

# SAIRAUSPOISSAOLON KESTO JA ONNISTUNUT TYÖHÖN PALUU – SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSHAKU JA KARTOITAVA KATSAUS

Dnro 11/26/2015

**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, Tutkimusosasto**

## YHTEENVETO TUTKIMUSHANKKEESTA

### JOHDANTO

Oikea-aikainen työhön paluu sairauspoissaolon jälkeen lyhentää ajan mittaan työkyvyttömyyden kestoja ja vähentää siitä aiheutuvia etuuskustannuksia ja tuotannonmenetyksiä. Tutkimusnäyttöä on olemassa siitä, että pitkittyvät sairauspoissaolot ennustavat tulevia sairauspoissaoloja, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ja kuolleisuutta [1-6]. Pitkittyneet sairauspoissaolot ovat yhteydessä myös työttömyyteen, taloudellisiin vaikeuksiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, ja jopa sosiaaliseen syrjäytymiseen [7-9]. Toisaalta esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten kiputilojen, lähinnä alaselkävun, osalta on jo kohtuullisen vahvaa tutkimustietoa siitä, että aktiivisena pysyminen ja sopiva kuormitus edistävät toipumista [10]. Nämä tutkimustulokset ovat olleet perustana alaselkävun koskeville Käypä hoito -suosituksille Suomessa, Ruotsin Sosiaalhallituksen sairauspoissaolojen kirjoittamiseen liittyville ohjeistuksille [11] ja Iso-Britanniassa käytössä oleville ohjeille.

Ruotsissa, Norjassa ja Isossa-Britanniassa on tutkittu lääkäreiden kokemuksia sairauspoissaolojen kirjoittamisesta [12-15]. Tutkimuksissa on havaittu, että etenkin perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit ja yleislääkärit kokevat tehtävän usein vaikeaksi. Kotimaisessa väitöskirjassa [16] selvitettiin lääkäreiden sairauspoissaolojen kirjoittamiskäytäntöjen vaihtelua Suomessa. Tulokset tukivat Ruotsissa ja Norjassa aikaisemmin saatuja tuloksia [17-19] siinä, että käytännöt vaihtelivat selvästi. Työterveyslääkärit ja suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit kirjoittivat muita lääkäreitä vähemmän sairauslomia.

Edellä kuvatut tekijät ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että joissakin maissa on otettu käyttöön sekä yleisiä että sairauskohtaisia ohjeita sairauspoissaolojen kestosta ja laajuudesta. Myös Suomessa pohditaan parhaillaan tämän kaltaista ohjeistusta.

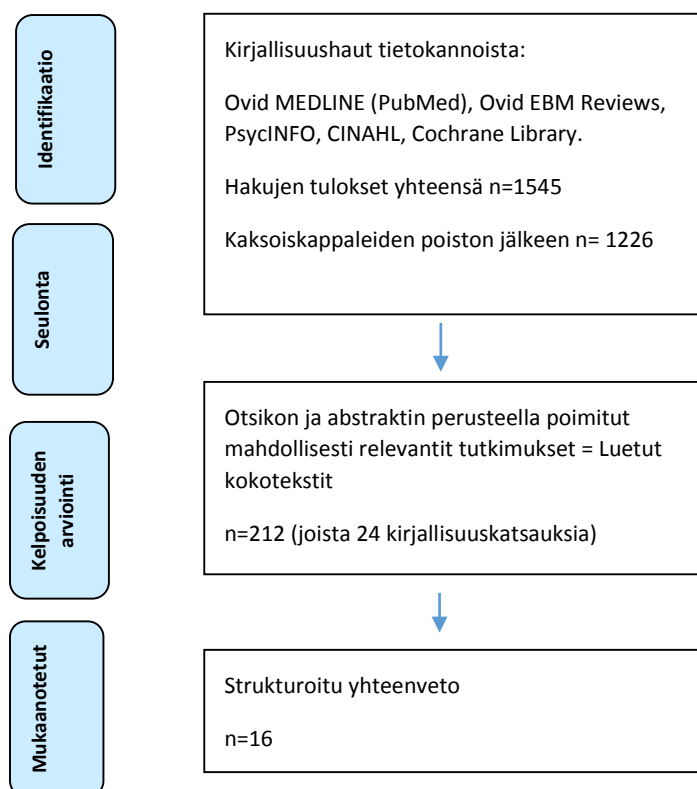
Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää systemaattisen kirjallisuushaun ja kirjallisuutta kartoittavan katsauksen (ns. scoping review) [20, 21] avulla minkälaista tutkimustietoa on olemassa sairauslomien onnistuneeseen työhön paluuseen johtavasta kestosta tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöissä sekä ala- ja yläraajan ja rangan vammoissa. Sairausten laadun (sairausryhmän) lisäksi useat eri tekijät, mm. työntekijän ikä, sukupuoli, sairauden vaikeusaste, monisairastavuus, työhön liittyvä kuormitus (ammatti) ja mahdollisuudet työjärjestelyihin voivat vaikuttaa onnistuneeseen työhön paluuseen kuluvaan aikaan. Katsauksessa tarkasteltiin myös, onko näitä tekijöitä otettu tutkimuksissa huomioon.

### MENETELMÄ JA AINEISTO

Systemaattinen kirjallisuushaku suunniteltiin ja toteutettiin yhdessä Helsingin yliopiston kirjaston informaattikon kanssa. Kirjallisuushaku kohdistettiin tutkimuskysymysten kannalta relevantteihin tieteellisiin kirjallisuustietokantoihin Ovid MEDLINE (PubMed), PsycINFO, Cinahl ja EBM Reviews. Aineiston haussa käytettiin ennalta suunniteltua hakustrategiaa (MESH-termejä, vapaatekstitermejä ja fraaseja). Kirjallisuushakuun otettiin 1.1.2000 - 7.2.2016 julkaistut englannin- ja ruotsinkieliset vertaisarvioidut julkaisut. Haut tuottivat Ovid MEDLINE- tietokannasta 886 julkaisua, PsycINFO-tietokannasta 218 julkaisua, Cinahl-tietokannasta 118 julkaisua ja Ovid EBM Reviews-tietokannasta 323 julkaisua. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen julkaisuja oli yhteensä 1226. Kaksi tutkimusryhmän jäsentä kävi näiden julkaisujen otsikot ja abstraktit läpi ja poimi tutkimuskysymysten kannalta mahdollisesti relevantit tutkimukset.

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. Tutkittavien tuli lähtötilanteessa olla sairauslomalla tai siirtyä 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. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valittiin 212 tutkimusta, joista 24 oli kirjallisuuskatsauksia. Myös kirjallisuuskatsauksiin sisältyneiden tutkimusten abstraktit luettiin. Kolme tutkijaa osallistui näiden tutkimusten kokotekstien lukemiseen. Kokotekstien perusteella katsaukseen otettiin mukaan 16 tutkimusta (kuva 1). Tutkimustulosten raportointiin ja tulkintaan osallistuivat kaikki ryhmän jäsenet.

Kuva 1. Tutkimuskirjallisuuden valinta.



#### ALUSTAVIA TULOKSIA JA POHDINTAA

Katsaukseen otettiin 16 tutkimusta, joista 8 koski tuki- ja liikuntaelinten sairauksia (selkäkipua tai niska- ja selkäkipua) ja 8 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä (yleisimmin masennusta, ahdistuneisuutta ja sopeutumishäiriöitä sekä stressiperäisiä häiriöitä). Kummassakin sairausryhmässä oli 3 kohortti- ja 5 RCT-asetelmassa toteutettua tutkimusta. Raajojen tai rangan vammoja koskevia tutkimuksia ei ollut poimittujen joukossa. Mukaan otetuista tutkimuksista 11 oli peräisin Alankomaista, 3 Norjasta, 1 Tanskasta ja 1 Australiasta.

Tutkittavat olivat pääsääntöisesti jo lähtötilanteessa olleet sairauden vuoksi pitkään poissa töistä. Esimerkiksi selkä kivun vuoksi töistä pois jääneet potivat (yhtä tutkimusta lukuun ottamatta) subakuuttia tai kroonista selkäkipua. Näissä tutkimuksissa selkäkipupotilaiden sairauspoissaolon keston mediaani (tai keskiarvo) vaihteli lähtötilanteesta kolmesta viikosta 163 päivään. Yhdessä kohorttitutkimuksessa osallistujilla oli akuutti selkäkipu ja heitä seurattiin ensimmäisestä sairauspoissaolopäivästä alkaen. Masennuksen tai vakavan

masennustilan vuoksi työstä poissa olleiden sairauspoissaolon keston mediaani vaihteli lähtötilanteessa kolmesta viikosta 3.8 kuukauteen.

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 60 päivää tai 5 viikkoa ja Australialaisessa tutkimuksessa 30 päivää. Onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon keston mediaani vaihteli selkäkipupotilailla 75:stä 208 päivään (subakuutti tai krooninen selkäkipu). Akuutissa selkävussa onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon keston mediaani oli kuusi päivää. Masennuksen vuoksi työstä poissa olleiden onnistuneeseen työhön paluuseen kuluneen ajan keston mediaani vaihteli 165:stä 405 päivään. Luotettavien numeeristen johtopäätösten tekeminen näistä keskenään heterogeenisten tutkimusten tuloksista edellyttää tutkimusten systemaattista laadunarviointia ja meta-analyysia.

Sairauspoissaolon jälkeiseen työhön paluuseen ovat yhteydessä monenlaiset tekijät, kuten yhteiskunnallinen konteksti (työmarkkinat ja niiden rakenne, sairausvakuutusjärjestelmä ja muu sosiaaliturva sekä sairauspoissaolokulttuuri työpaikalla ja yhteiskunnassa yleensä). Katsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista suurin osa oli peräisin Alankomaista. Tämä helpottaa tutkimusten keskinäistä vertailua, mutta rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Useimmissa tutkimuksissa oli huomioitu laajasti työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä kovariaatteina monimuuttuja-analyseissa, mutta onnistuneeseen työhön paluuseen kulunut aika oli useimmiten muiden tekijöiden suhteen vakioimaton.

Työhön paluuseen liittyvän tutkimuksen puutteena voidaan pitää sitä, että tuloksia on harvoin tarkasteltu sukupuolen mukaan jaoteltuna. Tähän katsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista vain kahdessa ilmoitettiin onnistuneeseen työhön paluuseen johtaneen sairauspoissaolon kesto erikseen miesten ja naisten ryhmissä.

Tutkimuksen käsikirjoitus lähetetään vertaisarvioitavaksi kansainväliseen tieteelliseen julkaisuun. Tarkemmat tulokset sekä mahdollisen meta-analyysin tulokset julkaistaan vuoden kuluessa.

## LÄHTEET

1. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG (2004). Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *European journal of public health* 14:398-405. doi: 10.1093/eurpub/14.4.398.
2. Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J (2004). Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *Journal of epidemiology and community health* 58:710-711. doi: 10.1136/jech.2003.015842.
3. Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of epidemiology and community health* 58:321-326.
4. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Westerlund H, Vahtera J, Leclerc A, Melchior M, Chevalier A, Alexanderson K, Zins M, Goldberg M (2008). Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study. *Occupational and environmental medicine* 65:820-826. doi: 10.1136/oem.2007.038398.
5. Lund T, Kivimäki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB (2008). Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occupational and environmental medicine* 65:28-31. doi: 10.1136/oem.2006.031393.
6. Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie JE, Westerlund H, Vahtera J, Singh-Manoux A, Melchior M, Zins M, Goldberg M, Head J (2012). Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Journal of epidemiology and community health* 66:155-159. doi: 10.1136/jech.2010.126789.
7. Backhans M, Fredlund P, Lindholm C (2005). Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning. In: Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm. pp. 245-267.
8. Bryngelson A (2009). Long-term sickness absence and social exclusion. *Scandinavian journal of public health* 37:839-845. doi: 10.1177/1403494809346871.

9. Wikman A, Wiberg M, Marklund S, Alexanderson K (2012). Activities and sources of income after a period of long-term sick leave--a population-based prospective cohort study. *BMC public health* 12:745. doi: 10.1186/1471-2458-12-745.
10. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A, COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 15 Suppl 2:S169-191. doi: 10.1007/s00586-006-1071-2.
11. Socialstyrelsen (2007). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för specifika diagnoser. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. (Viitattu 26.4.2016).
12. 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. doi: 10.3109/02813431003696189
13. 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. doi: 10.1007/s10926-011-9321-5.
14. 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. doi: 10.3109/02813432.2011.628235.
15. 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. doi: 10.1177/1403494808097170.
16. Kankaanpää A (2014). Sick leave prescribing practices in Finland. Doctoral thesis. Institute of Clinical Medicine. Department of Public Health. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1132. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5848-118>.
17. Arrelöv BE, Borgquist L, Svärdsudd KF (2005). Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *European journal of public health* 15:470-474. doi: 10.1093/eurpub/cki029.
18. Englund L, Svärdsudd K (2000) Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian journal of primary health care* 18:81-86
19. 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.
20. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science* : IS 5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
21. Kastner M, Tricco AC, Soobiah C, Lillie E, Perrier L, Horsley T, Welch V, Cogo E, Antony J, Straus SE (2012). What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. *BMC medical research methodology* 12:114. doi: 10.1186/1471-2288-12-114.