

# SAIRAUSSPOISSAOLON KESTO JA ONNISTUNUT TYÖHÖN PALUU – YHTEENVETO JA META-ANALYYSIN TULOKSIA

Dnro 14/26/2016

Kausto Johanna<sup>1</sup>, Kaila-Kangas Leena<sup>1</sup>, Pensola Tiina<sup>1</sup>, Virta Lauri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Työterveyslaitos, <sup>2</sup>KELA, Tutkimusryhmä

## YHTEENVETO TUTKIMUSHANKKEESTA

### JOHDANTO

Kun on tutkittu lääkäreiden kokemuksia sairauspoissaolojen kirjoittamisesta [1-4], on havaittu, että etenkin perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit ja yleislääkärit kokevat tehtävän usein vaikeaksi. Kotimaisessa väitöskirjassa [5] selvitettiin lääkäreiden sairauspoissaolojen kirjoittamiskäytäntöjen vaihtelua Suomessa. Tulokset tukivat Ruotsissa ja Norjassa aikaisemmin saatuja tuloksia [6-8] siinä, että käytännöt vaihtelivat selvästi. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on tuotu esiin, että eri maissa käytössä olevien sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arviointiin liittyvien ohjeistuksien tieteellinen perusta on pirstaleinen [9]. Suomessa toteutetun kyselytutkimuksen mukaan lääkärit kuitenkin toivovat vähintään joitain sairauskohtaisia kansallisia suosituksia sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arviointiin liittyen [10]. Asiaa pohtinut asiantuntijatyöryhmä päätyi siihen, että ainakin yleinen suositus on Suomessakin tarpeen laatia [11].

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää systemaattisen kirjallisuushaun ja meta-analyysin avulla mitä tiedetään sairauspoissaolojen keston yhteydestä onnistuneeseen työhön paluuseen tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä sekä ala- ja yläraajan ja rangan vammoissa.

### MENETELMÄ JA AINEISTO

Kirjallisuushaku tehtiin Ovid Medline, Ovid EBM Reviews, PsycINFO, Embase ja CINAHL –tietokannoista. Kirjallisuushakuun otettiin 1.1.1990 – 21.2.2017 julkaistut englannin- ja ruotsinkieliset vertaisarvioidut julkaisut. Haut tuottivat yhteensä 2330 julkaisua. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen julkaisuja oli yhteensä 1774. Kaksi tutkimusryhmän jäsentä kävi näiden julkaisujen otsikot ja abstraktit läpi ja poimi tutkimuskysymysten kannalta mahdollisesti relevantit tutkimukset, joita oli 279. Näistä julkaisuista luettiin kokotekstit.

Tutkimusten valinnassa noudatettiin ennalta sovittuja mukaanotto- ja poissulkukriteereitä. Katsaukseen otettiin mukaan pitkittäisasetelmassa toteutetut kohorttitutkimukset ja satunnaistetut kontrolloidut kokeelliset tutkimukset (RCT), joissa oli mukana tavanomaista hoitoa saanut ("usual care") ryhmä. Työssä käyvien tutkittavien tuli joko lähtötilanteessa tai sitä edeltävästi olla siirtynyt lääkärin kirjoittamalle sairauslomalle tuki- ja liikuntaelinsairauden, mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön tai alaraajan, yläraajan tai rangan vamman vuoksi. Tutkimuksessa tuli (yhtenä) vastemuuttujana olla onnistunut työhön paluu (selkeästi määriteltynä) ja tuloksista tuli löytyä tieto onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneesta ajasta. Kokotekstien perusteella katsaukseen otettiin mukaan 17 tutkimusta. Mukaan otettujen tutkimusten laatua arvioitiin ennalta määriteltujen kriteerien perusteella [12, 13].

Meta-analyysissä huomioitiin sairauspoissaolojen pituudet tutkimuksen lähtötilanteessa. RCT-tutkimuksista mukaan analyysiin otettiin sekä kontrolli- että interventoryhmät. Interventioiden vaikutus työhön paluun todennäköisyyteen huomioitiin analyysissa. Meta-analyysissä yksittäisistä tutkimuksista saadut estimaatit yhdistettiin satunnaisten vaikutusten (random effects) mallinnuksella. Heterogeenisyyden esiintymistä arvioitiin tilastollisesti käyttäen Higginsin I<sup>2</sup>-statistiikkaa [14]. Meta-analyysissä käytettiin Stata 13.0-ohjelmistoa.

## TULOKSIA

### Kuvailevia tuloksia

Katsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista kahdeksan koski tuki- ja liikuntaelinten sairauksia (selkäkipua tai niska- ja selkäkipua) ja yhdeksän mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä (yleisimmin masennusta, ahdistuneisuutta ja sopeutumishäiriöitä sekä stressiperäisiä häiriöitä). Raajojen tai rangan vammoja koskevia tutkimuksia ei ollut mukaan otettujen tutkimusten joukossa. Tutkimuksista 11 oli RCT:tä ja 6 kohorttitutkimusta. Sairauspoissaoloja koskevat tiedot olivat rekisteritietoja 13 tutkimuksessa, yhdessä itseilmoitettuja tietoja ja kolmessa tutkimuksessa hyödynnettiin molempia tietolähteitä. Tutkimuksista 12 oli peräisin Alankomaista, kolme Norjasta, yksi Tanskasta ja yksi Australiasta.

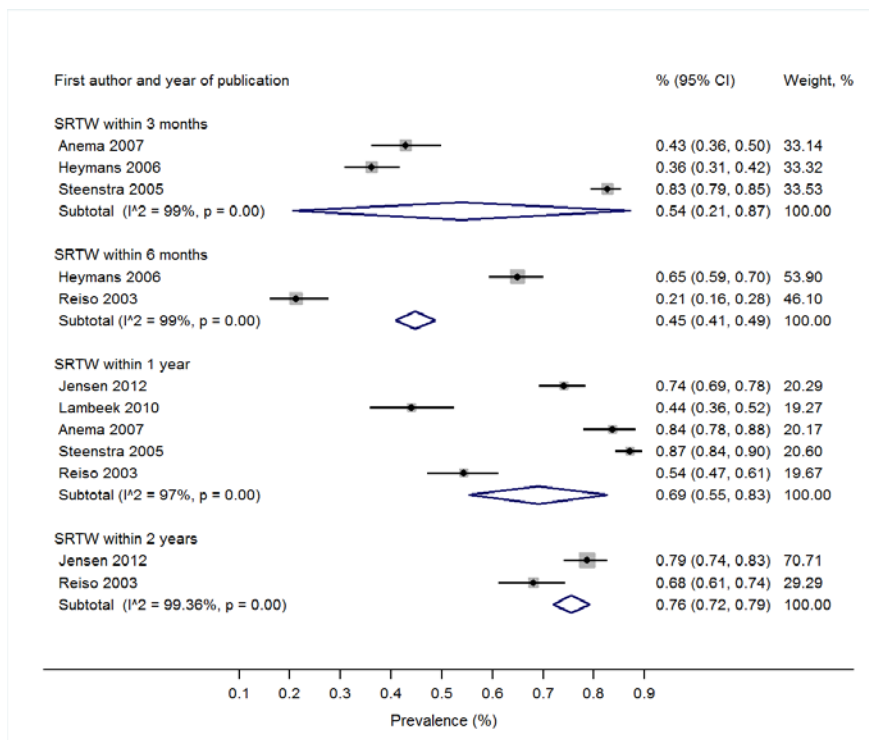
Tutkittavat olivat pääsääntöisesti jo lähtötilanteessa olleet sairauden vuoksi pitkään poissa töistä. Esimerkiksi selkävun vuoksi töistä pois jääneet potivat (yhtä tutkimusta lukuun ottamatta) subakuuttia tai kroonista selkäkipua. Selkäkipupotilaiden sairauspoissaolon keston mediaani (tai keskiarvo) vaihteli lähtötilanteessa 24 päivästä 163 päivään. Yhdessä kohorttitutkimuksessa osallistujilla oli akuutti selkäkipu ja heitä seurattiin ensimmäisestä sairauspoissaolopäivästä alkaen. Masennuksen tai vakavan masennustilan vuoksi työstä poissa olleiden sairauspoissaolon keston vaihteluväli oli toisen tutkimuksen lähtötilanteessa 4-12 viikkoa ja toisessa tutkimuksessa sairauspoissaolon keston mediaani oli lähtötilanteessa noin neljä kuukautta.

Onnistunut työhön paluu oli Alankomaissa ja Tanskassa tehdyissä tutkimuksissa määritelty siten, että työhön paluun jälkeen tutkittavan tuli pysyä työssä vähintään 28 päivää ilman uutta sairauspoissaoloa. Norjassa tehdyissä tutkimuksissa aikaväli oli 5 viikkoa tai 60 päivää ja Australialaisessa tutkimuksessa 30 päivää. Onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon keston mediaani (tai keskiarvo) vaihteli selkäkipupotilailla 68:sta 209 päivään (subakuutti tai krooninen selkäkipu). Akuutissa selkäkipussa onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon keston mediaani oli kuusi päivää. Masennuksen vuoksi työstä poissa olleiden onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneen ajan keston mediaani (tai keskiarvo) vaihteli 166:sta 405 päivään. Tutkittavien seuranta-aika vaihteli puolesta vuodesta kahteen vuoteen.

### Tutkimusten laatu ja meta-analyysin tuloksia

Katsaukseen mukaan otettujen alkuperäistutkimusten laatua arvioitiin kolmen mahdollisen harhan – tunnistamisharhan (detection bias), seurannan aikaisen attrition ja valikoitumisharhan (selection bias) – näkökulmasta. Tunnistamisharhan mahdollisuus arvioitiin kaikissa tutkimuksissa alhaiseksi tai keskinkertaiseksi. Vaste oli mukaan otetuissa tutkimuksissa määritelty selkeästi ja vain yhdessä alkuperäistutkimuksessa vaste ei perustunut lainkaan rekisteritietoon. Myöskään attritiota (poisjääneitä tutkittavia, puuttuvaa tietoa) ei tutkimusten aineistossa ollut kovin paljon. Valikoitumisharhan mahdollisuutta pidettiin hyvin todennäköisenä viidessä ja keskinkertaisena 11 tutkimuksessa. Alkuperäistutkimusten otokset eivät edustaneet kovin hyvin laajempaa kohdeväestöä.

Meta-analyysin tarkoitus oli tuottaa yksi estimaatti kuvaamaan keskimääräistä onnistuneeseen työhön paluuseen kulunutta aikaa tutkituissa populaatioissa. Kuusi tutkimusta koski alaselkäkipua ja ne otettiin mukaan meta-analyysiin. Muissa sairausryhmissä oli joko liian vähän alkuperäistutkimuksia (masennus) tai ne olivat liian epätarkkoja ("common mental disorders"), jotta meta-analyysi olisi ollut mahdollinen. Kuvassa 1 on esitetty ns. forest plot -kuvio, jossa esitetään sekä yksittäisten tutkimusten tulokset että meta-analyysillä saatu yhteistulos luottamusväleineen. Lisäksi esitetään kunkin alkuperäistutkimuksen painoarvo lopputuloksessa. Estimaatit olivat hyvin heterogeenisiä ja luottamusvälit leveät. Meta-analyysin tulokset osoittivat, että alaselkäkipun vuoksi työstä poissa olleista 54 % (LV 21–87 %, 3 tutkimusta n=1110) onnistui työhön paluussa kolmessa kuukaudessa, 45 % (CI 41–49 %, 2 tutkimusta, n=487) kuudessa kuukaudessa, 69 % (55–83 %, 5 tutkimusta, n=1484) 12 kuukaudessa ja 76 % (LV 72–79 %, 2 tutkimusta, n=539) 24 kuukaudessa.



Kuva 1. Meta-analyysi. Onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon kesto (selkäkipu).

## POHDINTAA

Katsaukseen mukaan otetuista alkuperäistutkimuksista suurin osa oli peräisin Alankomaista. Tämä helpottaa tutkimusten keskinäistä vertailua, mutta rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Tutkimukset olivat menetelmiltään ja tuloksiltaan heterogeenisiä. Sairauspoissaolon jälkeiseen työhön paluuseen ovat yhteydessä lukuisat yksilöön ja sairauteen, työhön ja työpaikkaan sekä yhteiskuntaan liittyvät tekijät (kuten työhön liittyvä kuormitus ja mahdollisuudet muokata työtä, sairausvakuutusjärjestelmä ja muu sosiaaliturva sekä sairauspoissaolokulttuuri työpaikalla ja yhteiskunnassa yleensä). Useimmissa tutkimuksissa oli huomioitu työhön paluuseen yhteydessä olevia tekijöitä monimuuttuja-analyseissa, mutta tekijät vaihtelivat tutkimuksesta toiseen ja niitä oli käytetty analyyseissa eri tavoin.

Kaikkiaan tulokset osoittivat, että sairauspoissaolojen keston yhteydestä onnistuneeseen työhön paluuseen tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä sekä ala- ja yläraajan ja rangan vammoissa ei ole riittävästi tieteellistä näyttöä.

## LÄHTEET

1. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM (2010) What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian journal of primary health care* 28:67-75.
2. Bremander AB, Hubertsson J, Petersson IF, Grahn B (2012) Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *Journal of occupational rehabilitation* 22:78-87.
3. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K (2011) Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care* 29:227-233.
4. Gerner U, Alexanderson K (2009) Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scandinavian journal of public health* 37:57-63.
5. Kankaanpää A (2014) Sick leave prescribing practices in Finland. *Turun yliopiston julkaisuja. Annales Universitatis Turkuensis D* 1132.
6. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF (2005) Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *European journal of public health* 15:470-474.

7. Englund L, Svardsudd K (2000) Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian journal of primary health care* 18:81-86.
8. Brage S, Reiso H (1999) [Work ability and gender--physicians' assessment of sick-listed patients]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke* 119:3737-3740.
9. de Boer WE, Mousavi SM, Delclos GL, Benavides FG, Lorente M, Kunz R (2016) Expectation of sickness absence duration: a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America. *European journal of public health* 26:306-311.
10. Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H, Pärnänen H, J V (2016) Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen. Kyselytutkimus lääkäreille. In: Kela Työpapereita. Kela (Social Insurance Institution of Finland).
11. Oksanen T (2016) Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille: Ohjeistuksen laadinnan mahdollisuutta arvioivan työryhmän loppuraportti. In: Tietoa työstä. Työterveyslaitos, Helsinki.
12. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG (2012) Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice* 18:12-18.
13. Shiri R, Falah-Hassani K, Viikari-Juntura E, Coggon D (2016) Leisure-time physical activity and sciatica: A systematic review and meta-analysis. *European journal of pain (London, England)* 20:1563-1572.
14. Higgins JP, Thompson SG (2002) Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in medicine* 21:1539-1558.