

# Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro?

*En systematisk litteraturöversikt*

*Maarit Korkeila  
Kristina Alexanderson  
Anders Norlund*

*En rapport från Sociala rådet*

*Stockholm 2010*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2010:89**

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23488-4  
ISSN 0375-250X

# Förord

I denna rapport, som är den fjärde av flera från Sociala rådet, presenteras resultat från en systematisk litteraturöversikt om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro. Fler-talet studier som gjorts om sjukfrånvaro rör sjukfrånvaro generellt, dvs. oberoende av diagnos eller för bara en diagnos i taget. Socialstyrelsens nyligen införda nationella diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd för hantering av sjukskrivnings-längd och -grad gäller ännu enbart enskilda diagnoser. Många personer har dock flera sjukdomar samtidigt, dvs. har vad som kallas sam- eller mångsjuklighet.

För att ta fram kunskapsunderlag till beslutsfattare inom området, har Sociala rådet givit Maarit Korkeila, biträdande överläkare och medicine doktor, i uppdrag att göra en systematisk litteraturöversikt om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro. Resultaten av denna presenteras här och Sociala rådet riktar ett varmt tack till Maarit Korkeila för arbetet med denna översikt!

Litteraturöversikten har granskats av Bengt Brorsson som är docent vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, och som har många års erfarenhet som projektledare vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Kristina Alexanderson  
Ordförande i Sociala rådet  
Professor i socialförsäkring

# Innehåll

<b>Sociala rådet i korthet .....</b>	<b>9</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Förkortningar och begrepp som används i rapporten .....</b>	<b>15</b>
<b>1 Bakgrund .....</b>	<b>19</b>
1.1 Behövs det kunskap om samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? .....	19
1.2 Begreppen sjukdom, samsjuklighet och mångsjuklighet.....	22
1.3 Forskning om samsjuklighet .....	25
1.4 Varför bör man göra systematiska litteraturöversikter?.....	26
1.5 Syftet med denna litteraturöversikt .....	27
<b>2 Metod .....</b>	<b>29</b>
2.1 Inklusionskriterier .....	29
2.2 De olika stegen i litteraturöversikten .....	32
2.2.1 Sökning av studier .....	32
2.2.2 Relevansbedömning av identifierade studier.....	33
2.2.3 Extrahering av data från inkluderade studier .....	33
2.2.4 Kvalitetsbedömning av relevanta studier .....	33
2.2.5 Kategorisering av studier.....	35
2.2.6 Sammanställning av resultat från inkluderade studier.....	35
2.2.7 Evidensgradering av kunskapsläget .....	35

<b>3</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>37</b>
3.1	Inkluderade studier; identifiering, relevansbedömning och kvalitetsbedömning.....	37
3.2	Kategorisering av studier inom området.....	40
3.2.1	Kategorisering utifrån typ av studiedesign.....	40
3.2.2	Kategorisering utifrån typ av studiepopulation .....	40
3.2.3	Kategorisering utifrån tidsmässigt samband mellan diagnos och sjukfrånvaro.....	42
3.2.4	Kategorisering utifrån data om sjukfrånvaro .....	44
3.2.5	Kategorisering utifrån diagnoser och diagnosgrupper.....	44
3.3	Sammanfattningar av studierna .....	52
3.3.1	Studie om infektionssjukdomar (Kapitel I)(B) .....	52
3.3.2	Studier om tumörsjukdomar (Kapitel II)(C,D) .....	52
3.3.3	Studier om endokrina sjukdomar (Kapitel IV)(E) .....	53
3.3.4	Studier om psykiska sjukdomar (Kapitel V)(F) .....	53
3.3.5	Studier om nervsystemets sjukdomar (Kapitel VI)(G) .....	55
3.3.6	Studier om cirkulationsorganens sjukdomar (Kapitel IX)(I) .....	56
3.3.7	Studie om andningsorganens sjukdomar (Kapitel X)(J) .....	57
3.3.8	Studie om matsmältningsorganens sjukdomar (Kapitel XI)(K) .....	57
3.3.9	Studier om muskuloskeletala sjukdomar (Kapitel XIII)(M) .....	57
3.3.10	Studie om sjukdomar i urin- och könsorgan (Kapitel XIV)(N).....	59
3.3.11	Studier om skador och förgiftningar (Kapitel XIX)(S,T) .....	59
3.4	Evidensgradering.....	59
3.4.1	Evidensbedömning baserad på de nio studierna av måttlig kvalitet .....	59
3.4.2	Evidensbedömning baserat på samtliga 31 inkluderade studier.....	63
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>67</b>

4.1	Metodologiska överväganden.....	67
4.2	Resultatdiskussion .....	69
4.3	Behov av fortsatt forskning.....	71
	<b>Referenser .....</b>	<b>73</b>
	<b>Författarpresentation .....</b>	<b>87</b>
	<b>Bilagor</b>	
	Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	89
	Bilaga 2 Mall för dataextraktion samt kriterier för kvalitetsbedömning.....	93
	Bilaga 3 Tabell 6, 9, 10 och 11.....	97

## Sociala rådet i korthet

Sociala rådets uppdrag är, enligt kommittédirektivet (se bilaga 1), att agera som rådgivare till regeringen på hälso- och sjukvårdsområdet samt i sociala frågor. Sociala rådet ska även förse regeringen med kunskap baserad på svenska och internationella forskningsrön och som är relevant för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden. Dessutom ska Sociala rådet identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion.

Uppdraget omfattar tre år och påbörjades i januari 2008. I rådet ingår forskare från olika vetenskapsområden samt generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Sociala rådets verksamhet utgörs av flera olika delar, t.ex. regelbundna möten med Socialdepartementets statsråd och politiskt sakkunniga. Sociala rådet ordnar även seminarier och har andra möten med Socialdepartementets tjänstemän, samt arrangerar årligen en konferens för en bredare publik.

Sociala rådet har under uppdragsperioden identifierat några områden där det saknas kunskap eller där befintlig kunskap behöver uppdateras eller sammanställas. Sociala rådet har därför initierat ett antal projekt som ska bidra till att fylla vissa kunskapsluckor med innehåll och/eller ge en uppdaterad och översiktlig bild av kunskapsläget. Projekten kommer att redovisas i en serie rapporter, vilken föreliggande rapport tillhör.

Rapporterna kan laddas ner från Sociala rådets hemsida: <http://www.sou.gov.se/socialaradet>. Där finns även information om rådet och dess verksamhet.

Sociala rådet kan nås via dess sekreterare, Malin Sedvallsson, företrädesvis per e-post: [malin.sedvallsson@social.ministry.se](mailto:malin.sedvallsson@social.ministry.se)

I Sociala rådet ingår följande personer:

- Kristina Alexanderson (ordförande), professor i socialförsäkring, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet
- Lennart Flood (ledamot), professor i ekonometri vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet
- Laura Fratiglioni (ledamot), professor i geriatrisk epidemiologi vid Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet
- Lars-Erik Holm (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Socialstyrelsen
- Per Johansson (ledamot), professor i ekonometri vid Uppsala Universitet; Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Adriana Lender (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Försäkringskassan
- Olle Lundberg (ledamot), professor i forskning om jämlikhet i hälsa vid Center for Health Equity Studies (CHESS), Karolinska Institutet/Stockholms universitet
- Clas Rehnberg (ledamot), docent i hälsoekonomi vid Medical Management Centre, Karolinska Institutet



# Sammanfattning

Sjukfrånvarons omfattning har varierat mycket över tid i Sverige. I merparten av de vetenskapliga studier som gjorts inom området studeras sjukfrånvaro generellt, dvs. oberoende av diagnos. De få studier som finns om diagnosspecifik sjukfrånvaro fokuserar i allmänhet endast på en diagnos i varje studie. Många personer har dock flera sjukdomar samtidigt, något som brukar benämnas samsjuklighet, mångsjuklighet eller multisjuklighet. Svårigheter med att hantera sjukskrivningar där personen har sådan sam- eller mångsjuklighet diskuteras alltmer. Det finns en allmän uppfattning om att personer som har fler än en sjukdom har större risk för att behöva vara sjukfrånvarande, respektive har en större risk för att sjukfrånvaron blir lång och att rehabiliteringen försvåras. De nyligen introducerade nationella försäkringsmedicinska beslutsstöden finns ännu bara för specifika diagnoser och inte för sam- eller mångsjuklighet. Behovet av kunskap vad gäller mångsjuklighet och sjukfrånvaro är stort.

Här rapporteras resultaten från en systematisk litteraturöversikt, där syftet var att få kunskap om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro. Vi sökte efter studier om detta, och som publicerats i vetenskapliga referentbedömda tidskrifter i litteraturlösningsdatabaser samt i referenslistor. Av de identifierade studierna bedömdes 51 studier vara relevanta, dvs. de innehöll data dels om sjukfrånvaro, sjukersättning (tidigare kallat förtidspension) eller återgång i arbete och dels om sam- eller mångsjuklighet, definierad som att personer i studien samtidigt hade sjuklighet inom minst två olika sjukdomskapitel, enligt det internationella klassificeringssystemet av sjukdomar: ICD-10.

Av de 51 relevanta studierna bedömdes 31 ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i översikten. Ingen av dessa 31 studier hade hög vetenskaplig kvalitet, nio hade måttlig kvalitet. Samtliga dessa 31 studier var observationsstudier, varav de flesta var prospektiva

kohortstudier där deltagarna – patienter, anställda eller ett urval ur befolkningen – följdes över tid med avseende på risk för sjuk-skrivning, sjukersättning eller återgång i arbete. I majoriteten av studierna hade uppgifter om sjuklighet tidsmässigt inhämtats före uppgifter om sjukfrånvaro, dvs. eventuell samsjuklighet kunde studeras som en riskfaktor för sjukfrånvaro. Totalt inkluderade studierna drygt 140 000 individer. Hälften av studierna hade färre än 1 000 deltagare. Merparten av studierna kom från norra Europa och var publicerade de senaste fem åren; det senare tyder på att det vetenskapliga intresset för området ökar.

Trots att sam- eller mångsjuklighet är vanligt, fanns det alltså anmärkningsvärt få studier inom området. Dessutom fanns sådana frågeställningar bara med i syftet för en tredjedel av de inkluderade studierna. Resultat om samsjuklighet och sjukfrånvaro förekom istället oftast som bifynd när andra resultat presenterades.

Det var en mycket stor spridning i vilka diagnoser som fokuserats i studierna, vilket också försvårar möjligheten att dra slutsatser om samband. Av de 19 olika sjukdomskapitlen i det ovan nämnda ICD-systemet, fanns det indexsjukdomar, dvs. den sjukdom som respektive studie sökte samsjuklighet till, inom 11 kapitel, dvs. för de flesta diagnoskapitel, fanns det bara en studie och endast för två fanns det fler än fem, nämligen rörelseorganens diagnoser och psykiska besvär.

Baserat på de inkluderade studierna verkar särskilt psykisk samsjuklighet vara en riskfaktor. Samtidigt var just psykisk sjukdom den vanligaste förekommande diagnosen i studierna, dvs. den sjukdomskategori som tagits med i flest av studierna, i hela 81 procent av dem. Om någon annan diagnos förekommit lika ofta hade möjligen den diagnosen också framträtt på motsvarande sätt.

Inga studier fann att sam- eller mångsjuklighet minskar risken för sjukfrånvaro, för sjukersättning eller för återgång i arbete bland sjukskrivna. Detta var väntat. Baserat på studierna går det däremot inte att uttala sig om en tydlig ökad risk för sjukfrånvaro vid sam- eller mångsjuklighet. Det finns dock en tendens till ökad risk för sjukfrånvaro vid samsjuklighet. När det gäller återgång till arbete bland personer som redan är sjukskrivna finns det inget vetenskapligt stöd för att mångsjuklighet påverkar detta, då studiernas resultat går i olika riktning.

Även om medicinsk diagnostik, behandling och rehabilitering kan vara mer komplicerad vid sam- eller mångsjuklighet är det inte självklart att risken för sjukfrånvaro eller sjukersättning påverkas,

dvs. att risken för nedsatt arbetsförmåga ökar. Det behövs mer kunskap om detta, initialt framförallt genom populationsbaserade större prospektiva studier av god kvalitet där man undersöker effekterna av samtidig förekomst av flera sjukdomar.

I korthet: baserat på studier av måttlig och låg kvalitet finns det begränsat vetenskapligt stöd för att samsjuklighet inte innebär lägre risk för sjukfrånvaro. Det finns inget vetenskapligt stöd för att samsjuklighet innebär ökad risk för framtida sjukfrånvaro eller att en pågående sjukskrivning blir längre, p.g.a. att antalet studier är för litet och att resultaten i dem delvis går i olika riktningar.

# Förkortningar och begrepp som används i rapporten

## Förkortningar

BDI	Beck Depression Inventory
CDOSD	Chronic Disabling Occupational Spinal Disorder
CWP	Chronic Widespread Pain
DRG	Diagnosis-related groups (diagnosrelaterade grupper)
DSM (III or IV)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version III or IV)
4DSQ	Four Dimensional Symptom Questionnaire
GHQ	General Health Questionnaire
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
HR	Hazard ratio
HUNT	The Health Study of Nord-Trøndelag County
ICD (9 or 10)	International Classification of Diseases (version 9 or 10), framtagen av WHO (1)
K.I.	Konfidens intervall, vanligen 95 procentigt
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom
OR	Odds ratio
MDD	Major Depression Disorder
RR	Relativ risk
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering

## Begrepp

Samsjuklighet,  
mångsjuklighet,  
multisjuklighet,  
multipla  
hälsoproblem

Det finns många olika definitioner av begreppen samsjuklighet, mångsjuklighet och multisjuklighet (2-4). Begreppet samsjuklighet skiljer sig delvis från de andra tre på så sätt att vid samsjuklighet utgår man från en sjukdom, ofta kallad indexsjukdom. Andra sjukdomar ses som sekundära till den. När de andra begreppen används inhämtas snarare data om samtliga sjukdomar som en person har vid ett tillfälle, utan att ta ställning till det inbördes förhållandet mellan dem.

I rapporten används begreppen övergripande, för att beskriva att en person samtidigt har mer än en sjukdom.

Att ha en sjukdom eller mer än en sjukdom kan definieras och operationaliseras på olika sätt. I denna rapport har vi utgått från den typ av data som finns i respektive studie, dvs. ibland är sjukdomen självrapporterad ibland är den medicinskt diagnostiserad. Dessutom har sjuklighet från minst två olika sjukdomskapitel, enligt ICD-10, krävts för att en studie ska ingå i litteraturöversikten. Det innebär att i denna översikt har inte studier tagits med vid samsjuklighet endast inom samma sjukdomskapitel, t.ex. två olika hudsjukdomar.

Indexsjukdom

Detta begrepp är framförallt aktuellt i studier om samsjuklighet (*comorbidity* på engelska), och avser då den sjukdom, indexsjukdom, som är fokus i studien. Annan, samtidig sjuklighet, definieras som samsjuklighet med indexsjukdomen. I vissa studier utgår man från att personen har indexsjukdomen före de andra sjukdomarna. I denna rapport används termen indexsjukdom inte på det sättet. Termen indexsjukdom används istället på ett mer över-

	<p>gripande sätt för att tydliggöra vilken diagnosgrupp man i respektive studie har utgått från, i de fall en sådan angivits.</p>
Sjukersättning	<p>Begreppet sjukersättning används genomgående i rapporten för aktivitetsersättning och sjukersättning samt för det som tidigare kallades förtidspension eller sjukbidrag, dvs. ersättning vid sådan sjukdom eller skada som varaktigt satt ned en persons arbetsförmåga. På engelska är motsvarande termer <i>disability pension</i>, <i>early retirement on medical grounds</i> eller <i>incapacity benefit</i>.</p>
Sjukfrånvaro	<p>Sjukfrånvaro definieras i de flesta studier som dagar en person får ersättning, enligt gällande regler om sjukfrånvaro, för den tid man inte kan arbeta på grund av sjukdom. Vanligen gäller detta personer som har ett arbete, men i vissa länder, såsom Sverige, omfattas även arbetslösa personer av sjukförsäkringen. Det innebär att om en person har nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom eller skada och därför inte aktivt kan söka arbete, så kan hon eller han få sjukpenning och kan då räknas in bland sjukfrånvarande personer.</p>
Återgång i arbete	<p>I flera studier används återgång i arbete som ett utfallsmått. Detta innebär att de man studerar är sjukfrånvarande. Ibland mäts andel som återgår i arbete på hel eller deltid, i andra studier mäts hur lång tid det tar till återgång i arbete.</p>

# 1 Bakgrund

Syftet med detta projekt har varit att sammanställa det nuvarande kunskapsläget om samband mellan mång- eller samsjuklighet och sjukfrånvaro genom att göra en systematisk litteraturöversikt. I detta kapitel ges först en bakgrund till översikten, bl.a. om varför kunskap om dessa samband behövs. Sedan följer en kort genomgång av vissa aspekter av begreppen sjukdom, sam- och mångsjuklighet, följt av en beskrivning av forskningen inom området samt information om systematiska litteraturöversikter.

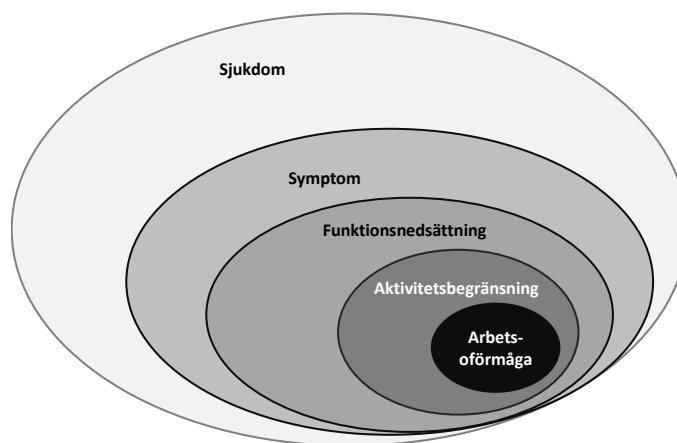
## 1.1 Behövs det kunskap om samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro?

Att en person samtidigt har flera typer av besvär eller sjukdomar är vanligt. Det anses allmänt, inom t.ex. hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, att det är svårare att utreda och behandla patienter som har flera sjukdomar (5–8). När det gäller sjukfrånvaro uttrycks ofta åsikten att det dels är svårare att bedöma rätt till sjukpenning eller sjukersättning när en person har flera sjukdomar, dels att det är svårare att främja återgång i arbete för en person med flera olika sjukdomar (9, 10). Handläggningen av sjukskrivningsärenden har, i brist på vetenskapligt baserad kunskap (11), länge präglats just av personers uppfattningar och åsikter (9, 12, 13). I ett samhälle där verksamheten i olika organisationer snarare ska vara kunskapsbaserad än åsiktsbaserad är detta problematiskt. Många människor arbetar dagligen med sjukskrivningsärenden (inom t.ex. hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och bland arbetsgivare), och de har behov av mer kunskap (14). Hanteringen av sjukskrivningsärenden har även betydelse för ett mycket stort antal personer som riskerar att bli eller är sjukskrivna. Därför är det centralt att undersöka i vilken utsträckning det finns

vetenskapligt stöd för olika uppfattningar, här de om sam- och mångsjuklighet, då sådana uppfattningar kan påverka t.ex. beredvilligheten att satsa på rehabiliteringsåtgärder för personer med flera sjukdomar jämfört med personer som bara har en diagnos.

Varje samhälle måste hantera att dess medlemmar ibland inte kan försörja sig p.g.a. sjukdom eller skada. I moderna samhällen, och speciellt i välfärdssamhällen, har olika former av sjukförsäkringar utvecklats för att hantera detta (15–17). Försäkringarna ger en möjlighet till grundläggande ekonomisk trygghet för dem som omfattas av försäkringarna, bl.a. genom riskfördelning (16, 18–20). I allmänhet kräver sådana försäkringar att två rekvisit ska vara uppfyllda för att en person ska få ersättning; dels att sjukdom eller skada föreligger, dels att just den sjukdomen eller skadan ska ha lett till en funktionsnedsättning som har betydelse för personens arbetsförmåga, dvs. i förhållande till kraven som ställs i det egna arbetet (11, 21–23). Sjukdom i sig är alltså inte tillräckligt för att få ersättning, utan sjukdomen måste ha lett till svårigheter att arbeta eller att försörja sig. Förhållandet mellan sjukdom och den eventuella nedsättning av funktion och arbetsförmåga sjukdomen inneburit kan illustreras som i figur 1 nedan. Figuren är något modifierad utifrån en figur i den s.k. arbetsförmågeutredningens slutbetänkande (21). Där, liksom i de flesta andra skrifter inom området, utgår man i första hand från att personer har *en* sjukdom när man diskuterar arbetsoförmåga.

**Figur 1** Förhållandet mellan sjukdom, symptom och nedsättning av funktion, aktivitet och arbetsförmåga, modifierad från SOU:2009:89 (21)





I de flesta länder är andelen personer som är sjukskrivna eller har sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension) relativt stabil eller ökar långsamt (20, 24). I Sverige har det däremot skett stora förändringar under de senare årtionena, gällande andelen personer som varit sjukskrivna. Så har det även varit i två andra länder, nämligen Nederländerna och Norge (11, 24). Ett flertal utredningar och projekt har genomförts för att få kunskap om mekanismerna bakom detta, som underlag för åtgärder (9, 11, 14, 18, 21, 22, 25–29).

I samtliga av dessa utredningar och projekt framkommer att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om sjukfrånvaro och relaterade försäkringar är synnerligen begränsat. Detta gäller såväl kunskapen om riskfaktorer för sjukfrånvaro eller sjukersättning, som kunskapen om faktorer som påverkar återgång i arbete, respektive kunskapen om konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning. Det saknas också kunskap om arbetet med sjukskrivningsärenden, så kallad sjukskrivningspraxis, t.ex. vad avser läkare eller handläggare vid Försäkringskassan (30). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade år 2003 att detta forskningsområde var outvecklat, såväl metodologiskt som teoretiskt och att det inte bara behövs fler studier utan framför allt bättre studier (11). Dessutom handlar de flesta sjukfrånvarostudier om sjukfrånvaro generellt, dvs. oberoende av vilken sjukdom som ligger bakom sjukfrånvaron (11). Det finns dock ett antal studier om sjukfrånvaro med specifika diagnoser och antalet sådana studier har ökat. När SBU-rapporten om sjukfrånvaro gjordes (11), var det dock endast inom tre diagnosområden det fanns tillräckligt många studier för att det skulle vara meningsfullt att göra en systematisk litteraturöversikt inom respektive diagnosområde. Dessa tre områden var psykiska sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar med fokus på rygg- och nackbesvär, samt cirkulationsorganens sjukdomar med fokus på slaganfall (stroke) och kranskärslsjukdom. Det är emellertid inte bara sjukdom eller diagnos som sällan beaktas i studier om sjukfrånvaro. Att många dessutom har fler än en sjukdom beaktas ännu mer sällan. Exempelvis hade en stor andel personer inom de tre diagnosområden det gick att göra en översikt om i SBU-rapporten även annan sjuklighet (31–34).

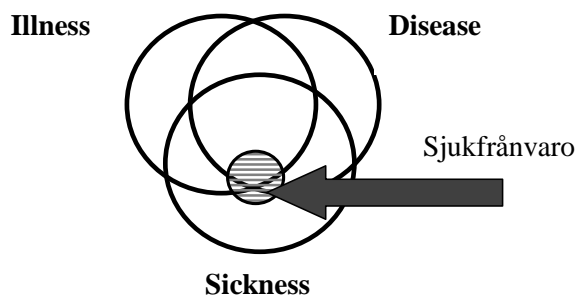
År 2007 introducerades *nationella försäkringsmedicinska beslutsstöd* i Sverige, som stöd för dem som är involverade i sjukskrivningsprocessen kring en patient, främst för läkare och handläggare på Försäkringskassan (35–37). Beslutsstödet består av två

delar, dels en mer övergripande del med generella principer som vägledning i hantering av sjukskrivningsärenden (35–37), dels specifika rekommendationer för sjukskrivning vid ett antal olika diagnoser (35–37). Det finns sådana diagnosspecifika rekommendationer för cirka hälften av alla diagnoser, och för merparten (ca 70 procent) av de diagnoser som är aktuella i samband med sjukskrivning. Beslutsstöden utvärderas och utvecklas kontinuerligt (36, 38). Emellertid saknas det ännu sådana beslutsstöd för hantering av samsjuklighet eller mångsjuklighet, även om det ofta uttrycks ett behov av sådana, och i arbetet med att utveckla dessa behövs mer kunskap om mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

## 1.2 Begreppen sjukdom, samsjuklighet och mångsjuklighet

Sjukdom är ett komplext begrepp, som definieras och operationaliseras på många olika sätt (39–41). I litteraturen används ofta de tre engelska begreppen *illness*, *disease* och *sickness* för att illustrera olika aspekter av det svenska begreppet sjukdom (39, 42, 43). Det svenska språket saknar bra motsvarigheter till dessa tre begrepp, och därför används ofta de engelska begreppen även när sjukdom beskrivs och diskuteras på svenska (44, 45). *Illness* brukar definieras som den sjuklighet en person själv beskriver, t.ex. smärta, yrsel, koncentrationssvårigheter, sveda, utslag, etc. Ofta är det utifrån en *illness* personer söker hälso- och sjukvård eller tar ställning till om man klarar av att arbeta en viss dag. *Disease* är den sjuklighet som det inom medicinsk vetenskap, vid en viss tidpunkt, finns diagnoser för. Detta förändras kontinuerligt i samband med att ny kunskap tillkommer. Det tredje begreppet, *sickness*, står för en annan aspekt av sjuklighet, nämligen den sociala roll eller sjukroll en person med *illness* eller *disease* tar eller ges i ett specifikt samhälle. Vad som betingar en sjukroll varierar med kultur och samhälle (46). En del av sjukrollen kan manifesteras i sjukfrånvaro. I figur 2 ges en schematisk bild av hur samband mellan de tre aspekterna av sjukdom kan beskrivas. All *illness* kan inte ges en diagnos och all sjuklighet i termer av *illness* eller *disease* innebär inte ett behov av att ta en sjukroll.

**Figur 2** En illustration av förhållandet mellan olika aspekter av sjukdom; illness, disease, sickness samt sjukfrånvaro.



Endast en liten del av den sjuklighet som personer har innebär alltså ett behov av att vara sjukfrånvarande, dvs. innebär nedläggning av arbetsförmågan på det sätt som illustrerades i figur 1 tidigare.

I den här rapporten är fokus inte på att vara sjuk utan att ha flera sjukdomar samtidigt. Många begrepp används för detta, och de vanligaste är samsjuklighet, mångsjuklighet, multisjuklighet och multipla hälsoproblem. Dessa begrepp är sällan tydligt definierade. De begrepp som används i litteraturen avser vanligen två områden, som delvis täcker varandra, dels samsjuklighet eller komorbiditet (*comorbidity* på engelska), dels mångsjuklighet, multisjuklighet (*multimorbidity* på engelska) eller multipla hälsoproblem (2–4, 47). Även andra begrepp används, såsom samförekomst av sjukdomar (*co-existing conditions*) (48). Olika författare och forskare definierar eller operationaliserar begreppen på olika sätt, och därmed finns det skillnader gällande vilken typ av sam- eller mångsjuklighet man avser i respektive studie eller publikation.

I litteraturen finns det ett flertal olika definitioner av samsjuklighet eller mångsjuklighet (3, 49). När samsjuklighet nämns utgår man ofta från en sjukdom, en så kallad indexsjukdom, som andra sjukdomar en person eventuellt har samtidigt kan anses bero på eller vara relaterade till. Mångsjuklighet eller multisjuklighet handlar vanligen mer generellt om vilka sjukdomar en person har samtidigt, utan att ställa dem i relation till varandra. Allmänt kan sägas att begreppen mång- eller multisjuklighet är bredare än samsjuklighet, dvs. definitionen innebär att fler sjukdomar eller

personer omfattas. I enskilda studier är detta dock inte självklart, då definitionen av vilka sjukdomar som faktiskt inkluderas kan variera stort. Enligt vissa definitioner avses t.ex. enbart samtidiga kroniska sjukdomar (2, 50).

De flesta studierna om sam- eller mångsjuklighet rör hittills äldre personer, eller personer med psykiska problem (3). Dessutom är oftast kroniska sjukdomar i fokus (3). Flera studier om samsjuklighet vid psykiska besvär avser samtidig förekomst av olika psykiska tillstånd, t.ex. missbruk och depression.

Det engelska uttrycket comorbidity (vanligtvis översatt till samsjuklighet på svenska, även om komorbiditet också används) kan uppfattas som samtidig förekomst av en eller flera (bi)diagnoser eller besvär i samband med en huvuddiagnos (här benämnd indexsjukdom). Feinstein uppfattade samsjuklighet på detta sätt, dvs. som förekomst av andra medicinska tillstånd som tillägg till en indexsjukdom (4). Samsjuklighet har i andra sammanhang studerats med avseende på bl.a. ökat vårdbehov eller ökad förekomst av bestående funktionsnedsättning (2).

Med ökad medellivslängd ökar även förekomsten av samsjuklighet i befolkningen, ofta i form av att äldre personer har flera kroniska sjukdomar samtidigt (3, 31). Dessa personer anges ofta ha multisjuklighet (multimorbidity) eller mångsjuklighet och har bl.a. studerats med avseende på livskvalitet (51).

Van Akker har definierat skillnaden mellan samsjuklighet och multisjuklighet så att samsjuklighet innebär att en kronisk sjukdom föreligger utöver indexsjukdomen medan multisjuklighet omfattar två eller fler kroniska sjukdomar utöver indexsjukdomen (2). Det saknas emellertid en enhetlig syn på vad som är samsjuklighet respektive multisjuklighet (34) och andra definitioner av mångsjuklighet är inte alls relaterade till någon indexsjukdom.

Att inte beakta samsjuklighet kan leda till att statistiska underlag för planering och för utvärdering av hälso- och sjukvård förlorar i relevans (4). Den i många länder tillämpade principen för beräkning av ersättningar för slutenvård, en princip som kallas diagnosrelaterade grupper (DRG), beaktar exempelvis förekomst av andra diagnoser utöver indexsjukdomen. Om en diagnos utöver indexsjukdomen förekommer, är vanligen ersättningen högre än om patienten enbart har indexsjukdomen (52). Kunskapen har ökat om att samsjuklighet kan medföra ökat behov av sjukvård, liksom sämre livskvalitet (2, 51). Detta leder fram till frågan om det finns vetenskapligt stöd för att samsjuklighet även påverkar de sociala

konsekvenserna av sjuklighet i termer av sjukfrånvaro, sjukersättning, eller om det, för dem som är sjukskrivna, påverkar möjlighet till återgång i arbete. I så fall bör detta beaktas vid planering av åtgärder, utformande av handlingsplaner samt bedömning av rätt till åtgärder och ersättning.

Förekomst av flera parallella sjukdomar (mångsjuklighet) är vanligt i befolkningen (31) och har rapporterats öka (53, 54). Det finns olika uppfattningar om huruvida det föreligger en faktisk ökning av samsjuklighet i slutenvård, eller om ökningen har påverkats av att ersättningssystem, t.ex. DRG, ger incitament till större noggrannhet att registrera samsjuklighet och därmed uppnå högre ersättning (55–57). Såväl prevalensen som incidensen i befolkningen av mångsjuklighet har även rapporterats öka med åldern (3, 58).

### 1.3 Forskning om samsjuklighet

I studier om behandling av specifika sjukdomar är det vanligt att exkludera personer som även har andra sjukdomar, för att kunna renodla studierna och bättre kunna bedöma om behandlingen eller rehabiliteringen har effekt. Det innebär dock att resultaten från denna typ av studier inte är generaliserbara till en stor del av patienterna inom vården (5, 50, 59), eftersom en stor del av patienterna, främst de äldre, har fler än en sjukdom och flera olika typer av besvär (60–62). Forskningen om samsjuklighet är outvecklad och flertalet forskningsrapporter fokuserar på äldre personer (3, 50, 63, 64). Det innebär att kunskapen om sam- eller mångsjuklighet bland personer i arbetsför ålder är extra knapphändig. Detta område är därför angeläget att undersöka. Vårt bidrag är att genomföra en systematisk litteraturoversikt för att kartlägga vilken forskning och kunskap som finns om samband mellan sam- och mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

Samband mellan sjuklighet (i en eller flera diagnoser) och sjukfrånvaro, sjukersättning eller återgång i arbete är synnerligen komplexa. I denna sammanställning ska samband förstås som tidsmässiga och statistiska samband, inte som orsakssamband. Det är också av vikt att framhålla att merparten av personers sjuklighet inte innebär behov av sjukfrånvaro. Merparten av de sjukdomar vi har innebär inte att vår arbetsförmåga påverkas eller påverkas till den grad att vi inte kan utföra vårt arbete och försörja oss. I vilken

utsträckning personer kan vara sjukfrånvarande och få ersättning vid sådan frånvaro beror även på hur försäkringssystemen är utformade i olika tidsperioder och länder. Trots att detta varierar finns det stora likheter mellan olika välfärdsstater gällande hur sjukförsäkringen utformats och tillämpas (11).

Förekomst av flera sjukdomar hos samma person är alltså vanligt (3, 31, 34). En frekvent typ av mångsjuklighet är att ha två eller flera sjukdomar från samma diagnosgrupp (t.ex. högt blodtryck och annan hjärtsjukdom eller depression och ångest). I denna översikt inkluderas dock bara studier där det finns data om huruvida personerna samtidigt har sjukdomar inom två olika diagnoskapitel enligt ICD 10 (1), antingen i form av samsjuklighet till en indexsjukdom eller generellt som mångsjuklighet. Begreppet mångsjuklighet inkluderar här även vad som vanligen avses med begreppet multisjuklighet eller multipla hälsoproblem.

#### **1.4 Varför bör man göra systematiska litteraturöversikter?**

Vi har alla en tendens att hitta och minnas de studier, som stämmer överens med vår egen uppfattning. En studie är dock inte tillräckligt för att fastställa att något *är* på ett visst sätt. Fler än en studie behövs, och först om flera studier av hög eller åtminstone tillräcklig vetenskaplig kvalitet visar resultat i samma riktning, och givet att det samtidigt inte finns andra studier som ger motstridiga resultat, kan man tala om att det finns vetenskapligt stöd eller så kallad vetenskaplig evidens för något.

En metod som alltmer används för att fastställa om det finns vetenskaplig evidens för ett resultat, är att göra systematiska sammanställningar av vetenskapliga studier inom ett område. Dessa sammanställningar eller översikter följer en strikt metodik för att identifiera, relevansbedöma, granska och kvalitetsbedöma resultaten av genomförda studier. Nästa steg är att analysera om resultaten i de studier som bedömts som relevanta och av tillräckligt god kvalitet, kan ligga till grund för slutsatser om vetenskaplig evidens med avseende på någon studerad frågeställning. För att kartlägga kunskapsunderlaget när det gäller samband mellan sjukfrånvaro och att ha flera sjukdomar har en sådan metod valts.

## 1.5 Syftet med denna litteraturöversikt

Syftet har varit att, genom en systematisk litteraturöversikt av vetenskapliga studier, få kunskap om eventuella samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro (i form av sjukfrånvaro, sjukersättning eller återgång i arbete). Syftet har även varit att få en översiktlig bild av vilken typ av studier som gjorts inom detta område.

## 2 Metod

Litteraturöversikten har genomförts enligt de kriterier som används av bl.a. SBU och Cochrane (65, 66). Översikten har gjorts i följande sju steg:

1. litteratursökning
2. relevansbedömning av identifierade studier
3. extrahering av data från de studier som bedömts som relevanta
4. kvalitetsbedömning av relevanta studier
5. kategorisering av de studier som bedömts ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas, utifrån typer av studier
6. sammanställning av resultat från de studier som bedömts ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas, bl.a. utifrån resultaten i föregående steg 5
7. bedömning av förekomst av vetenskaplig evidens för resultat från studier av tillräcklig kvalitet.

Nedan presenteras metoden utifrån dessa steg. Först presenteras de inklusionskriterier som användes vid sökningar och för relevansbedömningar av identifierade studier.

### 2.1 Inklusionskriterier

Litteraturöversikten omfattar studier som uppfyller följande tre *inklusionskriterier*:

- publicerade före april 2009 på något av språken engelska, franska, svenska, norska, danska, finska, tyska eller italienska i en vetenskaplig tidskrift som tillämpar referentbedömning



- redovisar data för personer i åldersspannet 18–65 år, dvs. åldersgrupper som vanligtvis omfattas av sjukförsäkringssystem
- redovisar data dels om sjukfrånvaro, sjukersättning eller återgång i arbete, dels om diagnoser hos samma person från minst två olika diagnoskapitel enligt det internationella klassifikationssystemet för sjukdomsdiagnoser; International Classification of Diseases, ICD-10 (se tabell 1 för en sammanställning av dessa kapitel) (1, 67).

Det senare innebär att studier där det endast fanns sjukdomsdata från ett och samma ICD-10 kapitel (t.ex. depression *och* alkoholmissbruk inom den övergripande gruppen psykiska sjukdomar, dvs. båda inom ICD Kapitel V) inte inkluderades i litteraturöversikten. Studier där komplikationer till indexsjukdomen klassificerades i en annan ICD-10 grupp (t.ex. ögonkomplikationer vid diabetes), och om dessa var de enda två diagnoser det presenterades data om, inkluderades inte heller i översikten.

**Tabell 1 De 22 övergripande diagnoskapitlen, enligt den internationella klassificeringen av diagnoser, ICD-10 (1, 67)**

Kapitel	Bokstav	Koder	Titel
I	A	A00-B99	Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar
II	C, D	C00-D48	Tumörer
III		D50-D89	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
IV	E	E00-E90	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar samt ämnesomsättningssjukdomar
V	F	F00-F99	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
VI	G	G00-G99	Sjukdomar i nervsystemet
VII		H00-H59	Sjukdomar i ögat och närliggande organ
VIII		H60-H99	Sjukdomar i örat eller i mastoidutsnittet
IX	I	I00-I99	Cirkulationsorganens sjukdomar
X	J	J00-J99	Andningsorganens sjukdomar
XI	K	K00-K99	Matsmältningsorganens sjukdomar
XII	L	L00-L99	Hudens och underhudens sjukdomar
XIII	M	M00-M99	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
XIV	N	N00-N99	Sjukdomar i urin- och könsorganen
XV	O	O00-O99	Graviditet, förlossning och barnsängstid
XVI	P	P00-P96	Vissa perinatale tillstånd
XVII	Q	Q00-Q99	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
XVIII	R	R00-R99	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes
XIX	S, T	S00-T98	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
XX		V01-Y98	Yttre orsaker till sjukdom och död
XXI	Z	Z00-Z99	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården
XXII		U00-U99	Koder för särskilda ändamål

## 2.2 De olika stegen i litteraturoversikten

Den systematiska litteraturoversikten genomfördes i sju steg, vilka presenteras nedan.

### 2.2.1 Sökning av studier

Vi sökte efter studier på två sätt, dels via sökningar i vetenskapliga litteraturlatabaser dels via sökningar från referenslistor i identifierade studier. Vi sökte först i litteraturlatabasen MEDLINE sedan även i PsychINFO via OVID<sup>1</sup>.

I tabell 2 listas de söktermer som användes för å ena sidan sjukfrånvaro, aktivitets- och sjukersättning (tidigare förtidspension) samt återgång i arbete, och å andra sidan samsjuklighet eller mångsjuklighet. Sökningar gjordes brett, bl.a. för titlar, *abstracts* (sammanfattningar), fulltext (fullständiga artiklar) och så kallade *keywords*.

**Tabell 2. Söktermer vid sökningar i vetenskapliga litteraturlatabaser**

Söktermer för sjukfrånvaro/ sjukersättning och återgång i arbete	Söktermer för samsjuklighet och mångsjuklighet
Sick leave (sick-leave)	Comorbidity <sup>a</sup>
Sickness absence	Multimorbidity)
Sick absence	Multi-morbidity
Sickness absent	Multi morbidity
Disability benefit	
Disability pension	
Return to work	
Return-to-work	
Incapacity benefit	
Insurance	

<sup>a</sup> Definition av comorbidity som MESH-term, dvs. övergripande sökterm i MEDLINE: "The presence of co-existing or additional diseases with reference to an initial diagnosis or with reference to the index condition that is the subject of study. Comorbidity may affect the ability of affected individuals to function and also their survival; it may be used as a prognostic indicator for length of hospital stay, cost factors, and outcome or survival."

<sup>1</sup> MEDLINE är en databas som bevakar medicinskt inriktade vetenskapliga tidskrifter. Den innehåller ca 15 miljoner artiklar från ca 5 000 av de ledande medicinska tidskrifterna i världen. Databasen uppdateras varje vecka, och är sökbar från 1950-talet och framåt. Den produceras av The National Library of Medicine i USA. För att även identifiera möjliga artiklar från andra typer av tidskrifter, t.ex. beteendevetenskapliga, söktes även via OVID, i MEDLINE (OVID MEDLINE samt Ovid OLDMEDLINE), PsychINFO och PsycARTICLES Full Text. PsychINFO bevakar främst psykologisk och beteendevetenskaplig litteratur. PsychINFO omfattar ca 2 450 tidskrifter från mer än 49 länder, är sökbar från och med 1887 och produceras av The American Psychological Association, USA. Databasen produceras av ProQuest Information and Learning and CSA Cambridge Information Group.

### 2.2.2 Relevansbedömning av identifierade studier

Varje identifierad studie relevansbedömdes, utifrån de ovan nämnda kriterierna. Titlar och abstracts för samtliga studier som identifierades i litteraturlöslaserna lästes och relevansbedömdes av Maarit Korkeila. För artiklar i referenslistor gjordes en initial bedömning baserat på titlarna.

Samtliga artiklar som bedömdes som möjligen relevanta beställdes i fulltext. Dessa bedömdes även av en av de andra två författarna alternativt av samtliga tre författare (oberoende av varandra). Om författarna gjorde olika bedömning av relevans diskuterades detta i gruppen tills konsensus uppnåddes. Om någon av författarna var medförfattare till en identifierad artikel medverkade inte den personen i relevansbedömningen.

### 2.2.3 Extrahering av data från inkluderade studier

Data extraherades från de artiklar som bedömdes som relevanta. I det arbetet användes den mall som togs fram för SBU:s rapport om sjukskrivning (11), efter viss modifiering (bilaga 2). Vi tog bl.a. fram uppgifter om studiedesign, syfte, vilka personer som inkluderats, typ av diagnoser, utfall, bortfall, analysmetoder och resultat. Dataextraktionen genomfördes av åtminstone två av författarna.

### 2.2.4 Kvalitetsbedömning av relevanta studier

Samtliga studier som bedömdes som relevanta enligt inklusionskriterierna, kvalitetsbedömdes enligt den checklista som togs fram för SBU-rapporten om sjukskrivning (se bilaga 2) (11). Följande fem aspekter av vetenskaplig kvalitet bedömdes i förhållande till syftet med litteraturlöslaserna:

- studiedesign
- bortfall
- bias
- analysmetod
- precision/utfall

Studiedesign kunde ges fem poäng, de andra fyra aspekterna kunde få upp till tre poäng vardera. Om någon av de fem aspekterna gavs noll poäng innebar det att hela studien fick noll poäng.

Minst två personer utförde, oberoende av varandra, en kvalitetsbedömning av varje studie som bedömts vara relevant. Överensstämmelse i kvalitetsbedömningarna har successivt testats med Kappa-analys. För ett mindre antal studier skilde sig bedömningarna åt, och dessa studier blev föremål för en förnyad bedömning av samtliga tre medförfattare. Respektive studie diskuterades sedan gemensamt tills överensstämmelse i bedömningen uppnåddes. Om någon av de tre medförfattarna medverkat i en relevant studie deltog inte den personen i kvalitetsbedömningen av den studien.

En central aspekt vid värdering av studiernas kvalitet är hur valida data är. När det gäller data om sjukfrånvaro och sjukersättning ansågs registerdata ha högre validitet än självrapporterade uppgifter (11).

Gällande sjukdom och diagnos bedömdes kliniskt fastställd diagnos ha högre validitet än självrapporterade uppgifter om sjukdom eller diagnos. När det gäller psykiska diagnoser används även vissa enkätinstrument eller frågebatterier för att kliniskt fastställa förekomst av t.ex. depression. I de fall där sådana instrument använts i intervjuer eller enkäter valde vi att definiera sjukligheten som kliniskt fastställd.

Baserat på antal poäng varje studie gavs bedömdes den antingen ha otillräcklig kvalitet eller tillräcklig kvalitet, det senare på tre olika nivåer. Följande kvalitetsgränser användes (0 representerar det sämsta utfallet, 17 representerar det bästa utfallet):

- *otillräcklig kvalitet*: 0–8 poäng, *eller* att någon av variablerna design, bortfall, bias, analysmetod eller precision fått noll poäng
- *låg kvalitet*: 9–11 poäng
- *måttlig kvalitet*: 12–14 poäng
- *hög kvalitet*: 15–17 poäng.

De studier som bedömdes ha tillräcklig kvalitet inkluderades i översikten. Om flera studier baserades på, och presenterade i det närmaste identiska data om det som var fokus i denna litteraturöversikt, inkluderades endast en av dessa studier.

### 2.2.5 Kategorisering av studier

När vi läste de identifierade och relevanta studierna stod det snart klart att de skilde sig åt avseende flera aspekter. Vi gjorde en kategorisering av de inkluderade studierna där olika kategorier prövades för att hitta användbara verktyg inför nästa steg i processen. Detta moment hade vissa inslag av kvalitativ analys.

### 2.2.6 Sammanställning av resultat från inkluderade studier

Vi sammanställde resultaten från de studier som bedömdes ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas. Sammanställningen baserades bl.a. på resultaten från föregående steg, dvs. resultaten presenteras inom respektive identifierad kategori av studie.

### 2.2.7 Evidensgradering av kunskapsläget

Det finns olika metoder för att bedöma om de sammanställda resultaten från relevanta studier av tillräckligt hög kvalitet kan ligga till grund för vetenskapligt stöd för någon aspekt, ofta benämnt evidens. En sådan metod kallas *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* (68), och syftar till att leda fram till en sammanvägd evidens. GRADE är huvudsakligen tillämplig för behandlingsstudier och då i första hand på randomiserade kontrollerade studier. Som framgår i resultatdelen nedan saknas emellertid sådana studier inom det område litteraturöversikten fokuserar på, och därför kunde inte GRADE tillämpas.

Med metaanalys kan resultat från liknande studier läggas samman för att bl.a. visa den beräknade vägda effektstorleken av inkluderade studier med beaktande av förekommande varians i studierna (69). Metaanalys innebär att resultat även från mindre studier kan bidra till kunskapsmassan. Metoden förutsätter att det föreligger relativt stor överensstämmelse mellan använda principer för att definiera olika tillstånd av samsjuklighet, eller att indexsjukdomarna är lika. Metoden kräver även viss likhet i hur sjukfrånvaro har definierats. Då det förelåg stor heterogenitet avseende dessa faktorer bland de studier som inkluderades i litteraturöversikten, ansågs inte metaanalys utgöra en relevant metod för att pröva förekomst av evidens (70).

En traditionell princip för bedömning av evidens, baseras på om studier med bättre studiekvalitet visar resultat i samma riktning (71). Vi utgick från denna princip och valde samma modell för evidensgradering som användes i SBU-rapporten om sjukskrivning, från år 2003 (11). Evidens definierades enligt följande principer (i vårt fall avseende observationsstudier):

- *evidensstyrka 1, starkt vetenskapligt stöd*: minst två studier av hög studiekvalitet eller god systematisk översikt, och där resultaten går i samma riktning
- *evidensstyrka 2, måttligt starkt vetenskapligt stöd*: minst tre studier, varav en av hög och två av måttlig studiekvalitet, och där resultaten går i samma riktning
- *evidensstyrka 3, begränsat vetenskapligt stöd*: minst två studier av måttlig kvalitet eller minst fem studier av låg studiekvalitet, och där resultaten går i samma riktning
- *evidens saknas*, antingen p.g.a. att det ännu finns för få studier eller p.g.a. att det finns flera studier men att resultaten från dem går i olika riktning.

Vi kompletterade detta med att sammanställa resultaten i tabeller eller matriser, vilka visar studiernas kvalitet i relation till eventuella samband. Motsvarande matriser användes i SBU-rapporten Demenssjukdomar, kapitlet om riskfaktorer för demenssjukdomar (71).

## 3 Resultat

I detta kapitel presenteras först övergripande resultat, vad avser relevansbedömning, kvalitetsbedömning och kategorisering av studier. Därefter följer en sammanfattning av studier med fokus på de viktigaste resultaten av litteraturöversikten vad avser samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

### 3.1 Inkluderade studier; identifiering, relevansbedömning och kvalitetsbedömning

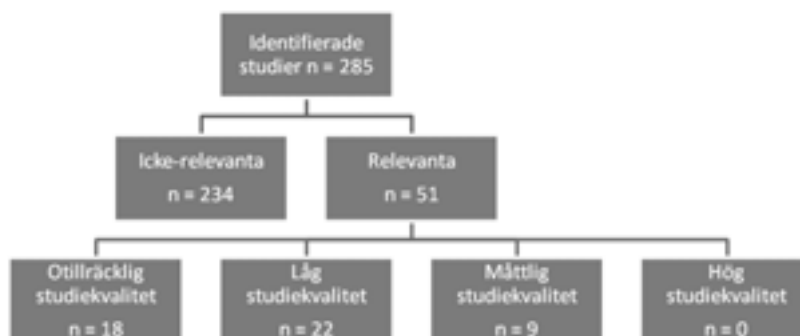
Vid sökningarna, när dubletter exkluderats, identifierades 1 061 studier. Av dessa bedömdes flertalet inte vara relevanta, baserat på titel och abstract, medan 285 beställdes i fulltext för ytterligare bedömning. Vid relevansbedömning av dessa 285 studier bedömdes 51 studier vara relevanta enligt kriterierna i avsnitt 2.1 (figur 3). Det innebär att de flesta identifierade studier inte uppfyllde inklusionskriterierna.

I kvalitetsbedömningen av de 51 relevanta studierna bedömdes ingen studie ha hög studiekvalitet. Nio studier (48, 72–79) bedömdes ha måttlig studiekvalitet och 24 studier (80–103) bedömdes ha låg studiekvalitet. De övriga 18 studierna bedömdes ha otillräcklig studiekvalitet. Dessa 18 studier (104–121) exkluderades. I tre (100–102) av de 24 studierna av låg kvalitet, presenterades liknande, övergripande resultat om samsjuklighet för i princip samma studiedeltagare. Av dessa tre studier inkluderades den studie (100) som innehöll mest detaljerad information för flest deltagare avseende just samsjuklighet. Detta val var inte relaterat till studiernas kvalitet (samtliga tre bedömdes ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas).

Detta innebär att det i denna litteraturöversikt ingår 31 studier, varav 9 studier är av måttlig och 22 studier av låg kvalitet (se figur 3).

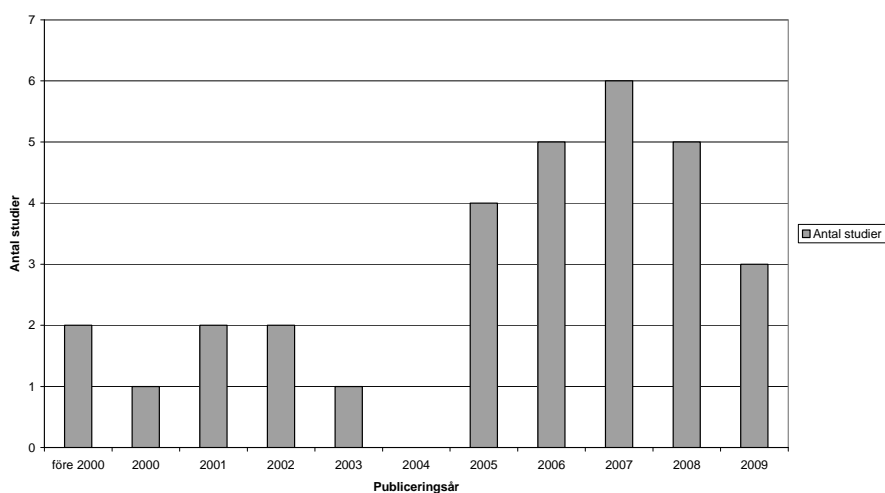


**Figur 3** Antal studier som identifierades samt resultat av relevans- och kvalitetsbedömning



Av de 31 inkluderade studierna publicerades 29 under 2000-talet, varav 23 från och med 2005 och framåt (figur 4). Det är alltså främst under de senaste åren som studier om detta publicerats.

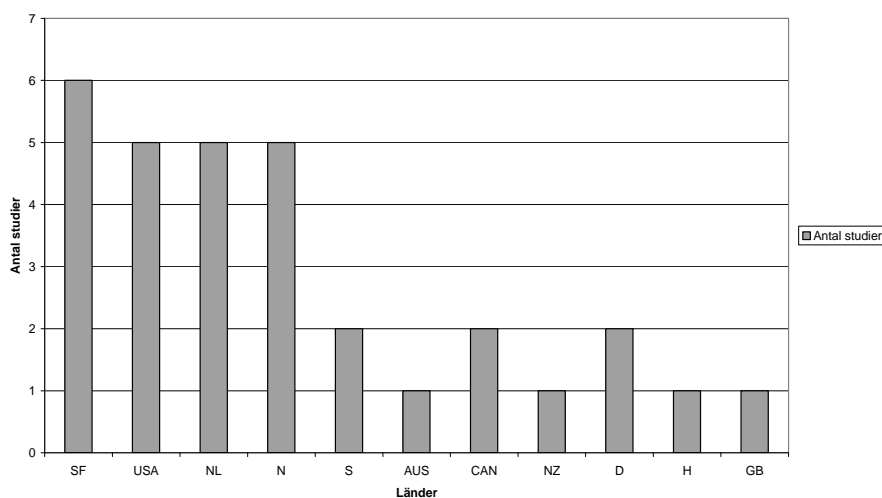
**Figur 4** Antal studier, av de 31 inkluderade, som publicerats under respektive år



Majoriteten av de inkluderade studierna (22 av 31 studier, dvs. 71 %) är genomförda i olika Europeiska länder och nära hälften (13 av 31 studier, dvs. 42 %) är från länder i Norden (figur 5). Ingen av studierna innehöll data från mer än ett land. Fyra (86, 92, 94, 98) av

de fem studierna från Norge utgår från ett och samma material, liksom fyra (48, 73, 75, 76) av de sex inkluderade studierna från Finland. Även i två av studierna från USA användes delvis samma population (79, 95). Även om samma population är studerad är det dock stora skillnader mellan de studierna, vad avser syfte och de data om sjuklighet och sjukfrånvaro som presenteras, vilket är orsaken till att vi bedömde att det var relevant att inkludera samtliga av dessa studier. Så var dock, som ovan nämnts, inte situationen när det gällde tre andra studier (100–102), som baserades på samma grupp långtidssjukskrivna patienter. I de studierna presenterades liknande resultat vad avser det som denna litteraturöversikt fokuserar på: patienternas samsjuklighet.

Figur 5 Antal inkluderade studier från olika länder.



Endast i 11 (48, 73, 76, 78, 81, 86, 88, 89, 95, 100, 103) av de 31 inkluderade studierna, dvs. i 35 procent av dem, nämndes analys av samsjuklighet som ett uttalat syfte med studien. I övriga studier presenterades sådana data i resultatdelen utan att det uttrycktes explicit i syftet.

## 3.2 Kategorisering av studier inom området

De inkluderade studierna skilde sig åt på flera grundläggande sätt och kategoriserades utifrån dessa aspekter. En typ av övergripande kategori var vilken studiedesign som använts. En annan kategori gällde vilken typ av studiepopulation som använts och en tredje var det tidsmässiga förhållandet mellan data om diagnos och sjuk-skrivning. Dessutom skilde sig studierna åt avseende vilken typ av data om sjukfrånvaro som användes respektive vilka diagnos-grupper som inkluderats.

### 3.2.1 Kategorisering utifrån typ av studiedesign

När det gäller typ av studiedesign var samtliga inkluderade studier observationsstudier, dvs. ingen av dem var en interventionsstudie eller ett kontrollerat försök. Bland observationsstudier brukar man skilja på tvärsnittsstudier och longitudinella studier. Den senare typen anses ofta ha högre kvalitet. Majoriteten inkluderade studier, 20 stycken dvs. 65 procent, var longitudinella i form av prospektiva kohortstudier (dvs. en definierad grupp personer, en kohort, följs över tid från när personerna inkluderades). Tio av de inkluderade studierna var tvärsnittsstudier, och en studie var en fall/kontrollstudie.

### 3.2.2 Kategorisering utifrån typ av studiepopulation

Det förekom tre typer av studiepopulationer i studierna, dvs. valet av de personer som skulle studeras hade baserats på tre olika kriterier. Antingen inkluderades deltagaren

1. i sin egenskap av patient
2. i egenskap av att vara anställd på inom en viss typ av företag eller organisation
3. genom att tillhöra en viss geografiskt och åldersmässigt definierad befolkning.

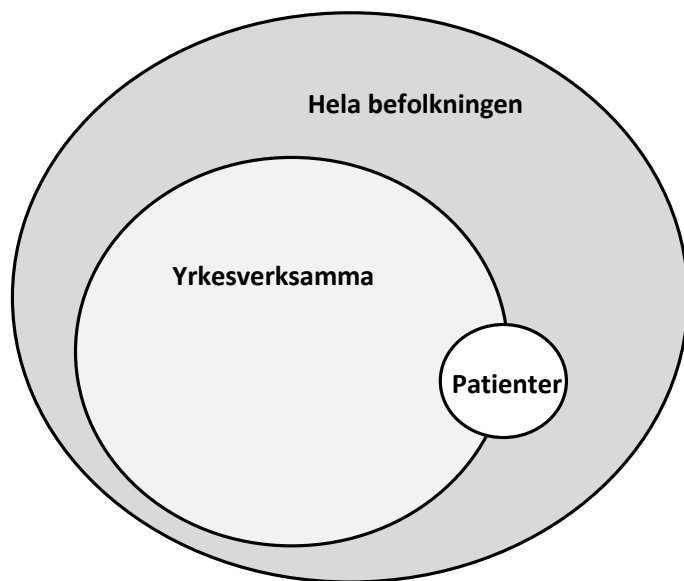
Förhållandet mellan dessa tre studiepopulationer illustreras i figur 6. I det första fallet valdes deltagarna i studien bland personer som var patienter vid en viss klinik eller som hade en viss diagnos, enligt

t.ex. ett register, såsom cancerregistret. I det andra fallet inkluderades personer som arbetade på en viss typ av arbetsplatser, t.ex. statsanställda i London, anställda vid en transportmyndighet i USA eller offentligt anställda i vissa finska städer. I det tredje fallet inkluderades personer, eller ett urval av personer, som bodde i ett visst geografiskt område och var i arbetsföra åldrar.

Den senare typen av studier brukar kallas befolknings- eller populationsbaserade studier och anses inte vara behäftade med samma typ av selektion som de två föregående. Personer som är yrkesverksamma har t.ex. oftast lägre grad av sjuklighet (på grund av den så kallade "healthy worker effekten" – dvs. att det är de friskaste som arbetar (122)). Det innebär att de möjligen har lägre grad av sam- eller mångsjuklighet än andra personer, eller att deras sam- eller mångsjuklighet inte har så stor effekt på deras arbetsförmåga som för dem som inte är yrkesarbetande. Det kan även ske ett urval av vilka som är patienter vid en viss klinik, både utifrån om man söker vid denna klinik i stället för vid en annan, eller om man över huvud taget har råd själv eller enligt gällande försäkrings-system, att söka vård.

De flesta av de inkluderade studierna var antingen studier av anställda eller av patienter. I populationsstudierna inkluderades i de flesta fall endast de personer som var yrkesverksamma.

**Figur 6** Illustration av förhållandet mellan de tre typer av populationer som använts i de inkluderade studierna



### 3.2.3 Kategorisering utifrån tidsmässigt samband mellan diagnos och sjukfrånvaro

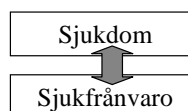
Ytterligare en tydlig skillnad mellan studierna gällde det tidsmässiga sambandet mellan diagnos och sjukfrånvaro. Tre kategorier av studier kunde identifieras utifrån denna aspekt. Vi har valt att kalla dessa kategorier A, B och C. I kategori A-studierna föregick data om sjukdom eller diagnos tidsmässigt data om sjukfrånvaro (figur 7). Det innebär att A-studierna belyste hur sam- eller mångsjuklighet är associerad med risk för framtida sjukfrånvaro eller sjukersättning. Majoriteten av studierna, 20 stycken eller 65 procent, hörde till denna grupp, och ytterligare tre studier hade sådana inslag (93, 98, 103). Åtta av studierna var av kategori B, dvs. data om diagnos och sjukskrivning gällde samma tidpunkt, alternativt var bara sjukskrivna personer inkluderade i studien (100). I några av kategori B-studierna var utfallsmåttet återgång i arbete, dvs. andel personer som återgått i arbete. Få studier tillhörde kategori C, dvs. studier där data om sjukfrånvaron eller sjukersättningen kom före det att sjukligheten mättes. Endast en studie hade enbart en sådan design (85) och i tre studier fanns sådana inslag (93, 98, 103).

**Figur 7** Tre identifierade kategorier av studier om sam- eller mångsjuklighet, utifrån det tidsmässiga sambandet mellan när information om sjuklighet respektive information om sjukfrånvaro (sjukfrånvaro, sjukersättning, alternativt återgång i arbete) har inhämtats

**Kategori A:** Data om personers sjuklighet föregår data om deras sjukfrånvaro



**Kategori B:** Data om personers sjuklighet och sjukfrånvaro inhämtas samtidigt



**Kategori C:** Data om personers sjukfrånvaro föregår data om deras sjuklighet



Dessa tre kategorier används i resten av rapporten. I tabell 3 har de inkluderade studierna klassats utifrån typ av studiepopulation och

kategori av studie (A, B eller C). Drygt hälften, dvs. 17 av de 31 studierna, var baserade på olika patientgrupper. Av de populationsbaserade studierna var det bara tre som täckte hela befolkningen. Övriga studier inkluderade enbart dem som vid undersökningstillfället var i arbete. Dessa studier är dock bredare och behäftade med mindre grad av selektion än de studier där inklusionen baserades på att vara anställd vid en viss typ av verksamhet, vilket var fallet i sju av studierna (tabell 3).

**Tabell 3 De 31 inkluderade studierna, indelade efter typ av studie (A/B/C), studiens vetenskapliga kvalitet (hög/måttlig/låg) respektive typ av studiepopulation (population/yrkesverksamma/patienter).**

Typ av studie (A/B/C) <sup>1</sup>	Studiekvalitet (Hög/Måttlig/Låg)	Typ av studiepopulation		
		Allmän befolkning	Yrkesverksamma/ anställda vid visst verksamhet	Patienter
A	Hög	-	-	-
A	Måttlig	-	Hemingway (73) Kivimäki (75) Kivimäki (76) Nordin (78) Mäki (48)	Holtslag (74) Glozier (72) Kuijpers (77)
A	Låg	Hagen (86) <sup>1</sup> Mykletun (94)	Pell (80)	Burgdorf (96) Busch (81) Isometsä (83) Gjeruldsen (87) Kristen (99) Simpson (90) van der Mei (97) Vucetic (82)
B	Hög	-	-	-
B	Måttlig	-	-	Mayer (79)
B	Låg	Buist-Bouwman (88) D'Souza (91) <sup>1</sup> Fiene (92) <sup>1</sup>	Druss (84)	Dersh (95) Rytsälä (89) Linder (100)
C	Hög	-	-	-
C	Måttlig	-	-	-
C	Låg	-	-	Savard (85)
A+C	Hög	-	-	-
A+C	Måttlig	-	-	-
A+C	Låg	Overland (98) Vamos (103) <sup>1</sup>	-	Kremer (93)

<sup>1</sup> Se figur 7

<sup>2</sup> I dessa befolkningsbaserade studier har endast yrkesverksamma personer inkluderats i analyserna

### 3.2.4 Kategorisering utifrån data om sjukfrånvaro

På en övergripande nivå förekom det tre typer av aspekter av sjukfrånvaro i studierna: antingen sjukfrånvaro, eller återgång i arbete när man är sjukfrånvarande, eller permanent sjukfrånvaro, dvs. sjukersättning (tidigare kallat förtidspension).

Det fanns, som ofta i studier om sjukfrånvaro (11, 123–125), ett brett spektra av olika mått för sjukfrånvaro. Till exempel redovisades andel personer som varit sjukskrivna (generellt), som varit sjukskrivna ett visst antal dagar, som haft sjukskrivning i fall som varat ett visst antal dagar, eller som i genomsnitt hade fler sjukskrivningsdagar än andra. När det gällde återgång i arbete bland personer som var sjukskrivna redovisades ibland andelen som återgått i arbete, ibland andelen som återgått i arbete inom en viss tid, t.ex. 6 månader, och ibland hur snart man återgått i arbete. Denna stora variation i mått försvårar betydligt möjligheterna att jämföra resultaten mellan studierna (11, 126). Även definitioner avseende sjukfrånvaro varierade, t.ex. av vad som betraktades som lång sjukfrånvaro. I vissa studier definierades långa sjukskrivningsfall som fall som var längre än tre dagar, och i andra studier gällde detta fall som var längre än ett år.

### 3.2.5 Kategorisering utifrån diagnoser och diagnosgrupper

Som framgår av bakgrundskapitlet, används begreppet indexsjukdom ofta i studier och diskussioner om samsjuklighet. Detta innebär ofta att man utgår från att en viss sjukdom, indexsjukdomen, föregår andra sjukdomar. I flera av de inkluderade studierna var utgångspunkten en viss sjukdom, eller personer med en viss sjukdom, t.ex. hepatit eller lungsjukdom. För dessa personer studerades vanligen om det finns ett samband med om de har samsjuklighet, dvs. om de även har andra sjukdomar, och framtida sjukfrånvaro.

I flertalet av de inkluderade studierna utgick man på detta sätt från en indexsjukdom, med undantag för endast tre studier (88, 91, 100). I de tre studierna har data om olika besvär och sjukdomar insamlats och analyserats generellt. Vi valde att kalla dessa tre för studier av mångsjuklighet.

Som framgick av bakgrundskapitlet, kan man i alla studier av sjuklighet ifrågasätta validiteten i diagnoser. Vi valde att skilja på

diagnoser som är självrapporterade och diagnoser som är kliniskt fastställda, av t.ex. en läkare. I tabell 4 presenteras en sammanställning av huruvida informationen om indexsjukdomen respektive samsjukligheten baserades på klinisk undersökning eller var självrapporterad i de inkluderade studierna. Som nämndes i metoddelen, valde vi att även klassificera diagnoser som kliniskt fastställda om de baserades på svar från enkäter där man använt samma instrument som används i kliniska sammanhang för fastställande av diagnos. I 17 av studierna hade såväl indexsjukdom som samsjuklighet diagnostiserats kliniskt. I nio studier var indexsjukdomen kliniskt fastställd men däremot inte samsjukligheten. Information om samsjukligheten hade ofta erhållits i form av enkätsvar. En studie (92) hade ingen kliniskt fastställd indexsjukdom men kliniskt fastställd samsjuklighet. I ytterligare en studie (86) var varken indexsjukdom eller samsjuklighet kliniskt fastställd. Slutligen kunde tre studier (88, 91, 100) snarare anses beskriva mångsjuklighet än samsjuklighet, då ingen indexsjukdom fanns angiven.



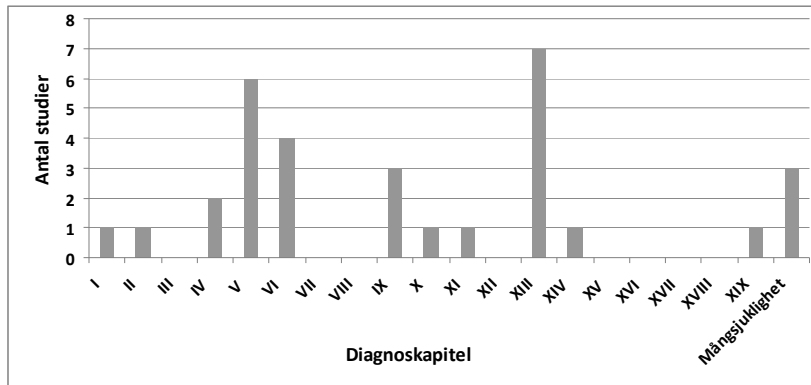
**Tabell 4** Inkluderade studier där indexsjukdomen respektive samsjukligheten var kliniskt fastställd respektive ej kliniskt fastställd (*kursiv stil* anger studie av måttlig studiekvalitet)

		Indexsjukdom		
		Kliniskt fastställd	Ej kliniskt fastställd	Indexsjukdom anges ej
<b>Samsjuklighet</b>	Kliniskt fastställd	Busch (81)	Fiane (92)	Linder (100)
		Dersh (95)		
		Gjeruldsen (87)		
		<i>Glozier (72)</i>		
		<i>Hemingway (73)</i>		
		Isometsä (83)		
		<i>Kivimäki (76)</i>		
		<i>Kivimäki (75)</i>		
		Kristen (99)		
		<i>Mayer (79)</i>		
		Mykletun (94)		
		<i>Mäki (48)</i>		
		<i>Nordin (78)</i>		
		Rytsälä (89)		
		Savard (85)		
		Simpson (90)		
		Vucetic (82)		
	van der Mei (97)			
	Ej kliniskt fastställd	Burgdorf (96)	Hagen (86)	Buist-Bouwman (88)
		Druss (84)		D'Souza (91)
		<i>Holtslag (74)</i>		
		Kremer (93)		
		<i>Kuijpers (77)</i>		
		Overland (98)		
		Pell (80)		
		Rytsälä (89)		
		Vamos (103)		

Den indexsjukdom, enligt ovanstående användning av ordet, som flest studier utgick från var muskuloskeletala besvär, dvs. besvär från rörelseorganen: leder, muskler eller bindväv (ICD-10, kapitel XIII) (figur 8). Detta gällde 7 av de 28 studierna, dvs. 25 procent av studierna med en indexsjukdom (3 av 31 studier utgick, som tidigare nämnts, inte från en indexsjukdom). Därefter följde psykiska

besvär, kapitel V (6 av 28 studier, dvs. 21 %) och nervsystemets sjukdomar, kapitel VI (4 av 28 studier, dvs. 14 %). Det innebär att mer än två tredjedelar av indexsjukdomarna i studierna finns inom tre diagnosgrupper. Fördelningen av indexsjukdomar med psykiska sjukdomar respektive muskuloskeletala sjukdomar som största grupper motsvarar fördelningen vid sjukskrivning i Sverige liksom i de flesta andra industrialiserade länder (11, 13).

**Figur 8** Antal studier inom respektive diagnoskapitel, enligt ICD10, utifrån indexsjukdomen. Det diagnoskapitel som respektive romersk siffra representerar framgår av tabell 1



I tabell 5 har vi sammanställt de olika studierna utifrån typ av indexsjukdom i förhållande till kategori av studie; dvs. typ A, B eller C (se figur 7 för förklaring av A, B respektive C). I tabellen, liksom i figur 8, framgår även att det inte fanns några studier inom flera av diagnoskapitlen, vad avser indexsjukdom som studien utgick från.

**Tabell 5 Sammanställning av de inkluderade studierna i förhållande till typ av indexsjukdom och typ av studie (A/B/C)(för typ av studier, se figur 7). (Studier av mätlig studie kvaliteten = kursiv stil)**

Indexdiagnos		Typ av studie		
ICD-kapitel		Kategori A	Kategori B	Kategori C
I – XIX.	Sjukdomsnamn; bokstavskoder	Data om sjuklighet före data om sjukfrånvaro	Data om sjukfrånvaro och sjuklighet samtidigt	Data om sjukfrånvaro före sjuklighet
I.	Infektionssjukdomar; A00–B99	Gjeruldsen (87)		
II.	Tumörer; C00–D48			Savard (85)
III.	Blodets sjukdomar; D50–D89			
IV.	Endokrina sjukdomar; E00–E90	<i>Kivimäki (76)</i> Vamos (103) <sup>1</sup>		Vamos (103) <sup>1</sup>
V.	Psykiska sjukdomar; F00–F99	Isometsä (83) Mykletun (94) Overland (98) <sup>1</sup> Pell (80)	Druss (84) Rytsälä (89)	Overland (98) <sup>1</sup>
VI.	Nervsystemets sjukdomar; G00–G99	Busch (81) <i>Glozier (72)</i> <i>Mäki (48)</i>	Fiane (92)	
VII.	Sjukdomar i ögat; H00–H59			
VIII.	Sjukdomar i örat; H60–H99			
IX.	Cirkulationsorganens sjukdomar; I00–I99	<i>Hemingway (73)</i> Kristen (99) <sup>2</sup> Simpson (90)		
X.	Andningsorganens sjukdomar; J00–J99	Kremer (93) <sup>1</sup>		Kremer (93) <sup>1</sup>
XI.	Matsmältningsorganens sjukdomar; K00–K99	Burgdorf (96)		
XII.	Hudens sjukdomar; L00–L99			
XIII.	Muskuloskeletal sjukdomar; M00–M99	Hagen (86) <i>Kivimäki (75)</i> <i>Kuijpers (77)</i> <i>Nordin (78)</i> Vucetic (82) van der Mei (97) <sup>2</sup>	Dersh (95) <i>Mayer (79)</i>	
XIV.	Sjukdomar i urin- och könsorgan; N00–N99			
XV.	Graviditet, förlossning; O00–O99			
XVI.	Perinatale tillstånd; P00–P96			
XVII.	Medfödda missbildningar; Q00–Q99			
XVIII.	Symtom, sjukdomstecken; R00–R99			
XIX.	Skador, förgiftningar; S00–T98	<i>Holtslag (74)</i>		
XXI.	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården Z00–Z99 <sup>1</sup>			
	<i>Kombinationer: Mångsjuklighet, dvs. indexsjukdom anges ej</i>		Buist- Bouwman (88) D'Souza (91) Linder (100)	

<sup>1</sup> Tre av studierna (93, 98, 103) kunde kategoriseras som både A och C studier, varför de förekommer på två ställen i tabellen.

<sup>2</sup> De Z-koder som är aktuella här handlar om transplantationer, dels hjärttransplantationer (99) dels njurtransplantationer (97). Då båda dessa typer av transplantation har föregåtts av sjukdom i respektive organ, kodade vi dem som hjärtsjukdom, I, respektive njursjukdom, N.

Psykisk sjuklighet ingick i 25 av studierna, dvs. i 81 procent av dem, antingen som indexsjukdom eller som samsjuklighet. Endast i sex studier ingick inte psykisk sjukdom. Fem av dessa studier (74, 81, 90, 97, 99) hade återgång i arbete som utfallsmått, och en studie (86) hade sjukersättning som utfallsmått. Vilken metod som användes för att fastställa förekomst av psykisk sjuklighet varierade mycket mellan studierna. I tabell 6, bilaga 3, har vi sammanställt de olika metoder som använts. Majoriteten av studierna, 20 stycken, hade kliniskt fastställda psykiska diagnoser där validerade instrument använts. I fyra av studierna var diagnosen inte fastställd med ett validerat instrument (80, 82, 87, 93). De två psykiska diagnoser som oftast ingick i studierna var depression och ångest (se tabell 6, bilaga 3). I två studier var sömnbesvär i fokus (85, 98) och i fem studier (78, 80, 82, 87, 93) hade typen av psykiska besvär inte närmare definierats.

Metoderna för att bestämma samsjuklighet i form av somatisk sjukdom varierade också, postenkät var vanligast förekommande.

Totalt var 143 120 personer inkluderade i de 31 studierna, med hänsyn tagen till att samma population, helt eller delvis, ingick i flera av studierna – dvs. i den siffran ingår varje person endast en gång även om hon eller han förekommer i flera studier. Andelen kvinnor bland deltagarna framgick inte i alla studier. Av de studier där andelen framgick var totalt 55 procent av deltagarna kvinnor.

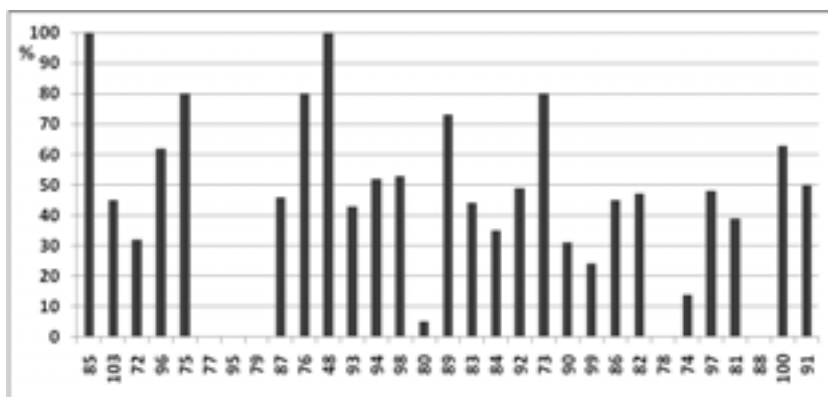
I studierna där psykisk sjukdom ingick, som samsjuklighet, indexsjukdom eller mångsjuklighet, var 58 procent av deltagarna kvinnor. Återigen – andelen kvinnor framgick inte i alla studier. I de sex studierna där psykiska diagnoser inte ingick var andelen kvinnor 44 procent.

I figur 9a visas andelen kvinnor av deltagarna i de inkluderade studierna. Kvinnor ingick i alla studier – men andelen kvinnor framgick inte i alla och därför saknas staplar för några av studierna. I figur 9b visas andelen deltagare som hade den typ av samsjuklighet som studerades i respektive studie. Som framgår, varierar andelen mycket, både beroende på studiegruppen och på den typ av sjuklighet som studerades. I de studier som baserades på en patientgrupp var andelen med samsjuklighet självklart större då alla inkluderade hade åtminstone en sjukdom (det var själva inklusionskriteriet).

I figur 9c har data från 9a och b lagts samman. För inkluderade studier (oavsett typ och studiestorlek) föreligger inget eller ett

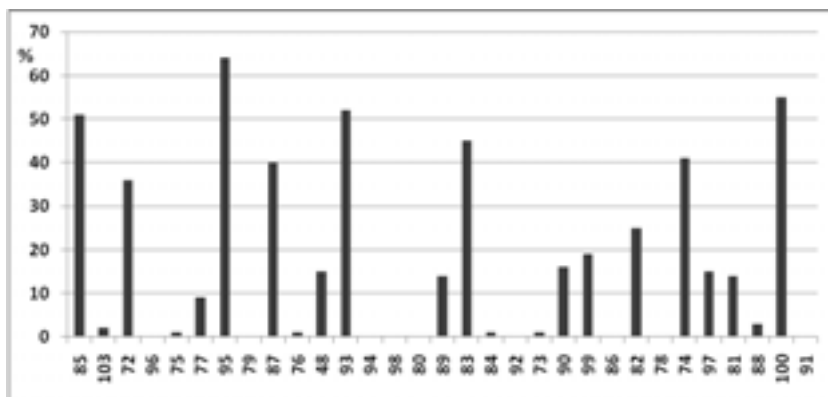
mycket begränsat samband mellan andel kvinnor i respektive studie och andelen personer med samsjuklighet ( $R^2_{adj} = -0,062$ ).

**Figur 9a** Andel kvinnor bland deltagarna i var och av de 31 studierna<sup>1</sup>



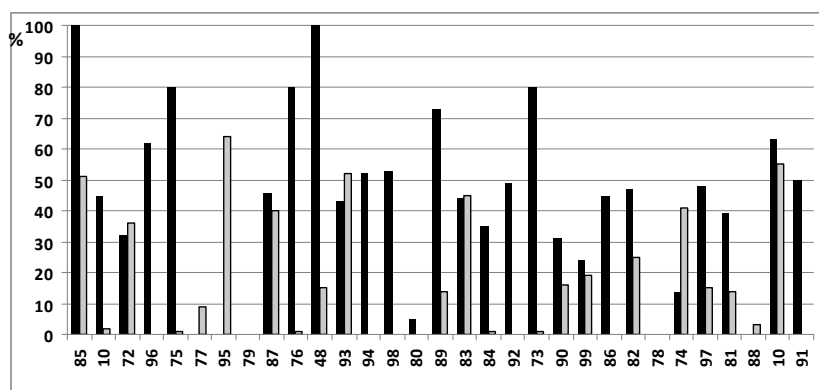
<sup>1</sup> För fyra av studierna saknas uppgift om andel kvinnor, varför andel ej ges. Numren under varje stapel avser studiens referensnummer i referenslistan

**Figur 9b** Andel av deltagarna som hade samsjuklighet enligt respektive studiers mått på samsjuklighet<sup>1</sup>



<sup>1</sup> För nio av studierna saknas uppgift om denna andel). Numren under varje stapel avser studiens referensnummer i referenslistan.

**Figur 9c** Andel kvinnor respektive andel personer med samsjuklighet i var och en av de 31 inkluderade studierna<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Dessa uppgifter fanns dock inte för alla studier. Numren under varje stapel avser studiens referensnummer i referenslistan. Figur 9c är en kombination av figur 9a och 9b.

De inkluderade studierna har sammanfattats i tabell 9, bilaga 3. Följande information extraherades för var och en av studierna: författare, land, publikationsår, syfte, studiepopulation, deltagare, bortfall, de diagnoskapitel, enligt ICD-10 (1, 67), som det presenterades data om, studiedesign, typ av data, insamlingsår, utfallsvariabler, uppföljningstid, eventuella statistiska justeringar som gjorts i analyserna, resultat av intresse utifrån översiktens syfte samt studiekvalitet och studiekategori.

I tabell 9, Bilaga 3, listas först studierna av måttlig kvalitet, (först kategori A-studierna av måttlig kvalitet, i bokstavsordning efter försteförfattarens efternamn, därefter kategori B-studien av måttlig kvalitet). Sedan listas studierna av låg kvalitet (först kategori A-studierna av låg kvalitet, följda av kategori B-studierna och sist kategori C studier), inom varje kategori och efter författarnamn i alfabetisk ordning. Varje studie beskrivs endast en gång. Tre studier bedömdes ha data som motsvarade både kategori A och C – dessa tre återfinns under kategori A.

I tabell 10, bilaga 3 sammanfattas resultaten från denna översikt vad gäller samband mellan mång- eller samsjuklighet, utifrån motsvarande principer. I den tabellen framgår även andel personer med samsjuklighet och andel kvinnor i studiegruppen, dvs. de siffror som ligger till grund för figurerna 9a-c. I tabell 11a-c, bilaga 3 har resultaten från studierna sammanställts

utifrån typ av indexsjukdom (somatisk alternativt psykisk sjukdom) och typ av samsjuklighet.

### 3.3 Sammanfattningar av studierna

Nedan sammanfattas de inkluderade studierna, listade efter indexsjukdom, enligt kapitlen i ICD-10 (tabell 1) (1, 67). De tre studierna som inte utgick från en indexsjukdom sammanfattas under psykiska sjukdomar, då sådana var centrala i alla dessa tre studier.

#### 3.3.1 Studie om infektionssjukdomar (Kapitel I)(B)

I en prospektiv longitudinell (25 år) studie från Norge inkluderades drogmissbrukare med Hepatit C för analys av andel som fått sjukersättning respektive andel som återgått i arbete (87). Av dem som fortfarande levde efter 25 år, arbetade 39 procent, och en lika stor andel hade sjukersättning på grund av olika medicinska diagnoser, främst psykiska diagnoser.

#### 3.3.2 Studier om tumörsjukdomar (Kapitel II)(C,D)

Samsjuklighet, definierad som sömnbesvär (insomnia) i samband med behandling av bröstcancer, analyserades i en studie från Frankrike, där sjukfrånvaro var en av flera studerade faktorer (85). Uppgifter om sömnstörning från behandlade kvinnor inhämtades med hjälp av telefonintervjuer. Sömnbesvär var en av flera riskfaktorer för sjukfrånvaro (OR 14,1; K.I. 1,1–173,8). Som framgår av dessa siffror var inte bara OR mycket hög, dvs. 14; osäkerheten i den siffran var också hög vilket framgår av det mycket vida konfidensintervallet. De som fick cellgiftsbehandling, som ofta har många biverkningar och som ofta ges vid allvarigare bröstcancer-sjukdom, hade också högre OR för sjukfrånvaro (4,3; K.I. 1,7–10,7) medan de som fått besked om en lindrigare cancerform än befarat hade en betydligt lägre risk för sjukfrånvaro (OR 0,46; K.I. 0,24–0,88).

### 3.3.3 Studier om endokrina sjukdomar (Kapitel IV)(E)

I en stor kohort av personer anställda i offentlig verksamhet i tio finska städer studerades de som besvarat en enkät om sjuklighet och tillåtet registerutdrag om sjukfrånvaro (76). De följdes upp under ett år med avseende på sjukfrånvaro i sjukfall som varade mer än tre dagar. I Finland behövs ett sjukintyg från läkare efter tre dagars sjukfrånvaro. Personer med diabetes hade högre risk för sjukfrånvaro än andra, och de med diabetes som hade samsjuklighet med flera icke-kardiologiska sjukdomar hade en signifikant högre risk för sjukfrånvaro. De som hade diabetes och en annan sjukdom hade en HR för sjukfrånvaro på (HR 1,49; K.I. 1,12–1,99), de som hade tre eller flera andra sjukdomar hade en HR på 2,68 (K.I. 1,97–3,65).

I en populationsbaserad tvärsnittsstudie från Ungern studerades depression som samsjuklighet till diabetes och samband med sådan samsjuklighet och sjukfrånvaro (103). Uppgifterna om sjukfrånvaro var självrapporterade och avsåg föregående tolv månadersperiod. En multivariat analys visade att det inte förelåg någon signifikant skillnad i antal sjukfrånvardagar mellan personer med enbart diabetes jämfört med dem med depression som samsjuklighet (OR 1,4; 95 % K.I. 0,36–5,38).

### 3.3.4 Studier om psykiska sjukdomar (Kapitel V)(F)

I en stor studie analyserades registerdata för anställda vid en koncern i USA (84). För samtliga inkluderade individer fanns uppgifter om sjukfrånvaro samt depressionsdiagnos registrerade från öppen eller sluten vård. Diagnoser som inkluderades i analyserna om samsjuklighet var diabetes, hjärtsjukdom, högt blodtryck och ryggproblem. I hela studiematerialet var prevalensen för att ha både depression och samsjuklighet med någon av dessa diagnoser cirka 4 procent. Av dem med depression hade 24 procent samsjuklighet. De som enbart hade diagnosen depression hade i genomsnitt 8,79 dagars sjukfrånvaro. För dem med samsjuklighet med någon av de andra diagnoserna var siffran högre: 13,48 dagar ( $p < 0,001$ ).

I ett slumpmässigt urval från ett register av personer som nyligen beviljats sjukersättning p.g.a. depression i Finland analyserades även förekomst av samsjuklighet (83). Nästan hälften,



45 procent, hade samsjuklighet, de flesta i form av muskuloskeletala besvär. Ingen signifikansberäkning redovisades. Inga könsskillnader verkade förekomma.

I en norsk populationsbaserad prospektiv kohortstudie (94) användes data från enkäter och klinisk undersökning för att fånga sjuklighet. Deltagarna följdes upp med avseende på beviljade sjukersättningar under kommande år. Personer med psykisk sjukdom hade högre risk för sjukersättning även när man justerade för somatiska diagnoser. Detta gällde även sjukersättning p.g.a. somatiska diagnoser.

I en finsk tvärsnittstudie av patienter med svåra depressiva besvär (89) studerades sjukfrånvaro. Fler av dem med allvarigare depression, liksom av dem med återkommande depression, var sjukfrånvarande. En större andel av dem med somatisk samsjuklighet var sjukfrånvarande, men resultaten var inte statistiskt signifikanta.

I en äldre, amerikansk prospektiv fall-kontrollstudie bland anställda personer, baserad på journaldata och enkätsvar från företagshälsovårdsläkare, analyserades sjukfrånvaro i olika diagnoser för personer med alkoholproblem jämfört med matchade kontrollpersoner (80). Samsjuklighet till alkoholism studerades med avseende på flera diagnosgrupper, varvid personer med symtom från matsmältningsorganen, muskuloskeletala systemet, andningsorganen samt skador visade signifikant högre sjukfrånvaro ( $p < 0,01$ ).

Uppgifter från en befolkningsundersökning i Nord-Trøndelag i Norge kopplades till registerdata om sjukersättning (98). Kohorten ( $n = 37\,302$ ) följdes upp i 1,5 till 4 år med avseende på sjukersättning, vilket 2,4 procent av de studerade personerna fick. Personer med ångest och/eller depression hade betydligt högre risk för att få sjukersättning. Risker sjönk endast marginellt när man justerade för somatisk samsjuklighet. Personer med psykisk sjuklighet och somatisk samsjuklighet hade en högre OR för sjukersättning: mellan 1,95 och 3,95 beroende på typ av psykiska besvär (depression, ångest eller båda).

I följande tre studier (88, 91, 100) fanns inte någon indexsjukdom. I samtliga var dock psykiska besvär en central del av studiens syfte, varför de här presenteras under detta kapitel.

I en hälsoundersökning från Nederländerna inkluderades information om självskattad förekomst av mentala besvär liksom om antal sjukfrånvardagar under föregående år (88). Sambandet

med sjukfrånvaro var större för psykiska än för fysiska besvär. Personer med samsjuklighet, dvs. med både fysiska och psykiska besvär, hade fler sjukfrånvarodagar än personer med antingen enbart fysiska eller psykiska besvär. Sambandet var särskilt starkt vid kronisk ryggsmärta som somatisk samsjuklighet ( $p < 0,001$ ).

I en tvärsnittsstudie från Australien undersöktes samband mellan krav respektive stress i arbetet, hälsa och sjukfrånvaro, baserat på enkätdata från anställda personer 40–44 år gamla (91). Det fanns signifikanta samband mellan att skatta sin hälsa som dålig eller att känna oro, och sjukfrånvaro respektive upplevd osäkerhet i arbetssituationen. Dessa samband påverkades inte av samsjuklighet.

I en svensk studie av personer som varit sjukskrivna minst ett år och som av Försäkringskassan remitterats till fördjupad försäkringsmedicinsk utredning, analyserades förekomst av psykisk och somatisk samsjuklighet (100–102). Av patienterna hade 55 procent både psykiska och somatiska diagnoser och den vanligaste samsjukligheten var med psykiska och muskuloskeletala diagnoser. Inget signifikant samband påvisades mellan samsjuklighet, definierad som att ha både psykisk och somatisk sjukdom, och läkarnas bedömning av prognos för återgång i arbete.

### 3.3.5 Studier om nervsystemets sjukdomar (Kapitel VI)(G)

Samband mellan migrän och sjukfrånvaro (självrapporterad) studerades i en stor populationsbaserad studie från Norge (92). Personer med migrän/huvudvärk och samsjuklighet i form av muskuloskeletala besvär eller psykiska besvär hade högre sjukfrånvaro än de med bara migrän.

I en prospektiv kohortstudie från Nya Zeeland studerades personer som överlevt ett slaganfall (stroke) och deras återgång i arbete inom sex månader, samt om det fanns ett samband med samsjuklighet (72). Uppgifter om sjukdomar hämtades från patientjournaler medan uppgiften om återgång i arbete var självskattad i en enkät. Bland patienter med psykisk samsjuklighet hade en betydligt lägre andel återgått i arbete inom sex månader: OR 0,39 (K.I. 0,18–0,81). Däremot fanns inget sådant samband med att ha diabetes som samsjuklighet.

Migrän och samsjuklighet med depression eller med andningsbesvär (astma, kronisk bronkit, eller hösnuva) studerades i en stor

finsk prospektiv kohortstudie av kvinnor anställda i offentlig sektor (48). Kvinnorna med migrän hade högre risk för kort och lång sjukfrånvaro än de utan migrän, och detta påverkades inte av samsjuklighet varken med depression eller med andningsbesvär.

Återgång i arbete efter stroke studerades med hjälp av ett nationellt register från London (81). Kohorten omfattade samtliga individer som fick stroke för första gången under perioden 1995–2004. Uppföljningstiden per individ var ett år. Uppgifter om arbete respektive återgång i arbete var självrapporterade. Av de 400 som var i arbete före sin stroke avled 63 inom ett år. Bland de överlevande svarade 79 procent, dvs. bortfallet var 21 procent. Samsjuklighet i form av diabetes var en signifikant ( $p = 0,01$ ) riskfaktor för minskad återgång i arbete (OR 0,25; K.I. 0,08–0,79), men däremot inte samsjuklighet med hjärtsjukdom eller högt blodtryck.

### 3.3.6 Studier om cirkulationsorganens sjukdomar (Kapitel IX)(I)

Diabetes som samsjuklighet till akut hjärtinfarkt analyserades i en kohortstudie från Kanada (90). En multivariat analys visade att sådan samsjuklighet inte påverkade vare sig arbetsåtergång eller livskvalitet.

I en stor prospektiv studie av anställda i offentlig sektor i Finland undersöktes betydelsen av samsjuklighet till kranskärlsjukdom (stabil angina) för sjukfrånvaro (73). Av drygt 33 000 anställda hade ungefär en procent kranskärlsbesvär (anginösa besvär), varav drygt hälften (0,5 % av samtliga anställda) hade någon form av samsjuklighet. Endast de som hade samsjuklighet i form av två sjukdomar utöver angina hade en signifikant högre risk för sjukfrånvaro (HR 2,24; K.I. 1,38–3,64).

Bland patienter i Tyskland som genomgått en hjärttransplantation studerades om det fanns en skillnad i återgång i arbete om man hade samsjuklighet med diabetes (99). Inga multivariata analyser utfördes. Den enklare statistiska analysen visade att diabetes som samsjuklighet var oftare förekommande bland dem som inte återgick i arbete, jämfört med dem som återgått i arbete. Resultatet är emellertid svårtolkat då de som inte återgått till arbete dels var cirka tio år äldre, dels hade varit borta från arbetet cirka ett och ett

halvt år längre före transplantationen, jämfört med de patienter som återgått i arbete.

### **3.3.7 Studie om andningsorganens sjukdomar (Kapitel X)(J)**

Patienter med KOL studerades i en tvärsnittsstudie från Nederländerna (93). Uppgifter om såväl samsjuklighet till KOL som sjukersättning var självrapporterade i en enkät. Omkring 30 procent hade sjukersättning och samsjuklighet förekom hos 52 procent av patienterna. I en univariat analys framträdde samsjuklighet som en signifikant faktor för att inte vara i arbete/ha sjukersättning. Flera av dessa patienter kan ha fått sin KOL efter att de beviljats sjukersättning.

### **3.3.8 Studie om matsmältningsorganens sjukdomar (Kapitel XI)(K)**

Ett slumpmässigt urval av patienter med Crohns sjukdom (inflammatorisk tarmsjukdom) studerades i en tysk multicenterstudie (96). Personer med psykisk samsjuklighet i form av depression hade fler sjukfrånvarodagar ( $p = 0,014$ ) men detta förklarade endast en mindre del av frånvaron ( $R^2 = 0,189$ ).

### **3.3.9 Studier om muskuloskeletala sjukdomar (Kapitel XIII)(M)**

Patienter med ryggbesvär som genomgått rehabilitering hade lägre sannolikhet för att ha återgått i arbete ett år senare, om de hade psykisk samsjuklighet, enligt en studie i USA (95). OR för personer utan psykisk samsjuklighet var 2,7 (K.I. 1,6–4,6) för att ha återgått i arbete jämfört med dem med sådan samsjuklighet. Det fanns även ett samband med antal psykiska diagnoser (personer med flera sådana hade återgått i arbete i lägre utsträckning), samt med typ av psykisk sjukdom. Riskdiagnoser var bl.a. opiatberoende och paranoid personlighet.

I en senare studie från USA har ovanstående patienter samt ungefär lika många till inkluderats. Bland patienter med långvarig ryggsmärta som genomgått rehabilitering fanns det ingen skillnad i

andel som återgått till arbete ett år senare mellan dem som hade samsjuklighet i form av psykiska besvär och de som inte hade det (79).

I en norsk prospektiv populationsbaserad kohortstudie undersöktes risken för att få sjukersättning de kommande sju åren bland personer med olika sjukdomar, baserat både på en enkät samt en hälsoundersökning (86). De som hade diabetes eller kranskärlsjukdom hade högre risk för att få sjukersättning på grund av ryggbesvär (OR 3,2; K.I. 1,3–8,0 respektive OR 2,0; K.I. 1,0–3,9). Det förelåg ingen högre risk för att få sjukersättning för dem som hade samsjuklighet med hjärtinfarkt eller stroke.

I en stor prospektiv kohortstudie av offentliganställda i Finland följdes dessa under ett år vad avser sjukfrånvaro i fall överstigande tre dagar och med fokus på de som hade fibromyalgi (75). Knappt två procent hade fibromyalgi och dessa hade mer än dubbelt så stor risk för sjukfrånvaro. Av dem med fibromyalgi hade 67 procent samsjuklighet. De som hade fibromyalgi och psykisk samsjuklighet hade en högre risk för sjukfrånvaro (HR 1,48; K.I. 1,26–1,74) jämfört med dem som inte hade denna samsjuklighet.

I en prospektiv studie av patienter i Nederländerna som sökt vård p.g.a. skulderbesvär undersöktes prediktorer till sjukfrånvaro (77). Den största riskfaktorn var psykiska besvär som samsjuklighet. Personer som hade psykiska besvär som samsjuklighet hade tre gånger högre risk för att vara sjukfrånvarande minst en dag under de kommande sex månaderna jämfört med personer utan sådan samsjuklighet (OR 4,0; K.I. 1,5–10,8).

I en studie av personer som var anställda vid två stora företag i USA, och som besökt företagshälsovård p.g.a. ospecifik smärta i ländryggen, analyserades i vilken utsträckning samsjuklighet påverkade återgång i arbete (78). Trettio procent av patienterna hade sjukfrånvaro under de sex följande månaderna. De som hade samsjuklighet var sjukskrivna längre (HR 1,31; K.I. 1,12–1,52), särskilt om samsjukligheten var i form av en skada (HR 1,49; 1,21–1,83).

I en prospektiv kohortstudie av patienter som opererats för diskbräck analyserades återgång i arbete (82). Samsjuklighet identifierades med hjälp av uppgifter i patientjournaler. De utan samsjuklighet återgick i väsentligt högre grad i arbete (OR 7,1; K.I. 2,7–18,4).

### **3.3.10 Studie om sjukdomar i urin- och könsorgan (Kapitel XIV)(N)**

Återgång i arbete studerades för en grupp njurtransplanterade personer i Nederländerna (97). En multivariat analys visade att samsjuklighet i form av diabetes eller kardiovaskulär sjukdom inte påverkade återgång i arbete.

### **3.3.11 Studier om skador och förgiftningar (Kapitel XIX)(S,T)**

I en holländsk prospektiv kohortstudie (74) inkluderades patienter med relativt svår skadegrad (Injury Severity Score >16), med syftet att studera återgång till arbete. Trots en hög skadegrad hade 58 procent återgått till det tidigare arbetet på heltid 15 månader efter det att olyckan inträffade, och ytterligare 21 procent hade återgått till arbete på deltid. En univariat analys visade att samsjuklighet till skada medförde minskad återgång i arbete, men detta kunde inte visas i multivariat analys. Enligt den senare analysen var det istället graden av bestående men av skadan som avgjorde återgång i arbete.

## **3.4 Evidensgradering**

Först gjordes en bedömning av grad av evidens för resultat från de nio studierna av måttlig kvalitet, sedan för samliga 31 inkluderade studier.

### **3.4.1 Evidensbedömning baserad på de nio studierna av måttlig kvalitet**

I tabell 7 har resultaten sammanställs från de nio inkluderade studierna av måttlig studiekvalitet, med avseende på om samsjuklighet befanns ha samband med sjukfrånvaro, som underlag för en diskussion om evidensgradering. De två utfallsmått som var aktuella i dessa nio studier var dels sjukfrånvaro dels återgång i arbete bland sjukskrivna.

**Tabell 7 Sammanställning av resultat gällande samband i de nio inkluderade studierna av måttlig studiekvalitet**

Utfallsmått	Totalt antal deltagare i studierna (antal studier)	Signifikant samband (indexsjukdom)	Ej signifikant samband (indexsjukdom)
Sjukfrånvaro	33 446 <sup>a</sup> (Fem studier, varav fyra är baserade på samma studiepopulation)	- Kivimäki <sup>b</sup> (75), HR 1,48 (fibromyalgi) - Kuijpers (77), OR 4,0 (skuldervärk) - Hemingway <sup>b</sup> (73) HR 1,5–2,3 (kärlkramp) - Kivimäki <sup>b</sup> (76), HR 1,49–2,68 (diabetes)	- Mäki <sup>b</sup> (48) (migrän)
Återgång i arbete	4 755 (Fyra studier)	- Glozier (72), OR 0,39 (stroke) - Nordin (78), HR 1,31 (ryggbesvär)	- Glozier (72), (stroke) - Mayer (79) (ryggbesvär) - Holtslag (74) (trauma)
Sjukersättning	(Noll studier)		

<sup>a</sup> Varje person endast räknad en gång, även om den förekom i flera studier

<sup>b</sup> Samma population studerad ("Ten-town study")

Resultaten från de nio studierna av måttlig studiekvalitet var, som framgår av tabell 7, inte entydiga, inte ens de från de fyra studier som baseras på samma finska population av offentliganställda personer. En orsak till detta är naturligtvis att olika sjukdomar studerats, både vad gäller indexsjukdom och typ av samsjuklighet. Betonas bör även att mycket olika typer av sjuklighet och samsjuklighet blandas här. Det hade naturligtvis varit att föredraga om att flera studier hade behandlat samma typer av diagnoser med samma typer av utfall.

### Samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro

Enligt fyra (48, 73, 75, 77) av fem studier av måttlig kvalitet hade personer med samsjuklighet en högre risk för att bli sjukfrånvarande än de som inte hade studerad samsjuklighet. Hur hög denna ökade risk var, varierade mellan studierna; från 1,48 till 4,0 (mätt med HR eller OR). En orsak till denna spridning är att diagnos för såväl indexsjukdomen som samsjukligheten varierade

mellan studierna. I de tre finska studierna (73, 75, 76), som baserades på samma population (anställda i offentlig verksamhet i tio städer), var riskerna något lägre än i den studie (77) som baserades på primärvårdspatienter i Nederländerna. Skillnaderna är därför troligen främst beroende av skillnader i typ av studiepopulation (se figur 6 eller tabell 3). Tre av studierna med psykisk sjukdom som samsjuklighet (48, 75, 77) visade på signifikant högre risk för sjukfrånvaro. För somatisk sjukdom som samsjuklighet visade två studier, med olika indexsjukdomar, på ökad risk för sjukfrånvaro (73, 76).

En av de fem studierna (48) fann emellertid inget samband med framtida sjukfrånvaro. Detta var en populationsbaserad studie om huruvida offentligt anställda med migrän, och som hade två former av samsjuklighet, hade större risk för sjukfrånvaro än dem som endast hade migrän. Man fann ingen sådan högre risk. Denna studie var baserad på samma finska population som tre av de övriga (48, 75, 77).

Det fanns inga studier av måttlig kvalitet som hade sjukersättning som utfall.

### **Samband mellan samsjuklighet och återgång i arbete**

Det fanns fyra studier av måttlig studiekvalitet (72, 74, 78, 79) som redovisade data om återgång i arbete bland personer som var sjukfrånvarande. Här divergerade resultaten än mer; några studier visade på lägre risk för återgång i arbete vid samsjuklighet, andra fann inget sådant samband.

Både Holtslag med flera (74) och Glozier med flera (72) studerade allvarliga tillstånd; personer som varit med om och överlevt en allvarlig olycka respektive ett slaganfall (stroke). Båda fann att samsjuklighet inte påverkade återgång i arbete, med ett undantag; personer som hade psykisk samsjuklighet till stroke återgick inte i arbete i samma utsträckning under de första sex månaderna.

Två av studierna gällde personer som var sjukskrivna p.g.a. av ryggsbesvär. Båda studierna kom från USA och resultaten gick i olika riktningar; den ena fann ett samband med samsjuklighet (78), men den andra gjorde inte det (79) (se tabell 7).

Antalet personer som ingår i studierna om samband med kommande sjukfrånvaro är nästan tio gånger så stort som antalet personer som ingår i studierna om återgång i arbete (se tabell 7).



Detta beror delvis på att i de senare är bara sjukfrånvarande personer inkluderade, dvs. studierna förutsätter att deltagarna är sjukskrivna. I de studierna är skillnaderna i resultat än mer divergerande: två studier fann inte att samsjukligheten hade betydelse för återgång i arbete, en studie fann att samsjuklighet hade betydelse, medan en annan studie fann detta för viss typ av samsjuklighet, men inte för annan. Resultaten varierade också starkt med typ av indexsjukdom som lett till sjukfrånvaron. De med psykisk samsjuklighet hade lägre återgång i arbete vid stroke än personer utan samsjuklighet, men inte vid ryggbesvär som indexsjukdom. Inget samband fanns mellan somatisk samsjuklighet och återgång i arbete bland patienter som var sjukskrivna p.g.a. allvarligt trauma.

### Evidensgradering baserat på de nio studierna av måttlig kvalitet

Inga studier av hög vetenskaplig kvalitet identifierades. Här sammanfattas förekomst av vetenskapligt stöd baserat på studier av måttlig kvalitet. Det fanns inga sådana studier om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukersättning.

Det fanns fem studier om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och framtida sjukfrånvaro och fyra studier om samband med återgång i arbete bland sjukskrivna personer. Ingen av dessa nio studier visar ett negativt samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro eller med att återgå i arbete.

Av de fem studierna om samband med sjukfrånvaro fann fyra ett positivt samband, dvs. att personer med mångsjuklighet hade större risk för sjukfrånvaro, medan en studie inte fann något sådant samband. Av tre anledningar kan dessa fem studier inte sägas ligga till grund för vetenskapligt stöd för ett positivt samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro. För det första gällde fyra av de fem studierna en och samma population av offentliganställda, främst kvinnor, i Finland. För det andra gick en av de fem studierna inte i samma riktning som de övriga, dvs. en av dem fann inget samband. För det tredje var det synnerligen stor variation i vilka diagnoser som studerades.

Resultaten från de fyra studierna av måttlig kvalitet om samband med sam- eller mångsjuklighet och återgång i arbete gick i olika riktningar, en fann ett samband och två fann inget sådant samband

medan en annan fann ett samband med viss samsjuklighet men inte med annan.

Baserat på studierna av måttlig kvalitet finns det ett visst vetenskapligt stöd för att samsjuklighet inte leder till mindre risk för sjukfrånvaro eller förlängning av sjukfrånvaro. Det finns inget vetenskapligt stöd för att samsjuklighet innebär ökad risk för framtida sjukfrånvaro eller att en pågående sjukskrivning blir längre, pga. av för få studier och att resultaten i de som finns delvis går i olika riktningar.

### **3.4.2 Evidensbedömning baserat på samtliga 31 inkluderade studier**

Som framgick av metodkapitlet kan visst vetenskapligt stöd konstateras även baserat på studier av låg kvalitet om minst fem stycken visar resultat i en viss riktning och andra inte finner resultat i motsatt riktning. Därför har resultaten från samtliga studier, även från dem av låg kvalitet, sammanställts i tabell 8.

**Tabell 8. Sammanställning av resultat från de 31 studierna, grupperade efter studiekvalitet och typ av samband (sjukfrånvaro, sjukersättning respektive återgång i arbete)**

<b>Samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro</b>			
	<b>Hög studiekvalitet</b>	<b>Måttlig studiekvalitet</b>	<b>Låg studiekvalitet</b>
Positivt samband	-	Hemingway (73) <sup>a</sup> Kivimäki (76) <sup>a</sup> Kivimäki (75) <sup>a</sup> Kuijpers (77)	Buis-Bouwman (88) Burgdorf (96) Druss (84) Pell (80) Savard (85) Fiane (92) Rytsälä (89) <sup>b</sup>
Negativt samband	-	-	-
Inget samband	-	Mäki (48) <sup>a</sup>	D'Souza (92) Vamos (103) Rytsälä (89) <sup>b</sup>
<b>Samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukersättning</b>			
Positivt samband	-	-	Gjeruldsen (87) Hagen (86) <sup>b</sup> Isometsä (83) Overland (98) Kremer (93)
Negativt samband	-	-	-
Inget samband	-	-	Mykletun (94) Hagen (86) <sup>b</sup>
<b>Samband mellan sam- eller mångsjuklighet och återgång i arbete</b>			
Positivt samband	-	-	-
Negativt samband <sup>c</sup>	-	Glozier (72) <sup>d</sup> Nordin (78)	Busch (81) Dersh (95) Kristen (99) Vucetic (82)
Inget samband	-	Glozier (72) <sup>d</sup> Holtslag (74) Mayer (79)	van der Mei (97) Simpson (90)

Studien av Linder (100) nämns inte i denna tabell, då studien inte var designad så att det går att uttala sig om denna typ av samband.

<sup>a</sup> Dessa fyra studier är baserade på samma material, men har olika frågeställningar, och fokuserar på olika diagnoser.

<sup>b</sup> Nämns på två ställen då det fanns ett samband för personer över 40 år men inte för dem under denna ålder.

<sup>c</sup> Negativt samband betyder här att samsjuklighet innebar att personen inte återgick snabbare i arbete.

<sup>d</sup> Nämns på två ställen då det fanns samband med vissa diagnoser, men inte med andra.

Som framgår av tabell 8 förändras bilden inte av att ta med de studierna som hade låg kvalitet. Varken här eller i tabell 7 fanns några studier som visar att sam- eller mångsjuklighet innebär lägre risk för sjukfrånvaro eller sjukersättning alternativt snabbare återgång i arbete. När det gäller övriga samband är resultaten fortfarande divergerande. På en övergripande nivå finner nitton studier ett negativt samband, i tre går resultaten åt olika håll, och åtta studier finner inga samband. För de tre olika utfallsmåtten gäller följande:

Tio studier fann ett positivt samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro, två studier fann inte detta, medan en fann ett sådant samband för vissa åldrar men inte för andra (89). Av de tio studierna med positivt samband är emellertid tre baserade på samma population i Finland (73, 75, 76) liksom en av dem (48) som inte fann något samband. Om detta förhållande beaktas, visar ändå fler studier på ett samband jämfört med de som inte fann något samband.

Av de sju studierna som hade sjukersättning som utfall fann två studier inget samband medan fem studier fann ett positivt samband. På samma sätt fann fem studier ett negativt samband mellan samsjuklighet och återgång i arbete bland sjukskrivna personer, medan fyra studier inte fann något sådant samband och en studie presenterade divergerande resultat.

Uppgifter om förlängd sjukfrånvaro, i antal dagar, rapporteras endast i två studier. Enligt studien av Buist-Bouwman med flera (88) innebar samsjuklighet att antalet sjukfrånvardagar var mellan +1,7 till +10,4 fler per individ och år beroende på typ av diagnos för samsjuklighet. Enligt en studie av Druss med medförfattare (84), där kronisk ryggvärk var indexsjukdom, medförde samsjuklighet att antalet sjukfrånvardagar i genomsnitt var 4,7 dagar fler per individ och år. Studierna indikerar därmed att personer med samsjuklighet har mellan 2 och 10 dagar mer sjukfrånvaro per individ och år. Båda studierna har emellertid bedömts motsvara låg studie kvalitet, båda var studie av typ B och de avser olika indexsjukdomar, varför något vetenskapligt stöd inte kan anses föreligga för att samsjuklighet signifikant förlänger sjukfrånvaron.

### Evidensgradering, baserat på samtliga 31 studier; både de av låg och måttlig kvalitet

Inte heller när resultaten från studierna av låg kvalitet togs med, fann några studier att sam- eller mångsjuklighet innebar minskad risk för sjukfrånvaro. Möjligen skulle man, baserat på dessa studier, kunna dra slutsatsen att det finns en tendens till vetenskapligt stöd för att personer med sam- eller mångsjuklighet har större risk för sjukfrånvaro eller sjukersättning respektive för att deras sjukfrånvaro blir längre än för personer som inte har sam- eller mångsjuklighet. Studierna baseras emellertid på många olika indexsjukdomar och olika typer av samsjuklighet. Måtten på sjukfrånvaro och återgång i arbete varierar mycket och är inte alltid jämförbara mellan studierna. Dessutom har olika metoder använts för att fastställa sjuklighet och det är stora skillnader mellan de populationer som har studerats. Detta faktum bör medföra en försiktigare tolkning av evidensstyrkan för samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

Sammanfattningsvis, baserat på de 31 inkluderade studierna av måttlig och låg kvalitet finns det begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att sam- eller mångsjuklighet, som förväntat, inte innebär lägre risk för att bli sjukfrånvarande. Det finns däremot inget vetenskapligt stöd för att samsjuklighet innebär ökad risk för framtida sjukfrånvaro eller att en pågående sjukskrivning blir längre, p.g.a. av att antalet studier är för få och att resultaten i dem delvis går i olika riktningar.

En övergripande slutsats är att antalet studier om samsjuklighet och sjukfrånvaro är synnerligen litet, och att de studier som finns är mycket disparata vad gäller studiedesign, typ av sjuklighet som inkluderas, samt val av mått på sjukfrånvaro.

## 4 Diskussion

En bakgrund till denna studie är en allmän uppfattning om att personer som har mer än en sjukdom har större risk för att vara sjukfrånvarande respektive större risk för att sjukfrånvaron ska vara längre. Denna översikt av vetenskapliga studier kunde inte bekräfta att det finns ett samband mellan att ha sam- eller mångsjuklighet och högre risk för sjukfrånvaro eller sjukersättning. Däremot kunde motsatsen bekräftas, dvs. personer med sam- eller mångsjuklighet har inte lägre risk för sjukfrånvaro eller sjukersättning än de med bara en sjukdom.

Här diskuteras först metoden för litteraturöversikten, sedan resultaten och därefter behov av framtida forskning inom området.

### 4.1 Metodologiska överväganden

En systematisk litteraturöversikt innebär studier av andra studier, och skiljer sig sålunda på flera sätt från annan typ av forskning. Denna översikt av studier om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro baseras på en omfattande litteratursökning där identifierade studier har relevansbedömts. För bedömning av relevanta studiers kvalitet har en mall, med motsvarande kriterier som användes för SBU-rapporten om studier om sjukskrivning (11), tillämpats och bedömningarna har testats förlöpande. Litteraturöversikten som ligger till grund för denna rapport är med andra ord systematiskt genomförd, baserad på i andra sammanhang utprovade kriterier.

Olika typer av fel kan uppstå i en litteraturöversikt. Ett sådant fel är att man inte hittar publicerade studier. Orsaker till att man kan missa studier diskuteras nedan. Som alltid i litteratursökningar beror det delvis på hur etablerad forskningen inom området är om man hittar de studier som publicerats. Det är

tydligt att detta forskningsområde inte är särskilt etablerat, vilket innebär risk att missa studier. Till exempel var det endast i 35 procent av de inkluderade studierna, som analys av samsjuklighet nämndes som ett uttalat syfte med studien. I övriga studier presenterades sådana data "ändå" i resultatdelen, utan att sådana analyser nämndes explicit i syftet. Det innebär att vi kan ha förbisett andra sådana studier där data presenterats utan att det framgått av titel, syfte eller keywords.

En annan orsak till att man riskerar att inte hitta studier är att dessa kan vara publicerade i tidskrifter som inte täcks av de litteraturdatabaser som används vid sökningarna. För att hantera detta sökte vi i flera olika litteraturdatabaser liksom i referenslistor. Även om vi missat några studier p.g.a. denna anledning, kan det inte förklara att så få identifierades.

En tredje orsak är brister i sökordsregistrering, vilket särskilt kan vara fallet när det gäller nya forskningsområden. Vi sökte därför brett, inte bara via sökord.

Ytterligare en orsak kan vara så kallad *publication delay*, dvs. att det ibland tar mycket lång tid innan en accepterad studie publiceras: upp till ett par år. Ibland tar det även viss tid innan en publicerad studie registreras i litteraturdatabaser.

En femte orsak är att studier kan ha publicerats på andra språk än de vi sökt på. Vi utvidgade dock sökningarna till ett flertal europeiska språk, men fann ytterst få studier inom området som inte var publicerade på engelska och endast en av dessa (96) hade tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att inkluderas.

Det problem man oftast nämner i detta sammanhang är så kallad *publikation bias*. Det innebär att forskare ofta är mindre benägna att skicka in studier för publicering om man inte funnit några skillnader i utfall i det man analyserat. Dessutom kan vetenskapliga tidskrifter vara mindre benägna att acceptera studier för publicering om det inte finns några statistiska skillnader i fynden. I den här översikten kan förekomst av *publication bias* inte uteslutas men bedöms vara begränsad. Denna bedömning grundas framförallt på att ca 35 procent av de inkluderade studierna inte visade någon signifikant ökad risk av samsjuklighet på sjukfrånvaro. Risk för *publication bias* anses störst när studiernas resultat pekar i samma riktning (127). Vi fann dock stora skillnader i utfall mellan studierna.

## 4.2 Resultatdiskussion

I denna litteraturöversikt framkom att antalet studier om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro är få, samt att det ofta uttalade sambandet kring detta inte gick att bekräfta med de studier som gjorts inom området. Bristen på vetenskapligt stöd berodde framförallt på två saker: dels att resultaten från studierna gick i olika riktning, dels att antalet studier var mycket begränsat och att de stora skillnaderna avseende design, typ av diagnoser som inkluderades och vilka utfallsmått som användes sällan möjliggjorde jämförelser. Studiernas var även genomgående av låg kvalitet. Antalet och andel studiedeltagare med samsjuklighet, generellt och i specifika diagnoser, var t.ex. ofta oklart.

Vi identifierade 31 studier som hade tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att inkluderas. Inga av de inkluderade studierna hade hög vetenskaplig kvalitet och de flesta (71 %) hade låg kvalitet.

De inkluderade studierna är huvudsakligen från senare år, dvs. studierna kan antas ha hög aktualitet. En hög andel av studierna har dessutom utförts i nordiska länder, varför resultaten kan anses vara representativa även för svenska förhållanden med avseende på befolkningsstruktur, arbetsmarknad, utbildningsnivå samt socialförsäkringssystem. Psykisk sjukdom och muskuloskeletal besvär var de vanligast förekommande indexsjukdomarna i de inkluderade studierna.

Studier med minst risk för selektion, dvs. populationsbaserade studier, utgör en mycket liten del av de inkluderade studierna (7 av 31). Den absoluta majoriteten av studierna var baserade på ett urval av patienter eller av yrkesverksamma, t.ex. offentligtanställda personer, vilket innebär en selektion både vad avser kön och typ av yrken. Ser man dessutom till det tidsmässiga sambandet av störst intresse för samsjuklighet dvs. där uppgift om sjukdom föregick uppgift om sjukfrånvaro, var endast tre studier populationsbaserade (86, 94, 98), och samtliga av låg studiekvalitet. Förutsättningarna är därmed starkt begränsade för slutsatser om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

Förutsättningarna för slutsatser baserade på vetenskapligt stöd eller evidens, dvs. huruvida samsjuklighet medför risk för sjukfrånvaro, för minskad återgång i arbete respektive för sjukersättning, påverkas av den stora variationen som de inkluderade studierna visade avseende studerade diagnoser, definitioner på samsjuklighet och mått på sjukfrånvaro. Det föreligger en påtaglig



heterogenitet bland inkluderade studier. Enligt ett traditionellt sätt att bedöma evidens blir slutsatsen att det för närvarande saknas vetenskapligt stöd för att samsjuklighet medför ökad sjukfrånvaro, ökad risk för sjukersättning respektive minskar återgång i arbete. Som framhållits ovan kan detta bero på att antalet populationsbaserade studier är begränsat och att studierna dessutom är av låg kvalitet. Det kan också bero på vårt urval av studier, där samsjuklighet definierats som förekomst av sjukdom från minst två ICD-kapitel. Således är våra resultat ej representativt för samband mellan sjukfrånvaro och samsjuklighet inom samma diagnoskategori (t.ex. sambandet mellan sjukfrånvaro, depression och annan psykisk sjukdom).

Det fanns relativt få publicerade studier om sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro. Endast för en mindre andel av studierna (35 procent) ingick samsjuklighet och sjukfrånvaro i studiens syfte - resultaten har istället ofta presenterats som bifynd. Antalet studier har dock ökat de senaste åren. En möjlig slutsats är att samsjuklighet och sjukfrånvaro som forskningsområde inte har prioriterats men är under utveckling.

De nationella diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutstöden som nyligen införts i Sverige, som stöd i sjukskrivningsprocessen (35, 36, 38), innehåller än så länge endast rekommendationer för sjukskrivning för enskilda sjukdomar, inte vid mångsjuklighet. Detta ser många som problematiskt eftersom diagnostik, behandling och rehabilitering, liksom ställningstagande till sjukskrivning och vad som bör ingå i handlingsplan för patienten, kan vara mer komplicerad vid sam- eller mångsjuklighet än vid en enda sjukdom (38).

I medicinsk forskning har personer med sam- eller mångsjuklighet ofta uteslutits, för att kunna renodla studierna och undvika så kallad *confounding*. I klinisk verksamhet kan det innebära problem med att använda resultaten från sådana studier, eftersom många personer har sam- eller mångsjuklighet (128). Under 2000-talet har prevalensen och incidensen av sam- eller mångsjuklighet kartlagts i olika patient- och åldersgrupper (3, 33, 34, 63, 64), men studier om sjukfrånvaro och sam- eller mångsjuklighet är alltså ännu förvånansvärt få.

Sam- eller mångsjuklighet har betydelse för olika sjukdomarnas prognos och konsekvenser (34). Mångsjuklighet har även stora hälsoekonomiska konsekvenser för samhället eftersom vård och behandling av flera sjukdomar medicinskt kan vara mer komplexa

och resurskrävande (3, 53, 54). Däremot är konsekvenserna av sam- eller mångsjuklighet för sjukfrånvaro alltså inte systematiskt kartlagda tidigare.

### 4.3 Behov av fortsatt forskning

Sambanden mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro är komplicerade. Förekomsten av många sjukdomar hos samma person innebär inte nödvändigtvis mera sjukfrånvaro. Denna rapport har visat att den nuvarande vetenskapliga litteraturen är otillräcklig för att klargöra sambanden mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro.

I Norden finns goda förutsättningar att genomföra populationsbaserade prospektiva kohortstudier om sjukfrånvaro och sam- eller mångsjuklighet, med lång uppföljningstid, då det finns registerdata med bra kvalitet samt relativt enhetliga försäkrings-system för befolkningen. Studier om sam- eller mångsjuklighet bör vara diagnosspecifika då det har stor betydelse för arbetsförmågan vilken typ av sjuklighet personer har. I de studier denna litteraturöversikt omfattar var det mycket stor variation i vilka diagnoser som fokuserades. Fler studier behövs om olika diagnoser.

I flertalet av studierna har uppgift om antalet olika sjukdomar tagits med. Troligen har detta mindre betydelse för utfallet än vad sjukdomarnas allvarlighetsgrad har. I kommande studier bör även allvarlighetsgrad beaktas.

De flesta studierna fokuserade på i vilken utsträckning samsjuklighet leder till sjukfrånvaro. Det behövs även studier om i vilken utsträckning sjukfrånvaro innebär risk för olika typer av sam- eller mångsjuklighet.

Sammanfattningsvis behövs det prospektiva och större studier för att få bättre kunskap om samband mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro. Kunskap behövs även om hur man kan förebygga att personer med olika typer av sam- eller mångsjuklighet blir sjukfrånvarande eller får sjukersättning, och hur man kan främja deras återgång i arbete. Slutligen behövs kunskap om hur man kan förebygga att sjukfrånvaro och sjukersättning leder till sam- eller mångsjuklighet. Detta innebär att det behövs kunskap som både klargör samband och som identifierar mekanismerna bakom dessa samband.

# Referenser

1. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – Alfabetisk förteckning – Reviderad april 2002: Socialstyrelsen; 2002.
2. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multi-morbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract.* 1996;2:65–70.
3. Fratiglioni L, Marengoni A, Meinow B, Karp A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. en systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård: Socialdepartementet; 2010.
4. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis.* 1970;23:455–68.
5. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009 Jul-Aug;7(4):357–63.
6. Hultberg E-L. Co-financed collaboration between welfare services -Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders [Doktorsavhandling]. Göteborg: Sahlgrenska akademien; 2005.
7. Söderberg E, Alexanderson K. Litteraturgenomgång – av publicerade studier om gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Linköping: Försäkringsmedicinskt Centrum, Linköpings universitet; 2001.
8. Ydreborg B. To be in-between. The road to disability pension [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköping University; 2005.
9. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjuk-

- skrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2005.
10. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
  11. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2003.
  12. Waddell G, Aylward M. The scientific and conceptual basis of incapacity benefits. Cardiff University, 2005.
  13. Waddell G, Burton K. Is working good for your health and well-being? Cardiff & Huddersfield: Cardiff University & University of Huddersfield. 2006.
  14. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2002:5.
  15. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
  16. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26–31.
  17. Lindqvist R. Organisation och välfärdsstat. Lund: Studentlitteratur; 1998.
  18. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; SOU:2000:121.
  19. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
  20. Best practice for reducing sickness and disability absences. OECD. 2005.
  21. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet; SOU:2009:89.
  22. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmåge-

- utredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar. SOU 2008:66.
23. Ludvigsson M, Svensson T, Alexandersson K. Begreppet arbetsförmåga – en litteraturgenomgång. *Arbete och Hälsa*. 2006;8:1–19.
  24. Kemp A, Sundén A, Bakker Tauritz B, editors. *Sick societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states*. Geneva: International Social Security Association; 2006.
  25. Försäkringsmedicinskt Centrum – utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2000:5.
  26. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
  27. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet. 2005.
  28. *Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen*. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 2000:78.
  29. *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003–2005 – sammanfattande slutsatser*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
  30. Söderberg E. *Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors* [Doktorsavhandling]. Linköping: Hälsouniversitetet; 2005.
  31. *Folkhälsorapport*. Socialstyrelsen; 2009.
  32. Ockander M. *A female lay perspective on health, disease, and sickness absence* [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköping university; 2001.
  33. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, J A. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5:52doi:10.1186/1477-7525-5-52.
  34. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51.

35. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, diagnosspecifikt. från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>.
36. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning 2007.
37. Försäkringskassan. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönstret före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Stockholm; 2009.
38. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, Skånér Y, Söderberg E, Södersten E. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
39. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
40. Twaddle A, Nordenfeldt L. Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health. Linköping: Linköping University; 1994.
41. Alexanderson K. Hälsöindikatorer för kvinnor i arbetslivet. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1999.
42. Nordenfeldt L. On the nature of health. 2:nd ed. Dordrecht: Reidel Publishing Company; 1995.
43. Twaddle A, Nordenfeldt L. Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfeldt. Nordenfeldt L. Linköping: Linköpings universitet; 1993.
44. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. I: Wijkström F. Idéer för framtiden; Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174–95.
45. Alexanderson K, Östlin P. Kvinnors och mäns arbete och hälsa. I: Marklund S. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetarskyddsstyrelsen; 2000.
46. Sachs L. Medicinsk antropologi. Stockholm: Liber; 1987.

47. Batstra L, Bos E, Neeleman J. Quantifying psychiatric comorbidity- lessons from chronic disease epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):105–11.
48. Mäki K, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Keltikangas-Jarvinen L, Kivimäki M. Sickness absence among female employees with migraine and co-existing conditions. *Cephalalgia.* 2008 Nov;28(11):1136–44.
49. van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001 Jul;54(7):675–9.
50. Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, GC W. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract.* 2009;26(2):79–80.
51. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000 Sep;53(9):895–907.
52. Goldfield N. The evolution of diagnostic-related groups (DRGs): from its beginning in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Qual Manag Health Care.* 2010;19:3–16.
53. Condelius A, Edberg A, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2008;46:41–55.
54. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice.* 2008;14 (suppl 1):28–32.
55. Cheng P, Gilchrist A, Robinson K, Paul L. The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding. *HIM J.* 2009;38(1):35–46.
56. Fillit H, Geldmacher D, Welter R, Maslow K, Fraser M. Optimizing coding and reimbursement to improve management of Alzheimer's disease and related dementias. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(11):1871–8.

57. Zhan C, Elixhauser A, Friedman B, Houchens R, Chiang Y. Modifying DRG-PPS to include only diagnoses present on admission: financial implications and challenges. *Med Care*. 2007;45(4):288–91.
58. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998 May;51(5):367–75.
59. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–83.
60. Hudon C, Fortin M, H S. Chronic musculoskeletal conditions and comorbidities in primary care settings. *Can Fam Physician*. 2008;54(1):74–5.
61. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
62. Socialstyrelsen. Avdelningen för statistik och utvärdering. 2010.
63. Fortin M, Hudon C, Lapointe L, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice: Is it commonly researched? *Canadian Family Physician*. 2005;51:244–5.
64. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ*. 2007 May 19;334(7602):1016–7.
65. [www.sbu.se](http://www.sbu.se).
66. [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).
67. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 1993.
68. The GRADE Working Group. Grade Working Group; [citerad 14/5 2010]; <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
69. Simmonds M, Kumar S. Does knowledge of a patient's workers' compensation status influence clinical judgments? *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1996 19970101;6(2):93–107.
70. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med*. 2002 Jun 15;21(11):1539–58.



71. Dementia. Etiology and Epidemiology. A systematic review: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2008.
72. Glozier N, Hackett ML, Parag V, Anderson CS. The influence of psychiatric morbidity on return to paid work after stroke in younger adults: the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study, 2002 to 2003. *Stroke*. 2008 May;39(5):1526–32.
73. Hemingway H, Vahtera J, Virtanen M, Pentti J, Kivimäki M. Outcome of stable angina in a working population: the burden of sickness absence. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Jun;14(3):373–9.
74. Holtslag HR, Post MW, van der Werken C, Lindeman E. Return to work after major trauma. *Clin Rehabil*. 2007 Apr;21(4):373–83.
75. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas L, Virtanen M, Elovainio M, Puttonen S, Keltikangas-Järvinen L, Pentti J, Vahtera J. Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jan;66(1):65–9.
76. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Virtanen M, Elovainio M, Hemingway H. Increased sickness absence in diabetic employees: what is the role of co-morbid conditions? *Diabet Med*. 2007 Sep;24(9):1043–8.
77. Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Twisk JW, Vergouwe Y, Bouter LM. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:97.
78. Nordin M, Hiebert R, Pietrek M, Alexander M, Crane M, Lewis S. Association of comorbidity and outcome in episodes of nonspecific low back pain in occupational populations. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2002 Jul;44(7):677–84.
79. Mayer TG, Towns BL, Neblett R, Theodore BR, Gatchel RJ. Chronic widespread pain in patients with occupational spinal disorders: prevalence, psychiatric comorbidity, and association with outcomes. *Spine*. 2008 Aug 1;33(17):1889–97.
80. Pell S, D'Alonzo CA. Sickness Absenteeism of Alcoholics. *Journal of Occupational Medicine*. 1970;12(6):198–210.

81. Busch MA, Coshall C, Heuschmann PU, McKeivitt C, Wolfe CD. Sociodemographic differences in return to work after stroke: the South London Stroke Register (SLSR). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Aug;80(8):888–93.
82. Vucetic N, Astrand P, Guntner P, Svensson O. Diagnosis and prognosis in lumbar disc herniation. *Clin Orthop Relat Res*. 1999 Apr(361):116–22.
83. Isometsä E, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(11):1869–72.
84. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(8):1274–8.
85. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*. 2001 Aug 1;24(5):583–90.
86. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine*. 2002;27(16):1790–6.
87. Gjeruldsen SR, Myrvang B, Opjordsmoen S. A 25-year follow-up study of drug addicts hospitalised for acute hepatitis: present and past morbidity. *Eur Addict Res*. 2003 Apr;9(2):80–6.
88. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Jun;111(6):436–43.
89. Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Functional and work disability in major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Mar;193(3):189–95.
90. Simpson E, Pilote L. Quality of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:80.
91. D'Souza RM, Strazdins L, Broom DH, Rodgers B, Berry HL. Work demands, job insecurity and sickness absence from work. how productive is the new, flexible labour force? *Aust N Z J Public Health*. 2006 Jun;30(3):205–12.

92. Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache--The HUNT Study. *Cephalalgia*. 2006 Aug;26(8):960-7.
93. Kremer AM, Pal TM, van Keimpema AR. Employment and disability for work in patients with COPD: a cross-sectional study among Dutch patients. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006 Oct;80(1):78-86.
94. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aaro LE, Prince M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1412-8.
95. Dersh J, Mayer T, Gatchel RJ, Towns B, Theodore B, Polatin P. Psychiatric comorbidity in chronic disabling occupational spinal disorders has minimal impact on functional restoration socioeconomic outcomes. *Spine*. 2007 Aug 1;32(17):1917-25.
96. Burgdorf F, Schreyogg J, Keller W, von Wietersheim J, Deter HC. [Predictors of health-care utilization of patients with Crohn's disease: results of a prospective randomized multi-center trial].(In German) *Med Klin (Munich)*. 2007 Nov 15;102(11):881-7.
97. van der Mei SF, van Son WJ, van Sonderen EL, de Jong PE, Groothoff JW, van den Heuvel WJ. Factors determining social participation in the first year after kidney transplantation: a prospective study. *Transplantation*. 2007 Sep 27;84(6):729-37.
98. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, Mykletun A. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep*. 2008 Jun 1;31(6):875-80.
99. Kristen AV, Ammon K, Koch A, Dosch AO, Erbel C, Celik S, Karck M, Sack FU, Katus HA, et al. Return to work after heart transplantation: discrepancy with subjective work ability. *Transplantation*. 2009 Apr 15;87(7):1001-5.
100. Linder J, Ekholm KS, Jansen GB, Lundh G, Ekholm J. Long-term sick leavers with difficulty in resuming work: comparisons between psychiatric-somatic comorbidity and monodiagnosis. *Int J Rehabil Res*. 2009 Mar;32(1):20-35.
101. Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Outcome of multidisciplinary investigations

- of long-term sickness absentees. *Disabil Rehabil.* 2009;31(2):131–7.
102. Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Multidisciplinary investigations recognize high prevalence of co-morbidity of psychiatric and somatic diagnoses in long-term sickness absentees. *Scand J Public Health.* 2009 Jan;37(1):35–42.
103. Vamos EP, Mucsi I, Keszei A, Kopp MS, Novak M. Comorbid depression is associated with increased healthcare utilization and lost productivity in persons with diabetes: a large nationally representative Hungarian population survey. *Psychosom Med.* 2009 Jun;71(5):501–7.
104. Gleason PP, Kapoor WN, Stone RA, Lave JR, Obrosky DS, Schulz R, Singer DE, Coley CM, Marrie TJ, et al. Medical outcomes and antimicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia. *Jama.* 1997 Jul 2;278(1):32–9.
105. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. *British Journal of Psychiatry.* 1998;172:250–6.
106. McCormick D, Fine MJ, Coley CM, Marrie TJ, Lave JR, Obrosky DS, Kapoor WN, Singer DE. Variation in length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: are shorter stays associated with worse medical outcomes? *Am J Med.* 1999 Jul;107(1):5–12.
107. Morris S, Lenihan B, Duddy L, O'Sullivan M. Outcome after musculoskeletal trauma treated in a regional hospital. *J Trauma.* 2000 Sep;49(3):461–9.
108. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine.* 2000;51(1):41–50.
109. Dauty M, Renaud P, Deniaud C, Tortellier L, Dubois C. [Professional outcome of reflex sympathetic dystrophy]. *Ann Readapt Med Phys.* 2001 Mar;44(2):89–94.
110. Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and

- outcome 12 months later. *Soc Sci Med*. 2001 May;52(9):1441–50.
111. Dünner S. Sickness certification in primary care. *Sozial – und Präventivmedizin: Zeitschrift der Schweizerischen*. 2001;46(6):389–95.
  112. Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, van Sonderen E, Goeken LN, Eisma WH. Factors related to successful job reintegration of people with a lower limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001 Oct;82(10):1425–31.
  113. Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002 Apr;83(4):461–8.
  114. Greenberg P, Corey-Lisle PK, Birnbaum H, Marynchenko M, Claxton A. Economic implications of treatment-resistant depression among employees. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(6):363–73.
  115. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(1):93–102.
  116. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL, Sareen J. Does comorbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychol Med*. 2006 May;36(5):587–96.
  117. Pransky GS, Verma SK, Okurowski L, Webster B. Length of disability prognosis in acute occupational low back pain: development and testing of a practical approach. *Spine*. 2006 Mar 15;31(6):690–7.
  118. Alexopoulos EC, Tanagra D, Konstantinou E, Burdorf A. Musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:88.
  119. Alander T, Svardsudd K, Agreus L. Functional gastrointestinal disorder is associated with increased non-gastrointestinal healthcare consumption in the general population. *Int J Clin Pract*. 2008 Feb;62(2):234–40.

120. Eriksson HG, von Celsing AS, Wahlström R, Janson L, Zander V, Wallman T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*. 2008;8:426.
121. Ivanova JI, Birnbaum HG, Samuels S, Davis M, Phillips AL, Meletiche D. The cost of disability and medically related absenteeism among employees with multiple sclerosis in the US. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(8):681–91.
122. Li C, Sung F. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med (Lond)*. 1999;49(4):225–9.
123. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(2):133–44.
124. Hensing G, Petersson E-L, Spak F, Östlund G. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden?: Sociala rådet 2010.
125. Hensing G. The measurements of sickness absence – a theoretical perspective. *Norsk Epidemiologi*. 2009;19(2):147–51.
126. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(2):133–45.
127. Sackett DL. Bias in analytic research. *Journal of Chronic Diseases*. 1979(32):51–63.
128. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009.
129. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
130. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
131. Wing J, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper J, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589–93.

132. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: American Psychiatric Association; 1994.
133. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002 Feb;52(2):69–77.
134. DSM-III. American Psychiatric Association: Practice Guideline for Major Depressive Disorders in Adults. *Am J Psychiatry.* 1993;150(April suppl).
135. Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Oja P, Vuori I. Agreement between Questionnaire Data and Medical Records of Chronic Diseases in Middle-aged and Elderly Finnish Men and Women. *American Journal of Epidemiology.* 1997;145(8):762–9.
136. Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van Balkom AJ, van der Klink JJ, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry.* 2006;6:34.
137. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001 Jul;2(4):297–307.
138. Goldberg D, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire.* 1998.
139. Goldberg, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J.* 1988;297(6653):897–9.

## Författarpresentation

*Maarit Korkeila* är läkare, specialistläkare i internmedicin och njurmedicin, doktor i medicinsk vetenskap och biträdande överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Maarit har lång erfarenhet av kliniskt arbete och arbete med epidemiologiska studier. Maarit kan nås via e-post på adressen [maarit.korkeila@ki.se](mailto:maarit.korkeila@ki.se).

*Anders Norlund* är hälsoekonom, ekonomie doktor, adjungerad universitetslektor vid Karolinska Institutet och projektledare på Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Anders har lång erfarenhet av arbete med systematiska litteraturöversikter och arbete med hälsoekonomiska utvärderingar och studier. Anders kan nås på e-postadressen [norlund@sbu.se](mailto:norlund@sbu.se).

*Kristina Alexanderson* är professor i socialförsäkring vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, vid Karolinska Institutet. Kristina har forskat och undervisat inom sjukfrånvaroområdet sedan mer än 20 år tillbaka, och har gjort ett flertal systematiska litteraturöversikter och studier om sjukfrånvaro. Kristina kan nås på e-postadressen [kristina.alexanderson@ki.se](mailto:kristina.alexanderson@ki.se).



# Kommittédirektiv



**Socialt råd**

**Dir.  
2007:161**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 29 november 2007

## Sammanfattning av uppdraget

Ett råd bestående av forskare ska tillkallas med uppdrag att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i hälso- och sjukvårdsfrågor och i sociala frågor samt förse regeringen med relevant kunskap för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Arbetet ska redovisas dels i en årlig rapport, dels vid återkommande möten med ansvariga statsråd och tjänstemän vid Regeringskansliet.

## Behovet av ett socialt råd

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet och en åldrande befolkning sätter bl.a. socialförsäkringssystemen, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna till att leva ett längre liv i hälsa för en stor del av befolkningen. För att möta dessa utmaningar krävs en effektiv och evidensbaserad politik. Aktuella forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets område behöver tas tillvara på ett mer effektivt sätt än i dag. Flertalet myndigheter inom det sociala området följer i dag forskningen inom respektive ansvarsområde. Det finns dock ett behov av att få en samlad syn på aktuella frågor som är bredare än någon myndighets verksamhetsområde. Genom att ha kontakt med välmeriterade forskare, verksamma inom det sociala området, kan man främja

utformningen av en samlad evidensbaserad politik för det sociala området.

### Uppdraget

För att på ett mer effektivt sätt än i dag ta till vara aktuell kunskap, såsom nya forskningsrön på det sociala området, och främja utbytet mellan forskning och politik ska ett råd med välmeriterade forskare tillsättas av regeringen. Utöver dessa adjungeras generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen till rådet. Rådets uppgift är att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida socialpolitiska avgöranden. Rådets verksamhet delas in i två huvudområden:

- Att vara rådgivare till regeringen i frågor inom det sociala området.
- Att förse regeringen med relevant kunskap för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Rådet ska redovisa relevant och aktuell kunskap baserad på bl.a. svenska och internationella forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion och utveckling. Rådet ska även agera rådgivare åt och lämna rekommendationer till regeringen i långsiktiga strategiska frågor.

Rådet ska i sitt arbete samråda med berörda aktörer och utredningar som har relevans för rådets uppdrag.

Det står rådet fritt att utarbeta arbetsformer och innehåll på ett sådant sätt som rådet bäst anser fylla syftet med uppdraget.

### Redovisning av uppdraget

I uppdraget ingår att löpande ge råd och information åt regeringen. Detta ska ske på följande sätt:

- Möten med ansvariga statsråd minst två gånger per år. Respektive statsråd och rådet väljer ämne varannan gång. Diskussionerna inleds med förberedda inlägg från rådets medlemmar.
- Regelbundna möten med berörda tjänstemän vid Regeringskansliet.

En gång per år ska rådet lämna en rapport till regeringen med en redogörelse för den verksamhet som rådet har bedrivit under året. Därutöver är rådet oförhindrat att lämna rapporter i valfria frågor.

Rådets uppdrag omfattar perioden från den 1 januari 2008 till och med den 31 december 2010. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2010.

(Socialdepartementet)

# Mall för dataextraktion och kriterier för kvalitetsbedömning

## Mall för dataextraktion. Modifierad efter SBU 2003 (11)

Datum granskningen gjordes: 200 - - . Granskare:.....

**Titel**.....

**Författare** ..... **Land (studie)** .....

**Tidskrift**..... **Publiceringsår**.....

**Syfte**.....

Vilka **samband** studeras? .....

**Typ av studie**  *Experimentell studie*:  RCT  CT  Kvasiexperiment  Annan interventionsstudie  
 *Observationsstudie*  Tvärsnitt  Longitudinell:  Prospektiv  Retrospektiv  Kohort  Fall-kontroll  
 *Litteraturstudie*:  Meta-analys  Systematisk översikt  Review  Modellstudie  Multicenter  
 *Annan*.....

**Datansamling när?** .....  Framgår ej

**Studietid**:  Ej aktuellt  Varierar År ..... Månader ..... Adekvat:  Ja  Nej  Tveksamt

**Föremål för**  Sjukskrivna  Patienter  Befolkning  Arbetslösa  Visst geografiskt omr:....

**studie** (Flera  Egen företag.  Anställd;  visst yrke, vilket.....  viss arbetsplats/bransch, vilken..... alt möjliga)  Annat.....

**Metod för**  *Enkät*:  med vinjetter.  Audit-typ.  Annan.....

**data-** Validerad:  Ja  Nej  delvis  uppgift saknas  hänvisn till annan artikel  
**insamling**  *Intervju*  strukturerad  semi-strukturerad  individuell  grupp  face-to-face  telefon  
 (flera alt  *Registerdata*: Typ: .....  
 möjliga)  *Läkarintyg*  *Journal*, sjukvård  *Utredning*, FK  *Utredning gjord i annan organis.*  
 *Screening instr.* .....  *Observation* .....  
 *Klinisk undersökning* .....  *Annat*.....

**Synpunkter:**

**Typ av**  Ej aktuellt  
**sjukfrån-**  Sjukfrånvaro  Förtidspension/aktivitets- & sjukersättning  Oklart, hur.....  
**varodata**  Självrapporterade,  Läkarrapporterade  Från sjukintyg  
 (Fler alt.  Registerdata (försäkringsbolag)  Registerdata(arbetsgivare)  
 möjliga)  Incidens/fall  Incidens/personer  längd,  sjukskrivningsdiagnos  Annat.....

**Sjukdom/diagnos** i fokus (flera kan anges):  Indexsjukdom.....  
 Samsjuklighet:

**Diagnosmetod**  Ej aktuellt  Sjukskrivningsintyg  Förtidspension  Registerdata  Självrapporterad  
 (Flera alt. ok)  Data från med. journal el dyl.  Klinisk undersökning speciell för studien  
 Annan.....  Uppgift saknas

**Inklusionskriterier** .....

Anges ej  Tydliga  Otydliga  Adekvata  Ej adekvata.

Enhetliga för ingående grupper;  Ja  Nej  Oklart

*Kontroll-* eller *referensgrupp*: relevant vald  ja  delvis  nej  Ej aktuellt

**Exklusionskriterier** .....

Anges ej  Tydliga  Otydliga  Adekvata  Ej adekvata.

Enhetliga för ingående grupper;  Ja  Nej  Oklart

Beskrivning av **studiepopulationen**, studiegruppen etc, totalt och uppdelat på kön, med % bortfall, i olika delgrupper. Antal individer:

	Studiepop.	Studiegr+bortfall.	Uppföljning + bortfall.	Kontroll: studiegr+bortfall	Uppföljn.+bortfall
Totalt	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Kvinnor	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Män	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

Är **studiegruppen** tillräckligt stor?  Ja  Nej. Synpunkter:.....

**Bortfall, primärt**  bortfall saknas  Systematiskt  icke-systematiskt  ej analyserat  uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser  ja  delvis  nej  oklart  
i slutsatser  ja  delvis  nej  oklart

**Sekundärt bortfall**  ej aktuellt  bortfall saknas  Systematiskt  ej systematiskt  ej analyserat  
 uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser  ja  delvis  nej  oklart  
i slutsatser  ja  delvis  nej  oklart Internt bortfall

som är av vikt?  ja  nej  oklart

Kommentarer:

**Intervention.**  Ja  Nej

Typ av intervention:

- Sjukskrivning.....  
 Rehabilitering.....  
 Behandling.....  
 Ändr. försäkringsvillkor.....  
 Ändrade arbetsförhållanden.....  
 Annan åtgärd.....

**Determinanter**, vilka har inkluderats:.....  
 .....  
 .....

#### Bias

*Selektionsfel:*  Nej  oklart, men ej troligt  oklart, men troligt  ja:.....

*Informationsfel:*  Nej  oklart, men ej troligt  oklart, men troligt  ja:.....

*Confounding:*  Nej  oklart, men ej troligt  oklart, men troligt  ja:.....  
 Justerat för i analysen  Ja  Nej

Kommentarer

**Utfallsmått**  Sjukfrånvaro:  kort  lång  Typ av mått.....

Förtidspension/sjukbidrag – aktivitets- eller sjukersättning

För konsekvensstudierna:  Sjukdom  Hälsa  Återgång i arbete  Livskvalitet  Arbetsförmåga

Funktionsförmåga  Livsstil  Ekonomi

Annat.....

Vilka utfallsmått har använts? ..... Adekvata  Ja  Nej

**Teorianknytning** anges  Nej  Ja, vilken.....

**Metoder för dataanalys** Tydligt beskriven:  ja  nej.  Adekvat  delvis adekvat  ej adekvat  
 uppgift saknas

Vilka metoder har använts:.....  
 .....  
 .....

Har **effektmodifiering** beaktats i analysen?  Ja  Nej  Ej relevant

Specifika **svagheter** i analysen:.....

.....

**Kvantitativ analys**  ja  nej

i förväg tydligt formulerad hypotes  ja  nej

power-analys; gjord  ja  nej  Borde gjorts

**Etisk frågeställning:** beroende part medverkat i undersökningen  ja  nej  framgår ej

**Resultat:** (med fokus på de som är av intresse för projektet)

**Typ av samband**

**Grad av styrka (högt, lågt, inget)**

**Resultaten generaliserbara**  nej  tveksamt  Ja, för vilken grupp? .....

**Granskarens kommentarer**

### Kvalitetsbedömning

	0	1	3	5	Kommentarer
<b>Design etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Bortfall</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Bias</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Analysmetod</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Precision, utfall</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Summa poäng: _____					
Kommentar	.....				
	.....				
	.....				

## Kriterier för bedömning av kvalitet i de studier som bedömts vara relevanta

Modifierad efter SBU 2003 (11)

	Poäng
<b>1. Studiedesign etc</b>	
Aspekter att ta ställning till i förhållande till frågeställningen: tillräcklig <i>storlek</i> , adekvat <i>studiedesign</i> , relevant <i>uppföljningstid</i> med hänsyn till utfallsmåttet, relevant <i>kontroll- eller jämförelsegrupp</i> (där sådan är aktuell), relevanta och tydliga <i>inklusionskriterier</i> , relevanta och tydliga <i>exklusionskriterier</i> , relevanta <i>kriterier för fastställande av diagnos</i> , valid metod för <i>datainsamling</i> .	
a) Samtliga ovanstående aspekter är uppfyllda	5
b) Någon av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande	3
c) Några av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande	1
d) Någon av ovanstående aspekter är undermålig	0
<b>2. Bortfall</b>	
Följande fyra aspekter är av vikt: bortfallets <i>storlek</i> (i alla steg), hur noga det är <i>redovisat</i> , grad av <i>systematik</i> och dess betydelse för resultatet, <i>hur hänsyn tagits till eventuell systematik</i> i bortfallet i analysen. Alla olika typer av bortfall sammanvägs här: primärt, sekundärt (dvs. vid uppföljningar), internt (sällan redovisat) olika bortfall vid olika steg i processen och vid olika typer av datainsamling för samma studiepopulation etc. Det avgörande är i vilken grad bortfallet kan ha påverkat resultaten. Detta beror alltså på dess storlek, eventuell systematik och om man korrigerat för systematiken på ett adekvat sätt.	
a) Bortfallet kan inte antas ha påverkat resultaten	3
b) Bortfallet kan antas ha påverkat resultaten, men endast i liten utsträckning	2
c) Bortfall kan antas ha påverkat resultaten, men inte på något avgörande sätt	1
d) Stor risk för att resultaten påverkats av bortfallet på ett avgörande sätt.	0
<b>3. Bias</b>	
a) Hänsyn tagen till confounders på adekvat sätt	3
b) Hänsyn tagen till vissa confounders på adekvat sätt	2
c) Tveksamt om tillräcklig hänsyn tagits till confounding	1
d) Inkluderade confounders ej kontrollerade för. Klara selektionsfel eller informationsfel, som ej tagits hänsyn till i analys eller tolkning	0
<b>4. Analysmetod</b>	
a) Relevant statistisk metod, tagit hänsyn till effektmodifierare	3
b) Relevant statistisk/kvalitativ metod	2
c) Acceptabel statistisk/kvalitativ metod	1
d) Tveksam analysmetod	0
<b>5. Precision, utfall (outcome)</b>	
a) Adekvat utfallsmått i förhållande till frågeställning etc, objektivt verifierbart eller väl definierat. Smala konfidensintervall eller andra spridningsmått.	3
b) Adekvat mått, men ej väl definierat. Signifikanta men breda konfidensintervall.	2
c) Delvis adekvat mått, ej väl definierat. Låg precision.	1
d) Icke adekvat, oklart beskrivet, ej möjligt att bedöma. Oacceptabel precision.	0

## Tabell 6, 9, 10 och 11

**Tabell 6.** Hur psykisk diagnos fastställdes i de 25 studier där psykisk sjukdom ingick, som indexsjukdom eller som samsjuklighet/mångsjuklighet

Psykisk diagnos	Utfall	Studie	Metod för att fastställa psykisk diagnos
Depression	Sjukfrånvaro	Druss (84) <sup>b</sup>	ICD-9 diagnos
Depression, psykisk sjukdom	Sjukfrånvaro	Rytsälä (89) <sup>b</sup>	Hamilton Rate of Depression (129), Beck Depression Inventory (130), WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Version 2.0 (131), psykiatriska journaldata
Sömnbesvär och depression	Sjukersättning	Overland (98) <sup>b</sup>	DSM-IV (132) för sömnbesvär och HADS (133) för depression
Depression	Sjukersättning	Isometsä (83) <sup>b</sup>	DSM-III (134)
Depression, ångest	Sjukersättning	Mykletun (94) <sup>b</sup>	HADS (133)
Depression	Sjukfrånvaro	Mäki (48)	Validerad lista på 15 vanliga kroniska sjukdomar (135)
Depression, ångest	Sjukfrånvaro	Kuipers (77)	Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4-DSQ) (136)
Depression och andra psykiska besvär	Sjukfrånvaro	Kivimäki (75)	Validerad lista för 15 vanliga kroniska sjukdomar (135)
Sömnbesvär	Sjukfrånvaro	Savard (85)	Semi-strukturerad icke-validerad enkät där validerade instrument (The Sleep Impairment Index, SII) ingick (137)
Depression, ångest	Sjukfrånvaro	Burgdorf (96)	Beck's Depression Inventory (130)
Depression och andra psykiska besvär	Sjukfrånvaro	Kivimäki (76)	Validerad lista för 15 vanliga kroniska sjukdomar (135)
Depression och andra psykiska besvär	Sjukfrånvaro	Hemingway (73)	Validerad lista för 15 vanliga kroniska sjukdomar (135)
Depression och ångest	Sjukfrånvaro	Fiane (92)	HADS (133)
Psykisk sjukdom	Sjukfrånvaro	Pell (80) <sup>b</sup>	Journaldata från företagshälsövården
Depression	Återgång i arbete	Glozier (72)	Journaldata om läkemedelsbehandling för depression (under månaden innan eller tidigare), General Health Questionnaire (138)
Depression, dystymi, ångest, missbruk, beroende (Axis I) eller personlighetsstörning (Axis II)	Återgång i arbete	Dersh (95)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Axis I and II) (132)
Psykiska besvär	Återgång i arbete	Kremer (93)	Icke-validerad enkät om kroniska sjukdomar, inklusive psykiska besvär



98	Schizofreni, depression, opioidberoende (Axis I), Återgång i arbete personlighetsstörning (Axis II)	Mayer (79)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Axis I & II) (132)
	Psykiska besvär (missbruk eller neurotiska besvär)	Nordin (78)	ICD-9 diagnos journalförd vid första läkarbesöket
	Psykisk sjukdom (odeterminerad)	Vucetic (82)	Icke-validerad patientenkät
	Missbruk, bipolär sjukdom, schizofreni eller annan psykos/sjukdom, depression, ångest, suicidförsök	Gjeruldsen (87)	Icke-validerad intervju, journaldata
	Depression	Vamos (103)	Strukturerad intervju med en förkortad version av Beck Depression Inventory (BDI)
	Ångest, stämningsstörningar, missbruk/beroende	Buist-Bouwman (88)	DSM-III-R (134)
	Depression, ångest	D'Souza (91)	Goldberg's scale (139)
	Ångest, stämningsstörningar, missbruk/beroende	Linder (100)	Psykiatrisk undersökning, journaldata, enkätdata med validerade instrument

<sup>b</sup> Studier där psykisk diagnos var indexsjukdom

Tabell 9

## Sammanställning av de 31 studier som inkluderats i litteraturoversikten

Studierna står i följande ordning: Först står, i bokstavsordning efter författarnamn, de studier som bedömts ha måttlig vetenskaplig kvalitet, inom respektive typ av studie (Först typ A, sedan typ B)(Inga studier bedömdes ha hög vetenskaplig kvalitet). Därefter listas studierna av låg vetenskaplig kvalitet, efter typ av studie (A/B/C) efter författarnamn inom respektive kategori. För förklaring av typ A, B respektive C, se figur 7.

Författare Land Publiceringsår (Referensnr.)	Syfte	Studiepopulation. n (±%). Ålder. Studiedeltagare, n (±%). Bortfall	Diagnoser (ICD-10 kapitel)	Studiedesign. Typ av data. År för datainsamling	Utfallsvariabler. Uppföljningstid. Justeringar	Resultat	Studiekvalitet Kategori av studie (A/B/C)
Glozier Nya Zeeland 2008 (72)	Undersöka återgång i arbete efter stroke och om psykisk samsjuklighet påverkar detta.	Populationsbaserad studie av vuxna som 2002–2003 var yrkesverksamma och som fått stroke för första gången och överlevt i 28 dagar. 224 (±32%). Ålder: Medel 55 år (Standarddeviation ± 11), inga könsskillnader i ålder. 210 intervjuades efter 6 månader. Bortfall: 6%	Stroke (G), psykiska sjukdomar (F) kardiovaskulära sjukdomar (I) diabetes mellitus (E).	Prospektiv kohortstudie. Telefonintervju 1 och 6 månader efter stroke. Data från medicinsk journal och samt frågeformulär (General Health Questionnaire, GHQ-28. 27% bortfall på det senare). År: 2002–2003.	Återgång i arbete efter 6 månader. Justerat för ålder, kön, arbete, etnicitet.	53% hade återgått i arbete efter 6 månader. Av dem med psykisk samsjuklighet hade 43% återgått. I en multivariat modell innebar psykisk samsjuklighet lägre sannolikhet för återgång i arbete (OR = 0,42; 95% K.I. 0,22–0,80). Efter justering för flera faktorer OR = 0,39 (0,18–0,81). För personer med diabetes hade lägre andel som återgått i arbete vid univariat men inte i multivariat analys.	Måttlig A
Hemingway Finland 2007 (73)	Studera sjukfrånvaro bland anställda med kranskärlssjukdom, och om sjukfrånvaron påverkades av andra riskfaktorer och av samsjuklighet.	Studiepopulation: Offentliganställda i tio städer i södra, västra och norra Finland, 48 592 (± 81%). Ålder: 17–65 år. Deltagare: de som besvarade en enkät; 33 148 (± 80%). Bortfall: 13,5%	Angina pectoris (kranskärlssjukdom), hjärtinfarkt, högt blodtryck (I), diabetes (E), stroke/migrän (G), depression/psykiska besvär (F), astma/kronisk bronkit (J), artros/reumatoid artrit/fibromyalgi/diskbråck (M), magsår (K), eller annan av läkare diagnostiserad kronisk sjukdom.	Prospektiv kohortstudie. Data: Enkätdata om sjuklighet. Arbetsregister om sjukfrånvaro. År: 2000–2003	Kort sjukfrånvaro (<4 dagar), lång sjukfrånvaro (>3 dagar, dvs. med sjuktygi); antal fall per 100 personår, antal dagar, hazard ration. Justerat för ålder, kön, antal riskfaktorer (rökning, fetma, fysisk inaktivitet), antal sjukdomar (dels antal hjärt-kärlsjukdomar dels andra sjukdomar).	En procent hade kranskärlssjukdom. Bland dessa 341 personer hade 84% ytterligare minst en sjukdom, och 58% hade ytterligare två eller fler sjukdomar. De med kranskärlssjukdom hade högre risk för sjukfrånvaro som översteg 3 dagar. Av dem med kranskärlssjukdom, hade de som också hade depression eller diskbråck 50% högre risk för sjukfrånvaro än de med bara	Måttlig A

Hollslag Nederländerna 2007 (74)	Studera återgång i arbete efter svårare trauma.	Patienter som vårdats på sjukhus efter ett allvarligt trauma. Oklart antal i populationen (♀?). Ålder: 16–65 år. Deltagare: de patienter som var i arbete före olyckan, som överlevt mer än ett år och som godkänt medverkan. 214 (♀ 14%). Bortfall: oklart.	Allvarligt trauma (hjärna, abdomen, bröst, ryggmärgsskada, extremiteter(S,T) och 26 olika kroniska somatiska sjukdomar enligt 'Health and Labour Questionnaire'.	Prospektiv kohort studie. Självrapporterad data om samsjuklighet och sjukfrånvaro. journaldata om traumat. År: januari 1999-december 2000.	Återgång i samma arbete som innan skadan efter ett år, helt (dvs. minst till 80% av tidigare arbetstid) deltid eller ej. Justerat för kön, ålder, utbildningsnivå m.m.	kranskärlssjukdom. De med två eller flera sjukdomar utöver kranskärlssjukdom hade en ökad risk för sjukfrånvaro med HR 2,24 (1,38–3,64) och 2,28 (1,41– 3,71). Den högre risken för sjukfrånvaro i denna grupp förklaras i högre utsträckning av samsjuklighet än av andra faktorer, t.ex. livsstilsfaktorer.	Mätlig A
Kivimäki, Finland 2007 (75)	Att undersöka risken för sjukfrånvaro bland anställda med fibromyalgi.	Offentliganställda i tio städer i södra, västra och norra Finland, 48 592 (♀ 81%). Ålder: 17–65 år. Deltagare: de som svarat på enkät och tillät koppling till sjukfrånvaroregister. 34 100 (♀ 80%), 30%.	Fibromyalgi, artros, reumatoid artrit (M), depression och andra psykosiska besvär (F).	Prospektiv kohort studie. Enkätdata om sjuklighet. Registerdata om sjukfrånvaro. År: 2001–2003.	Hazard ratio (HR) för att ha ett nytt sjukskrivningsfall >3 dagar, dvs. då läkarinbetyg krävs. Uppföljningstid: 1 år. Justerat för ålder, kön och yrke.	1,9% hade fibromyalgi, 93% av dem var kvinnor. 67% av dessa hade någon typ av samsjuklighet. Personer med fibromyalgi hade en HR för sjukfrånvaro på 2,33 (KI, 2,11–2,57) jämfört med personer som inte hade fibromyalgi och de hade även fler antal sjukfrånvardagar. Samsjuklighet ökade risken för sjukfrånvaro med knappt 50% (HR 1,48; 1,26–1,74) jämfört med de med fibromyalgi men utan psykisk sjukdom.	Mätlig A

Kivimäki Finland 2007 (76)	Att undersöka om samsjuklighet påverkar sjukfrånvaro bland anställda med diabetes	Offentliganställda i tio städer i södra, västra och norra Finland. 48 592 (♀81%); Ålder: 17–65 år. Deltagare: de som svarat på en enkät om sjuklighet vad avser diabetes och samsjuklighet samt tillät registerutdrag om sjukfrånvaro. 33 148 (♀80%). Bortfall: 32%.	Diabetes (E), astma, kronisk bronkit (I), magsår (K), diskbräck, osteoartrit, reumatoid artrit, fibromyalgi (M), stroke, TIA, migrän (G), depression/andra psykiska besvär (F), hypertoni, angina pectoris/hjärtinfarkt (I).	Prospektiv kohortstudie. Enkätdata om sjuklighet. Arbetsgivarregister om sjukfrånvaro ett år efter enkätsvar. År: Enkätdata 2000–2002. Sjukfrånvarodata för varje individ under ett år efter de svarat på enkäten, längst Lom.2003.	Hazard ratio för att ha ett sjukfrånvarofall > 3 dagar (dvs. med läkarintyg) under kommande året. Hazard ratio för sjukskrivning. Uppföljningstid: 1 år. Justerat för ålder, kön, antal andra sjukdomar, med hjärt-kärlsjukdom respektive utan sådan, och risk faktorer (livsstilsfaktorer: rökning, motion, alkohol, övervikt).	1,9% hade diabetes, och samsjuklighet var vanligt bland dem. Personer med diabetes hade en HR på 1,48 (1,33–1,66) att ha ett nytt sjukskrivningsfall jämfört med icke-diabetiker. Diabetikers samsjuklighet med enbart hjärt-kärlsjukdom, en eller flera, påverkade inte deras HR. De med annan samsjuklighet hade högre risk, och de med flera andra sjukdomar hade ännu högre risk än de med diabetes utan samsjuklighet (en sjukdom: HR 1,49 (1,12–1,99); 2 sjukdomar: 1,72 (1,21–2,43) tre eller flera andra sjukdomar: HR=2,68 (1,97–3,65).	Mätting A
Kuijpers Nederländerna 2006 (77)	Utveckla en poängskala för bedömning av sjukfrånvarorisk för patienter som sökt primärvården p.g.a. av skulderbesvär.	Yrkesverksamma patienter som sökte husläkare för skulderbesvär för första gången, 350 (♀ 45%), Ålder: ≥ 18 år. Studiegupp: de som svarat på en enkät 6 månader senare 298 (♀?). Bortfall: 15%.	Skulderbesvär (M), psykologiska besvär (coping med smärta, ångest, depression, somatisering, ångest, rådså-undvikande beteende, kinesofobi) (F).	Prospektiv kohortstudie. Data från enkät vid inklusion samt postad hem 6 veckor, 3 respektive 6 månader efter inklusion. År: januari 2001–juni 2003.	Sjukfrånvaro ≥ 1 dag p.g.a. skulderbesvär under 6 mån efter inklusion i studien; psykisk samsjuklighet som prediktor i multivariat modell. Justerat för ålder, kön, utbildning och sjukfrånvaro vid och under 2 månader före inklusion i studien.	Samsjuklighet med psykiska besvär var en signifikant prognostisk faktor vid multivariat analys av riskfaktorer för sjukfrånvaro under kommande 6 månaderna efter besök i primärvården p.g.a. skulderbesvär. Detta gav den högsta OR för sjukfrånvaro: OR 4,0 (1,5–10,8).	Mätting A
Mäki Finland 2008 (48)	Undersöka sambandet mellan migrän och sjukfrånvaro.	Kvinnliga offentligtanställda i tio städer i södra, västra och norra Finland, 39 255 (♀ 100%). Ålder: 17–65 år, deltagare: de som besvarade enkät, tillät registerutdrag och för vilka det hade tillständliga uppgifter om sjukfrånvaro, migrän och samsjuklighet. 27 127 (♀ 100%).	Migrän (G), andningsbesvär (astma, hörsnuva, kronisk bronkit) (I), depression (F).	Prospektiv kohortstudie. Enkätdata om sjuklighet, läkemedelsanvändning, arbetsgivarens registerdata om sjukfrånvaro tre år efter enkätsvar. År: 2000–2005.	Antal korta (1–3 dagar) respektive långa fall (>3 dagar) per 100 personår, respektive hazard ratios (HR). Uppföljningstid: 3 år. Justerat för ålder, civilstånd, socioekonomisk status, depression och/eller andningsbesvär.	Högre risk för sjukfrånvaro bland dem som hade migrän. Vid justering för depression respektive andningsbesvär (dvs. för samsjuklighet) sjönk risken för sjukfrånvaro något (från HR 1,26 till 1,21 för korta fall och från 1,25 till 1,15 för längre fall). Ingen effekt på sjukfrånvaro av samsjuklighet bland de med migrän.	Mätting A

Nordin USA 2002 (78)	Studera samband mellan samsjuklighet och återgång i arbete efter sjukfrånvaro p.g.a. ospecific ländryggsmärta.	Bortfall: 31%. Anställda vid två företag; de 1 288 av 14 000 anställda vid det ena företaget, (ett energibolag), som besökt företagshälsövård under 1994–1999 inkluderades, samt de 664 av de 48 000 som besökt företagshälsövården under 1996–1999 i det andra företaget (en transportmyndighet). Sammanlagt 1952 anställda (%♀ framgår ej, antal besök i företagshälsövård redovisas uppdelat på kön, men ej antalet personer). Ålder: 15->65 år. Bortfall: okänt.	Ländryggsmärta och andra diagnoser: muskuloskeletal (M), endokrina (E), nervsystemet (G), cirkulationsorganen (I), andningsorganen (J), matsmättningsorganen (K), symptom, tecken och onormala fynd (R), skador och förgiftningar (S,T), psykiska besvär (F), tumörer (C,D).	Prospektiv kohortstudie. Registerdata från företagshälsövård; information om sjukfrånvaro och diagnos (kliniskt fastställt) etc. vid varje besök i företagshälsövård. År: 1994–1999 respektive 1996–1999.	Diagnoser, sjukfrånvaro, återgång i arbete utan restriktioner vad gäller arbetsuppgifter, räknat per sjukskrivningsfall, inte per person, dvs. en person kan förekomma mer än en gång. Resultat justerat för ålder, kön, typ av företag, samt arbete med tunga lyft.	30 % hade sjukfrånvaro någon gång under de 6 följande månaderna, de flesta i korta fall: 16% hade 10 eller fler sjukfrånvardagar. Samsjuklighet försenade återgång i arbete vid sjukfrånvaro p.g.a. ospecific ländryggsmärta (HR=1,31; 1,12–1,52). Högsta HR hade personer med samsjuklighet till följd av skador (1,49, 1,21–1,83).	Mättlig A
Mayer USA 2008 (79)	Undersöka förekomsten av kronisk smärta (chronic widespread pain; CWP) och psykisk samsjuklighet hos patienter med kroniska ryggbesvär (CDOSD Chronic Disabling Occupational Spinal Disease) samt undersöka skillnader i behandlingsresultat, inklusive återgång i arbete, i grupper.	CDOSD patienter vid sjukhus, som varit sjukskrivna ≥ 4 månader samt deltagit i ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram; 2730 (♀40%). Ålder: okänt. Deltagare: de som avslutat rehabiliteringsprogrammet, 2365 (♀ ?%). Bortfall: 11,5%.	CDOSD, fibromyalgi (M), psykisk samsjuklighet (depression, ångest) (F).	Prospektiv kohortstudie. Intervju vid inklusion om sjuklighet (strukturerad klinisk intervju) och om arbete samt om arbete efter 1 år efter avslutat rehabiliteringsprogram. År: 1992–2002.	Återgång i arbete samt att vara kvar i arbete 1 år efter avslutat rehabiliteringsprogram. Justerat för demografiska faktorer, psykisk samsjuklighet hos CDOSD patienter med respektive utan kronisk smärta.	Det fanns inga signifikanta skillnader i resultaten avseende återgång i arbete när CDOSD patienter med och utan CWP respektive psykiska sjukdomstillstånd jämfördes.	Mättlig B

	med/utan kronisk smärta.								
Burgdorf Tyskland 2005 (96)	Att identifiera prediktorer för hälso- och sjukvårdsutnyttjande vid Crohns sjukdom.	Ett slumpmässigt urval om 87 (♀54%) bland 499 patienter med Crohns sjukdom (♀62%). Ålder: okänt. Bortfall: okänt.	Crohns sjukdom (K), depression (F).	Prospektiv kohortstudie. Kliniska data om sjuklighet, 1989–1991. Antal sjukfrånvarodagar enligt försäkringsbolag år 1991–1993.	Sjukfrånvarodagar. Justerat för ålder, kön, allvarighetsgrad av Crohn-sjukdomen.	De patienter med Crohns sjukdom som också hade depression hade fler sjukfrånvarodagar. (p = 0,014). Depression och kön förklarade endast en mindre andel av variansen i sjukfrånvaro (R <sup>2</sup> = 0,189).	Låg A		
Busch Storbritannien 2009 (81)	Studera återgång i arbete efter stroke.	Populationsbaserat register av samtliga patienter i södra London med en första stroke 1995–2004 (75–84% av alla finns med i registret). n = 400 (♀ 35 %) som var i arbete före insjuknande. Ålder 53,8 år i genomsnitt, ingen övre åldersgräns. Bortfall 1: dödsfall under uppföljningen 16 %. Bortfall 2: av de överlevande 337 deltog 266 (♀ 39 %); det bortfallet: 21 %.	Stroke (G), diabetes (E), hjärtsjukdom, högt blodtryck (I).	Prospektiv kohortstudie av patienter. Sjukdomar diagnostiserade kliniskt inom sjukvården. Självrapporterade data om arbete. Inklusion 1995–2004, ett års uppföljning av varje individ.	Återgång i arbete ett år efter stroke. I multivariat analys justering för ålder, kön, civilstånd, etnicitet, typ av yrke, allvarighetsgrad, diabetes, rökning, beroende av omvårdnad.	Cirka en tredjedel av patienterna hade återgått i arbete ett år efter stroke. Den samsjuklighet med stroke som hade samband med att ha återgått i arbete ett år efter stroke var diabetes. De som hade sådan samsjuklighet hade i betydligt lägre grad återgått i arbete (p=0,01) (OR 0,25; KI 0,08–0,79) enligt multivariat analys.	Låg A		
Gjeruldsen Norge 2003 (87)	Undersöka nuvarande och tidigare sjuklighet bland patienter med hepatit.	Patienter som 1972–1976 behandlades vid Ullevål sjukhus, Oslo för akut hepatit och som 25 år senare levde och bodde i Oslo-området (79 av de 144 som fortfarande levde, ursprungligen 214 (♀7)). Ålder: okänt. Studiedeltagare 66 (♀ 46%). Bortfall 17%.	Hepatit, andra infektionssjukdomar (B), luftvägsinfektioner (J), psykiska sjukdomar, inklusive drogberoende (F) gastrointestinala (K), och muskuloskeletala (M) besvär, hjärt (I), och nervsystemsjukdomar (G), njur/urin- (N) och hud- (L) sjukdomar.	Prospektiv kohortstudie, 25 år. Data från enkäter, medicinska journaler, kliniska undersökningar och laboratorieprov. År: 1997–1998.	Sjukersättning respektive i arbete. Ej justerat.	Samtliga inkluderade hade också ett drogberoende. Vid uppföljningen 25 år senare var 39% i arbete, och ytterligare 39% (n = 26) hade sjukersättning, alla de senare hade antingen somatisk eller/och psykisk samsjuklighet.	Låg A		

Hagen Norge 2002 (86)	Studera olika faktorer betydelse för sjukersättning (förtidspenstion) p.g.a. ryggbesvär.	Alla i det norska länet Nord- Trøndelag, som var i arbete 1985: 34 754 (♀ 40%). Ålder: 25–59 år. Deltagare: de som deltog i undersökning 1984–1986; 25 271 (♀45%?). Bortfall: 27%.	Ryggvärk (M), diabetes (E), hjärtinfarkt/krenskärissjukdom (I), stroke (G).	Prospektiv kohortstudie Enkät- och undersökningsdata om sjuklighet 1984–1986. Registerdata om sjukersättning från norsk motsvarighet till Forsäkringskassan 1987– 1993 År: Exponering: 1984–1986. Uppföljning: 1987–1993.	Odds ratio (OR) för sjukersättning p.g.a. ryggbesvär Uppföljningstid: sju år. Justerat för samsjuklighet som prediktor i multipel logistisk regression. Justerat för ålder, kön, självrapporterad hälsa, livsstilsfaktorer, arbetsfaktorer, livssituation samt andra diagnoser.	2,8% fick sjukersättning på grund av ryggbesvär. De som rapporterade diabetes eller angina pectoris hade högre risk för detta (OR 3,2 (K.I. 1,3–8,0) respektive 2,0 (1,0–3,9)) än övriga populationen. Ingen högre risk för sjukersättning för ryggbesvär vid stroke respektive hjärtinfarkt.	Låg A
Isometsä Finland, 2000 (83)	Undersöka erhållen behandling av depression före beviljad sjukersättning (förtidspenstion).	Ett slumpmassigt urval av 349 personer av samliga 2 567 (♀?) som år 1993–1994 beviljats sjukersättning p.g.a. depression enligt DSM-III i Finland; 72 exkluderades då diagnoserna ej uppfyllde kriterierna för studien. Studiegrupp om 277 (44% ♀). Ålder: under 65 år (16–63) Bortfall: 0%.	Depression (F) och somatisk sjukdom.	Tvåsnittsstudie. Data från läkarinryg som lämnats in i samband med ansökan om sjukersättning. År: 1993–1994.	Beviljad sjukersättning, generellt och med olika diagnoser. Inga justeringar.	45% av dem som fick sjukersättning p.g.a. depression hade somatisk samsjuklighet, 47% av männen och 43% av kvinnorna. Vanligaste gruppen av somatisk samsjuklighet var muskuloskeletet sjukdom, 22% hade detta (21 % av männen 24% av kvinnorna).	Låg A
Kremer Nederländerna, 2006 (93)	Få kunskap om arbete bland patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).	Patienter med KOL vid 10 lungmedicinska mottagningar respektive vid 25 vårdcentraler. 826 (♀?). Ålder: 45–60 år. Studiedeltagare: de som besvarat en enkät: 617 (♀43%). Bortfall: 33%.	KOL (J), psykiska (F) hjärt- kärlsjukdomar (I), muskuloskeletala besvär (M), andra ej definierade somatiska sjukdomar.	Tvåsnittsstudie. Enkät, dvs. självrapporterad data om sjukdom, arbete och sjukersättning. År: januari 2000 – mars 2001.	Yrkesarbete respektive ha sjukersättning, arbetsförmåga, samsjuklighet. Flera hade fått KOL efter att ha fått sjukersättning. Oklara definitioner och siffror. Inga justeringar.	42% av KOL-patienterna arbetade inte, och en större andel av dessa hade samsjuklighet i jämförelse med de som arbetade. 52% av deltagarna hade samsjuklighet (inga könskillnader). 39% av dem som arbetat tidigare hade sjukersättning. En del hade fått sin KOL efter sjukersättning. Oklara siffror.	Låg A & C

<p>Kristen Tyskland 2009 (99)</p>	<p>Studera återgång i arbete efter hjärttransplantation.</p>	<p>Hjärttransplantation (I, Z), diabetes (E).</p>	<p>Prospektiv kohortstudie. Självrapporterade data (postenkät) om sjuklighet och återgång i arbete. Oklart om uppföljningstid, varierar stort, från 1 år till möjligen 9 år.</p>	<p>Återgång i arbete. Uppföljningstid oklart. Ingen multivariat analys.</p>	<p>Av de 94 som tidigare arbetat var 37,2% i arbete vid uppföljning. 18 % av de 94 hade diabetes. Av dem som inte arbetade hade 25,4% diabetes, medan 8,6% av dem som arbetade hade detta; <math>p &lt; 0,05</math>. Personer i arbete var yngre (42 vs 51,5 år i genomsnitt; <math>p &lt; 0,001</math>), hade varit kortare frånvarotid (7 vs 24,5 månader; <math>p &lt; 0,001</math>). Skillnaderna i andel med samsjuklighet som var i arbete kan alltså bero på detta.</p>
<p>Myletum Norge 2006 (94)</p>	<p>Undersöka betydelsen av psykisk sjuklighet för sjukersättning (fortids pension), i synnerhet p.g.a. somatiska diagnoser.</p>	<p>Ångest, depression (F), astma (U), angina pectoris, hjärtinfarkt, hypertension (I), diabetes mellitus, sköldkörtelsjukdom/struma, osteoporos (E), fibromyalgi, reumatism, anklyoserande spondylit, muskuloskeletala sjukdomar (M) stroke, migrän, epilepsi (G), cancer (C, D).</p>	<p>Prospektiv kohortstudie. Enkätdata samt registerdata om sjukersättning p.g.a. olika diagnoser, från norsk motsvarighet till Försäkringskassan. År: Baslinje data 1995–1997. Uppföljning vad avser sjukersättning fram till 1999, exakt uppföljningstid är oklart.</p>	<p>Sjukersättning, generellt samt p.g.a. somatiska diagnoser. Justerat för ålder, kön, socioekonomiska faktorer, somatiska symptom och diagnoser, livsstilsfaktorer.</p>	<p>Ångest (OR = 2,21; 1,83–2,66), depression (2,19; 1,72–2,78) eller båda (4,47; 3,74–5,35) vid baslinjemätning var relaterade till förhöjd risk för sjukersättning, oberoende av diagnos, under de kommande åren jämfört med dem utan sådana besvär. Dessa siffror sjunker endast något till 1,93 (1,59–2,33), 1,99 (1,56–2,55) respektive 3,73 (3,11–4,49) när man justerar för antal somatiska diagnoser – dvs. somatisk samsjuklighet påverkade endast marginellt risken för sjukersättning. Motsvarande OR, men något lägre, gällde även för risken för sjukersättning med somatiska diagnoser. Vid justering för ett stort antal faktorer var OR för sjukersättning fortfarande kraftigt förhöjd: 1,52–1,60 för depression eller ångest, 2,41 för personer som hade båda.</p>



Overland Norge 2008 (98)	Studera effekten av sömnbesvär och depression på risken för att få sjukersättning (förtidspension).	Befolkningen år 1995–1997 i Nord-Trøndelag som inte hade sjukersättning. Ålder: 20–67år. Deltagare n = 37 302 (♀ 53%). Bortfall: okänt – i alla åldrar, dvs. även de som var äldre än 67, var det 43% som inte besvarat enkäten respektive inte genomgått klinisk undersökning.	Sömnbesvär, depression (F), astma (U), ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni (I), stroke, epilepsi (G), diabetes mellitus, sköldkörtelsjukdom/struma(E), fibromyalgi, osteoporos, artrit, spondylit (M), tumörsjukdom (C,D), annan sjukdom.	Prospektiv kohortstudie. Diagnos från enkät och undersökning. Uppgift om sjukersättning från register från norsk motsvarighet till försäkringskassan. År: baslinjedata augusti 1995 – juni 1997.	Sjukersättning 18–48 månader efter studiestart. Depression och sömnbesvär som samverkande faktorer och samsjuklighet som en störfaktor (confounder). Logistisk regressionsanalys. Justerat för kön, ålder, antal somatiska sjukdomar, sociodemografi, livsstil.	Vid baslinjemätningen hade 2 999 personer sömnbesvär, 2 137 hade depression, 800 hade båda typer av besvär. Under uppföljningen fick 909 OR för sjukersättning för dem som också hade somatisk sjukdom var 1,94 (1,55–2,43) för dem med depression, 2,03 (1,68–2,45) för dem med sömnbesvär och 3,95 (3,04–5,12) för dem med båda dessa psykiska besvär. OR för sjukersättning sjönk marginellt för dem med enbart depression eller sömnbesvär men mera markant för dem med båda dessa psykiska besvär när man justerade för somatiska sjukdomar.	Låg A & C
Pell USA 1970 (80)	Analysera samband mellan alkoholismissbruk och sjukfrånvaro.	Studiebaser var de personer som var anställda 1964 och hela 1965 vid Du Pont Company, 76 687 (♀?). Ålder: 25–64 år. Fall: de med alkoholproblem (enligt företagsläkare) som var anställda under hela 1965, n = 764 (♀ 5%). Kontroller: slumpmässigt valda bland de anställda, matchade för kön, ålder, lön och region. N=863 kontroller, (♀ 5%). Inget bortfall.	Alkoholism (F), luftvägsinfektioner (U), mag-tarm (K), muskuloskeletal (M), urogenitala och (N), hjärt-kärlsjukdomar (I).	Prospektiv fall-kontroll studie. Enkät och ett år senare data om samtliga nya sjukkrivningsfall som påbörjades 1965, med information om sjukkrivningsdiagnos och antal sjukfrånvarodagar. År: 1964–1965.	Sjukkrivningsfall/person, sjukkrivningsdagar/person, sjukkrivningsdagar/sjukkrivningsfall, sjukkrivningsdagar/möjliga arbetsdagar 1 år. Ej justerad.	Sjukfrånvaro vanligare och ofta fördubblad bland fallen, dvs. personerna med alkoholismissbruk, än bland kontrollerarna i samtliga diagnostiska kategorier. Antal sjukfrånfall i olika sjukkrivningsdiagnoser var generellt fördubblat bland fallen, och 3,5 gånger så hög p.g.a. olycksfall och 3,3 gånger så hög i psykiska diagnoser, dvs. fallen hade 3,3 gånger så många sådana sjukkrivningsfall. Endast i en diagnosgrupp, urogenitala sjukdomar, vad den lägre: 0,6. Andelen fall som hade sjukkrivningsfall med mag/tarmdiagnoser var 28% och 12% bland kontrollerarna. Motsvarande siffror för luftvägsinfektioner var 39% kontra 23%; för rörelseorganens sjukdomar: 15 kontra 5%, för	Låg A

Simpson Kanada 2005 (90)	Undersöka inverkan av diabetes (DM) och akut hjärtinfarkt på livskvalitet (QoL).	Patienter från 10 sjukhus i Quebec vilka diagnostiserats med hjärtinfarkt, överlevt > 24 timmar samt givit samtycke till deltagande i studien. Ålder: framgår ej. Medelålder för diabetiker: 66 år, för icke-diabetiker: 60 år. Urval: okänt (♀?). Deltagare: 587 (♀ 31%). Bortfall: 17% vid ettårs enkät.	Akut hjärtinfarkt/ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer, hjärtsvikt (I), diabetes mellitus (E).	Prospektiv kohortstudie, ett års uppföljning; Fyra enkäter; vid inklusion, efter 30 dagar, 6 månader, och 12 månader, medicinska journaler. År: januari 1997-november 1998.	Återgång i arbete (hel- eller deltid) efter 1 år, justerat för QoL och flera demografiska faktorer.	En lägre andel av dem med akut hjärtinfarkt som också hade diabetes hade återgått i arbete ett år efter hjärtinfarkten; 14% kontra 36% i univariat analys, men ingen skillnad i multivariat analys, dvs. när demografiska faktorer kontrollerats för.	Låg A
Vamos Ungern 2009 (103)	Studera samband med olika utfallsvariabler, inklusive sjukfrånvaro, bland personer som har både diabetes och är deprimerade i jämfört med övriga i befolkningen.	Representativt, strategiskt urval av befolkningen i Ungern, n = okänt. Ålder > 18 år, av de intervjuade var 20% >64 år. (♀ % okänt). Deltagare= 12 643 (♀ okänt, mellan 45-51%). Bortfall 17,7 %. I analyser av sjukfrånvaro inkluderades endast de yrkesverksamma, okänt hur många och vilka åldrar.	Diabetes (E) och depression (F).	Tvärsnittsstudie. Intervjuda om sjukdom och sjukfrånvaro. Januari - juni 2002.	Antal sjukfrånvarodagar samt OR för att ha fler än nio sjukfrånvarodagar året innan; det senare justerades för kön, ålder, BMI, antal sjukdomar, fysisk aktivitet, rökning och utbildning. Referensgrupp: de utan diabetes.	Av inkluderade personer hade 218 (1,7 %) både diabetes och depression varav 96 var i åldern 18-64 år. De utan diabetes och depression hade 9 sjukfrånvarodagar året innan, de med diabetes hade 18 och de med både depression och diabetes hade 79 sjukfrånvarodagar (P<0,001). I multivariat analys: risken bland dem med depression och diabetes att ha mer än nio sjukfrånvarodagar under senaste året, jämfört med de utan depression och diabetes, var OR 1,8 (1,19-2,69) för dem med diabetes och 3,3 (1,1-10,74) för dem med både diabetes och depression. OR för dem med både depression och diabetes jämfört med de med diabetes var 1,4 (0,36 - 5,38).	Låg A & C

van der Mei Nederländerna 2007 (97)	Beskriva förändringar i socialt deltagande (inklusive återgång i arbete) första året efter njurtransplantation; undersöka inverkan av kliniska faktorer, hälsotillstånd, symptom relaterade till transplantationen och psykologiska variabler på förändring i socialt deltagande.	Alla patienter vid University Medical Center Groningen, som njurtransplanterades för första gången och som kom till njurtransplantation; poliklinisk uppföljning, 98 (♂?). Ålder: 19–72 år. 61 (♀ 48%). Bortfall: 22%.	Njurtransplanterad (N, Z), diabetes mellitus (E), hjärt-kärlsjukdom (O).	Prospektiv kohortstudie. Intervju 3 månader och 1 år efter transplantation, medicinska journaler och transplantationsregister. År: mars 2002–mars 2003.	Samsjuklighet. Arbete/studier/hushållsarbete 1 år efter njurtransplantation. 1 år. Ej justerade analyser.	Inga statistiskt signifikanta effekter av samsjuklighet på återgång i arbete/studier/hushållsarbete från 3 månader till 1 år efter njurtransplantation. Inga siffror angivna.	Låg A
Vucetic Sverige 1999 (82)	Studera den diagnostiska och prognostiska betydelsen av faktorer för återgång i arbete bland patienter som för första gången opereras för lumbalt diskbräck.	Patienter som för första gången genomgått en diskbräcksoperation i ländryggen. Konsekutiv inklusion vid ett universitetssjukhus. 160 (♀ 47%). Bortfall: oklart.	Diskbräck i ländryggen (M), hjärtsjukdom (I), diabetes, thyreotikos (E), psykisk sjukdom (F), kronisk alkoholism (F), magsår (K).	Prospektiv kohortstudie. Självrapporterade enkätdata om sjukdom och demografi samt kliniska data från patientjournaler – oklart hur fått data om återgång i arbete samt vilka som inkluderats i olika analyser. År: 1981–1984.	Återgång i arbete 2 år efter operation Oklart om justerat för något.	Samsjuklighet var en negativ faktor för återgång i arbete. Personer utan samsjuklighet hade betydligt högre OR för återgång i arbete; OR 7,1 (2,7–18,4).	Låg A
Buist- Bowman Nederländerna 2005 (88)	Studera hur fysiska och psykiska sjukdomar för sig samt samsjuklighet av fysiska och psykiska besvär påverkar sjukfrånvaro.	Slumpmässigt populationsurval. Ålder: 18–64 år. N oklar (♂?), oklar. Deltagare 7 076 (♂?). Bortfall: 30,3%.	Ångest, nedstämdhet och missbruk (F), smitt, astma (U), kroniska ryggbesvär, reumatism (M), hypertoni (O), migrän (G), sjukdomar i matsmältningssystemet (K), trauma, olycka (S, T).	Tvåsnitt. Intervjuda, dvs. självrapporterade data om besvär och sjukfrånvaro. År: februari–december 1996.	Typ av besvär. Sjukfrånvarodagar senaste 12 månaderna vid samsjuklighet vid en specifik diagnos jämförs med sjukfrånvaro för personer av samma kön, ålder, utbildningsnivå som inte hade samsjuklighet med en specifik diagnos – dvs. antalet dagar med ökad sjukfrånvaro vid samsjuklighet skattas. Psykisk och somatisk samsjuklighet och samband med extra sjukfrånvarodagar. Justerat för kön, ålder och utbildningsnivå.	Detaljerade data rapporteras för olika diagnoser. T.ex. hade personer med smitt (bihåleinflammation) som också hade ångestbesvär 9,8 fler sjukfrånvarodagar än de utan ångest ( $p<0,01$ ). Högst antal extra sjukfrånvarodagar hade de med matsmältningsproblem och förstärkningsyndrom (44,6 dagar; $p<0,001$ ). 19,7% rapporterade samsjuklighet. Samsjuklighet var relaterad till ökad sjukfrånvaro (1,7–10,4 dagar	Låg B

Dersh 2007 USA (95)	Studera om psykisk diagnos påverkar återgång i arbete för patienter som deltar i rehabilitering p.g.a. långvariga ryggbesvär (chronic disabling occupational spinal disease; CDOSD).	Patienter i multidisciplinärt rehabiliteringsprogram med CDOSD och som varit sjukskrivna sedan minst 4 månader (medel 19 mån) konsekutivt inkluderade under fem år, 1 323 (☐ 38%). Ålder: framgår ej. Deltagare: patienter som genomförde hela rehabiliteringsprogrammet och accepterade psykiatrisk utvärdering. 1 200 (☐ ?). Bortfall 9%.	Kronisk invalidiserande yrkesrelaterad ryggsvikt (M), psykiatiska sjukdomar DSM-IV Axel I och II (F).	Prospektiv kohortstudie. Intervjuedata (kliniskt strukturerad) från början av rehabilitering samt 1 år efter avslutad rehabilitering. Ar: oklart.	Återgång i arbete och kvar i arbete efter 1 år. 1 år. Ej justerad.	beroende på typ av samsjuklighet). De med samsjuklighet hade, beronde på diagnoser, 4 till 44 extra sjukskrivningsdagar jämfört med de utan samsjuklighet. Personer med somatisk och psykisk samsjuklighet hade fler sjukfrånvarodagar vid kroniska ryggbesvär (+10,4 dagar p<0,001) och högt blodtryck (+8,9 dagar p<0,05). För övriga diagnoser fanns inget signifikant samband.	Låg B 64% hade inte psykisk samsjuklighet. Av de 36% utan psykisk samsjuklighet hade 85% fortfarande en anställning efter ett år och 90% hade återgått i arbete under någon del av det senaste året. För de med psykisk samsjuklighet inom Axel I- diagnoser var motsvarande siffror 84- 62% respektive 90-72%. De lägre siffrorna gäller dem som hade fler än tre psykiska diagnoser inom Axel I, de högre gäller dem som hade en psykisk diagnos. Motsvarande samband fanns inte för att ha flera diagnoser inom Axel I och Axel II diagnoser fanns inget samband med återgång i arbete. De 6% med opiatberedningdiagnos, enligt DSM IV Axel I, hade en högre risk för att inte ha återgått i arbete alls under året (OR 2,7; 1,6-4,6) respektive för att inte ha kvar en anställning (OR 2,6; 1,6-4,1). Motsvarande OR för de 23% som enligt DSM IV Axel II hade en paranoid
------------------------------	--	---	--	---	---	---	--

							personlighetsstörning var 1,6 (1,1–2,3) samt 1,6 (1,1–2,2).		
Druss USA 2000 (84)	Jämföra sjukvårdskostnader för anställda med depression respektive med fyra andra kroniska sjukdomar.	Anställda vid en stor textilindustri med företag i hela USA; 23 000 (?). Ålder: 17,6–76,6 år. Inkluderade: de som beviljats ersättning från företagets sjukförsäkring. Sjukförsäkrade anställda med sjukfrånvaro 1995; 15 153 (?35%), (data om sjukfrånvaro finns för 9 398 personer). Bortfall: 28%.	Depression (F), diabetes (E), hjärtsjukdom, hypertoni (I), ryggproblem (W).	Tvåsnittsstudie. Data för ett år från arbetsgivarregister samkördes med sjukförsäkringsregister. Data om diagnos från öppen- och slutenvårdskontakter, arbetsgivarregister. År: 1995.	Sjukfrånvarodagar/år. Justerat för ålder, kön, etnicitet, inkomst, geografisk region, utbildning, lön, anställningstid.	412 hade diagnosen depression; 24% av dem hade samsjuklighet. Bland dem med data om sjukfrånvaro hade de med både depression och annan sjukdom högst medelantal sjukskrivningsdagar: 13,5 dagar jämfört med dem som bara hade depression 8,8 och de med bara somatiska sjukdomar 6,6 dagar (P<0,001).	Låg B		
D'Souza Australien 2006 (91)	Undersöka om anställningstrygghet och höga arbetskrav är associerade med ökad sjukfrånvaro och om psykisk och fysisk hälsa påverkar det sambandet.	Australienska medborgare i två städer, slumpmässigt urval; 3 916. Ålder: 40–44år. 2 530 svarade på enkät (?). Bortfall 25,4%. Deltagare i studien, de som var i arbete, 2 248 (? 50%). Bortfall: okänt.	Artrit (M), diabetes, sköldkörtelproblem (E), stroke (G), hypertoni (I), astma (J), hjärtsvår (I), epilepsi (G), cancer (C, D), skallskada (S, T), katarakt (H), depression, ångest (F).	Tvåsnitt. Enkätdata om sjukdomar, fysiskt och psykisk hälsa samt om sjukfrånvaro. År: okänt.	Sjukfrånvaro (ingen/kort 1–3 dagar/ och lång> 3 dagar) senaste 4 veckorna. Justerat för flera demografiska faktorer, arbetsmiljöfaktorer, kroniska sjukdomar och fysisk och psykisk hälsa i modellen.	Oddsration för sjukfrånvaro påverkas inte nämnvärt vid justering för fysisk respektive psykisk samsjuklighet.	Låg B		

Fiane Norge 2006 (92)	Undersöka sambandet mellan sjukfrånvaro och huvudvärk.	Nord-Trøndelag länets befolkning, 73 327 (?), de som svarade på en enkät 2 år efter deltagande i screening, 38 192 (?). Ålder: ≥ 20–67 år. Bortfall: 48%. Deltagare: de 29 389 (? 49%) som yrkesarbetade. Bortfall i denna delpopulation anges ej.	Migrän (G), muskuloskeletala besvär (M), ångest/depression (F).	Tvärsnitt. Enkätdata, självrapporterad sjukfrånvaro, självrapporterad samsjuklighet (icke-validerad för muskuloskeletala och validerad för psykisk samsjuklighet). År: 1995–1997.	Kort (≤ 2 veckor), medeltid (2–8 v), lång (> 8 v) sjukfrånvaro senaste 12 månaderna. Ej justerat.	Låg B
Länder Sverige 2009 (100)	Beskriva långtidssjukskrivna personer som remitterats till försäkringsmedicinsk utredning av Försäkringskassan.	Långtidssjukskrivna (≥ 1 år) som remitterats av Försäkringskassan till en multidisciplinär försäkringsmedicinsk utredning år 2001–2006, 635 (? 63%). Ålder: 21–63 år. Bortfall: 0.	Indelat i tre grupper: Psykisk(F), psykisk + somatiska eller enbart somatiska diagnoser.	Tvärsnitt. Klinisk undersökning, sjukskrivningslängd från Försäkringskassan. År 2001–2006.	Diagnoser efter minst ett års sjukskrivning, diagnostiserad av flera läkare. Ej justerat.	Låg B
Rytisälä Finland 2005 (89)	Kartlägga prediktorer för psykosocial funktionsnedsättning och arbetsförmåga hos patienter med egentlig depression (major depressive disorder, MDD).	Psykiatriska patienter undersökta för depression i den finska staden Vantaa, 703 (?), varav 542 gav godkännande till att deltaga. Bortfall: 22,9%. Ålder: okänt. Studiegrupp: de av dessa patienter som uppfyllde DSM-IV-kriterierna för MDD, n= 267 (? 73%). Medelålder: 40.	Depression (F) och nuvarande somatisk sjukdom som medicineras.	Tvärsnitt. Interview + psykiatriska journaler. (självrporterad samt från psykiatriska journaler), diagnoser om annan sjuklighet: självrapporterade uppgifter (antal somatiska diagnoser) och psykiatriska journaler. År: februari 1997–juni 1998.	Pågående sjukfrånvaro vid intervju, diagnoser. Inga justeringar.	Låg B

Savard Kanada 2001 (85)	Undersöka förekomsten av sömnesvär och identifiera riskfaktorer för sömnesvär hos kvinnor med bröstcancer.	Kvinnor som behandlades med strålbehandling för rök- metastaserad bröstcancer, 339 (♀ 100%). Ålder: 28–90år. 300 (♀ 100%). Bortfall: 22%. I analyser om sjukfrånvaro ingick 212 patienter, dvs. ett bortfall om 37%.	Bröstcancer (C), insomni (F).	Tvåsnitt. Data från ett icke- validerat frågeformulär och telefonintervju, självrporterad sjukfrånvaro vid diagnos av sömnesvär, självrporterade sömnesvär. År: oklart.	Riskfaktorer för sömnesvär. Okänt. Logistisk regression justerat för ålder, civilstånd, utbildning, familjens inkomst, yrke, cancertyp, tid sedan diagnos, återfall. 173,8; p<0,05, dvs. för samsjuklighet.	De flesta var inte sjukskrivna (andelen Låg oklar). Sjukfrånvaro största riskfaktor för självrporterad sömlöshet (OR = 14,1; K.I. 1,1– 173,8; p<0,05), dvs. för samsjuklighet.	Låg C <sup>1</sup>
----------------------------------	--	---	-------------------------------	--	---	---	-----------------------

<sup>1</sup> Tre studier klassificerades både som A och C-studier. Dessa tre (93, 98, 103) finns listade bland A-studierna.

**Tabell 10.** Sammanställning av studiernas resultat samt andel med samsjuklighet och andel kvinnor. Först listas de där psykisk sjukdom är den studerade samsjukligheten, sedan listas de där även somatisk sjukdom ingår i samsjukligheten. I var och en av dessa kategorier listas studierna efter indexsjukdom, enligt ICD-10. Sist ligger de studier som inte utgick från en indexsjukdom.

(Måttlig studiekvalitet = *kursiv stil*)

Samsjuklighet (metod för fastställande av diagnos)	Indexsjukdom (ICD10-kapitel)	Författare Land Studiekategori (A/B/C)	Resultat, samband med samsjuklighet	Antal med studerad samsjuklighet/Antal deltagare (% med samsjuklighet av deltagarna) % kvinnor i studien
<b>Psykiska besvär</b>				
Insomnia och andra psykiska besvär (enkät)	Bröstcancer (C,D)	Savard (85) Frankrike Kategori C	De flesta hade ingen sjukfrånvaro, oklart samband med samsjuklighet. De som var sjukskrivna rapporterade i mycket högre utsträckning sömnbesvär	154/300 (51%) Kvinnor 100 %
Depression (enkät, intervju)	Diabetes (E)	Vamos (103) Ungern Kategori A & C	Deskriptiv statistik visade ökad sjukfrånvaro bland de som hade depression som samsjuklighet men inte i multivariat analys	218/ca 10100 (ca 80% av 12643) (2%) Kvinnor 45%
Psykisk sjukdom (strukturerad intervju, journaldata, GHQ/28)	Stroke (G)	<i>Glozier</i> (72) i Nya Zeeland Kategori A	Psykisk sjukdom vid stroke minskade OR för återgång i arbete; OR 0,39 (0,18-0,81) men inte diabetes	81/224 (36%) Kvinnor 32%
Psykisk sjukdom (BDI)	Morbus Crohn (K)	Burgdorf (96) Tyskland Kategori A	De med depression vid Morbus Crohn hade fler sjukfrånvarodagar (p = 0,014)	?/87 Kvinnor 62%
Psykisk sjukdom (enkät)	Fibromyalgi (M)	<i>Kivimäki</i> (75) Finland Kategori A	Psykisk samsjuklighet vid fibromyalgi ökade HR för sjukfrånvaro HR 1,48 (K.I. 1,26–1,74) jämfört med att bara ha fibromyalgi	429/34100 (1%) Kvinnor 80%
Psykisk sjukdom (4DSQ)	Skuldervärk (M)	<i>Kuijpers</i> (77) Nederländerna Kategori A	Stress och psykiska besvär bland patienter med skuldervärk ökade OR för sjukfrånvaro OR 4,0 (K.I. 1,5–10,8)	27/298 (9%) Kvinnor ? %
Psykisk sjukdom (DSM-IV)	Ryggbesvär (M)	Dersh (95) USA Kategori B	Typ av och antal psykiska besvär hade betydelse för återgång i arbete efter rehabilitering för ryggbesvär	769/1200 (64%) Kvinnor 38% i studiepopulationen, oklart



Psykisk sjukdom (strukturerad intervju, DSM-IV)	Ryggsbesvär (M)	Mayer (79) USA Kategori A	Psykisk samsjuklighet påverkade inte andelen som återgick i arbete bland patienter som fått rehabilitering för sina ryggsbesvär	bland deltagarna ?/2365 Kvinnor oklart bland deltagarna, 40% i studiepopulationen
<b>Somatiska och i vissa fall även psykiska besvär</b>				
Psykisk sjukdom (läkarundersökning)	Hepatit (B)	Gjeruldsen (87) Norge Kategori A	39 % av överlevande hade sjukersättning	26/66 (40%) Kvinnor 46%
Icke-kardiovaskulär sjukdom (enkät)	Diabetes (E)	Kivimäki (76) Finland Kategori A	Icke-kardiologisk samsjuklighet till diabetes ökade risken för sjukfrånvaro HR 1,49 (1,12-1,99)	393/33148 (1%) Kvinnor 80 %
Depression och andningsbesvär (enkät)	Migrän (G)	Mäki (48) Finland Kategori A	Depression respektive andningsbesvär som samsjuklighet till migrän påverkade inte risken för sjukfrånvaro	4 025/27127 (15%) Kvinnor 100%
Flera sjukdomar (enkät)	KOL (J)	Kremer (93) Nederländerna Kategori A & C	En högre andel av de som inte hade samsjuklighet var i arbete. Ej multivariat analys	320/617 (52%) Kvinnor 43%
Flera sjukdomar (enkät, klinisk undersökning)	Psykiska besvär (F)	Mykletun (94) Norge Kategori A	Somatisk samsjuklighet till psykisk sjukdom hade inget samband med utfallet, dvs. framtida risk för sjukersättning	?/45782 Kvinnor 52%
Flera sjukdomar (enkät + undersökning)	Insomnia (F)	Overland (98) Norge Kategori A & C	Justering för somatisk samsjuklighet minskade risken för sjukersättning för kombinerad depression och sömnbesvär men inte för antingen depression eller sömnbesvär.	?/37302 Kvinnor 53%
Fler sjukdomar (undersökning i företagshälsövård)	Psykiska besvär (alkohol) (F)	Pell (80) USA Kategori A	De med samsjuklighet till alkoholproblem hade högre sjukfrånvaro än de utan samsjuklighet (för urogenitala sjukdomar lägre) ( $p < 0,01$ )	?/1627 Kvinnor 5%
Flera sjukdomar (klinisk undersökning och intervju)	Psykiska besvär (F)	Rytsälä (89) Finland Kategori B	Samsjuklighet hade samband med sjukfrånvaro endast för äldre, men ojusterat resultat	37/267 (14%) Kvinnor 73%

Flera sjukdomar (registerdata)	Psykiska besvär (F)	Isometsä (83) Finland Kategori A	Somatisk samsjuklighet förekom i nära hälften av beviljade sjukersättningar för depression. Ingen signifikansberäkning	125/277 (45%) Kvinnor 44%
Flera sjukdomar (medicinska journaler från företagshälsovård, försäkringsbolagsregister)	Psykiska besvär (F)	Druss (84) USA Kategori A	De med samsjuklighet till depression hade fler sjukfrånvarodagar, 13,48 jämfört med 8,79 dagar (p < 0,001)	100/9398 (1%) Kvinnor 35%
Flera sjukdomar (enkät)	Migrän (G)	Fiane (92) Norge Kategori B	Högre prevalens av sjukfrånvarofall bland de med samsjuklighet, speciellt de med både muskuloskeletala och psykiska besvär som samsjuklighet	?/29 369 Kvinnor 49%
Flera sjukdomar (enkät)	Angina (I)	Hemingway(73) Finland Kategori A	Fler än två andra sjukdomar utöver angina ökade risken för sjukfrånvaro under det kommande året HR 2,24 (1,38-3,64)	286/33148 (1%) Kvinnor 80%
Diabetes (patientenkät, journaldata)	Hjärtinfarkt (I)	Simpson (90) Kanada Kategori A	Multivariat analys visade att diabetes som samsjuklighet vid hjärtinfarkt inte påverkade andelen som återgått till arbete ett år efter hjärtinfarkt	96/587 (16%) Kvinnor 31%
Diabetes (journaldata)	Hjärtransplantation (I,Z)	Kristen (99) Tyskland Kategori A	Endast deskriptiv statistik, högre andel av de med diabetes arbetade inte. Sambanden oklara.	18/94 (19%) Kvinnor 24%
Diabetes, stroke, kranskärlssjukdom, hjärtinfarkt (enkät)	Ryggsbesvär (M)	Hagen (86) Norge Kategori A	Samsjuklighet med diabetes resp med kranskärlssjukdom innebär högre OR för sjukersättning, OR 3,2 (1,3–8,0) resp OR 2,0 (1,0–3,9) men ej vid hjärtinfarkt eller stroke	?/25271 Kvinnor 45%
Flera (patientenkät)	Opererad för diskbräck (M)	Vucetic (82) Sverige Kategori A	De utan samsjuklighet hade sex gånger högre OR för återgång i arbete OR 7,1 (2,7–18,4)	40/160 (25%) Kvinnor 47 %
Flera sjukdomar (registerdata från företagshälsovård)	Ryggsbesvär (M)	Nordin (78) USA Kategori A	De med samsjuklighet hade högre risk att vara sjukskrivna längre HR 1,31 (K.I. 1,12–1,52)	?/1952 Kvinnor ?%

Flera sjukdomar (patientenkät i anslutning till vård)	Allvarligt trauma (S)	<i>Holtslag (74)</i> Nederländerna Kategori A	Somatisk samsjuklighet påverkade inte återgång i arbete	88/214 (41%) Kvinnor 14%
Diabetes, kardiovaskulär sjukdom (registerdata och patientintervjuer)	Njurtransplantation (N,Z)	van der Mei (97) Nederländerna Kategori A	Samsjuklighet vid njurtransplantation påverkade inte återgång i arbete	9/61 (15%) Kvinnor 48%
Diabetes, hjärtkärlsjukdom (Kliniskt fastställt)	Stroke (G)	Busch (81) Storbritannien Kategori A	Samsjuklighet med diabetes minskade återgång i arbete efter stroke (OR 0,25; KI 0,08-0,79)	38/266 (14%) Kvinnor 39%
<b>Mångsjuklighet, dvs. ingen indexsjukdom</b>				
Flera sjukdomar (befolkningsenkät)	-	Buist-Bouwman (88) Nederländerna Kategori B	Samsjuklighet var relaterad till ökad sjukfrånvaro, mellan 1,7 och 10,4 fler dagar beroende på typ av samsjuklighet	204/7076 (3%) Kvinnor ? %,
Flera sjukdomar (enkät, journaldata)	-	Linder (100, 102) Sverige Kategori B	55 % hade psykisk och somatisk samsjuklighet	345/635 (55%) Kvinnor 63%
Flera sjukdomar (enkät)	-	D'Souza (91) Australien Kategori B	Odds ration för sjukfrånvaro påverkades inte av samsjuklighet	?/2248 Kvinnor 50%

**Tabell 11a.** Somatisk indexsjukdom med samsjuklighet i form av symtom på psykiska besvär

Utfall	Författare (referensnr.)	Signifikant samband	Ej signifikant samband	Bedömd studiekvalitet
Sjukfrånvaro	Kivimäki (75)	Psykisk samsjuklighet vid fibromyalgi ökade risken för sjukfrånvaro över tre dagar under det kommande året HR 1,48 (1,26–1,74)		Mätlig
Sjukfrånvaro	Kuijpers (77)	Stress och psykiska besvär vid skuldervärk ökade risken för sjukfrånvaro OR 4.0 (1,5–10,8)	Depression vid diabetes ökade inte sjukfrånvaro	Mätlig
Sjukfrånvaro	Vamos (103)	Psykisk sjukdom vid stroke minskade återgång i arbete OR 0,39 (0,22–0,80). Diabetes påverkade inte återgång i arbete.		Låg Mätlig
Återgång i arbete	Dersh (95)	Typ av psykisk sjukdom och antal psykiska diagnoser hade betydelse för återgång i arbete efter rehabilitering för ryggbesvär		Låg
Sjukersättning	Kremer (93)		Det fanns ett positivt samband mellan att ha sjukersättning och att ha samsjuklighet bland KOL-patienter (ej multivariat analys)	Låg
Återgång i arbete	Mayer (79)		Psykisk samsjuklighet vid ryggbesvär påverkade inte återgång i arbete	Låg

**Tabell 11b.** Somatisk indexsjukdom med samsjuklighet i form av symtom på somatiska besvär och ibland även psykiska.

Utfall	Författare (referensnr.)	Signifikant samband	Ej signifikant samband	Bedömd studiekvalitet
Återgång i arbete	Busch (81)	Lägre chans för återgång i arbete för strokepatienter som hade diabetes		Låg
Sjukfrånvaro	Hemingway (73)	Fler än två andra sjukdomar utöver kranskärlsjukdom ökade risken för sjukfrånvaro HR 2,24 (1,38–3,64)		Mätlig

Sjukfrånvaro	Kivimäki (76)	Icke-kardiologisk samsjuklighet till diabetes ökade risken för sjukfrånvaro HR 1,49 (1,12–1,99)	Måttlig
Sjukfrånvaro	Fiane (92)	Högre prevalens av sjukfrånvarofall bland personer med migrän om de hade samsjuklighet, speciellt bland de med både muskuloskeletal och psykisk samsjuklighet	Låg
Sjukfrånvaro	Mäki (48)	Depression respektive andningsbesvär som samsjuklighet till migrän ökade inte risken för sjukfrånvaro	Måttlig
Sjukfrånvaro	Burgdorf (96)	Morbus Crohn patienter som också var deprimerade hade fler sjukfrånvardagar	Låg
Återgång i arbete	Holtslag (74)	Lägre frekvens av personer med diabetes bland dem som återgått i arbete efter hjärtransplantation (ej multivariat analys)	Måttlig
Återgång i arbete	Kristen (99)		Låg
Återgång i arbete	van der Mei (97)		Låg
Återgång i arbete	Nordin (78)	Det tog längre tid för anställda med ländrygsbesvär som var sjukskrivna att återgå till arbete om de hade samsjuklighet HR 1,31 (K.I. 1,12–1,52)	Måttlig
Återgång i arbete	Simpson (90)		Låg
Återgång i arbete	Vucetic (82)	Samsjuklighet vid diskbråcksoperation hade starkt negativt samband med återgång i arbete. De utan sådan samsjuklighet hade högre OR för återgång i arbete; 7,1 (2,7–18,4)	Måttlig
Sjuksättning	Cjeruldsen (87)	39 % av överlevande hade sjuksättning (p < 0,05)	Låg
Sjuksättning	Hagen (86)	Bland personer med diabetes respektive kranskärlsjukdom var OR för sjuksättning pga. ryggbesvär högre; OR 3,2 (K.I. 1,3–8,0) respektive OR 2,0 (1,0–3,9)	Låg
Samsjuklighet	Savard (85)	Bröstcancerpatienter; de sjukskrivna hade i högre utsträckning samsjuklighet i form av sömnbesvär	Låg

**Tabell 11c.** Psykisk indexsjukdom med samsjuklighet i form av symtom på somatiska besvär

Utfall	Författare (referensnr.)	Signifikant samband	Ej signifikant samband	Bedömd studiekvalitet
Sjukfrånvaro	Druss (84)	De med samsjuklighet till depression hade fler sjukfrånvardagar, 13,48 jämfört med 8,79 dagar ( $p < 0,001$ )		Låg
Sjukfrånvaro	Peil (80)	De med samsjuklighet till alkoholism hade högre sjukfrånvaro än de utan samsjuklighet (men lägre för urogenitala sjukdomar) ( $p < 0,01$ )		Låg
Sjukfrånvaro	Rytsälä (89)		Samsjuklighet hade samband med sjukfrånvaro endast för äldre, men ojusterat resultat	Låg
Sjukersättning	Isometsä (83)	Samsjuklighet förekom i nära hälften av sjukersättningarna för depression. Ingen signifikansberäkning		Låg
Sjukersättning	Mykletun (94)		Somatisk samsjuklighet till psykisk sjukdom hade inget samband med risk för framtida sjukersättning	Låg
Sjukersättning	Overland (98)		Somatisk samsjuklighet vid kombinerad insomni och depression innebär förhöjd OR för sjukersättning	Låg
<b>Mångsjuklighet, dvs. ingen indexsjukdom</b>				
Sjukfrånvaro	Buist-Bouwman (88)	Samsjuklighet var relaterad till ökad sjukfrånvaro, mellan 1,7 och 10,4 fler dagar beroende på typ av samsjuklighet		Låg
Sjukfrånvaro	D'Souza (91)	Odds ration för sjukfrånvaro påverkades inte av samsjuklighet		Låg
Bedömd arbetsförmåga	Linder (100), 102)		55 % hade psykisk och somatisk samsjuklighet	Låg

# Statens offentliga utredningar 2010

## *Kronologisk förteckning*

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Muttbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

40. Cirkulär migration och utveckling – kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. Ju.
41. Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. S.
42. Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. Jo.
43. Förundersökningsbegränsning. Ju.
44. Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. Ju.
45. Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. S.
46. Utländsk näringsverksamhet i Sverige. En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. N.
47. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturöversikt. S.
48. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. S.
49. Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. Ju.
50. Försvarmaktens helikopterresurser. Fö.
51. Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. U.
52. Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. U.
53. Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om "pojkkrisen". Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Background Paper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. U.
54. Förbättrad återbetalning av studielån. U.
55. Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. IJ.
56. Innovationsupphandling. N.
57. Effektivare planering av vägar och järnvägar. N.
58. Rehabiliteringsrådets delbetänkande. S.
59. Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. Ju.
60. Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. IJ.
61. Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar för underhåll inom EU:s järnvägssystem. N.
62. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. Fi.
63. EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. Ju.
64. "Se de tidiga tecknen" – forskare reflekterar över sju berättelser från förskola och skola. U.
65. Kompetens och ansvar. S.
66. Barns perspektiv på jämställdhet i skola. En kunskapsöversikt. U.
67. I rättan tid? Om ålder och skolstart. U.
68. Ny yttrandefrihetsgrundlag? Yttrandefrihetskommittén presenterar tre modeller. Ju.
69. Förbättrad vinterberedskap inom järnvägen. N.
70. Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter. + Bilagor + Lättläst + Daisy. IJ.
71. Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag. Ju.
72. Folk rätt i väpnad konflikt – svensk tolkning och tillämpning. + Bilaga 7, Svensk manual i humanitär rätt m.m. Fö.
73. Svensk sjöfarts konkurrensförutsättningar. N.
74. Mer innovation ur transportforskning. N.
75. Gymnasial lärlingsutbildning – utbildning för jobb. Erfarenheter efter två års försök med lärlingsutbildning. U.
76. Transportstyrelsens databaser på vägtrafikområdet – integritet och effektivitet. N.
77. Sammanläggningar av landsting – övergångsstyre och utjämning. Fi.
78. Fondverksamhet över gränserna. Genomförande av UCITS IV-direktivet. Fi.
79. Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt. U.
80. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. U.
81. En ny biobankslag. S.
82. Trafikverket ICT. N.



83. Att bli medveten och förändra sitt förhållningssätt.  
Jämställdhetsarbete i skolan. U.
84. Hedersrelaterad problematik i skolan  
– en kunskaps- och forskningsöversikt.  
U.
85. Vem arbetar efter 65 års ålder?  
En statistisk analys. S.
86. Personalförsörjningen i ett reformerat försvar. Fö.
87. Skadestånd och Europakonventionen. Ju.
88. Vägen till arbete. Arbetsmarknadspolitik, utbildning och arbetsmarknadsintegration. Fi.
89. Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt. S.

# Statens offentliga utredningar 2010

---

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

---

- Lätt att göra rätt  
– om förmedling av brottsskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form  
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)
- Cirkulär migration och utveckling  
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. [40]
- Förundersökningsbegränsning. [43]
- Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. [44]
- Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. [49]
- Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. [59]
- EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. [63]
- Ny yttrandefrihetsgrundlag? Yttrandefrihetskommittén presenterar tre modeller. [68]
- Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag. [71]
- Skadestånd och Europakonventionen. [87]

### Utrikesdepartementet

---

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

### Försvarsdepartementet

---

- Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]

- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]
- Försvarsmaktens helikopterresurser. [50]
- Folkrätt i väpnad konflikt – svensk tolkning och tillämpning. + Bilaga 7, Svensk manual i humanitär rätt m.m. [72]
- Personalförsörjningen i ett reformerat försvar. [86]

### Socialdepartementet

---

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]
- Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. [41]
- Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. [45]
- Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturöversikt. [47]
- Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. [48]
- Rehabiliteringsrådets delbetänkande. [58]
- Kompetens och ansvar. [65]
- En ny biobankslag. [81]
- Vem arbetar efter 65 års ålder? En statistisk analys. [85]
- Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt. [89]

### Finansdepartementet

---

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
- En reformerad budgetlag. [18]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. [62]

Sammanläggningar av landsting – övergångs-  
styre och utjämning. [77]  
Fondverksamhet över gränserna.  
Genomförande av UCITS IV-direktivet.  
[78]  
Vägen till arbete. Arbetsmarknadspolitik,  
utbildning och arbetsmarknadsintegration.  
[88]

### **Utbildningsdepartementet**

---

Skolgång för alla barn. [5]  
Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel  
i historia. En granskning på uppdrag av  
Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]  
Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv.  
[19]  
Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för  
matematik, naturvetenskap, teknik och  
IKT. [28]  
Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i  
sambandskunskap. En granskning på upp-  
drag av Delegationen för jämställdhet i  
skolan. [33]  
Kunskap som befrielse? En metaanalys av  
svensk forskning om jämställdhet och  
skola 1969–2009. [35]  
Svensk forskning om jämställdhet och skola.  
En bibliografi. [36]  
Könsskillnader i skolprestationer – idéer  
om orsaker. [51]  
Biologiska faktorer och könsskillnader i skol-  
resultat. Ett diskussionsunderlag för  
Delegationen för jämställdhet i skolans  
arbete för analys av bakgrunden till  
pojks sämre skolprestationer jämfört  
med flickors. [52]  
Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument  
om pojkkrisen. Översättning på svenska av  
engelsk rapport: Boys and School: A Back-  
groundpaper on the "Boy Crisis".  
+ Engelsk rapport. [53]  
Förbättrad återbetalning av studieskulder. [54]  
"Se de tidiga tecknen"  
– forskare reflekterar över sju berättelser  
från förskola och skola. [64]  
Barns perspektiv på jämställdhet i skola.  
En kunskapsöversikt. [66]  
I rättan tid? Om ålder och skolstart. [67]  
Gymnasial lärlingsutbildning  
– utbildning för jobb. Erfarenheter efter två  
års försök med lärlingsutbildning. [75]

Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en  
kunskapsöversikt. [79]  
Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. [80]  
Att bli medveten och förändra sitt förhåll-  
ningssätt. Jämställdhetsarbete i skolan.  
[83]  
Hedersrelaterad problematik i skolan  
– en kunskaps- och forskningsöversikt.  
[84]

### **Jordbruksdepartementet**

---

Den framtida organisationen för vissa fiske-  
frågor. [9]  
Bättre marknad för tjänstehundar. [21]  
Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårds-  
lag. [42]

### **Miljödepartementet**

---

Metria – förutsättningar för att ombilda  
division Metria vid Lantmäteriet till ett  
statligt ägt aktiebolag. [3]  
Kunskapslägesrapport på kärnavfallsom-  
rådet 2010 – utmaningar för slutförvars-  
programmet. [6]  
En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]  
Prissatt vatten? [17]

### **Näringsdepartementet**

---

Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet,  
Klassförordningen, Olycksutrednings-  
direktivet, IMO:s olycksutredningskod.  
[23]  
Gemensamt ansvar och gränsöverstigande  
samarbete inom transportforskningen. [27]  
Tredje inre marknadspaketet för el och natur-  
gas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]  
Utländsk näringsverksamhet i Sverige.  
En översyn av lagstiftningen om utländska  
filiabler i ett EU-perspektiv. [46]  
Innovationsupphandling. [56]  
Effektivare planering av vägar och järnvägar.  
[57]  
Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar  
för underhåll inom EU:s järnvägssystem.  
[61]  
Förbättrad vinterberedskap inom järnvägen.  
[69]  
Svensk sjöfarts konkurrensförutsättningar  
[73]  
Mer innovation ur transportforskning. [74]  
Transportstyrelsens databaser på vägtrafik-

området – integritet och effektivitet. [76]  
Trafikverket ICT. [82]

#### **Integrations- och jämställdhetsdepartementet**

---

Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt mål-  
inriktat arbete på tre samhällsområden. [7]

Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat,  
vardagsliv. [16]

Sverige för nyanlända utanför flykting-  
mottandet. [37]

Romers rätt – en strategi för romer i Sverige.  
[55]

Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering.  
[60]

Ny struktur för skydd av mänskliga rättig-  
heter. + Bilagor + Lättläst + Daisy. [70]

#### **Kulturdepartementet**

---

Spela samman – en ny modell för statens stöd  
till regional kulturverksamhet. [11]

I samspel med musiklivet – en ny nationell  
plattform för musiken. [12]

På väg mot en ny roll – överväganden och  
förslag om Riksutställningar. [34]

#### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]