tidigt. Bland dem som inte längre arbetade, hade de vanligaste anpassningarna varit sjukfrånvaro, men följdes av att minska arbetstiden. Resultatet visade även att ju högre utbildning den anställda hade, desto fler anpassningar användes.

Begränsningar med studien	Begränsningar i studien var bland annat att en mängd olika faktorer undersöktes som var kopplade till användningen av arbetsanpassningar, men de stod bara för 39 % av variansen, vilket tyder på att det kan finnas ytterligare faktorer som påverkar användningen av anpassningar. Det framgår inte av denna studie om arbetsanpassningarna hjälpte till att förbättra eller underlätta svårigheterna för människor med SLE när de utför sina jobb. En longitudinell studie behövs för att avgöra om arbetsanpassningar kan fördröja nedsatt arbetsförmåga över tid hos patienter med SLE.
----------------------------------	--

Studie	Basta F, Margiotta DPE, Vadacca M, Vernuccio A, Mazzuca C, Picchianti Diamanti A, et al. Is fatigue a cause of work disability in systemic lupus erythematosus? Results from a systematic literature review. <i>European review for medical and pharmacological sciences</i> . 2018; 22(14):4589-97.
Författare	Basta, F., et al
Publiceringsår	2018
Land	Italien
Studiedesign	Systematisk litteraturreview
Syfte	Syftet var att genomföra en litteraturöversikt för att undersöka sambandet mellan fatigue och nedsatt arbetsförmåga hos patienter med SLE.
Studiepopulation	N/A
Metod	En systematisk litteratursökning gjordes i PubMed (Medline) och EBSCO fram till december 2017 med hjälp av relevanta MeSH-termer. Urvalet av studier utfördes av två av författarna som arbetade var för sig. Dubletter togs bort och alla titlar och sammanfattningar granskades för att identifiera relevanta studier. Därefter lästes de återstående studierna i fulltext och utvärderades. De artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut. Den systematiska granskningen genomfördes i enlighet med det föredragna tillvägagångssättet för systematiska granskningar och riktlinjer för metaanalyser (PRISMA).
Utfallsmått	Fatigue Nedsatt arbetsförmåga
Rapporterat resultat (urval)	Litteratursökningen resulterade i 1523 träffar; 1474 exkluderas; 49 artiklar läses i fulltext; av dem exkluderades 30. Nitton artiklar ligger till grund för analysen. SLE har en signifikant negativ inverkan på arbetsförmågan, inklusive förlust av anställning, som kan sätta upp många hinder för att kunna behålla jobbet. Funktionella nedsättningar beror på sjukdomens påverkan på flertalet organ, med varierande möjlighet till aktivitet, svårighetsgrad och skador. Även om inte SLE innebär ett livshotande tillstånd, är fatigue ett vanligt symptom som kan leda till en allvarlig nedsättning av fysisk funktion med tillhörande aktivitetsbegränsningar. I litteraturöversikten var syftet att fastställa om dessa begränsningar kan påverka individens förmåga att arbeta. Resultatet visar att det till och med kan leda till arbetslöshet. Bland de tvärsnittsstudier som analyserats, rapporterade majoriteten av författarna fatigue som en faktor för nedsatt arbetsförmåga. I de longitudinella studier som inkluderats rapporterade en studie att fatigue predicerade nedsatt arbetsförmåga, medan en annan studie inte gjorde det. Dessutom un-

dersökes om fatigue påverkade arbetets prestanda bland anställda patienter. I de inkluderade tvärsnittsstudierna rapporterade författare fatigue som en faktor relaterat till både arbetsförmåga och arbetsproduktivitet. Dessutom visade de båda longitudinella SLE-kohortstudierna att fatigue ledde till betydande försämring av produktiviteten i arbetet. Anmärkningsvärt nog visade det sig att fatigue även har en signifikant påverkan på aktiviteter i det dagliga livet. Denna försämring av produktiviteten i arbetet och i hemmet var slutligen ansvarig för ökning av både direkta och indirekta hälsokostnader relaterade till sjukdomen. SLE-relaterad fatigue ledde även till andra aktivitetsbegränsningar såsom svårigheter relaterat till rörlighet, koncentration och arbetstempo och planering av arbetet.

Begränsningar med studien	Vissa författare kvantifierade fatigue med hjälp av SF-36 PCS i sina studier. Även om PCS också påverkas av andra fysiska komponenter som smärta, global hälsa och fysisk roll, beslutades trots detta att inkludera artiklar i granskningen som endast presenterar SF-36 PCS som surrogatmätt på fatigue.
Studie	Booth S, Price E, Walker E. Fluctuation, invisibility, fatigue - the barriers to maintaining employment with systemic lupus erythematosus: results of an online survey. <i>Lupus</i> . 2018; 27(14):2284-91.
Författare	Booth, S., et al
Publiceringsår	2018
Land	Storbritannien
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	SLE är förknippad med höga nivåer av nedsatt arbetsförmåga och arbetslöshet. Syftet med studien var att förstå orsakerna till detta och att beskriva hinder och underlättande faktorer för anställbarhet som identifierats av personer med SLE. Detta för att kunna utveckla lämpliga strategier för att övervinna hinder. Arbetslöshet, såväl som olämpligt arbete, har negativa konsekvenser för hälsoreultat.
Studiepopulation	393 personer med SLE, varav 97% kvinnor
Metod	Detta var en tvärsnittsstudie med patienter >18 år, bosatta i Storbritannien, med självrapporterad SLE diagnos. Studien genomfördes via internet. Frågeformuläret var framtaget tillsammans med ordförande i en lokal patientgrupp för SLE, med erfarenhet av att stödja medlemmar. En intern forskargrupp färdigställde frågeformuläret. Frågeformuläret postades på LUPUS UK:s webbplats, efter en "priming"-artikel i medlemstidningen LUPUS UK. Frågeformuläret bestod av 22 frågor för att samla in data: 9 frågor om demografiska uppgifter, inklusive en om läkemedel i relation till SLE (för att säkra diagnosen); femton frågor var påståenden med fasta svarsalternativ, med möjlighet till kompletterande fritextsvar; 10 frågor var relaterade till anställning, och 2 två till förmånssystemet.
Utfallsmått	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukdomsaktivitet • Stöd och förståelse från arbetsgivare och kollegor • Arbetsförhållanden, inkl. sjukfrånvaro
Rapporterat resultat (urval)	Enkäten gav snabbt svar (393 svar på åtta veckor, 200 inom de första 48 timmarna), vilket indikerar vikten av frågorna för patienter med SLE. Samtliga deltagare använde fritextalternativet för att ge detaljerad information. Respondenternas ålder

varierade från 18–74, med 60 % mellan 35 och 54 år; urvalet var 97 % kvinnor, ett betydande antal var högutbildade (48 % hade doktorsexamen eller post-dok). Det fanns en bred geografisk spridning bland de svarande. Trettiosju procent av respondenterna rapporterade att de hade haft SLE för 1–5 år, 25 % rapporterade att de hade fått diagnosen för över 15 år sedan. Nitiotre procent av de tillfrågade tog SLE-medicin. Respondenterna var anställda inom ett brett spektrum av yrken inklusive, ledning, akademiker, professionell, tekniker, administratör och försäljare. Fritextsvaren delades in i tre huvudteman:

1. Svårigheterna att arbeta (och verkligheten av att karriären är skadad) med ett fluktuerande tillstånd såsom SLE;
2. Oro och ångest överskuggar arbete och familjeliv;
3. Att arbeta kvar på hel- eller deltid möjliggjordes genom ändringar av arbetstiden och tillgängligt stöd från ledning och kollegor.

Patienterna identifierade följande strategier som stöd för att kunna vara kvar i betalt arbete:

- Förståelse från chefer;
- Förståelse från kollegor att symptomen av SLE kan fluktuera;
- Flexibilitet i arbetstider och mönster;
- Tro på verkligheten av sjukdomen och dess påverkan.

Begränsningar med studien	Begränsningar inkluderade bland annat egenskaperna hos respondenterna, det var få män, kravet på digital kunnsighet för att fylla i enkäten och bristen på mångfald i utbildningsnivåerna. Diagnosen SLE självrapporterades, vilket kan ses som en begränsning, dock tog 93 % av respondenterna minst ett läkemedel mot SLE (24,75 % tog två eller fler). Urvalsbias är oundvikligt, men ett snabbt och frivilligt deltagande i undersökningen bekräftar frågornas betydelse för människor med SLE.
Studie	Drenkard C, Bao G, Dennis G, Kan HJ, Jhingran PM, Molta CT, et al. Burden of systemic lupus erythematosus on employment and work productivity: data from a large cohort in the southeastern United States. <i>Arthritis care & research</i> . 2014; 66(6):878-87.
Författare	Drenkard, C., et al
Publiceringsår	2014
Land	USA
Studiedesign	Kohort-studie
Syfte	Att undersöka bördan av systemisk lupus erythematosus (SLE) på arbetsförlust, arbetslöshet och påverkan av sjukdomsaktivitet och organskador på arbetsproduktivitetens nedsättning i en SLE-kohort från sydöstra USA.
Studiepopulation	689 med SLE
Metod	Deltagare till studien rekryterades från the Georgians Organized Against Lupus (GOAL) cohort. GOAL-kohorten omfattar ett stort urval av vuxna SLE-patienter från storstadsregionen Atlanta, Georgia. Det övergripande syftet med GOAL är att undersöka effekten av sociodemografiska och hälsovårdsfaktorer på utfall som är relevanta för patienter, vårdgivare och beslutsfattare. Deltagare till studien rekryterades från the Georgians Organized Against Lupus (GOAL) cohort. Den primära källan till kohorten (>70%) kommer från ett befolkningsbaserat register med SLE-registrerade, the Georgia Lupus Registry (GLR).

GOAL-kohorten omfattar ett stort urval av vuxna SLE-patienter från storstadsregionen Atlanta, Georgia. Det övergripande syftet med GOAL är att undersöka effekten av sociodemografiska och hälsovårdsfaktorer på utfall som är relevanta för patienter, vårdgivare och beslutsfattare. I juli 2012, hade 751 deltagare med en validerad diagnos av SLE slutförd grundundersökningen. Undersökningen, som genomförs årligen sedan augusti 2011, innehåller frågor om sociodemografi, arbetsstatus och validerade mått på sjukdomsresultat.

Deltagare till studien valdes ut från GOAL-kohorten. Det var patienter i åldrarna 18–64 år som uppfyllde klassificeringskriterierna för SLE och med en slutlig diagnos av SLE av en styrelse-certifierad reumatolog.

Utfallsmått

Arbetsstatus. Vi använde ett ad hoc frågeformulär för att mäta självskattad arbetsstatus vid SLE-diagnos i baslinjeundersökningen. Följande kategorier bedömdes: 1) arbeta för lön (antingen heltid eller deltid), 2) arbetslös (ej lönearbetad eller funktionsnedsatt), och 3) student eller hemmafru.

Arbetsförlust mättes som den andel SLE-deltagare som var arbetslösa eller funktionsnedsatta vid undersökningens slutförande av dem som arbetar för lön vid sjukdom. Deltagare som var studenter eller hemmaarbetande vid undersökningens slutförande var inte inräknade när arbetsförlustprocenten beräknades.

Standardiserad arbetslöshetskvote För att uppskatta bördan av SLE på arbetslöshet i motsats till potentiella effekter av sociodemografiska eller arbetsmarknadsfaktorer, beräknade vi den standardiserade arbetslöshetsknoten (SUR). GOAL-deltagare i åldern 18–64 år som var arbetslösa eller funktionshindrade räknades för "observerad" arbetslöshet i SLE. Vi använde uppskattningar av arbetslöshet från American Community Survey (ACS) för att beräkna det "förväntade" arbetslöshetstalen hos normalbefolkningen.

Nedsatt arbetsproduktivitet mättes med the overall Work Productivity Impairment (WPI) och på grund av relationen till hälsa användes även the Work Productivity and Activity Impairment (WPAI). WPAI är ett validerat frågeformulär som är tillämpligt till ett brett spektrum av yrken och sjukdomar. WPI står för andel frånvaro och/eller försämring av produktiviteten på jobbet på grund av patientens hälsa och arbetsförmåga under den senaste veckan. WPI uttrycks som procent, med högre siffror som indikerar större nedsättning och mindre produktivitet.

Sjukdomsaktivitet mättes med the Systemic Lupus Activity Questionnaire (SLAQ), ett validerat frågeformulär med frågor om de 3 senaste månaderna och ett poängintervall mellan 0–44. Högre poäng indikerar högre grad av skattad sjukdomsaktivitet. SLAQ korrelerar starkt med läkarbedömd sjukdomsaktivitet och har utmärkt extern tillförlitlighet ($r=0,87$).

Organskador mättes med en självadministrerad version av the Brief Index of Lupus Damage (BILD). En nyligen genomförd validering av frågeformuläret BILD i vår GOAL-kohort indikerade utmärkt kriteriegiltighet för 80 % av artiklarna och utmärkt test-retest-korrelation ($r=0,92$).

Rapporterat resultat (urval)

I studien undersöktes 689 SLE-deltagare åldrarna 18–64 år bland 751 respondenter från GOAL-kohorten. Resultatet visar att 94 % av det totala urvalet var kvinnor. Den genomsnittliga \pm SD för sjukdomens totala varaktighet och utbildningen var $13,1 \pm 8,7$ år och $14,2 \pm 2,8$ år, respektive. Det var 252 deltagare som arbetade respektive 318 arbetslösa vid tidpunkten för

undersökningens början. Ålder och sjukdomsvaraktigheten var liknande mellan dem som arbetade och de som var arbetslösa (ålder 42,9 respektive 44,6 år och sjukdomslängd 13,1 respektive 13,2 år). Andelen patienter som uppnått högre utbildning, var gifta eller levde med en partner var betydligt högre för dem som arbetade, än gruppen arbetslösa (75,4 % respektive 42,5 % mot 54,7 % respektive 24,8 %). Andelen patienter med svår sjukdomsaktivitet och allvarliga organskador var 34,9 % respektive 19,4 % i gruppen arbetande, till skillnad från 66 % respektive 44,7 % i gruppen arbetslösa. Av de 511 deltagare med SLE som arbetade var 249 (49%) arbetslösa vid undersökningens slutförande. Inom i genomsnitt 13 år efter sjukdomens inledning, var endast 187 (37 %) av SLE-patienterna fortfarande i arbete. Av de 249 fall som hade förlorat sina arbeten efter diagnosen, 214 angav året då de slutade arbeta. Inga signifikanta skillnader i sociodemografiska faktorer, sjukdomslängd eller sjukdomsutfall hittades mellan deltagare som gjorde eller inte gav arbetslöshetsåret. Andelen arbetslösa patienter inom 5 år sedan diagnosens inledning var 32 % (95 % CI 27–37).

När det gäller sjukdomsrelaterade faktorer, var risken för arbetslöshet för patienter med mild, måttlig och svår sjukdomsaktivitet 2,6 (95 % CI 2,0–3,4), 2,8 (95 % CI 2,1–3,7), respektive 4,4 (95 % CI 3,8–5,0) gånger högre än för individer från den allmänna befolkningen i liknande ålder och kön. Högre sjukdomsaktivitet var associerat med ökande WPI (P 0,0001 för linjär trend). I alla organsystem var WPI signifikant högre bland deltagare med måttlig eller svår sjukdomsaktivitet, jämfört med dem med mild aktivitet. Patienter med svåra symtom som fatigue, glömska eller depression, muskelsmärta eller svaghet, ledvärk, stelhet, eller svullnad, och dem som rapporterade stroke hade störst försämring av arbetsproduktiviteten (över 50 % WPI).

Begränsningar med studien	Studiens begränsningar handlade bland annat om att arbetsförlust undersöktes med en tvärsnittsdesign, vilket inte gör det möjligt att bedöma alla förändringar i arbetsstatus från att diagnosen sattes. Dessutom är GOAL inte en sann incidentkohort och patienter med svår sjukdom, som har den största risken för arbetsförlust, kanske inte har fångats eller deltagit i undersökningen. Det resulterar i att den kumulativa arbetsförlustfrekvensen kan vara underskattad. Därutöver, datumet för när diagnosen sattes och datumet för arbetslöshet baserades på patientrapporterade data går det inte att utesluta recall-bias. Arbetsförlustfrekvensen efter 5 år var högre mellan deltagare, vilket tyder på att den initiala sjukdomsperioden, när sjukdomen tenderar att vara allvarligare, kan vara kritiskt, särskilt för SLE-patienter från sociodemografiska missgynnade grupper. Studien kunde inte heller fastställa arbetslöshetens påverkan som skulle förbättra vår förståelse av sjukdomens direkta inverkan på arbetsförlust. Dock gick det att jämföra arbetslöshet med normalbefolkningen så att det gick att fastställa den överrisk som kan hänföras till SLE.
Studie	Eklom-Kullberg S, Kautiainen H, Alha P, Leirisalo-Repo M, Julkunen H. Education, employment, absenteeism, and work disability in women with systemic lupus erythematosus. <i>Scandinavian journal of rheumatology</i> . 2015; 44(2):157-62.
Författare	Eklom-Kullberg, S., et al
Publiceringsår	2015
Land	Finland
Studiedesign	Tvärsnittsstudie

Syfte Syftet var att undersöka utbildning, anställning, sjukfrånvaro och nedsatt arbetsförmåga hos kvinnor med SLE jämfört med kontrollerpersoner i befolkningen som bor i storstadsområdet Finland.

Studiepopulation 181 kvinnliga patienter med SLE (549 matchade kontroller)

Metod Samtliga patienter med en kliniskt SLE-diagnos och som regelbundet besökte Helsingfors universitetscentralsjukhus och bodde i tre större städer i huvudstadsregionen Helsingfors, identifierades från sjukhusregistret. Totalt 222 patienter uppfyllde kriterierna för SLE. Av dessa patienter, var 205 (92%) kvinnor, varav 181 i arbetsför ålder (18–65 år). Beräkningen var att cirka 80–85 % av alla SLE patienter som kräver sjukhusbaserad behandling, som bor i området, ingick i studien.

En stor finsk hälsoundersökning som inkluderade mer än 8000 vuxna genomfördes samtidigt som denna studie. Samtliga 825 kvinnor, i åldern 18–65 år, som deltar i undersökningen och bor i samma tre orter som denna studies patienter listades i ordning efter deras ålder. Från denna lista, valdes de tre första personerna ut som matchade kontroller för varje patient med SLE inom ett åldersintervall av 1 år. Medelåldern för de 181 kvinnorna med SLE var 44,0 år (SD 12,1 år, intervall 18–65 år) och av 543 kvinnliga kontroller 44,2 år (SD 12,2 år, intervall 18–65 år) ($p=0,867$).

En strukturerad intervju, journalgranskning och klinisk undersökning av patienterna utfördes av två reumatologer. Data som samlats in från patienterna och kontrollerna vid tidpunkten för studien var demografiska, utbildning (grundläggande utbildning, totalt antal år med heltidsstudier, patientens högsta utbildningsgrad), hushållets totala inkomst, yrke, nuvarande arbetsstatus, subjektiv arbetsförmåga och tillfredsställelse, totalt antal sjukdagar under de 12 månaderna före studien, och eventuell förtidspension (=sjukersättning, antingen på heltid eller halvtid). Ytterligare data var bl.a. ålder vid diagnos av SLE, sjukdomslängd, aktuell användning av mediciner, civilstånd, antal personer i hushållet, samsjuklighet, fatigue, sjukdomsaktivitet och organskada.

Utfallsmått **Fatigue** mättes med (visuell analog skala-VAS, 0–100 mm).

Sjukdomsaktivitet vid SLE mättes med SLE Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K). SLEDAI-2K kräver omfattande läkarundersökning och provtagning. Instrumentet ger en sammanvägd bild av anamnes, kliniska fynd och laboratorievärden. Antalet poäng i SLEDAI varierar mellan 0 och 105. Grundprincipen är att ju fler poäng desto mer aktiv sjukdom men upp till 3 poäng är förenligt med inaktiv/lågaktiv sjukdom.

Organskador mättes med SLICC/ACR Damage Index (SDI) som är ett validerat instrument. Skadeindexet registrerar organskada i 12 olika organsystem och ger en totalsumma. Frånvaro av progress i skadeindex är ett mått på god behandlingskontroll eller lindrig sjukdom.

Rapporterat resultat (urval) Medelåldern för patienterna vid tidpunkten för klinisk diagnos av SLE var 31,3 år (SD 11,4, intervall 9–58 år) och vid tidpunkten för studien 44,0 år (SD 11,9, intervall 18–65 år). Av de 181 patienterna, hade 68 (38 %) en historia av lupusnefrit, 134 (74 %) använde för närvarande orala kortikosteroider och 112 (62 %) hydroxiklorokin.

125 SLE-patienter som var eller hade varit anställda under de senaste 12 månaderna före studien skattade sin arbetsförmåga avseende fysiska och mentala krav på arbetet som bra (33 % och 33 %), ganska bra (35 % och 35 %), godtagbar (28 % och 29 %), dålig (3 % och 2 %), eller mycket dålig (1 % och 1 %). Hos kontrollpersonerna (n=358) var motsvarande siffror bra (52 % och 47 %), ganska bra (34 % och 41 %), godtagbar (12 % och 10 %), dålig (2 % och 2 %) och mycket dålig (0 % och 0 %). Skillnaderna var betydande på nivån för $p < 0,001$ för fysiska krav och $p < 0,036$ för mentala krav. Av de 125 sysselsatta SLE-patienterna övervägde 64 (51 %) att de hade en sjukdom, skada eller defekt som orsakade svårigheter att utföra sitt arbete. Av dessa 64 patienter, ansåg sig tre (5 %) kunna arbeta bara på halvtid och en (2 %) helt oförmögen att arbeta. Motsvarande siffror i kontrollgruppen var 83 (22 %) och av dessa 83 kontroller betraktade sig tre (4 %) kunna arbeta endast halvtid och fyra (5 %) helt oförmögna att arbeta.

Av de 181 SLE-patienterna hade 88 (48,6 %) ett heltidsarbete, 22 (12,2 %) arbetade deltid (13 av dem hade sjukersättning på 50 %), 49 (26,5 %) hade hel sjukersättning och nio (5,0 %) var studenter. Fyra patienter var arbetslösa (2,2 %), tre arbetade hemma (1,7 %) och sex (3,3 %) tillhörde andra kategorier. I kontrollgruppen var motsvarande siffror 62,7 % (heltidsjobb), 7,9 % (arbetade deltid), 4,1 % (sjukersättning), 11,4 % (studenter), 6,9 % (arbetslösa), 6,5 % (jobbade hemma) och 0,6 % (andra kategorier). Under de föregående 12 månaderna före studien hade patienter med SLE varit sjukskrivna i genomsnitt 25,4 dagar (SD 43,3 dagar, intervall 0–365 dagar) kontra 10,2 dagar (SD 25,3 dagar, intervall 0–221 dagar) för kontrollgruppen ($p < 0,001$).

Vid en medelålder på 44,0 år och med ett medelvärde på 12,7 år efter klinisk diagnos SLE, hade 62 (34,3 %) av de 181 SLE-patienter beviljats sjukersättning. Av dessa 62 patienter, hade 47 (75,9 %) sjukersättning på heltid och 15 (24,1 %) hade sjukersättning på deltid.

Begränsningar med studien	Det finns en risk för att en sjukhusbaserad SLE-kohort, som i denna studie, skulle kunna överskatta effekten av SLE på utbildningsfrågor, sysselsättning och nedsatt arbetsförmåga jämfört med det allmänna befolkning.
Studie	Hoving JL, Lacaille D, Urquhart DM, Hannu TJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Non-pharmacological interventions for preventing job loss in workers with inflammatory arthritis. The Cochrane database of systematic reviews. 2014; (11):Cd010208.
Författare	Hoving, JL., et al
Publiceringsår	2014
Land	Nederländerna
Studiedesign	Systematisk litteraturreview
Syfte	Syftet var att undersöka deltagande i lönearbete och att kartlägga effekterna av insatser för att förebygga förlust av arbetsstillfällena inte bara anställningsbarhet (d.v.s. förekomst eller grad av nedsatt arbetsförmåga) men också sjukfrånvaro från lönearbete, arbetsförmåga och sjuknärvaro enligt per Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT) rekommendationer.
Studiepopulation	414 deltagare med SLE

Metod	<p>Inflammatoriska artrit (IA), inklusive dess vanligaste typer: reumatoid artrit (RA), psoriasisartrit (PsA), ankyloserande spondylit (AS) och odifferentierad spondyloartrit (SpA), innebär en ökad risk för nedsatt arbetsförmåga. Litteraturöversikten är främst inriktad på interventioner (ej interventioner som innehåller läkemedel) för ökat deltagande i arbetslivet för personer med IA.</p> <p>Populationen som inkluderades var vuxna i arbetsför ålder (18 till 65 år), varav minst hälften av alla arbetstagare (>50%) som hade diagnostiserats med IA, inklusive RA, AS, PsA eller SpA, eller IA associerad med bindvävssjukdomar såsom SLE. Kliniska prövningar genomföra med deltagare från sjukhusmiljöer, yrkesmiljöer, primärvårds- eller öppenvårdsmiljöer inkluderades.</p> <p>Litteratursökningen genomfördes i följande databaser och avslutades 30 April 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Cochrane Library (including Cochrane Central • Register of Controlled Trials, i.e. CENTRAL and the Database of Reviews of Effectiveness, i.e. DARE); • MEDLINE (PubMed); • EMBASE (Embase.com); • CINAHL (EbSCOhost); • ClinicalTrials.gov; • PsycINFO (ProQuest). <p>De identifierade kliniska prövningarna delades upp mellan två av författarna för en granskning av referenserna. För att avgöra om en studie skulle ingå lästes titel och abstrakt för alla identifierade träffar. Oberoende av varandra bedömdes om artikeln skulle ingå enligt de förutbestämda urvalskriterierna. Eventuella meningsskiljaktigheter löstes i ett konsensusmöte eller via e-post. Studiens validitet utvärderades med hjälp av Cochrane Collaboration's verktyg för att bedöma risken för bias.</p>
Utfallsmått	<p>Eftersom insatser bör syfta till att förhindra förlust av jobb, bedömdes följande resultat som viktiga:</p> <p>Arbetsförlust mätt som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antalet personer som blir arbetslösa i sjukdomens olika stadium efter diagnos, oavsett sjukersättning; eller • tiden tills jobbet förloras. <p>Sjukfrånvaro mätt som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • förlorad tid från arbetet (antal arbetsdagar eller timmar från jobbet på grund av sjukfrånvaro); eller • tid att återgå till arbetet; eller • andelen sjukskrivna arbetstagare vid ett visst tillfälle av uppföljningen. <p>Arbetsförmåga mättes med Rheumatoid Arthritis-Work Instability Scale (RA-WIS) efter sex månader. Skalan sträcker sig från 0 till 28 poäng, en högre poäng återspeglar större risk för nedsatt arbetsförmåga.</p>
Rapporterat resultat (urval)	<p>Litteratursökningarna genomfördes i april 2014. 5436 titlar identifierades. Detta antal reducerades till 4291 titlar och abstrakt efter borttagning av dubletter. Fem ytterligare studier identifierades genom ytterligare handsökningar. Av dessa 3553 studier, var det 55 studier som klarade screeningen av titel och abstrakt och valdes för ytterligare fulltextgranskning. Tre av</p>

dessa motsvarade uppsatta kriterier och inkluderades. Interventionerna som rapporterades i de tre inkluderade RCT syftade till att förebygga förlust av arbete och förbättra arbetsförmågan på flera sätt: först genom en systematisk bedömning av arbetskrav eller -anpassningar, eller båda; och för det andra genom att tillhandahålla flera personriktade insatser inklusive yrkesrådgivning, rådgivning eller utbildning. Långsiktig statistik visade en betydande minskning av antalet som förlorade arbetet i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen och representeras av en 12-månaders relativ risk på 0,32 (95 % CI 0,11 till 0,97) och en 24-månaders relativ risk på 0,35 (95 % CI 0,18 till 0,68). Detta motsvarar en absolut skillnad på -7,0 % (95 % KI 13,2 % till -0,6 %) efter 12 månader och -16,0 % (95 % KI -25,4 % till -6,6 %) absolut skillnad vid 24 månader. Antalet "needed-to-treat" var 14,4 vid 12 månader och 6,2 vid 24 månader till förmån för interventionen *förebyggande av arbetsförlust*. Fastän omfattningen av dessa effekter är ganska stor, har den endast rapporterats i en RCT (Allaire 2003). Däremot rapporterade de Buck 2005 ingen skillnad i förlorade jobb i förmån för någon grupp, varken vid 12 månader eller 24 månader.

Macedo 2009 rapporterade sjukfrånvaro endast efter sex månader. Resultaten visade en minskning med 2,4 sjukdagar i experimentgruppen (MD -2,42, 95 % CI -5,03 till 0,19) jämfört med kontrollgruppen, uppmätt under den senaste månaden. I samma studie rapporterades att vid sex månader var den genomsnittliga skillnaden i arbetsförmåga mellan kontrollgruppen och experimentgruppen -4,67 poäng (-8,43 till -0,91), till experimentgruppens fördel.

Begränsningar med studien	Även om denna Cochrane Review belyser att fler högkvalitativa försök krävs, tyder resultaten på att strategier för att förebygga förlust av jobb har potential för att vara effektiva, men det är dock oklart vilka mekanismer i interventionerna som är effektiva, eller vilka komponenter av dessa mångfacetterade insatser påverkar effekten.
Studie	Jetha A, Badley E, Beaton D, Fortin PR, Shiff NJ, Gignac MAM. Unpacking Early Work Experiences of Young Adults With Rheumatic Disease: An Examination of Absenteeism, Job Disruptions, and Productivity Loss. <i>Arthritis care & research</i> . 2015; 67(9):1246-54.
Författare	Jetha, A., et al
Publiceringsår	2015
Land	Canada
Studiedesign	Enkätstudie
Syfte	För att få en bättre förståelse för upplevelser i samband med arbetslivet hos unga vuxna med SLE och JA undersöker denna studie: sjukfrånvaro, arbetsstörningar och upplevd förlust av arbetsförmåga och hur de är associerade till hälsfaktorer, psykosociala uppfattningar, och egenskaper i arbetsmiljön.
Studiepopulation	143 deltagare (79% kvinnor)
Metod	Ett hundrafyrtiotre unga vuxna med SLE och JA rekryterades genom pediatrika reumatologiska kliniker i 4 kanadensiska provinser. Potentiella deltagare var antingen inbjudna att delta i studien av klinisköterskor eller läkare som lämnat skriftlig information om studien, eller så skickades postade inbjudningar med hjälp av patientregister. Deltagarna skulle vara mellan 18 och 30 år vid tidpunkten för studien, och vara diagnostiserade av läkare. Deltagarna fick detaljerad information om studien och övriga instruktioner. Via en länk fyllde respon-

denterna i en online-enkät som tog cirka 30 minuter. Demografiska uppgifter såsom ålder, kön, utbildning, civilstånd och levnadsarrangemang samlades in.

Uffallsmått

Symtomens svårighetsgrad omfattade allmänsymtom och sjukdomens varaktighet, samt en bedömning av smärta, trötthet och sjukdomsaktivitet som mättes med Visuell Analog Skala (VAS) (där 05 motsvarade ingen smärta/trötthet/sjukdomsaktivitet och 105 motsvarade värsta möjliga smärta/trötthet/mest aktivitet).

Aktivitetsbegränsning mättes med hjälp av the 20-item Health Assessment Questionnaire Patient Reported Outcome Measurement Information System, som bedömer självrapporterad funktionell status och funktionshinder. Svaren på frågorna summerades för att skapa en poäng av 100.

Upplevd självständighet. Utifrån tidigare studier, skapades 7 påståenden för att mäta upplevt oberoende (t.ex. "Jag är begränsad i mina val på grund av attityder från andra") (15 håller inte med, 55 håller helt med) som gav en medelpoäng.

Socialt stöd mättes med the short form Lubben Social Network Scale som är ett validerat mått som bedömer en individs sociala kontakter och uppfattningar om stöd med hjälp genom 8 påståenden (t.ex. "Hur många släktingar ser eller hör du från minst en gång per månad?"). Påståendena poängsattes på en 5-gradig skala (0=inga släktingar, 5= \geq 9 släktingar) och summerade.

Anställningsstatus angavs utifrån olika kategorier såsom heltid, deltid, korttidsledighet, studerande, arbetslös (= söker arbete), inte anställd (= söker inte arbete) och inte arbetar av andra skäl (= deltar i hemma- eller volontärarbete).

Arbetets egenskaper. Yrket bedömdes och delades in i fyra jobbsektorer: företag/administration; hälsa/vetenskap/undervisning; försäljning/tjänster och handel/tillverkning/transport. Data samlades också in om arbetade timmar/vecka, anställningstid och i vilken utsträckning jobbet under de senaste 6 månaderna hade krävt fysisk aktivitet (1= inte alls, 5= en hel del).

Karriärtillfredsställelse mättes med the 5-item Career Satisfaction Scale som mäter subjektiv uppfattning om framgång i karriären generellt, inklusive måluppfyllelse, inkomst och kompetensutveckling (1= inte alls nöjd, 5= extremt nöjd).

Upplevd sannolikhet att förbli sysselsatt och upplevd jobbkontroll mättes med en enskild fråga om hur sannolikt det var att deltagarna skulle förbli sysselsatta under nästa år (1=mycket osannolikt, 5=mycket troligt). Ytterligare en enskild fråga ställdes "Under de senaste 6 månaderna, i vilken utsträckning har du haft kontroll över dina arbetsuppgifter?" (1=mycket lite, 5=mycket).

Frånvaro och arbetsstörningar deltagarna ombads att komma ihåg antalet arbetsdagar som de missat under de senaste 6 månaderna på grund av SLE eller JA. Tio frågor ställdes om jobbstörningar under de senaste 6 månaderna i samband med arbetet (t.ex. anländer sent/går tidigt, missar möten, kan inte arbeta enligt önskat schema/skift) (1=ja, 0=nej).

Rapporterat resultat (urval)

De flesta deltagare (79%) var kvinnor och medelåldern var 23.3±3,6 år. De flesta rapporterade relativt låga nivåer av trötthet, smärta, sjukdomsaktivitet och få aktivitetsbegränsningar. Deltagarna rapporterade måttlig upplevd självständighet och socialt stöd. Nästan 60 % av de tillfrågade (59,5 %) var anställda. Bland de som arbetade var mer än hälften anställda på heltid. De flesta arbetade inom försäljning/service sektor (36,4%).

Deltagarna rapporterade måttliga fysiska krav, karriärstillfredsställelse och jobbkontroll, samt en hög upplevd sannolikhet att förbli sysselsatt. Mer än 40 % av urvalet rapporterade att de varit frånvarande från arbetet minst 1 dag under de senaste 6 månader på grund av sin hälsa. Antalet dagar med sjukfrånvaro var i medel 6.4±7,8 dagar (intervall 1–35 dagar). De flesta deltagarna rapporterade minst en jobbstörning. Mer än 1/3 av de tillfrågade angav att det vanligaste avbrottet i arbetet, var behovet att avbryta arbetsdagen ca 20 minuter på grund av hälsoskäl. Andra vanliga arbetsstörningar var att vara oförmögen att arbeta efter ett önskat schema, eller att inte kunna ta på sig extra projekt.

Ingen av de demografiska variablerna, med undantag för ålder, hade signifikant samband med något av arbetsresultaten. Analysen visade att högre jobbkontroll (P<0,05), större påverkan av hälsotillståndet (P<0,05), och mindre socialt stöd (P<0,05) hade signifikant samband med sjukfrånvaro. Större sjukdomsaktivitet (P<0,05) hade signifikant samband med större sannolikhet för arbetsavbrott. Mindre trötthet och större jobbkontroll hade samband med en lägre sannolikhet för upplevd produktivitetstförlust (P<0,05).

Begränsningar med studien

Begränsningar med studien var bland annat att undersökningsgruppen bestod i första hand av välskötta unga vuxna mestadels rekryterade från patientregister och specialmottagningar. I vidare forskning bör studiepopulationen rekryteras från normalbefolkningen som får varierande sjukvård. De mått som valts ut var hämtade från litteratur som redovisade forskning om vuxnas erfarenheter av sysselsättning, men som ev inte är tillämpbara på unga vuxna.

Studie	Mok CC, Cheung MY, Ho LY, Yu KL, To CH. Risk and predictors of work disability in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. <i>Lupus</i> . 2008; 17(12):1103-7.
Författare	Mok, CC., et al
Publiceringsår	2008
Land	Kina
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	Syftet var att genomföra en tvärsnittsstudie om förekomsten av nedsatt arbetsförmåga i ett urval av på varandra följande patienter med SLE. Förutom att undersöka den kumulativa förekomsten av förlust av arbetsförmåga som följd av SLE utvärderades också de prediktiva faktorerna.
Studiepopulation	105 patienter med SLE
Metod	På varandra följande patienter som uppfyllt minst fyra av the American College of Rheumatology kriterier för klassificering av SLE. Patienter på Lupuskliniken vid the Department of Medicine, Tuen Mun Hospital, Hongkong inbjöds att delta i enkätstudien. Demografiska och socioekonomiska data (ålder, kön, civilstånd, utbildningsår och inkomst), anställningsstatus och självrapporterad trötthet poäng erhöles från de ifyllda frågeformulären. Deltagarna kontaktades per telefon för ev saknad

information i de returnerade frågeformulären. Sjukdomsegen-skaper (SLE-varaktighet, organskada och sjukdomsaktivitets-poäng) hämtades från en longitudinell SLE-kohortdatabas.

Nedsatt arbetsförmåga definierades av oförmågan att arbeta direkt och indirekt på grund av SLE sjukdomsaktivitet och relaterade komplikationer. I frågeformuläret ingick självrapporterade skäl för förlust av arbete. Övrig information som erhöles från frågeformuläret inkluderade daglig arbetstid och antal dagars sjukfrånvaro/månad vid olika tidpunkter före och efter diagnosen SLE.

Utfallsmått

Fatigue mättes med the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue (FACIT-F) scale. Ett validerat frågeformulär med 13 påståenden som bedömer graden av fatigue hos patienter med kroniska medicinska sjukdomar som exempelvis reumatoid artrit. Varje fråga får poäng från 0 till 4, och maximal poäng är 52. En högre poäng indikerar mer allvarig fatigue.

Organskador bedömdes med hjälp av the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage Index (SDI), ett validerat instrument bestående av 41 frågor som mäter irreversibla organskador orelaterade till aktiv inflammation i 12 organsystem.

Sjukdomsaktivitet bedömdes med hjälp av SELENA (Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment)-SLE Disease Activity Index (SLEDAI), ett validerat instrument som används tidigare i SELENA-studien (klinisk prövning).

Rapporterat resultat (urval)

Totalt 147 på varandra följande patienter med SLE studerades. Medelåldern var $39,4 \pm 11,3$ år, och 95 % av dem var kvinnor. Den genomsnittliga varaktigheten av SLE var $9,4 \pm 5,5$ år. Totalt 42 patienter var inte anställda (35 hemmafruar, 5 studenter och 2 pensionärer) vid tiden för diagnos. Femtioen (49%) patienter hade organskada (SDI-poäng ≥ 1) och median-SDI poängen var 0 (interkvartilintervall, 0–1). Det vanligaste drabbade organskadorna var neuropsykiatriska (23 % av alla SDI-poäng), muskuloskeletala (22%) och gonadskador (12%). Fyrtionio (47%) patienter hade ett medelvärde för SELENA-SLEDAI ≥ 2 under de föregående 2 åren innan ifyllande av frågeformulär. Av de 105 patienterna arbetade 53 (50 %) antingen i manuellt arbete. Trettionio patienter (37 %) förlorade sin arbetsförmåga pga direkt eller indirekt följd av SLE efter $10,0 \pm 6,1$ år. Tjugotvå (56%) patienter förlorade sitt jobb inom 2 år efter diagnos. De självrapporterade skälen till att inte kunna arbeta var muskel- och skelettsmärta (87%), hudsjukdom (26%), njurproblem (21%), fatigue (85%), minnesförsämring (51%), ångest eller depression (74 %), frekvent sjukskrivning (10 %) och långtidsinläggning på sjukhus (10 %).

Innan diagnosen arbetade 75 patienter heltid, medan 30 patienter hade deltidarbete. Den genomsnittliga arbetstiden sjönk betydligt från 1 år före diagnosen till 5 år efter diagnos (från $6,84 \pm 4,26$ till $4,90 \pm 4,72$ timmar; $P = 0,001$). Av de patienter som fortsatte att arbeta efter diagnos ($n = 66$); arbetade 54 heltid och 12 deltid). Antalet sjukdagar (per månad/person) visade en obetydlig ökning från $1,02 \pm 1,74$ till $1,54 \pm 1,94$ dagar inom samma tidsram ($P = 0,08$). Den kumulativa förekomsten av nedsatt arbetsförmåga var 9 %, 21 %, 25 %, 31 % och 36 % vid 1, 2, 3, 4, 5 år, efter SLE-diagnos. Ålder (HR = 1,06 [1,02–1,11] per år; $P = 0,008$), fatigue (HR = 1,06 [1,01–1,10]; $P = 0,01$) och sjukdomsaktivitet (HR = 1,20 [1,02–1,42]; $P = 0,03$) var oberoende prediktorer för förlust av arbetsförmåga efter diagnosen SLE.

Begränsningar med studien	Patienter som bara kunde klara enklare arbetsuppgifter och kortare arbetstid kunde inte hitta sådana jobb på marknaden vilket leder till arbetslöshet. Detta kan ha orsakat en lätt över-skattning av förekomsten av nedsatt arbetsförmåga i vår studie.
Studie	Sigurdardottir V, Drivelegka P, Svärd A, Jacobsson LTH, Dehlin M. Work disability in gout: a population-based case-control study. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> . 2018; 77(3):399-404.
Författare	Sigurdardottir, V., et al
Publiceringsår	2018
Land	Sverige
Studiedesign	Kohort-studie
Syfte	Syftet var (1) att beskriva skillnad i omfattning och kostnader för frånvaro pga sjukskrivning och sjukersättning mellan patienter med gikt och befolkningskontroller och (2) att fastställa socioekonomiska och sjukdomsrelaterade prediktorer för sjukfrånvaro.
Studiepopulation	
Metod	<p>En populationsbaserad kohortstudie av patienter med gikt som var i arbetsför ålder (≤ 62 år) vid tidpunkten för deras första registrerade diagnos och åldersmatchade och könsmatchade kontroller utan gikt från den allmänna befolkningen. Västsvenska sjukvårdsregistret (VEGA) innehåller information om alla vårdkontakter vid slutenvård och öppenvård, bl.a kontaktdatum och huvud- och bidiagnoser givna av den behandlande läkaren enligt den svenska versionen av Internationell statistisk klassificering av sjukdomar (ICD). Den longitudinell integrationsdatabasen för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) administreras av SCB och håller årsregister på alla individer 16 år och äldre.</p> <p>VEGA användes för att identifiera patienter med gikt, att fastställa prevalens av fördefinierad samsjuklighet, samt att identifiera kontroller. Deltagare inkluderades om deras ålder vid identifiering var 30–62 år, för att möjliggöra en uppföljningstid på 3 år innan pensionsåldern uppnåtts 65 år. Uppgifter om sjukfrånvaro och sjukersättning hämtades från Försäkringskassans register, exklusive frånvaroperioder kortare än 14 dagar, samt uppgifter om utbildningsnivå, inkomst och yrke.</p>
Utfallsmått	<p>Samsjuklighet (såsom diabetes, kardiovaskulär sjukdom (CVD) (hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer/fladder, kongestiv hjärtsvikt, trombotisk stroke eller övergående ischemisk attack), psoriasis, njursjukdom, transplantation, fetma, hyperlipidemi och alkoholmissbruk) identifierades i VEGA.</p> <p>Frånvaro från arbete för patienter och kontroller samlades in från LISA-databasen under en period av tre kalenderår före identifieringsåret till tre kalenderår efter identifieringsåret, exklusive ≤ 14 dagar. Alla dagar med frånvaro från arbete inkluderades oavsett av ersättningsformen (sjukpenning eller sjukersättning).</p>
Rapporterat resultat (urval)	Totalt 4571 patienter, i åldern 30–62 år, som fick diagnosen gikt mellan 2003–2009 ingick i studien och matchades med 22 482 kontroller utan gikt. Män utgjorde 77 % av kohorten och medianåldern vid identifiering var 53 år. Kohorten som valts ut för prediktionsanalyserna bestod av 3 029 patienter och 11 556 kontroller. Den utvalda kohorten var något yngre, hade färre kvinnor och mindre samsjuklighet än kohorten som helhet.

Det genomsnittliga antalet dagar med frånvaro var betydligt högre för giktfall jämfört med de kontrollerna vid alla tidpunkter under 3-årsuppföljningen. Patienter med gikt var frånvarande från arbetet i genomsnitt 81 dagar per år (intervall: 80–82 dagar) medan kontrollerna var frånvarande i genomsnitt 52 dagar per år (intervall: 51–53 dagar). Totalt var patienter med gikt frånvarande under 22 % av uppföljningsperioden medan kontrollerna hade 14 % frånvaro.

Totalt hade patienterna (n=3029) med gikt och de matchade kontrollerna (n=11 556) inga dagar med frånvaro året före diagnosen. Av dessa hade 230 (7,6 %) av giktfallen och 487 (4,2 %) av kontrollerna >90 dagar med frånvaro under året efter identifieringen. Analysen visade att de starkaste prediktorena för nystartad frånvaro från arbete var socioekonomiska; utbildningsnivå ≤12 år (OR 1,38; 95 % CI 1,10 till 1,74), arbetslöshet (OR 4,17; 95 % CI 3,35 till 5,18) och historia av sjukfrånvaro (OR 2,11; 95 % CI 1,71 till 2,62). Dessutom kunde en diagnostiserad gikt (OR 1,45; 95 % CI 1,21 till 1,74) och samsjuklighet (njursjukdom, hjärt-kärlsjukdom, alkoholmissbruk, fetma) predicera nystartad frånvaro från arbetet, vilket var signifikant.

Begränsningar med studien	Begränsningar med studien var bland annat att urvalet kan ha bestått av mer allvarliga eller avancerade fall av gikt, eftersom patienter med milda eller tidiga fall inte söker vård för sitt tillstånd. Sjukfrånvaro kortare än 14 dagar kunde inte beaktas, och på grund av giktens episodiska natur kan detta inneburi att effekten av att ha en giktdiagnos underskattats. En felklassificering av bidiagnoser kan vara ett problem, exempelvis har kovariater i denna studie inte validerats, såsom fetma och alkoholmissbruk.
Studie	Utset TO, Baskaran A, Segal BM, Trupin L, Ogale S, Herberich E, et al. Work disability, lost productivity and associated risk factors in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus. <i>Lupus science & medicine</i> . 2015; 2(1):e000058.
Författare	Utset, TO., et al
Publiceringsår	2015
Land	USA
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	Syftet var att, i en tvärsnittsstudie, testa funktionaliteten hos ett nytt utvecklat frågeformulär om sjuknärvaro, sjukfrånvaro och nedsatt arbetsförmåga hos patienter med SLE. Samtidigt mättes vanliga bidragande faktorer till nedsatt arbetsförmåga, inklusive psykosociala åtgärder, demografiska data, samsjuklighet, arbetstyp och sjukdomsspecifika faktorer, för att bedöma bestämningsfaktorer för arbetsförmåga.
Studiepopulation	344 patienter och 321 kontroller
Metod	Sex stora reumatologkliniker rekryterade patienter med SLE för denna studie. Konsekutiva patienter som uppfyllde American College of Rheumatology (ACR) kriterier för klassificering av SLE erbjöds att delta i studien. Totalt antal deltagare var 344. Patienterna rekryterade matchade kontroller (två bästa vänner) utan SLE. Patienterna instruerades att rekrytera två kontroller av samma kön, ungefär samma ålder (±5 år), och som inte bodde i samma hushåll som patienten. Det slutliga antalet kontroller var 321. Patienter med SLE fick två frågeformulär i stämplade, föradresserade kuvert som skulle ges till två vänner. Vännerna skulle vara anonyma eftersom vi inte kunde få informerat samtycke från dem.

Data samlades in mellan 1 oktober 2009 och 31 juli 2010 via självadministrerade pappersenkäter. Patienten med SLE fick en 12-sidig enkät, två kontrollundersökningar, ett brev som förklarar studien och svarskuvert. När patienterna lämnat skriftligt informerat samtycke, kompletterade behandlande läkare patientens medicinska sjukdomshistoria. Demografiska data (ålder, kön, utbildning, inkomst, ras/etnicitet, civilstånd och försäkringsskydd) samlades in. Patienterna ombads att fylla i undersökningen inom 2 veckor.

Uffallsmått

Frågeformuläret var en sammanslagning av tidigare validerade frågeformulär:

Organskador bedömdes med hjälp av the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage Index (SDI), ett validerat instrument bestående av 41 frågor som mäter irreversibla organskador orelaterade till aktiv inflammation i 12 organsystem.

Fatigue mättes med the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue (FACIT-F) scale. Ett validerat frågeformulär med 13 påståenden som bedömer graden av fatigue hos patienter med kroniska medicinska sjukdomar som exempelvis reumatoid artrit. Varje fråga får poäng från 0 till 4, och maximal poäng är 52. En högre poäng indikerar mer allvarig fatigue.

Samsjuklighet bedömdes med the Sangha Comorbidity Index som innehåller 30 olika sjukdomstillstånd som är vanliga vid samsjuklighet.

Arbetsförmåga, sjukfrånvaro och sjuknärvaro mättes med hjälp av WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), samt förlorad aktivitetsförmåga utanför arbetsplatsen med hjälp av modifierade frågor från HPQ.

Depression bedömdes med hjälp av the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Short Form (CES-D). CES-D är en skala som mäter depression där en poäng på 10 eller högre tyder på depression. Patienterna delades in i grupper med poäng under 5, 5–10, 11–15, 16–20 eller över 20.

Kognitiv funktionsnedsättning mättes med hjälp av the Brief Cognitive Symptoms Index (BCSI) som härleddes från the Cognitive Symptom Inventory. BCSI-poängen varierar från 0 till 100, där en högre poäng indikerar sämre funktion eller större funktionsnedsättning. BCSI-poäng kodus som 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100.

Smärta mäts med enstaka frågor från the Brief Pain Inventory: "Vilken siffra beskriver bäst din smärta i genomsnitt de senaste 4 veckorna (28 dagar)?" Svaren varierar från 0 (= ingen smärta) till 10 (=värsta tänkbara smärta).

Hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) inklusive både fysisk och psykisk hälsostatus mättes med hjälp av the Medical Outcomes Survey Short Form 12 (SF-12v2). SF-12v2 innehåller flera underskalor, som mäter olika aspekter av HRQoL inklusive fysiska, mentala, sociala och emotionell hälsa, vitalitet och generell hälsa. Varje underskala, har en poäng som varierar från 0 till 100, där en högre poäng indikerar bättre funktion.

...samt ytterligare 5 frågeformulär

Rapporterat resultat (urval)

Totalt 496 patienter med SLE samtyckte att delta i studien, 344 fyllde i frågeformuläret (69 % svarsfrekvens) och 322 kontroller returnerade frågeformuläret. Patienterna med SLE uppfyllde i genomsnitt 6 av ACR-kriterierna. Medianen för sjukdomens

varaktighet var 9 år (intervall 1–51), och medianen för organiska skada var 1 (intervall 0–13). I genomsnitt hade patienterna totalt 4,2 samsjukligheter jämfört med 1,5 hos kontrollerna ($p < 0,01$). HRQoL hos kontrollgruppen motsvarade normalbefolkningen, medan resultatet för alla subskalor var sämre i SLE-gruppen. Smärta, fatigue, depressiva symtom och kognitiv funktion var sämre hos patienterna jämfört med kontrollerna. Det var signifikant mindre sannolikt att patienter med SLE arbetade heltid jämfört med kontrollerna (24 % vs 50 %, $p < 0,05$). Den vanligaste arbetsstatusen för patienterna var nedsatt arbetsförmåga (31 % bland SLE vs 4 % hos kontrollerna, $p < 0,05$). Patienter med SLE tillskriver sin arbetsstatus till hälsoproblem (88 % jämfört med 15 % hos kontrollerna, $p < 0,05$).

Sjuknärvaron under de senaste 4 veckorna var högre i SLE-gruppen (77 % jämfört med 85 % i kontrollgruppen, $p < 0,05$). Genomsnittlig sjukfrånvaro veckan innan var 2,7 timmar i SLE-gruppen, medan kontrollerna arbetade extra 4,7 timmar övertid, ($p = 0,17$). Självrapporterade symtom som kan påverka produktiviteten var konsekvent värre i SLE-populationen med nedsatt arbetsförmåga, i jämförelse med anställda patienter med SLE. Den genomsnittliga smärtan ($p < 0,01$), fatigue ($p < 0,01$), nedsatt kognitiv funktion ($p < 0,01$) och depressiva symtom ($p < 0,01$) var sämre hos patienter med SLE med nedsatt arbetsförmåga. Individuell samsjuklighet som var signifikant i SLE-gruppen inkluderade osteoporos ($p = 0,02$), depression ($p = 0,025$) och sköldkörtelsjukdom ($p = 0,05$).

Begränsningar med studien	Begränsningarna i studien inkluderar designen, tvärsnittsstudie, vilket utesluter longitudinell analys och bristen på validering av reliabiliteten vid upprepning hos enskilda patienter. Ett förbättringsområde i nästa version av frågeformuläret kommer att finnas i kategoriseringen av sysselsättning genom att inkludera "arbetsoförmögna" och "arbetar inte" som nya kategorier.
Studie	Yelin E, Tonner C, Trupin L, Gansky SA, Julian L, Katz P, et al. Longitudinal study of the impact of incident organ manifestations and increased disease activity on work loss among persons with systemic lupus erythematosus. <i>Arthritis care & research.</i> 2012; 64(2):169-75.
Författare	Yelin, E., et al
Publiceringsår	2012
Land	USA
Studiedesign	Kohortstudie
Syfte	Baserat på fynd från en tidigare prospektiv analys som visar betydelsen av SLE-status på arbetsresultat i relation till arbetsförhållanden, inklusive fysiska krav i arbetet, är vår hypotes att bland anställda, skulle riskerna för att förlora jobb vara högre bland dem som drabbas av en incident SLE-relaterad manifestation eller en ökning i sjukdomsaktivitet. Undersökningen av effekterna av förändringar i deltagarnas hälsa under studien kan hjälpa till att identifiera riskfaktorer som är viktiga att mäta upprepade gånger under uppföljningen.
Studiepopulation	483 patienter med SLE
Metod	Studien använde Lupus Outcomes Study (LOS) en longitudinell kohort som inkluderade 1 204 personer med SLE. Den huvudsakliga datainsamlingen är en årlig strukturerad telefonintervju som samlar in demografiska och socioekonomiska data, status för SLE (inklusive Systemic Lupus Erythematosus Activity Questionnaire [SLAQ], ett validerat mått på aktivitet), specifika manifestationer, generell hälsa och funktionell status, mediciner,

en komplett inventering av sjukhusbesök under de 12 månaderna före intervjun, typ och omfattning av sjukförsäkringen, och anställningsstatus. För den aktuella analysen exkluderas deltagare som inte arbetade vid baslinjemätningen ($n=658$, 54,7 %), de som var 65 år ($n=16$, 1,3 %), de med endast 1 LOS-intervju på grund av dödsfall, eller bortfall vid uppföljningen ($n=43$, 3,6 %) och de med saknade data om någon variabel som använts i analysen ($n=4$, 0,3%), vilket gav totalt 483 deltagare.

Uffallsmått

Trombotiska manifestationer inkluderade djup ventrombos, pulmonell emboli, stroke, hjärtinfarkt, retinal ven trombos, andra blodproppar eller missfall i andra eller tredje trimestern, enligt tidigare definierade kriterier. Patienterna klassificerades ha en incident av trombotisk manifestation om de rapporterade någon av ovanstående händelser sedan den tidigare intervjun. Det fanns inte tillgång till fullständiga journaler för att validera alla självrapporterade trombotiska händelser. Bland de 55 deltagarna, hade alla utom 6 rapporterat exakt den trombotiska händelsen som hittades i journalen, vilket ger en förbättrad känslighet på 89 %.

Neuropsykiatriska manifestationer definierades som en ny incident av kliniskt betydande symtom på depression, kognitiv dysfunktion, eller anfall. Vi använde en skärpunkt på 24 på the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), som har fastställts som en lämplig indikator för denna population. Deltagarna klassificerades som att ha en incident neuropsykiatrisk manifestation om de hade ett eller flera av följande: försämrad depression definierad som en CES-D-poäng på ≥ 24 , ingen kognitiv dysfunktion i tidigare intervjuer men närvaro av kognitiv dysfunktion i aktuell intervju eller rapport om ett anfall året innan den aktuella intervjun.

Muskuloskeletal manifestationer definierades som rapporterad svår muskelsmärta, muskelsvaghet, smärta eller stelhet i leder, eller svullnad som inletts under de tre månaderna före intervjun (härrör från SLAQ). Deltagarna klassades ha en incident muskuloskeletal manifestation i en intervju om de hade rapporterat "inga" eller "måttliga" symtom från de 4 muskuloskeletal tillstånden i den föregående intervju och rapporterade "svåra" symtom i åtminstone ett av villkoren i den aktuella intervjun.

Njurmanifestationer definierades genom rapporten om att ha en njurbiopsi eller börjat dialys sedan föregående intervju. Bland patienterna som var sysselsatta och under 65 år vid baslinjen, uppfyllde 106 (22%) detta kriterium innan studien påbörjades. Det var bara 30 deltagare som hade en incident njurmanifestation enligt definitionen här sedan grundintervjuåret.

Sjukdomsaktivitet mättes med frågeformuläret the Systemic lupus activity questionnaire (SLAQ) innehållande 24 frågor där respondenterna kan skatta diagnosspecifika symtom de senaste 3 månaderna. En ökning av sjukdomsaktivitet definierades som en ökning med 0,5 SD av den genomsnittliga SLAQ-poängen.

Sysselsättningsåtgärder samlades in från the Current Population Survey (CPS), källan till den månatliga anställningsstatistiken i USA. I CPS definieras anställd om de uppger att de är anställda, tillfällig ledighet men med jobb, eller arbetat för lön veckan före intervjun. Ytterligare sysselsättningsåtgärder omfattade anställningstid (antal år på nuvarande jobb) och typ av bransch.

Hälsotillstånd och sociodemografi tillägg till de specifika SLE-manifestationer som beskrivs ovan inkluderades hälsotillståndsmått såsom sjukdomens varaktighet (år sedan diagnos), ett

<p>Rapporterat resultat (urval)</p>	<p>mått på allmän hälsa (varierande från utmärkt till dålig), och en global bedömning av sjukdomsaktivitet (på en 10-gradig skala). Sociodemografiska variabler inkluderade ålder (kategoriserade som 18–34 år, 35–54 år och 55–64 år), kön, utbildning (kategoriserad som gymnasieexamen eller mindre, någon högskola, och studentexamen eller högre).</p> <p>Följande egenskaper som fanns hos de 483 personer med SLE som arbetade det år de skrev in sig på LOS. En majoritet var i åldrarna 35–55 år och 91 % var kvinnor. Nästan 90 % av anställda hade gått på college. Trots det bodde nästan 1 av 5 i ett hushåll vars inkomst var 125 % eller lägre än den federala fattigdomsnivån. Självrapporterad sjukdomsaktivitet vid baslinjen var 3,5 (på en skala 0–10), den genomsnittliga sjukdomsdurationen var 10,8 år (intervall 0–46 år), och drygt en fjärdedel av de tillfrågade rapporterade någorlunda eller dåligt hälsotillstånd.</p> <p>Från och med baslinjeintervjun i LOS hade patienter som arbetade haft jobb i genomsnitt 6,6 år (intervall 0–43 år). Fyrtio två procent hade jobb inom staten, 17 % arbetade inom yrkes- eller mediasektorn, och en liknande andel arbetade inom detaljhandel, partihandel eller finansbolag. Vid uppföljningen hade 160 svarande (33 %) lämnat arbetet vilket inträffade i genomsnitt 29 månader (intervall 5–75 månader) efter baslinjeintervjun. Genomsnittlig \pmSD uppföljningstid för hela studieurvalet var 46\pm27 månader (intervall 5–87 månader). Trombotiska insidenter rapporterades av 59 (12 %) av de anställda; 170 deltagare (35%) upplevde incidenter i rörelseorganen och 179 deltagare (37 %) uppfyllde kriterier för incidenter med neuropsykiatriska symtom. Totalt 34% hade 1 typ av manifestation, medan 24% hade 2 eller 3. För patienter med trombotiska händelser eller ökad sjukdomsaktivitet, fanns en markant nedgång i sysselsättning under de första 12 månaderna. Dessa två grupper fortsatte att ha en kraftig nedgång i sysselsättningen i minst 4 år, slutligen hade endast 40% anställning. Vid studiens slut, var endast ungefär hälften av individer med incidenter av neuropsykiatriska eller muskuloskeletal manifestationer fortfarande anställda. Risken för arbetsbortfall ökar med ett större antal manifestationer. För studiepopulationen som helhet, var det 66 % som förblev anställda under hela studieperioden.</p>
<p>Begränsningar med studien</p>	<p>Bland begränsningar med studien kan den verkliga förekomsten av neuropsykiatriska manifestationer ha underskattats, exempelvis kategoriserade stroke som en trombotisk snarare än en neuropsykiatrisk händelse. Endast de vanligaste neuropsykiatriska händelserna ingick, det fanns inte tillräckliga bedömningar av centrala nervsystemet och perifera nervsystemet som har samband med SLE. Trösklarna för depression och kognitiv dysfunktion var mycket konservativa, men även mild kognitiv funktionsnedsättning kan orsaka effekter på sysselsättningen. I allmänhet har mildare nivåer av depression varit omöjliga att särskilja från allvarlig depression i förutsägelsen av vissa resultat. Allt detta kan ha lett till en underskattning av vilken effekt neuropsykiatriska manifestationer kan ha på sysselsättning. Trots det stora urvalet var allvarliga njurhändelser för få för att möjliggöra en tillförlitlig uppskattning av njurmanifestationer vid uppföljningen.</p>

Frågeställning 2: funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar vid sjukdomar i rörelseorganen

För denna frågeställning genomfördes ingen litteratursökning eftersom det finns framtagna ICF Core Sets för ingående diagnoser (se tabell 1 – 4). Dessa utgjorde – tillsammans med den befintliga informationen i FMB och erfarenhetsbaserad kunskap genom sakkunniga som deltagit – underlag för vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som förekommer i samband med aktuella diagnoser.

Tabell 6. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för skador på nedre extremiteten/knä/fotbesvär

Akillestendinopati M76.6

Akillesruptur, gastrocnemius-skada S86.0, S86.1

Vissa fotbesvär M20.1, M20.2, M20.4, M72.2, G57.6

Skador på nedre extremiteten (frakturer, luxationer, distorsioner, sårskador) S30, S70, S80, S90, S73, S83, S93, S32, S72, S82, S92

Vissa knäledsskador S83.2, S83.5, S83.6, M23.2

ICF-kod	Akilleseneruptur, Gastrocnemius-skada (S86.0, S86.1)
Funktionsnedsättning	
b134	Sömnfunktioner
b260	Proprioceptiv funktion
b265	Beröringsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b28015	Smärta i nedre extremitet
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b715	Ledstabilitetsfunktioner
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b7603	Stödfunktioner i arm eller ben
b770	Gångmönster
b780	Förmimelser vad avser muskler och rörelsefunktioner (ex krampkänsla)
Aktivitetsbegränsning	
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d445	Att flytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nerför trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d4550	Att krypa

d4551	Att klättra
d4552	Att springa
d4553	Att hoppa
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d475	Att vara förare

ICF-kod	Akillesnesmärtor (M71.5, M76.6, M77.5, M92.8)
Funktionsnedsättning	
b134	Sömnfunktioner
b280	Smärtförminnelse
b28015	Smärta i nedre extremitet
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b770	Gångmönster
Aktivitetsbegränsning	
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4154	Att bibehålla stående ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d450	Att gå
d4501	Att gå längre sträckor
d451	Att gå i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt (ex klättra på stegar)
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare

ICF-kod	Vissa knäledsskador och knäledsbesvär (S83.2, S83.5, S83.6, M23.2)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b280	Smärtförminnelse
b28015	Smärta i nedre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b715	Ledstabilitetsfunktioner
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b755	Funktioner för icke viljemässiga rörelsereaktioner
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
b7602	Funktioner för koordination av viljemässiga rörelser
b7603	Stödfunktioner i arm eller ben
b770	Gångmönster
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning

d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4151	Att bibehålla huksittande ställning
d4152	Att bibehålla knästående ställning
d4154	Att bibehålla stående ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d445	Att förflytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d4550	Att krypa
d4551	Att klättra
d4552	Att springa
d4553	Att hoppa
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare

Tabell 7. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för skuldror/axel/nacke

Skulder- och axelledsbesvär M75.4, M75.3, M75.0, M75.1, M65.9B

Skada på övre extremiteten (sårskada, luxation, distorsion och fraktur) S40, S50, S60, S53, S63, S43.4, S42, S52, S62, S43.0

ICF-kod	Skulder- och axelledsbesvär (M75.0, M75.1, M75.3, M75.4, M65.9)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b1300	Funktioner för energinivå
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b720	Funktioner för rörlighet mellan skelettdelar
b7200	Funktioner för skulderbladets rörlighet
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d475	Att vara förare
d510	Att tvätta sig

d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d570	Att sköta sin egen hälsa

ICF-kod	Adhesiv kapsulit i skulderled (frusen skuldra) (M75.0)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och drifffunktioner
b1300	Funktioner för energinivå
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b720	Funktioner för rörlighet mellan skelettdelar
b7200	Funktioner för skulderbladets rörlighet
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d475	Att vara förare
d510	Att tvätta sig
d540	Att klä sig

Tabell 8. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för rygg

Akut lumbago M54.5

Cervikal rizopati, cervikalt diskbräck M50

Lumbago-ischias, diskbräck M54.4, M51

Abstracts nedre ryggraden (skador)

Frakturer och luxationer i ryggraden S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2, S33.0, S33.1, S33.2

ICF-kod	Akut lumbago (M54.5)
Funktionsnedsättning	
b126	Temperament och personlighetsfunktioner
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b152	Emotionella funktioner
b156	Perceptuella funktioner
b164	Högre kognitiva funktioner

b280	Smärtförmimelse
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b750	Motoriska reflexfunktioner
b770	Gångmönster
b780	Förmimelser vad avser muskel- och rörelsefunktioner
b7801	Muskelstelhet

Aktivitetsbegränsning

d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d435	Att förflytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig

ICF-kod	Cervikal rizopati, cervikalt diskbräck (M50)
Funktionsnedsättning	
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b144	Minnesfunktioner
b152	Emotionella funktioner
b156	Perceptuella funktioner
b160	Tankefunktioner
b164	Högre kognitiva funktioner
b260	Proprioceptiv funktion
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b2804	Förmimelse av utstrålande smärta i ett segment eller region
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b755	Funktioner för icke viljemässiga rörelsereaktioner

b770	Gångmönster
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d230	Att genomföra daglig rutin
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d450	Att gå
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig

ICF-kod	Lumbago ischias, diskbråck (M54.4, M51, M48, M43.1)
Funktionsnedsättning	
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b144	Minnesfunktioner
b152	Emotionella funktioner
b160	Tankefunktioner
b164	Högre kognitiva funktioner
b260	Proprioceptiv funktion
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmåelse
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b525	Avföringsfunktioner
b620	Urineringsfunktioner
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b750	Motoriska reflexfunktioner
b755	Funktioner för icke viljemässiga rörelsereaktioner
b770	Gångmönster
b780	Förmåelser vad avser muskel- och rörelsefunktioner
b7800	Muskelstelhet
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d230	Att genomföra daglig rutin
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav

d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d435	Att förflytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d510	Att tvätta sig

Tabell 9. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för arm/handled/hand

Vissa hand- och handledsbesvär M18, G56.2, M65.3, M65.4, M70.0, M72.0

Sårskada på hand, handled och underarm S51, S61

Karpaltunnelsyndrom G56.0

Epikondylalgi, epikondylit M77

Distal radiusfraktur S52.5

ICF-kod	Tumbasartros (M18)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och drifffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
Aktivitetsbegränsning	
d170	Att skriva
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov

d540	Att klä sig
d550	Att äta
d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

ICF-kod	Ulnariskompression (G56.2)
---------	----------------------------

Funktionsnedsättning

b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
b7602	Funktioner för koordination av viljemässiga rörelser

Aktivitetsbegränsning

d170	Att skriva
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d550	Att äta
d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

ICF-kod	Triggerfinger, Morbus de Quervain (M65.3, M65.4)
---------	--

Funktionsnedsättning

b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet

b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser

Aktivitetsbegränsning

d160	Att fokusera uppmärksamhet
d230	Att genomföra daglig rutin
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d435	Att förflytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d510	Att tvätta sig

ICF-kod	Dupuytrens kontraktur (M72.0)
----------------	--------------------------------------

Funktionsnedsättning

b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmåelse
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser

Aktivitetsbegränsning

d170	Att skriva
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d550	Att äta

d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

ICF-kod	Karpaltunnelsyndrom (G56.0)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
b7602	Koordination av viljemässiga rörelser
Aktivitetsbegränsning	
d170	Att skriva
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d550	Att äta
d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

ICF-kod	Epikondylit (M77)
Funktionsnedsättning	
b134	Sömnfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
Aktivitetsbegränsning	
d170	Att skriva
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål

d440	Att använda handens finmotorik
d4400	Att plocka
d4401	Att gripa
d4402	Att hantera eller manipulera
d4403	Att släppa
d445	Att använda hand och arm
d4450	Att dra
d4451	Att föra eller knuffa
d4452	Att räcka fram
d4453	Att vända eller vrida händer eller armar
d4454	Att kasta
d4455	Att fånga
d475	Att vara förare

ICF-kod	Distal radiusfraktur (S52.5)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b265	Beröringsfunktion
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck
b280	Smärtförmimelse
b28014	Smärta i övre extremitet
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b715	Ledstabilitetsfunktioner
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighet
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
b7602	Funktioner för koordination av viljemässiga rörelser
b780	Förmimelser vad avser muskler och rörelsefunktioner
b7800	Förmimelse av muskelstelhet
Aktivitetsbegränsning	
d170	Att skriva
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d510	Att tvätta sig
d530	Att sköta toalettbehov
d540	Att klä sig
d550	Att äta
d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

Tabell 10. Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för reumatiska sjukdomar

Reaktiv artrit M02, M03

Systemisk lupus erythematosus (SLE) M32

Gikt M10

ICF-kod	Reaktiv artrit - M02, M03
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b770	Gångmönster
b780	Förmimelser vad avser muskel- och rörelsefunktioner
b7800	Förmimelse av muskelstelhet
Aktivitetsbegränsning	
d170	Att skriva
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d4103	Att sitta
d4104	Att stå
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4153	Att bibehålla sittande ställning
d4154	Att bibehålla stående ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d445	Att använda hand och arm
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d4550	Att krypa
d4551	Att klattra
d4552	Att springa
d4553	Att hoppa
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare
d510	Att tvätta sig
d530	Att klä sig
d630	Att utföra hushållsarbete
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

ICF-kod	Systemisk lupus erythematosus (SLE) (M32)
Funktionsnedsättning	
b126	Temperament och personlighetsfunktioner
b130	Energi och drifffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b144	Minnesfunktioner
b152	Emotionella funktioner
b156	Perceptuella funktioner
b160	Tankefunktioner
b164	Högre kognitiva funktioner
b210	Synfunktioner
b230	Hörsel­funktioner
b255	Luktfunktioner
b265	Beröringsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b410	Hjärtfunktioner
b430	Blodbildningsfunktioner
b440	Andningsfunktioner
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b545	Funktioner för vatten-, mineral- och elektrolytbalans
b610	Urinutsöndringsfunktioner
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b730	Muskelkraftsfunktioner
b770	Gångmönster
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d175	Att lösa problem
d177	Att fatta beslut
d210	Att företa en enstaka uppgift
d220	Att företa mångfaldiga uppgifter
d230	Att genomföra daglig rutin
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d310	Att kommunicera genom att ta emot talade meddelande
d325	Att kommunicera genom att ta emot skrivna meddelanden
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4153	Att bibehålla sittande ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt

d4550	Att krypa
d4551	Att klättra
d4552	Att springa
d4553	Att hoppa
d470	Att använda transportmedel
d720	Att engagera sig i sammansatta mellanmännsliga interaktioner

ICF-kod	Gikt (M10)
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och driffunktioner
b134	Sömnfunktioner
b140	Uppmärksamhetsfunktioner
b280	Smärtförmimelse
b420	Blodtrycksfunktioner
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b530	Viktuppehållande funktioner
b545	Funktioner för vatten-, mineral- och elektrolytbalans
b710	Funktioner för rörlighet i leder
b770	Gångmönster
b820	Hudens läkande funktioner
Aktivitetsbegränsning	
d160	Att fokusera uppmärksamhet
d170	Att skriva
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4154	Att bibehålla stående ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d440	Att använda handens finmotorik
d4401	Att gripa
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning
d510	Att tvätta sig
d630	Att bereda måltider
d640	Att utföra hushållsarbete
d650	Att sköta hemmets föremål

Bilaga 3. Dokumentation av informationsökning

Denna bilaga innehåller dokumentation av de litteratursökningar som genomförts i PubMed och Cinahl.

Frågeställning 1: Effekt av sjukskrivning

Hand och arm 1

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-03-23

Ämne: FMB rörelseorgan: Arm/handled/hand

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Vissa hand- och handledsbesvär M18, G56.2, M65.3, M65.4, M70.0, M72.0

1.	Mesh/FT	{Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]} OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	43275
2.	G56.0 Carpal tunnel syndrome	"Carpal Tunnel Syndrome"[Mesh] OR carpal tunnel syndrome*[tiab] OR amyotrophy of carpal origin[tiab] OR carpal tunnel[ti] OR carpal tunnel median neuropathy[tiab] OR carpal tunnel compression neuropathy[tiab] OR carpal tunnel entrapment neuropathy[tiab]	11461
3.		1 AND 2 English, Swedish 2005-2021	89
4.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Majr] OR "Return to Work"[Majr] OR Vocational Rehabilitation[Majr] OR Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR "Injury Severity Score"[Majr] OR recover*[ti] OR return to work[ti] OR back to work[ti] OR work resumption[ti] OR work capacity[ti] OR work ability[ti] OR returning to work[ti] OR functional performance[ti] OR functional rehabilitation[ti] OR functional outcomes[ti] OR assessment of function*[ti] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related[ti] OR work participation[ti] OR	553804

		work*[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR functional limitation[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR disability evaluation[ti] OR functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR work inability[ti] OR work limitation*[ti] OR mobility limitation*[ti] OR limitation of mobility[ti] OR difficulty walking[ti] OR difficulty ambulation[ti] OR ambulation difficult*[ti]	
5.		2 AND 4; English, 2010-2021	230
6.		5 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	20
7.	M77 Other enthesopathies, epicondylitis	"Enthesopathy"[Mesh] OR enthesopath*[tiab] OR "Tennis Elbow"[Mesh] OR tennis elbow[tiab] OR epicondylit*[tiab] OR Lateral elbow tendinopathy[tiab] OR elbow tendinopath*[tiab] OR (lateral elbow[tiab] AND tendinopath*[tiab])	3700
8.		1 AND 7 English 2005-2021	32
9.		4 AND 7 English 2010-2021	73
10.		9 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	11
11.	M18 Arthrosis of first carpometacarpal joint	("Carpometacarpal Joints"[Mesh] OR carpometacarpal[tiab] OR trapeziometacarpal[tiab] OR Trapezio-metacarpal[tiab] OR base of the thumb[tiab] OR thumb[ti] OR thumb basal joint[tiab] OR thumb base[tiab] AND (Osteoarthritis[Mesh] OR osteoarthrit*[tiab] OR osteoarthos*[tiab] OR arthros*[tiab] OR arthritis[tiab]) OR rhizarthros*[tiab])	2076
12.		1 AND 11 2005-2021	6
13.		4 AND 11 2010-2021	34
14.		11 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	3
15.	M65.3 Trigger finger	Trigger Finger Disorder[Mesh] OR trigger finger*[tiab] OR trigger digit*[tiab] OR snapping finger*[tiab] OR	1210

		flexor tendon entrapment[tiab] OR trigger thumb*[tiab]	
16.		(1 OR 4) AND 15 2010-2021	18
17.	M65.4 Radial styloid tenosynovitis	"De Quervain Disease"[Mesh] OR de Quervain tenosynovitis[tiab] OR de Quervain disease[tiab] OR De Quervain Stenosing Tenosynovitis[tiab] OR Quervain's tenosynovitis[tiab] OR De Quervain's (DQ) disease[tiab] OR De Quervain's disease[tiab] OR (de Quervain*[tiab] AND tenosynovitis[tiab])	467
18.		(1 OR 4) AND 17 2005-2021	15
19.	M72.0 Palmar fascial fibromatosis	"Dupuytren Contracture"[Mesh] OR dupuytren contracture[tiab] OR dupuytren's contracture[tiab] OR palmar fibromatosis[tiab] OR (fascial fibromatosis[tiab] AND palmar[tiab]) OR dupuytren disease[tiab] OR dupuytren's disease[tiab] OR dupuytren's disease[tiab] OR (palmar fascia[tiab] AND contraction[tiab])	3196
20.	G56.2 Lesion of ulnar nerve	"Ulnar Nerve/injuries"[Mesh] OR (ulnar nerve[ti] AND (lesion*[ti] OR injur*[ti] OR damage*[ti]))	1307
21.		19 OR 20	4503
22.		1 AND 20 2005-2021 English, Swedish	8
23.		4 AND 20 2010-2021 English	45
24.		23 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	3

ProQuest databaser:

*J DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*J MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**J CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*J DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*J MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter [systematic[SB]], alla MeSH-indexerade artiklar [medline[SB]]. FT = Fritextterm/er. tiab = sökning i titel- och abstractfälten. ot = Other term: ämnesord [keyword] som oftast inte finns som MeSH-term

**J De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Hand och arm 2

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-04-28

Ämne: FMB rörelseorgan: Arm/handled/hand 2

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

M65.9 Synovitis and tenosynovitis, unspecified; M70.0 Chronic crepitant synovitis of hand and wrist

1.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	43275
----	---------	---	-------

2.	M65.9 Synovitis and tenosynovitis, unspecified M70.0 Chronic crepitant synovitis of hand and wrist	"Synovitis"[Mesh] OR synovitis[ti] OR synovitides[ti] OR synovial hypertroph*[ti] OR synovial thickening[ti] OR tenosynovit*[ti]	10373
----	---	--	-------

3.		1 AND 2 English, Swedish 2005-2021	6
----	--	--	---

4.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Majr] OR "Return to Work"[Majr] OR Vocational Rehabilitation[Majr] OR Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR "Injury Severity Score"[Majr] OR recover*[ti] OR return to work[ti] OR back to work[ti] OR work resumption[ti] OR work capacity[ti] OR work ability[ti] OR returning to work[ti] OR functional performance[ti] OR functional rehabilitation[ti] OR functional outcomes[ti] OR assessment of function*[ti] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related[ti] OR work participation[ti] OR work*[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR functional limitation[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR disability evaluation[ti] OR functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR work inability[ti] OR work limitation*[ti] OR mobility limitation*[ti] OR limitation of mobility[ti] OR difficulty walking[ti] OR difficulty ambulation[ti] OR ambulation difficult*[ti]	555638
----	---------	---	--------

5.		2 AND 4; English, 2010-2021	32
----	--	-----------------------------	----

S52.5 Fracture of lower end of radius; S42 Fracture of shoulder and upper arm; S52 Fracture of forearm; S62 Fracture at wrist and hand level

6.	S52.5 Fracture of lower end of radius	((Radius[Mesh] OR ((lower end[tiab] OR distal end[tiab])) AND (radius[tiab] OR radial[tiab])) OR distal radius[tiab]) AND (Fractures, Bone[Mesh] OR fracture*[tiab]) OR Radius Fractures[Mesh] OR radius fracture*[tiab] OR radial fracture*[tiab]	13972
7.	S42 Fracture of shoulder and upper arm	"Shoulder Fractures"[Mesh] OR shoulder fracture*[tiab] OR proximal humeral fracture*[tiab] OR Greater Tuberosity Fracture*[tiab] OR "Humeral Fractures"[Mesh] OR humerus fracture*[tiab] OR humeral fracture*[tiab] OR upper arm fracture*[tiab] OR ((shoulder*[ti] OR upper arm[ti] OR humerus[ti] OR humeral[ti]) AND fracture*[ti])	13705
8.	S52 Fracture of forearm	(("Arm Injuries"[Mesh:NoExp] OR "Forearm Injuries"[Mesh] OR "Arm Bones/injuries"[Mesh] OR forearm[ti]) AND ("Fractures, Bone"[Mesh] OR Ulna Fractures[Mesh] OR fracture*[ti])) OR forearm fracture*[tiab] OR ulna fracture*[tiab] OR fracture of forearm[tiab] OR fractures of forearm[tiab]	14974
9.	S62 Fracture at wrist and hand level	(("Hand Bones/injuries"[Mesh] OR "Wrist Injuries"[Mesh] OR "Hand Injuries"[Mesh] OR hand[ti] OR wrist[ti]) AND ("Fractures, Bone"[Mesh] OR fractur*[ti])) OR hand fracture*[tiab] OR hand bone fracture*[tiab] OR wrist fracture*[tiab]	10332
10.		(6 OR 7 OR 8 OR 9) NOT (child*[ti] OR pediatric[ti])	34180
11.		1 AND 10 2005-2021 English; Swedish	35
12.		4 AND 10 2010-2021 English	335
13.		12 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	27
S43.0 Dislocation of shoulder joint; S43.4 Sprain and strain of shoulder joint;			
14.	S43.0 Dislocation of shoulder joint	"Shoulder Dislocation"[Mesh] OR shoulder dislocation*[tiab] OR glenohumeral dislocation*[tiab] OR glenohumeral subluxation*[tiab] OR (shoulder*[ti] AND dislocat*[ti])	7088
15.	S43.4 Sprain and strain of shoulder joint	("Shoulder Joint"[Mesh] OR glenohumeral joint*[tiab] OR glenoid labrum[tiab] OR shoulder joint*[tiab]) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR stabilization surgery[ti])	4063
16.		14 OR 15	8390
17.		1 AND 16 2005-2021	14
18.		4 AND 16 2010-2021	82
19.		18 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-	7

analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))

553 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of elbow

20.	"Elbow Joint"[Mesh] OR "Collateral Ligament, Ulnar"[Mesh] OR ((elbow[ti] OR ulnar[ti]) AND (joint*[ti] OR collateral ligament[ti])) OR elbow joint[tiab] OR ulnar collateral ligament*[tiab]	15814
21.	"Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR injur*[ti]	1157160
22.	20 AND 21	4013
23.	1 AND 22 2005-2021	5
24.	4 AND 22	57

563 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at wrist and hand level

25.	"Hand Joints"[Mesh] OR "Wrist Injuries"[Mesh] OR "Collateral Ligaments"[Mesh:NoExp] OR finger joint*[tiab] OR carpal joint*[tiab] OR carpometacarpal joint*[tiab] OR metacarpophalangeal joint*[tiab] OR interphalangeal joint*[tiab] OR palmar plate[tiab] OR wrist joint[tiab] OR triangular fibrocartilage[tiab] OR ((hand[ti] OR thumb[ti] OR finger[ti] OR palm*[ti] OR wrist[ti]) AND (joint*[ti] OR ligament*[ti]))	33720
26.	"Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab]	840402
27.	25 AND 26	5300
28.	1 AND 27 2005-2021	5
29.	4 AND 27 2010-2021	28

ProQuest databaser:

*] DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*] MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**] CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects, HTA = Health Technology Assessment Database, EED = NHS Economic Evaluation Database, Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*] DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen), FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology, + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*] MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed), Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln), SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[SB]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[SB]), FT = Fritextterm/er, tiab = sökning i titel- och abstractfälten, ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**] De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Axel, skuldra, lumbago

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-03-16

Ämne: FMB Rörelseorgan:

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylven

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Skulder- och axelledsbesvär M75.4, M75.3, M75.0, M75.1

1.	M75.0 Adhesive capsulitis of shoulder M75.1 Rotator cuff syndrome M75.3 Calcific tendinitis of shoulder	"Bursitis"[Mesh] OR bursitides[tiab] OR bursitis[tiab] OR frozen shoulder*[tiab] OR adhesive capsulitis[tiab] OR "Rotator Cuff Injuries"[Mesh] OR rotator cuff injur*[tiab] OR rotator cuff syndrome[tiab] OR rotator cuff tendonitis[tiab] OR rotator cuff tear*[tiab] OR Calcific tendinitis[tiab] OR calcific tendinopathy[tiab] OR calcific tendonitis[tiab]	15898
2.	M75.4 Impingement syndrome of shoulder	"Shoulder Impingement Syndrome"[Mesh] OR shoulder impingement*[tiab] OR rotator cuff impingement*[tiab] OR Coracohumeral Impingement*[tiab] OR Coracoid Impingement*[tiab] OR Coracohumeral Impingement*[tiab] OR outlet Impingement*[tiab] OR Posterosuperior Glenoid Impingement*[tiab] OR subacromial impingement[tiab]	2501
3.		1 OR 2	17665
4.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab]	12870
5.	Mesh/FT	"Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sicklist*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	31646
6.		4 OR 5	43199
7.		3 AND 6 2005-2021	56
8.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Majr] OR "Return to Work"[Majr] OR Vocational Rehabilitation[Majr] OR Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR "Injury Severity Score"[Majr] OR recover*[ti] OR return to work[ti] OR back to work[ti] OR work resumption[ti] OR work capacity[ti] OR work ability[ti] OR returning to work[ti] OR functional performance[ti] OR functional rehabilitation[ti] OR functional outcomes[ti] OR assessment of function*[ti] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related[ti] OR work participation[ti] OR work*[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR functional limitation[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR disability evaluation[ti] OR	464301

		functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR work inability[ti] OR work limitation*[ti] OR mobility limitation*[ti] OR limitation of mobility[ti] OR difficulty walking[ti] OR difficulty ambulation[ti] OR ambulation difficult*[ti]	
9.		3 AND 8 NOT (child*[ti] OR adolescen*[ti] OR pediatric*[ti]) English; 2010-2021	364
10.		10 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	34

Akut lumbago - M54.5.

11.	M54.5 Low back pain	"Low Back Pain"[Mesh] OR low back pain[ti] OR low backache[ti] OR lumbago[ti]	26921
12.		11 AND 6 2010-2021	199
13.		11 AND 8 English; 2010-2021	1328
14.		11 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	109

Lumbagoischias, diskbräck M54.4, M51

15.	Lumbagoischias, diskbräck M54.4, M51	"Sciatica"[Mesh] OR "Intervertebral Disc Displacement"[Mesh] OR "Intervertebral Disc Degeneration"[Mesh] OR sciatic*[ti] OR ((Disc*[ti] OR disk*[ti]) AND (Displace*[ti] OR prolapse*[ti] OR herniat*[ti] OR slipped[ti] OR degenerat*[ti])) NOT (rat[ti] OR rats[ti])	34609
16.		15 AND 6 English; 2005-2021	120
17.		15 AND 8 NOT (anterior[ti] OR temporomandibular[ti] OR cervical[ti] OR neck[ti]) English 2010-2021	351
18.		19 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	6

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Ryggen

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-03-22			
Ämne: FMB Rörelseorgan: Frakturer och luxationer i ryggraden			
Sökning gjord av: Natalia Berg			
På uppdrag av: Regina Ylven			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Cervikal rizopati, cervikalt diskbräck M50			
1.	M50 Cervical disc disorders	"Cervical Vertebrae"[Mesh] OR "Neck"[Mesh] OR "Cervical Cord"[Mesh] OR neck[tiab] OR cervical[tiab]	445526
2.	M50 Cervical disc disorders	"Intervertebral Disc Displacement"[Mesh] OR "Intervertebral Disc Degeneration"[Mesh] OR ((Disc*[tiab] OR disk*[tiab]) AND (Displace*[tiab] OR prolapse*[tiab] OR herniat*[tiab] OR slipped[tiab] OR degenerat*[tiab])) NOT (rat[ti] OR rats[ti] OR lumbar[ti])	71268
3.		1 AND 2	7767
4.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab]	12870
5.	Mesh/FT	"Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness	31646

		absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	
6.		4 OR 5	43199
7.		3 AND 6 2005-2021	20
8.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Majr] OR "Return to Work"[Majr] OR Vocational Rehabilitation[Majr] OR Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR "Injury Severity Score"[Majr] OR recover*[ti] OR return to work[ti] OR back to work[ti] OR work resumption[ti] OR work capacity[ti] OR work ability[ti] OR returning to work[ti] OR functional performance[ti] OR functional rehabilitation[ti] OR functional outcomes[ti] OR assessment of function*[ti] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related[ti] OR work participation[ti] OR work*[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR functional limitation[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR disability evaluation[ti] OR functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR work inability[ti] OR work limitation*[ti] OR mobility limitation*[ti] OR limitation of mobility[ti] OR difficulty walking[ti] OR difficulty ambulation[ti] OR ambulation difficult*[ti]	464301
9.		3 AND 8 English; 2010-2021	64
10.		10 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	2
Frakturer och luxationer i ryggraden (nacke) - S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3,			
11.	S12 Fracture of neck	((("Spinal Fractures"[Mesh] OR spinal fracture*[tiab] OR spine fracture*[tiab] OR fracture*[ti]) AND ("Neck Injuries"[Mesh] OR "Neck"[Mesh] OR "Cervical Vertebrae"[Mesh] OR Spinal Cord Injuries[Mesh] OR cervical spine[tiab] OR cervical injur*[tiab] OR neck[ti] OR neck injur*[tiab] OR cervical vertebrae[tiab])) OR cervical spine fracture*[tiab] OR cervical fracture*[tiab]) NOT ("Femoral Neck Fractures"[Mesh] OR femoral[ti] OR femur[ti]))	7521
12.	S13 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at neck level	(Neck injuries[Mesh] OR "Neck"[Mesh] OR "Cervical Vertebrae"[Mesh] OR neck injur*[tiab] OR neck[ti] OR cervical[tiab]) AND (Ligaments[Mesh] OR Joints[Mesh] OR ligament*[tiab] OR joint*[tiab]) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh:NoExp] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR displacement[tiab]) NOT ("Femoral Neck Fractures"[Mesh] OR femoral[ti] OR femur[ti]))	2682
13.	S13.1 Dislocation of cervical vertebra Cervical spine NOS S13.2 Dislocation of other and	("Cervical Vertebrae"[Mesh] OR Neck injuries[Mesh] OR neck[tiab] OR cervical[tiab] OR whiplash[tiab]) AND (Joints Dislocations[Mesh] OR dislocation*[tiab] OR displacement*[tiab] OR dislocated[ti] OR "Sprains and Strains"[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab]) NOT ("Femoral Neck Fractures"[Mesh] OR femoral[ti] OR femur[ti]))	11983

	unspecified parts of neck S13.3 Multiple dislocations of neck S13.4 Sprain and strain of cervical spine		
14.	11 OR 12 OR 13		18231
15.	14 AND 6 English 2005-2021		31
16.	14 AND 8 English, Swedish 2010-2021		179
17.	16 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))		7

Frakturer och luxationer i ryggraden (bröstkorg) S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2

18.	S22.0 Fracture of thoracic vertebra S22.1 Multiple fractures of thoracic spine	((("Thoracic Vertebrae"[Mesh] OR thoracic vertebra*[tiab] OR thoracic spine*[tiab]) AND ("Spinal Fractures"[Mesh] OR fracture*[tiab])) OR thoracic fracture*[tiab] OR thoracic spinal fracture*[tiab] OR (thoracic[ti] AND fracture*[ti]))	5867
19.	S23.0 Traumatic rupture of thoracic intervertebral disc	((("Thoracic Vertebrae"[Mesh] OR thoracic vertebra*[tiab] OR thoracic spine[tiab] OR thoracic[ti]) AND ("Intervertebral Disc"[Mesh] OR disc[tiab] OR disks[tiab] OR discs[tiab])) OR Thoracic disc[tiab] OR thoracic disc[tiab]) AND ("Rupture"[Mesh:NoExp] OR rupture*[tiab] OR prolapse*[tiab] OR herniat*[tiab] OR slipped[tiab])	932
20.	S23.1 Dislocation of thoracic vertebra Thoracic spine NOS S23.2 Dislocation of other and unspecified parts of thorax	("Thoracic Vertebrae"[Mesh] OR thoracic vertebra*[tiab] OR Thoracic Injuries[Mesh] OR Thoracic Wall/injuries[Mesh] OR "Thorax"[Mesh] OR thoracic spine[tiab] OR thoracic[tiab] OR intrathoracic[tiab] OR thorax[tiab]) AND ("Joint Dislocations"[Mesh] OR dislocat*[tiab])	1709
21.	18 OR 19 OR 20		7790
22.	21 AND 6 English; 2004-2021		9
23.	21 AND 8 English 2010-2021		46
24.	19 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))		1

Frakturer och luxationer i ryggraden (ländryggen) S33.0, S33.1, S33.2

25.	S33.0 Traumatic rupture of lumbar	((("Lumbar Vertebrae/injuries"[Mesh] OR lumbar vertebra*[tiab] OR lumbar spine[tiab] OR lumbar*[ti]) AND ("Intervertebral Disc/injuries"[Mesh] OR	339
-----	-----------------------------------	---	-----

	intervertebral disc	disc[tiab] OR disk[tiab] OR disks[tiab] OR discs[tiab]) OR lumbar disc[tiab] OR lumbar disk[tiab] OR lumbar intervertebral disc[tiab] AND ("Rupture"[Mesh:NoExp] OR rupture*[tiab])	
26.	S33.1 Dislocation of lumbar vertebra Dislocation of lumbar spine NOS	((Spinal Fractures[Mesh] OR Spinal injuries[Mesh]) AND Lumbosacral Region/injuries[Mesh]) OR "Lumbar Vertebrae/injuries"[Mesh] OR lumbar vertebra*[tiab] OR lumbar spine[tiab] OR (lumbar[ti] AND (vertebra*[ti] OR spine[ti] OR spinal[ti])) AND ("Joint Dislocations"[Mesh] OR dislocat*[tiab])	957
27.	S33.2 Dislocation of sacroiliac and sacrococcygeal joint	(Sacrum/injuries[Mesh] OR "Sacroiliac Joint/injuries"[Mesh] OR Lumbosacral Region/injuries[Mesh] OR lumbosacral[tiab] OR sacroiliac joint[tiab] OR sacrococcygeal joint[tiab] OR sacro-coccygeal joint[tiab]) AND ("Joint Dislocations"[Mesh] OR dislocat*[tiab])	624
28.		25 OR 26 OR 27	1762
29.		28 AND 6 English, 2005-2021	0
30.		28 AND 8 English 2007-2021	5

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Knäledsskador, nedre extremitet

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-03-12			
Ämne: FMB Rörelseorgan			
Sökning gjord av: Natalia Berg			
På uppdrag av: Regina Ylven			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Vissa knäledsskador S83, S83.2, S83.5, S83.6, M23.2			
1.	S83.5 Sprain and strain involving (anterior)(posterior) cruciate ligament of knee	("Posterior Cruciate Ligament"[Mesh] OR "Anterior Cruciate Ligament"[Mesh] OR posterior cruciate ligament*[tiab] OR anterior cruciate ligament*[tiab] OR "Anterior Cruciate Ligament Injuries"[Mesh] OR ACL injuries[tiab]) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab])	883
2.	S83 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of knee	(Knee injuries[Mesh] OR knee injur*[tiab] OR Knee dislocations[Mesh] OR (knee[ti] AND injur*[tiab])) AND ("Ligaments, Articular"[Mesh] OR Medial Collateral Ligament, Knee[Mesh] OR Knee Joint[Mesh] OR knee ligament*[tiab] OR knee joint*[tiab] OR (knee*[ti] AND (ligament*[ti] OR joint*[ti]))) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR Knee Dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR displacement[tiab])	2964
3.	S83.2 Tear of meniscus, current M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury	"Tibial Meniscus Injuries"[Mesh] OR "Meniscus/injuries"[Majr] OR flap tear*[ti] OR torn meniscus[ti] OR ((meniscus[ti] OR meniscal[ti]) AND (injur*[ti] OR tear*[ti]))	5372
4.		15 OR 16 OR 17	8662
5.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab]	12865
6.	Mesh/FT	"Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	31646
7.		4 OR 5	43199
8.		4 AND 7 2005-2021	13
9.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Majr] OR "Return to Work"[Majr] OR Vocational Rehabilitation[Majr] OR Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR "Injury Severity Score"[Majr] OR recover*[ti] OR return to work[ti] OR back to work[ti] OR work resumption[ti] OR work capacity[ti] OR work ability[ti] OR returning to work[ti] OR functional performance[ti] OR functional rehabilitation[ti] OR	464301

functional outcomes[ti] OR assessment of function*[ti] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related[ti] OR work participation[ti] OR work*[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR functional limitation[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR disability evaluation[ti] OR functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR work inability[ti] OR work limitation*[ti] OR mobility limitation*[ti] OR limitation of mobility[ti] OR difficulty walking[ti] OR difficulty ambulation[ti] OR ambulation difficult*[ti]

10.		7 AND 9 NOT (child*[ti] OR adolescen*[ti] OR pediatric*[ti]) English; 2010-2021	79
11.		10 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	6
Skador på nedre extremiteten (frakturer, luxationer, distorsjoner, sårskador) S30, S70, S80, S90, S73, S93, S32, S72, S82, S92			
12.	S32 Fracture of lumbar spine and pelvis	("Spinal Fractures"[Mesh] AND "Lumbar Vertebrae"[Mesh]) OR (Fractures, Bone[Mesh] AND Pelvic Bones/injuries[Mesh]) OR lumbar spine fracture*[ti] OR lumbar vertebral fracture*[ti] OR lumbar spinal fracture*[ti] OR lumbar vertebrae fracture*[ti] OR (fracture*[ti] AND lower lumbar spine[ti]) OR ((pelvic[ti] OR pelvis[ti]) fracture*[ti])	11800
13.	S72 Fracture of femur	Femoral Fractures[Mesh] OR ((femur[ti] OR femoral[ti]) fracture*[ti])	43226
14.	S73 Dislocation, sprain and strain of joint and ligaments of hip	("Hip Injuries"[Mesh:NoExp] OR hip injur*[tiab] OR Hip dislocations[Mesh] OR hip[ti]) AND ("Ligaments, Articular"[Mesh] OR Round Ligament of Femur[Mesh] OR Hip Joint[Mesh] OR hip ligament*[tiab] OR hip joint*[tiab] OR ligament of head of femur[tiab] OR round ligament of femur[tiab] OR ((hip[ti] OR hips[ti]) AND (ligament*[ti] OR joint*[ti]))) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR Hip Dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR dislocated[tiab] OR displacement[tiab])	4255
15.	S82 Fracture of lower leg, including ankle S92 Fracture of foot, except ankle	"Ankle Fractures"[Mesh] OR Lateral Malleolus Fracture*[ti] OR Trimalleolar Fracture*[ti] OR ankle fracture*[ti] OR Posterior Malleolus Fracture*[ti] OR "Tibial Fractures"[Mesh] OR fibial fracture*[ti] OR segond fracture*[ti] OR tillaux fracture*[ti] OR "Fibula/injuries"[Mesh] OR fibula fracture*[ti] OR lower leg fracture*[ti] OR fibular fracture*[ti] OR lower extremity fracture*[ti] OR foot fracture*[ti] OR ((lower extremit*[ti] OR lower legs[ti] OR tibia*[ti] OR fibula*[ti] OR ankle*[ti] OR foot[ti]) AND fracture*[ti]) OR ((Foot Bones/injuries[Mesh] OR Foot Injuries[Mesh] OR Ankle Injuries[Mesh]) AND (Fractures, Stress[Mesh] OR Fractures, Bone[Mesh:NoExp]))	25971
16.	S93 Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at ankle and foot level	("Ankle Injuries"[Mesh] OR ankle injur*[tiab] OR Foot Injuries[Mesh] OR foot injur*[tiab] OR foot[ti] OR ankle[ti]) AND ("Ligaments, Articular"[Mesh] OR Ankle Joint[Mesh] OR Foot Joints[Mesh] OR Metatarsophalangeal Joint*[tiab] OR plantar plate[tiab] OR tarsal joint*[tiab] OR toe joint*[tiab])	3180

	OR ankle ligament*[tiab] OR ankle joint*[tiab] OR ((foot[ti] OR ankle[ti]) AND (ligament*[ti] OR joint*[ti])) AND ("Sprains and Strains"[Mesh] OR Joints dislocations[Mesh] OR sprain*[tiab] OR strain*[tiab] OR dislocation*[tiab] OR dislocated[tiab] OR displacement[tiab])	
17.	12-16 OR	83335
18.	17 AND 7 2005-2021	56
19.	17 AND 9 NOT (child*[ti] OR adolescen*[ti] OR pediatric*[ti] OR paediatric*[ti] OR elderly[ti] OR older patient*[ti] OR dementia[ti] OR older people[ti] OR older person*[ti] OR geriatric*[ti] OR aged[ti] OR old people[ti] OR old patient*[ti] OR old population*[ti] OR cognitive impairment[ti]) English; 2010-2021	725
20.	19 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	35

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Hälsena, fotbesvär

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-03-09

Ämne: Sjukskrivning vid skador av Knä/hälsena/fotbesvär

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

M76.6 Achilles tendinitis; S86.0 Injury of Achilles tendon

1.	Mesh/FT	("Achilles Tendon"[Mesh] AND Tendinopathy[Mesh]) OR Achilles tendinopath*[ti] OR Achilles tendonopath*[ti] OR Achilles tendonitis[ti] OR Achilles tendinitis[ti] OR Achilles tendinosis[ti]	1745
2.	Mesh/FT	("Achilles Tendon/injuries"[Mesh] OR achilles tendon[ti] OR calcaneal tendon*[ti] OR tendo calcaneus[ti] OR achilles rupture*[ti]) AND (Rupture[Mesh] OR "Wounds and Injuries"[Mesh] OR "injuries" [Subheading] OR Rupture*[tiab] OR injury[tiab] OR injuries[tiab] OR trauma*[tiab])	4170
3.		1 OR 2	5268
4.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab]	12865
5.	Mesh/FT	"Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	31646
6.		4 OR 5	43199
7.		3 AND 6 2005-2021	13
8.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Mesh] OR "Return to Work"[Mesh] OR Mobility Limitation[Mesh] OR Vocational Rehabilitation[Mesh] OR Disability evaluation[Mesh] OR "Work Capacity Evaluation"[Mesh] OR Severity of illness index[Majr] OR ((return to work[tiab] OR back to work[tiab] OR work capacity[tiab] OR work ability[tiab] OR returning to work[tiab] OR recovery of function*[tiab] OR functional recovery[tiab] OR functional performance[tiab] OR functional rehabilitation[tiab] OR functional outcomes[tiab] OR assessment of function*[tiab] OR rehabilitation[ti] OR employ*[ti] OR work-related outcomes[tiab] OR work participation[tiab] OR work*[ti] OR functional ability[tiab] OR functional inability[tiab] OR functional limitation[tiab] OR occupational activity[tiab] OR occupational ability[tiab] OR	249266

	occupational capacity[tiab] OR work capacity[tiab] OR disability evaluation[tiab] OR functioning[ti] OR impairment*[tiab] OR activity limitation*[tiab] OR activity impairment[tiab] OR work inability[tiab] OR inability to work[tiab] OR work limitation*[tiab] OR mobility limitation*[tiab] OR limitation of mobility[tiab] OR difficulty walking[tiab] OR difficulty ambulation[tiab] OR ambulation difficult*[tiab]) NOT Medline[sb])	
9.	3 AND 8 English; 2010-2021	273
10.	9 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	22
M20.1 Hallux valgus (acquired) Bunion; M20.2 Hallux rigidus; M20.4 Other hammer toe(s) (acquired); M72.2 Plantar fascial fibromatosis; G57.6 Lesion of plantar nerve		
11.	"Foot Deformities, Acquired"[Mesh:NoExp] OR "Hallux Valgus"[Mesh] OR "Hallux Rigidus"[Mesh] OR "Hammer Toe Syndrome"[Mesh] OR "Fibromatosis, Plantar"[Mesh] OR lesion of plantar nerve[ti] OR hallux valgus[ti] OR hallux rigidus[ti] OR hammer toe syndrome[ti] OR hammer toe*[ti] OR plantar fascial fibromatosis[ti] OR plantar fibromatosis[ti]	6729
12.	6 AND 11 2005-2021	2 (ej relevanta)
13.	8 AND 11 English; 2010-2021	163
14.	13 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	3
15.		
16.		
17.		

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Bilaga 4. Redovisning av exkluderade publikationer

Exkluderade abstrakts

Sökningen genererade 4086 antal träffar/abstrakt för följande diagnoser G56.2, G57.6, M18, M20.1, M20.2, M20.4, M23.2, M50, M51, M54.4, M54.5, M65.3, M65.4, M65.9, M70.0, M72.0, M72.2, M75.0, M75.1, M75.3, M75.4, M76.6, S12, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S23.2, S30, S32, S33.0, S33.1, S33.2, S42, S43.0, S43.4, S52, S52.5, S53, S62, S63, S70, S72, S73, S80, S82, S83, S83.2, S83.5, S83.6, S86.0, S90, S92, S93. En mycket stor del av abstrakten var inte relevanta för det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Exempel på orsaker till att abstrakts exkluderats:

- Fallstudier, med urval som är <10 individer
- Fel åldersgrupp, <16 år eller >65 år
- Avsaknad av etiskt tillstånd
- Validering av översättningar av instrument/frågeformulär
- Översikter, där resultatet har låg eller saknar evidens
- Översikter, där inkluderade studier är för gamla
- Experiment på djur
- Experiment på kadaver
- Läkemedelsstudier, effekt av smärtstillande läkemedel
- Studier som inte beskriver någon relation till funktionsförmåga
- Studier där många olika tillstånd ingår
- Beskrivning av operationsmetoder, där resultatet inte blivit som förväntat och avråds därmed.

Exkluderade publikationer i fulltext

I denna bilaga redovisas de publikationer som granskats i fulltext och exkluderats.

1. Aprato A, Joeris A, Tosto F, Kalampoki V, Rometsch E, Favuto M, et al. Are work return and leaves of absence predictable after an unstable pelvic ring injury? *Journal of orthopaedics and traumatology: official journal of the Italian Society of Orthopaedics and Traumatology*. 2016; 17(2):169-73.
2. Xing Fu Hap D, Kwek EBK. Functional outcomes after surgical treatment of tibial plateau fractures. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*. 2020; 11(Suppl 1):S11-s5.
3. Webster BS, Verma S, Willetts J, Hopcia K, Wasiak R. Association of disability duration with physical therapy services provided after meniscal surgery in a workers' compensation population. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2011; 92(10):1542-51.
4. Vaienti L, Cottone G, Zaccaria G, Rampino Cordaro E, Amendola F. One-Step Approach for Infections After Achilles Tendon Open Repair: The Distally Based Peroneus Brevis Muscle Flap. *Int J Low Extrem Wounds*. 2022 Dec;21(4):436-442. doi: 10.1177/1534734620951540. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32844700.
5. Bhatia S, Piasecki DP, Nho SJ, Romeo AA, Cole BJ, Nicholson GP, et al. Early return to work in workers' compensation patients after arthroscopic full-thickness rotator cuff repair. *Arthroscopy: the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association*. 2010; 26(8):1027-34.
6. Bhattacharyya R, Edwards K, Wallace AW. Does arthroscopic sub-acromial decompression really work for sub-acromial impingement syndrome: a cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2014; 15:324.
7. Bodin J, Ha C, Petit Le Manac'h A, Sérazin C, Descatha A, Leclerc A, et al. Risk factors for incidence of rotator cuff syndrome in a large working population. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2012; 38(5):436-46.
8. Brox JI, Skare Ø, Mowinckel P, Brox JS, Reikerås O, Schrøder CP. Sick leave and return to work after surgery for type II SLAP lesions of the shoulder: a secondary analysis of a randomised sham-controlled study. *BMJ open*. 2020; 10(4):e035259.
9. Chang DC, Rotellini-Coltvet LA, Mukherjee D, De Leon R, Freischlag JA. Surgical intervention for thoracic outlet syndrome improves patient's quality of life. *Journal of vascular surgery*. 2009; 49(3):630-5; discussion 5-7.
10. Epstein S, Sparer EH, Tran BN, Ruan QZ, Dennerlein JT, Singhal D, et al. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Surgeons and Interventionalists: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA surgery*. 2018; 153(2):e174947.

11. Jayasekara M, Lam PH, Murrell GAC. Return to Work Following Shoulder Surgery: An Analysis of 1,773 Cases. *JB & JS open access*. 2020; 5(3).
12. Littlewood C, Bateman M, Butler-Walley S, Bathers S, Bromley K, Lewis M, et al. Rehabilitation following rotator cuff repair: A multi-centre pilot & feasibility randomised controlled trial (RaCeR). *Clinical rehabilitation*. 2020;269215520978859.
13. Lukersmith S, Hopman K, Vine K, Krahe L, McColl A. A new framing approach in guideline development to manage different sources of knowledge. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2017; 23(1):66-72.
14. Lädermann A, Abrassart S, Denard PJ, Tirefort J, Nowak A, Schwitzgubel AJ. Functional recovery following early mobilization after middle third clavicle osteosynthesis for acute fractures or nonunion: A case-control study. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research : OTSR*. 2017; 103(6):885-9.
15. Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Köstler W, Bischofberger AK, Südkamp NP, et al. Arthroscopic Removal of Chronic Symptomatic Calcifications of the Supraspinatus Tendon Without Acromioplasty: Analysis of Postoperative Recovery and Outcome Factors. *Orthopaedic journal of sports medicine*. 2014; 2(5):2325967114533646.
16. Rudbeck M, Jensen SL, Fonager K. Arthroscopic subacromial decompression and predictors of long-term sick leave benefit and permanent benefits. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 2013; 22(9):1167-72.
17. Singh G, Mann H, Razmjou H. Outcomes of expedited rotator cuff surgery in injured workers: Impact of pathology on readiness for return to work. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*. 2018; 26(3):2309499018808362.
18. Smith-Forbes EV, Moore-Reed SD, Westgate PM, Kibler WB, Uhl TL. Descriptive analysis of common functional limitations identified by patients with shoulder pain. *Journal of sport rehabilitation*. 2015; 24(2):179-88.
19. Østerås H, Arild Torstensen T, Arntzen G, B SØ. A comparison of work absence periods and the associated costs for two different modes of exercise therapies for patients with longstanding subacromial pain. *Journal of medical economics*. 2008; 11(3):371-81.
20. Al Amer HS. Low back pain prevalence and risk factors among health workers in Saudi Arabia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of occupational health*. 2020; 62(1):e12155.
21. Assadourian M, Bailly F, Letellier P, Potel A, Duplan B, Beaudreuil J, et al. Criteria for inclusion in programs of functional restoration for chronic low back pain: Pragmatic Study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2020; 63(3):189-94.
22. Buruck G, Tomaschek A, Wendsche J, Ochsmann E, Dörfel D. Psycho-social areas of worklife and chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*. 2019; 20(1):480.
23. Christiansen D, Larsen K, Jensen OK, Nielsen CV. Pain response classification does not predict long-term outcome in patients with low back

- pain who are sick-listed. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2010; 40(10):606-15.
24. Compare A, Marchettini P, Zarbo C. Risk Factors Linked to Psychological Distress, Productivity Losses, and Sick Leave in Low-Back-Pain Employees: A Three-Year Longitudinal Cohort Study. *Pain research and treatment*. 2016; 2016:3797493.
 25. Coole C, Watson PJ, Drummond A. Low back pain patients' experiences of work modifications; a qualitative study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2010; 11:277.
 26. Cougot B, Petit A, Paget C, Roedlich C, Fleury-Bahi G, Fouquet M, et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*. 2015; 10:40.
 27. Du Bois, M., & Nemery, B. (2014). Causes and prevention of long-term disability due to low back pain. An inquiry from the perspective of insurance medicine.
 28. Fassier JB, Durand MJ, Loisel P. 2nd place, PREMUS best paper competition: implementing return-to-work interventions for workers with low-back pain--a conceptual framework to identify barriers and facilitators. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2011; 37(2):99-108.
 29. Gray H, Adefolarin AT, Howe TE. A systematic review of instruments for the assessment of work-related psychosocial factors (Blue Flags) in individuals with non-specific low back pain. *Manual therapy*. 2011; 16(6):531-43.
 30. Grøvle L, Haugen AJ, Keller A, Natvig B, Brox JI, Grotle M. Poor agreement found between self-report and a public registry on duration of sickness absence. *Journal of clinical epidemiology*. 2012; 65(2):212-8.
 31. Harris IA, Dantanarayana N, Naylor JM. Spine surgery outcomes in a workers' compensation cohort. *ANZ journal of surgery*. 2012; 82(9):625-9.
 32. Henchoz Y, de Goumoëns P, So AK, Paillex R. Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non specific low back pain: randomized controlled trial. *Swiss medical weekly*. 2010; 140:w13133.
 33. IJzelenberg, Wilhelmina. *Prevention of work-related musculoskeletal complaints*. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam, 2006.
 34. Johansson AC, Öhrvik J, Söderlund A. Associations among pain, disability and psychosocial factors and the predictive value of expectations on returning to work in patients who undergo lumbar disc surgery. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2016; 25(1):296-303.
 35. Johansson AC, Linton SJ, Rosenblad A, Bergkvist L, Nilsson O. A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disability and rehabilitation*. 2010; 32(7):521-9.

36. Lardon A, Dubois JD, Cantin V, Piché M, Descarreaux M. Predictors of disability and absenteeism in workers with non-specific low back pain: A longitudinal 15-month study. *Applied ergonomics*. 2018; 68:176-85.
37. Lindell O, Johansson SE, Strender LE. Living conditions, including life style, in primary-care patients with nonacute, nonspecific spinal pain compared with a population-based sample: a cross-sectional study. *Clinical epidemiology*. 2010; 2:261-71.
38. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006; 332(7539):449-52.
39. Lötters FJ, Foets M, Burdorf A. Work and health, a blind spot in curative healthcare? A pilot study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2011; 21(3):304-12.
40. Marchand GH, Lau B, Myhre K, Røe C, Bautz-Holter E, Leivseth G. Pain and disability do not influence psychological and social factors at work among sick-listed patients with neck and back pain. *Work (Reading, Mass)*. 2015; 53(3):499-509.
41. Marek AP, Morancy JD, Chipman JG, Nygaard RM, Roach RM, Loo MM. Long-Term Functional Outcomes after Traumatic Thoracic and Lumbar Spine Fractures. *The American surgeon*. 2018; 84(1):20-7.
42. McGirt MJ, Sivaganesan A, Asher AL, Devin CJ. Prediction model for outcome after low-back surgery: individualized likelihood of complication, hospital readmission, return to work, and 12-month improvement in functional disability. *Neurosurgical focus*. 2015; 39(6):E13.
43. Morris J, Watson PJ. Investigating decisions to absent from work with low back pain: a study combining patient and GP factors. *European journal of pain (London, England)*. 2011; 15(3):278-85.
44. Muijzer A, Geertzen JH, de Boer WE, Groothoff JW, Brouwer S. Identifying factors relevant in the assessment of return-to-work efforts in employees on long-term sickness absence due to chronic low back pain: a focus group study. *BMC public health*. 2012; 12:77.
45. Petit A, Rozenberg S, Fassier JB, Rousseau S, Mairiaux P, Roquelaure Y. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2015; 58(5):298-304.
46. Ree E, Lie SA, Eriksen HR, Malterud K, Indahl A, Samdal O, et al. Reduction in sick leave by a workplace educational low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial. *Scandinavian journal of public health*. 2016; 44(6):571-9.
47. Serranheira F, Sousa-Uva M, Heranz F, Kovacs F, Sousa-Uva A. Low Back Pain (LBP), work and absenteeism. *Work (Reading, Mass)*. 2020; 65(2):463-9.
48. Sterud T. Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *European journal of public health*. 2014; 24(1):111-6.

49. van den Heuvel SG, Ijmker S, Blatter BM, de Korte EM. Loss of productivity due to neck/shoulder symptoms and hand/arm symptoms: results from the PROMO-study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007; 17(3):370-82.
50. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015; (10):Cd006955.
51. Yeung A, Wei SH. Surgical outcome of workman's comp patients undergoing endoscopic foraminal decompression for lumbar herniated disc. *Journal of spine surgery (Hong Kong)*. 2020; 6(Suppl 1):S116-s9.
52. Cheng AS, Cheng SW. Use of job-specific functional capacity evaluation to predict the return to work of patients with a distal radius fracture. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2011; 65(4):445-52.
53. Daniell WE, Fulton-Kehoe D, Franklin GM. Work-related carpal tunnel syndrome in Washington State workers' compensation: utilization of surgery and the duration of lost work. *American journal of industrial medicine*. 2009; 52(12):931-42.
54. Degeorge B, Coulomb R, Kouyoumdjian P, Mares O. Bilateral simultaneous endoscopic carpal tunnel release: Mean time to resume activities of daily living and return to work. *Hand surgery & rehabilitation*. 2018; 37(3):175-9.
55. Forsman P, Haeggström E, Wallin A, Toppila E, Pyykkö I. Daytime changes in postural stability and repeatability of posturographic measurements. *J Occup Environ Med*. 2007 Jun;49(6):591-6. doi: 10.1097/JOM.0b013e3180577796. PMID: 17563601.
56. Hendy BA, Zmistowski B, Wells Z, Abboud JA, Namdari S. Humeral Shaft Fractures: Surgical versus Nonsurgical Management in Workers' Compensation. *The archives of bone and joint surgery*. 2020; 8(6):668-74.
57. Juratli SM, Nayan M, Fulton-Kehoe D, Robinson LR, Franklin GM. A population-based study of ulnar neuropathy at the elbow in Washington State workers' compensation. *American journal of industrial medicine*. 2010; 53(12):1242-51.
58. De Kesel R, Donceel P, De Smet L. Factors influencing return to work after surgical treatment for carpal tunnel syndrome. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2008; 58(3):187-90.
59. Kho JY, Gaspar MP, Kane PM, Jacoby SM, Shin EK. Prognostic Variables for Patient Return-to-Work Interval Following Carpal Tunnel Release in a Workers' Compensation Population. *Hand (New York, NY)*. 2017; 12(3):246-51.
60. Kirkeby L, Frost P, Hansen TB, Svendsen SW. Influence of Occupational Hand Force Requirements on Return to Work, Pain, and Disability After Trapeziometacarpal Total Joint Arthroplasty: A 12-Month Follow-Up Study. *The Journal of hand surgery*. 2021.

61. Kraus TM, Freude T, Fiedler S, Schröter S, Stöckle U, Ateschrang A. Incapacity of work after arthroscopic Bankart repair. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*. 2015; 135(10):1429-36.
62. Majeed H. Non-operative treatment versus percutaneous fixation for minimally displaced scaphoid waist fractures in high demand young manual workers. *Journal of orthopaedics and traumatology : official journal of the Italian Society of Orthopaedics and Traumatology*. 2014; 15(4):239-44.
63. Newington L, Brooks C, Warwick D, Adams J, Walker-Bone K. Return to work after carpal tunnel release surgery: a qualitative interview study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2019; 20(1):242.
64. Peters SE, Coppieters MW, Ross M, Johnston V. Experts' perspective on a definition for delayed return-to-work after surgery for nontraumatic upper extremity disorders: Recommendations and implications. *Journal of hand therapy : official journal of the American Society of Hand Therapists*. 2018; 31(3):315-21.
65. Peters SE, Coppieters MW, Ross M, Johnston V. Health-care providers' perspectives on factors influencing return-to-work after surgery for nontraumatic conditions of the upper extremity. *Journal of hand therapy : official journal of the American Society of Hand Therapists*. 2020; 33(1):87-95.e1.
66. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2006; 56(1):46-50.
67. Soeur L, Desmoineaux P, Devillier A, Pujol N, Beaufils P. Outcomes of arthroscopic lateral epicondylitis release: Should we treat earlier? *Orthopaedics & traumatology, surgery & research : OTSR*. 2016; 102(6):775-80.
68. Vinnars B, Ekenstam FA, Gerdin B. Comparison of direct and indirect costs of internal fixation and cast treatment in acute scaphoid fractures: a randomized trial involving 52 patients. *Acta orthopaedica*. 2007; 78(5):672-9.
69. Katz P, Nelson WW, Daly RP, Topf L, Connolly-Strong E, Reed ML. Patient-Reported Lupus Flare Symptoms Are Associated with Worsened Patient Outcomes and Increased Economic Burden. *J Manag Care Spec Pharm*. 2020 Mar;26(3):275-283. doi: 10.18553/jmcp.2020.26.3.275. PMID: 32105178; PMCID: PMC10390967.
70. Stevens, M.J., Walker-Bone, K., Culliford, D.J. *et al*. Work participation, mobility and foot symptoms in people with systemic lupus erythematosus: findings of a UK national survey. *J Foot Ankle Res* **12**, 26 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13047-019-0335-0>.
71. Zhu TY, Tam LS, Li EK. Labour and non-labour market productivity in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Feb;51(2):284-92. doi: 10.1093/rheumatology/ker247. Epub 2011 Jul 13. PMID: 21752871.