Region Stockholm

9

Yttrande över remiss – Socialstyrelsens reviderade försäkringsmedicinska beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar del 1

VKN 2020-0104

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-05-29

VKN 2020-0104

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Socialstyrelsens reviderade försäkringsmedicinska beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar del 1

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsens reviderade försäkringsmedicinska beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar del 1 har gått på remiss till samtliga intressenter i ett öppet remissförfarande den 11 maj 2020. I samband med att Socialstyrelsen har reviderat nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar har även det försäkringsmedicinska beslutsstödet uppdaterats för de omfattade sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, höft- och knäledsartros samt osteoporos. Detta ärende utgör Regionen Stockholms remissvar till Socialstyrelsen.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen del 1 remissversion.

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Socialstyrelsens reviderade försäkringsmedicinska beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar del 1 har gått på remiss till samtliga intressenter i ett öppet remissförfarande den 11 maj 2020. I samband med att Socialstyrelsen har reviderat nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar har även det försäkringsmedicinska beslutsstödet uppdaterats för de omfattade sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, höft- och knäledsartros samt osteoporos.

Region Stockholm noterar att underlaget innehåller rimliga avvägningar och står bakom remissförslaget.
Regionen noterar att vid tillämpning av beslutsstödet är det viktigt att patienter får en individuell bedömning och att sjukskrivningstiden i underlaget är vägledande och inte begränsande i kliniskt arbete.

Överväganden
Remissversionen av Socialstyrelsens reviderade försäkringsmedicinska beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar del 1 har bedömts av regionens ordförande i expertgrupp för försäkringsmedicin i samråd med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska konsekvenserna av beslutet är svåra att bedöma utifrån hur de reviderade beslutsstödet kan påverka regionens kostnader för sjukskrivningar. Ett nationellt beslutsstöd bör dock som princip bidra till en bättre hälsa och därmed en minskad kostnad.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Tydliga nationella riktlinjer och beslutsstöd som efterlevs främjar patientsäkerheten. Förslaget till beslut stödjer det nationella beslutsstödet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Tydliga nationella riktlinjer och beslutsstöd som efterlevs främjar jämlik och jämställd vård. Förslaget till beslut stödjer det nationella beslutsstödet.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Användningen av försäkringsmedicinska beslutstöd är redan integrerat i vårdgivarnas administrativa arbete och uppdaterad information till vårdgivare ombesörjs av Socialstyrelsen. Beslutet förväntas inte påverka vårdgivarnas administration

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-05-29

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1

Remissversion

Socialstyrelsen

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

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

Artikelnummer 2020-5-6763

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2020

Innehåll

Inledning 7
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd 7
Tillgängliggörande av beslutsstödet 7
Sjukfrånvaro 8
Förslag till försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1 9
Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] – ICD-M45, ICD-M459 (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) 10
Symtom, prognos och behandling 10
Funktionsnedsättning 10
Aktivitetsbegränsning 11
Rehabiliteringsinformation 11
Försäkringsmedicinsk information 11
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 11
Höftartros 13
Symtom, prognos och behandling 13
Funktionsnedsättning 13
Aktivitetsbegränsning 14
Rehabiliteringsinformation 14
Försäkringsmedicinsk information 14
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 15
Knäartros 17
Symtom, prognos och behandling 17
Funktionsnedsättning 17
Aktivitetsbegränsning 17
Rehabiliteringsinformation 18
Försäkringsmedicinsk information 18
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 19
Psoriasisartrit 21
Symtom, prognos och behandling 21
Funktionsnedsättning 21
Aktivitetsbegränsning 21
Rehabiliteringsinformation 22
Försäkringsmedicinsk information 22
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 22
Reumatoid artrit (RA) 24
Symtom, prognos och behandling 24

Funktionsnedsättning 24
Aktivitetsbegränsning 24
Rehabiliteringsinformation 25
Försäkringsmedicinsk information 25
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 25
Kunskapsunderlag 26
Symtom, prognos och behandling 26
Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning 26
Rehabiliteringsinformation och försäkringsmedicinsk information 26
Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer 26
Projektorganisation 28
Referenser 29
Bilaga 1. Effekter av sjukskrivning 33
Inledning 33
Metod 33
Effekt av sjukskrivning 39
Bilaga 2. Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och ICF 71
Inledning 71
Definitioner 71
Metod 71
ICF och ICF-Core sets 72
Bilaga 3. Statistikunderlag 77
Statistik från Socialstyrelsens patientregister 77
Bilaga 4. Metodbeskrivning 83
Projektorganisation för beslutsstödet 83
Hur vi avgränsat innehållet i beslutsstödet 83
Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget till beslutsstödet 83
Hur vi tagit fram statistikunderlag till beslutsstödet 84
Hur vi inhämtar synpunkter på beslutsstödet 84

Inledning

Det här är en remissversion av försäkringsmedicinskt beslutsstöd för de diagnoser som ingår i den första delen av uppdateringen av rörelseorganens sjukdomar. Diagnoserna är ankyloserande spondylit (axial spondylartrit), höftartros, knäartros, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Det betyder att alla intressenter kan diskutera och komma med synpunkter på de informationsmängder som ingår i beslutsstöden för dessa diagnoser.

Du som arbetar för exempelvis en region, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan skicka dina synpunkter till FMB_remissrorelseorganendel1@socialstyrelsen.se, senast 30 juni 2020.

Beslutsstöden har uppdaterats i samband med uppdateringen av Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen, 2020), som finns publicerad i en remissversion på Socialstyrelsens webbplats.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens rekommendationer vid sjukskrivning – det försäkringsmedicinska beslutsstödet – riktar sig främst till sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare när individers arbetsförmåga ska bedömas i samband med sjukskrivning. Beslutsstödet kan även användas för att underlätta dialogen mellan läkare, patient och Försäkringskassan. Syftet med beslutsstödet är att höja kvaliteten på sjukskrivningarna och att bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan bidra till att minska skillnader i sjukskrivningstider över landet och mellan olika läkare.

Tillgängliggörande av beslutsstödet

Förslaget till försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1 är ännu inte gällande. Socialstyrelsen kommer att tillgängliggöra den slutliga versionen av beslutsstödet i september 2020, vilket då börjar gälla. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet tillgängliggörs då på två sätt – dels via Socialstyrelsens webbplats och dels som öppna data. Med öppna data möjliggörs integrering av beslutsstödet exempelvis i de system som läkare använder när de fyller i läkarintyg för sjukpenning.

Sjukfrånvaro

Näst efter psykiska sjukdomar står rörelseorganens sjukdomar för den största delen sjukfrånvaro. Rörelseorganens sjukdomar motsvarade 16 procent av alla fall för kvinnor och 20 procent av alla fall för män i december 2018 [1]. Mellan juli, 2017 och augusti 2018 rapporterades att

- kvinnor hade i medeltal 120,7 dagars sjukfrånvaro och männen 142,3 dagars sjukfrånvaro för diagnosen ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom]
- kvinnor hade i medeltal 124,4 dagars sjukfrånvaro och männen 113,9 dagars sjukfrånvaro för höftartros
- kvinnor hade i medeltal 122,1 dagars sjukfrånvaro och männen 116,1 dagars sjukfrånvaro för knäartros
- kvinnor hade i medeltal 147,2 dagars sjukfrånvaro och männen 155 dagars sjukfrånvaro för psoriasisartros
- kvinnor hade i medeltal 131,9 dagars sjukfrånvaro och männen 150,8 dagars sjukfrånvaro för reumatoid artrit (RA) M05
- kvinnor hade i medeltal 149,1 dagars sjukfrånvaro och männen 142,9 dagars sjukfrånvaro för reumatoid artrit (RA) M06.

Förslag till försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper skelettet, lederna och musklerna och är en mycket vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga och långtidssjukskrivning.

I denna rapport ges förslag till innehåll i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för diagnoserna enligt ICD-10[1]:

- Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] – ICD-M45, ICD-M459 (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom])
- Höftartros – ICD-M16
- Knäartros – ICD-M17
- Psoriasisartrit – ICD-M07
- Reumatoid artrit (RA) – ICD-M05, ICD-M06

Mottagare av beslutsstödet är främst sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare.

[1] Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] – ICD-M45, ICD-M459 (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom])

Symtom, prognos och behandling

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) är en kronisk inflammatorisk ryggsjukdom oftast med långsamt tilltagande ryggstelhet, ibland med ledförstörelse. Vanliga symtom är värk och stelhet i ryggslutet och ryggen som strålar ut i skinkor och höfter. Besvären minskar ofta vid rörelse och fysisk aktivitet. Det finns alla grader av sjukdomen, alltifrån med lätta symtom till höggradigt inflammatorisk sjukdom. Sjukdomen behandlas med regelbunden fysisk aktivitet. I övrigt är behandlingen farmakologisk (läkemedel – inflammationsdämpande, symtomlindrande och sjukdomsmodifierande) och i vissa fall kirurgisk. Det är sällsynt att patienter med denna sjukdom är helt arbetsoförmögna under lång tid, men sjukdomen går ofta i skov och under försämringsperioderna kan arbetsförmågan sättas ned. Det är ofta nödvändigt att byta arbetsuppgifter om de är tunga och krävande. Ofta kan partiell sjukskrivning vara ett alternativ. Företagshälsovården och/eller arbetsgivaren och Försäkringskassan bör kopplas in tidigt. Det kan bli aktuellt med ergonomiska förbättringsåtgärder, anpassade arbetsuppgifter eller omplacering. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt (se vidare Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning, Remissversion, 2020).

Funktionsnedsättning

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) är en sjukdom som kan medföra nedsatt rörlighet och smärta i nacke, bröst- och ländrygg som strålar ut i skinkor och höfter. Tillståndet kan även medföra muskelstelhet, påverka den fysiska uthålligheten, samt gångmönstret. Olika leder i kroppen kan också påverkas med nedsatt rörlighet som följd. Inskränkt rörlighet i bröstkorgen kan påverka andningen. Tillståndet kan medföra att patienten kan få emotionella problem, ångest och depression. Patienter med sjukdomen kan få problem med ögon och synen (inflammation i regnbågshinnan).

Aktivitetsbegränsning

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) kan medföra svårigheter att både bibehålla och ändra kroppsställning (exempelvis att stå och sitta längre perioder, kroppsställningar som kräver framåtböjning samt sidovridning av huvudet, att ändra läge mellan sittande och stående, samt att böja sig). Patienten kan få svårigheter att gå och gå i trappor. Det innebär också svårigheter att röra sig på olika sätt (exempelvis att krypa, klättra, springa eller hoppa). Tillståndet medför svårigheter att lyfta och bära föremål från en plats till en annan. Om patienten får inflammation i regnbågshinnan kan det begränsa arbetsuppgifter under perioder genom en nedsatt syn. Tillståndet kan medföra svårigheter att hantera stress och psykologiska krav. Nedsatt rörlighet i nacke och kotpelare kan påverka förmågan att vara förare.

Rehabiliteringsinformation

Fysisk aktivitet i sig förvärrar inte sjukdomen, utan det är tvärtom bra med lagom anpassad fysisk aktivitet. Regelbunden daglig träning som är individuellt anpassad och handledd av vården, rehabilitering och omhändertagande i teamrehabilitering. Diskutera ändrade arbetsuppgifter och samverka med arbetsgivare och företagshälsovård.

Försäkringsmedicinsk information

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) är kronisk och symtomen kvarstår därför i högre eller lägre grad. Effekten av symtomlindrande mediciner kommer tämligen omgående, medan effekten av sjukdomsmodifierande mediciner, som används i svårare fall, kan dröja månader. Effekten av biologiska läkemedel ses som regel inom veckor, ibland redan efter dagar. Även för personer som varit sjuka mycket lång tid kan biologisk läkemedelsbehandling leda till betydlig förbättring. Patienter med reumatisk inflammatorisk sjukdom kontrolleras regelbundet och behandlingen utvärderas. Vid otillräcklig effekt eller biverkningar av mediciner kan patienten behöva sjukskrivning i väntan på effekten av den förändrade behandlingen och medicineringen.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En patient kan passa in under olika situationer vid olika tidpunkter i sjukdomsförloppet.

- Vid lindrig ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) där arbetsbelastningen innefattar fysiskt mindre krävande arbete rekommenderas ingen sjukskrivning eller partiell sjukskrivning i upp till 3 månader.
- Vid lindrig ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid svår ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) där arbetsbelastningen innefattar mindre fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid svår ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]) där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt på heltid i upp till 6 månader följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.

Höftartros

Symtom, prognos och behandling

En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har påtagliga skador och tvärtom. Patientens huvudsymtom smärta i höftleden och funktionsnedsättning styr diagnostiken och åtgärderna. Bilddiagnostik med röntgen och ultraljud är ett komplement till den kliniska undersökningen när vården är osäker på diagnosen. Bilddiagnostik med magnetkamera används däremot inte i artrosutredningar.

Personer med artros kan bromsa sjukdomsförloppet och få mindre ont genom att träna fysiskt, och gå ner i vikt om de är överviktiga. På så sätt kan de optimera belastningen på lederna. En del patienter kan dessutom skjuta fram en ledprotesoperation tack vare träningen. De patienter som även har en psykiatrisk samsjuklighet kan ha nedsatt kroppskännedom och svårigheter att tolka kroppens signaler vid artros, vilket kan öka funktionsnedsättningen. För att träna en smärtande artrosled rätt behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. Patientutbildning, regelbunden och individuellt anpassad och handledd fysisk träning, samt vid behov viktminskning, är grundbehandling för personer med artros. Om detta inte räcker är nästa steg tilläggsbehandling med exempelvis läkemedel och olika hjälpmedel.

För en mindre grupp av höftartrospatienter kan en försämring med ökad svår smärta, vilovärk och stor funktionsnedsättning komma snabbt och vara svår att bromsa med grund- och tilläggsbehandling varvid protesoperation erbjuds. Vid svåra och långvariga besvär kan det också bli aktuellt med kirurgi. Behandlingen behöver utvärderas löpande, och sjukdomen behöver utredas på nytt inför eventuella förflyttningar mellan behandlingspyramidens olika delar. En princip är att fortsätta med grundbehandlingen oavsett hur svåra besvär patienten har, så långt det är möjligt (se vidare Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning, Remissversion, 2020).

Funktionsnedsättning

Höftledsartros medför smärta i området kring höftleden och smärtan kan stråla ner i benet. Det är vanligt med stelhet efter inaktivitet exempelvis på morgonen. Patienten kan ha varierande grad av igångsättningssmärta, belastningssmärta och vilovärk. Tillståndet innebär nedsatt rörlighet och stabilitet i höftleden, samt nedsatt muskelstyrka, muskeluthållighet, muskeltonus och stelhet i kringliggande muskler. Det kan även ge problem att kontrollera rörelser med benet samt påverkan på gångmönstret. Tillståndet kan medföra psykisk trötthet och nedsatt fysisk uthållighet. Långvarig smärta och påverkan på sömnen kan ge emotionell instabilitet, nedstämdhet och ångest.

Aktivitetsbegränsning

Höftledsartros kan medföra svårigheter att både bibehålla och ändra kroppsställning (exempelvis att sitta, att stå under längre stunder eller att ändra läge mellan sittande och stående). Patienten får svårigheter att gå och gå i trappor, även med hjälpmedel. Höftledsartros innebär också svårigheter att röra sig på olika sätt (exempelvis att krypa, klättra, springa eller hoppa). Patienten kan även få svårigheter att lyfta och bära föremål från en plats till en annan, samt att förflytta föremål med benen. Svårigheterna kan även handla om att hantera sin egen aktivitetsnivå, planera och fullfölja dagliga rutiner i vardagen. Aktivitetsbegränsningen kvarstår i regel 2-6 månader efter en protesoperation. Tillståndet kan medföra svårigheter att vara förare och att använda transportmedel (exempelvis att komma upp på en cykel, gå i och ur en bil, kliva upp i kollektivtrafik).

Rehabiliteringsinformation

Successiv återgång i arbete rekommenderas under hel och partiell sjukskrivning utifrån individuella förutsättningar med målsättningen att efter behandling och rehabilitering återfå optimal funktions- och aktivitetsförmåga. Det kan vara aktuellt med ergonomiska förbättringsåtgärder, anpassade arbetsuppgifter eller omplacering. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt. Det är viktigt att tidigt diskutera behov av åtgärder både vid tungt arbete och efter en artroplastik, och mycket tungt arbete bör undvikas helt. Om det inte går att anpassa arbetsuppgifterna kan byte av arbete övervägas av patienten. Vården behöver tidigt samverka med arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedlingen/coachingteam och Försäkringskassan.

Försäkringsmedicinsk information

För att få rätt vård i rätt tid, behöver patienter med höftartros ett strukturerat omhändertagande och behandling enligt en särskild behandlingspyramid där grundbehandlingen är: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning. Smärta och rörelserädsla kan inverka på motivationen att regelbundet träna och vara fysiskt aktiv trots smärta.

Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt. Mycket tungt arbete bör undvikas helt. Successiv återgång i arbete rekommenderas utifrån individuella förutsättningar med målsättningen att återfå optimal funktions- och aktivitetsförmåga. Aktivitetsbegränsning kvarstår i regel 2–6 månader efter en protesoperation tills aktivitetsförmågan har återställts efter individuellt anpassad handledd träning och fortsatt regelbunden egen träning med FaR® (fysisk aktivitet på recept, beslutsstöd från eFYSS).

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En patient kan passa in under olika situationer vid olika tidpunkter i sjukdomsförloppet.

- Vid lindrig höftledsartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar lätt belastning rekommenderas partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid lindrig höftledsartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid lindrig höftledsartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår höftledsartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår höftledsartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår höftledsartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 12 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid svår höftledsartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående smärt- och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad fysisk aktivitet där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 12 veckor på heltid, eller fram till operation.
- Vid svår höftledsartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående smärt- och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad fysisk aktivitet där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 12 veckor på heltid, eller fram till operation.
- Vid svår höftledsartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående smärt- och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad

fysisk aktivitet där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 12 veckor på heltid, eller fram till operation.

- Vid höftledsartros och utförd implantation av ledprotes i höftled där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 8 veckor på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid höftledsartros och utförd implantation av ledprotes i höftled där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 4 månader på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid höftledsartros och utförd implantation av ledprotes i höftled där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 månader på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid lindrig till medelsvår höftledsartros med smärta vid ansträngning, utan eller med måttlig svårighet att röra sig och där arbetet innefattar låg till måttlig belastning – samt att patienten har fysisk eller psykisk samsjuklighet som sätter ned exempelvis kognitiv funktion, kondition och/eller benmuskelstyrka – är arbetsförmågan nedsatt under 3–6 månader på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.

Knäartros

Symtom, prognos och behandling

En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har påtagliga skador och tvärtom. Patientens huvudsymtom smärta och funktionsnedsättning styr diagnostiken och åtgärderna. Bilddiagnostik med röntgen och ultraljud är ett komplement till den kliniska undersökningen när vården är osäker på diagnosen. Bilddiagnostik med magnetkamera används däremot inte i artrosutredningar.

Personer med artros kan bromsa sjukdomsförloppet och få mindre ont genom att träna fysiskt, och gå ner i vikt om de är överviktiga. På så sätt kan de optimera belastningen på lederna. En del patienter kan dessutom skjuta fram en ledprotesoperation tack vare träningen. De patienter som även har en psykiatrisk samsjuklighet kan ha nedsatt kroppskännedom och svårigheter att tolka kroppens signaler vid artros, vilket kan öka funktionsnedsättningen. För att träna en smärtande artrosled rätt behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. Patientutbildning, regelbunden och individuellt anpassad och handledd fysisk träning, samt vid behov viktminskning, är grundbehandling för personer med artros. Om detta inte räcker är nästa steg tilläggsbehandling med exempelvis läkemedel och olika hjälpmedel.

Vid svåra och långvariga besvär kan det bli aktuellt med kirurgi. Behandlingen behöver utvärderas löpande, och sjukdomen behöver utredas på nytt inför eventuella förflyttningar mellan behandlingspyramidens olika delar. En princip är att fortsätta med grundbehandlingen oavsett hur svåra besvär patienten har, så långt det är möjligt (se vidare Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning, Remissversion, 2020).

Funktionsnedsättning

Knäartros medför ledsvullnad och smärta i området kring knäleden och ger stelhet efter inaktivitet exempelvis på morgonen. Patienten kan ha olika grad av igångsättningssmärta, belastningssmärta och vilovärk. Tillståndet innebär nedsatt rörlighet och stabilitet i knäleden, samt nedsatt muskelstyrka, muskeluthållighet, muskeltonus och stelhet i kringliggande muskler. Det kan även ge problem att kontrollera rörelser med benet samt påverkan på gångmönstret. Tillståndet kan medföra psykisk trötthet och nedsatt fysisk uthållighet. Långvarig smärta och påverkan på sömnen kan ge emotionell instabilitet, nedstämdhet och ångest.

Aktivitetsbegränsning

Knäartros kan medföra svårigheter att både bibehålla och ändra kroppsställning (exempelvis att stå på knä, sitta på huk, samt stå under längre

stunder eller att ändra läge mellan sittande, knästående och stående). Patienten får svårigheter att gå och gå i trappor, även med hjälpmedel. Knäartros innebär också svårigheter att röra sig på olika sätt (exempelvis att krypa, klättra, springa eller hoppa). Patienten kan även få svårigheter att lyfta och bära föremål från en plats till en annan, samt att förflytta föremål med benen. Svårigheterna kan även handla om att hantera sin egen aktivitetsnivå , planera och fullfölja dagliga rutiner i vardagen. Smärta och sömnproblem kan medföra svårigheter att fokusera uppmärksamheten, samt att fatta beslut. Aktivitetsbegränsningen kvarstår även en tid efter en operation/artroplastik. Vid måttlig och svår artros kan patienten få svårigheter att vara förare och att använda transportmedel (exempelvis att komma upp på en cykel, gå i och ur en bil, kliva upp i kollektivtrafik).

Rehabiliteringsinformation

Successiv återgång i arbete rekommenderas under hel- och partiell sjukskrivning utifrån individuella förutsättningar med målsättningen att efter behandling och rehabilitering återfå optimal funktions- och aktivitetsförmåga. Det kan vara aktuellt med ergonomiska förbättringsåtgärder, anpassade arbetsuppgifter eller omplacering. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt. Det är viktigt att tidigt diskutera behov av åtgärder både vid tungt arbete och efter en artroplastik, och mycket tungt arbete bör undvikas helt. Om det inte går att anpassa arbetsuppgifterna kan byte av arbete övervägas. Vården behöver tidigt samverka med arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedlingen/ coachingteam och Försäkringskassan.

Försäkringsmedicinsk information

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning.

För att få rätt vård i rätt tid, behöver patienter med knäartros ett strukturerat omhändertagande och behandling enligt en särskild behandlingspyramid där grundbehandlingen är: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning. Smärta och rörelserädsla kan inverka på motivationen att regelbundet träna och vara fysiskt aktiv trots smärta.

Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt. Mycket tungt arbete bör undvikas helt. Successiv återgång i arbete rekommenderas utifrån individuella förutsättningar med målsättningen att återfå optimal funktions- och aktivitetsförmåga.

Aktivitetsbegränsning kvarstår i regel 2–6 månader efter en protesoperation tills aktivitetsförmågan har återställts efter individuellt anpassad handledd träning och fortsatt regelbunden egen träning med FaR® (fysisk aktivitet på recept, beslutsstöd från eFYSS).

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En patient kan passa in under olika situationer vid olika tidpunkter i sjukdomsförloppet.

- Vid lindrig knäartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar lätt belastning rekommenderas partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid lindrig knäartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid lindrig knäartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår knäartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår knäartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid medelsvår knäartros med smärta vid ansträngning och svårigheter att röra sig och där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 12 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.
- Vid svår knäartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående åtgärd smärt och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad fysisk aktivitet där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt på heltid upp till 12 veckor, eller fram till operation.
- Vid svår knäartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående åtgärd smärt och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad fysisk aktivitet där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt på heltid upp till 12 veckor, eller fram till operation.

- Vid svår knäartros med smärta i vila och svårigheter att röra sig och pågående åtgärd smärt och symtombehandling med fortsatt individuellt anpassad fysisk aktivitet där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt på heltid upp till 12 veckor, eller fram till operation.
- Vid knäartros och implantation av ledprotes i knäled där arbetet innefattar lätt belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 8 veckor på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid knäartros och implantation av ledprotes i knäled där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 4 månader på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid knäartros och implantation av ledprotes i knäled där arbetet innefattar hög belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 månader på heltid. Därefter vid behov partiell sjukskrivning tills patienten efter individuellt anpassad och handledd träning uppnått god/full funktion och aktivitetsförmåga för att undvika försämring.
- Vid lindrig till medelsvår knäartros med smärta vid ansträngning, utan eller med måttlig svårighet att röra sig och där arbetet innefattar låg till måttlig belastning – samt att patienten har fysisk eller psykisk samsjuklighet som sätter ned kognitiv funktion, kondition och/eller benmuskelstyrka – är arbetsförmågan nedsatt på heltid under 3–6 månader. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktminskning.

Psoriasisartrit

Symtom, prognos och behandling

Psoriasisartrit (PsA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom. Samband finns med hudsjukdomen psoriasis. Typiska symtom är ledsmärtor och stelhet i angripna leder såsom knän, fotleder och höfter – men även mindre leder på till exempel fingrar och tår. Sjukdomen går ofta i skov. Någon förväntad utläkningstid finns inte men sjukdoms- och inflammations-aktiviteten kan under långa perioder vara låg.

Behandlingen är farmakologisk (läkemedel – inflammationsdämpande, symtomlindrande och sjukdomsmodifierande), sjukgymnastisk och i vissa fall kirurgisk. Effekten av symtomlindrande mediciner kommer tämligen omgående medan effekten av sjukdomsmodifierande mediciner dröjer månader. Effekten av biologiska läkemedel ses som regel inom veckor, ibland redan efter dagar. Effekten av kortison kommer inom några dagar. Den insatta medicinska behandlingen kan utvärderas först efter cirka 3 månader. Även för personer som varit sjuka mycket lång tid kan biologisk läkemedelsbehandling leda till betydlig förbättring (se vidare Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning, 2020).

Funktionsnedsättning

Psoriasisartrit medför smärta i form av rörelsesmärtor, vilovärk, ömhet i muskel- och senfästen, samt svullnad och nedsatt rörlighet i angripna leder såsom armar, händer, knän, fötter, höfter och rygg, men även mindre leder på till exempel fingrar och tår. Tillståndet innebär även nedsatt styrka, uthållighet och stelhet i ledernas kringliggande muskulatur. Psoriasisartrit påverkar hudens skyddande och läkande funktion och kan ge klåda. patienten kan få problem med sömnen, som kan medföra koncentrationssvårigheter och nedsatt psykisk uthållighet och energi. Rädsla och oro kan förekomma. Psoriasisartrit kan även påverka gångmönster, samt fysisk uthållighet. I vissa fall med svår hudpsoriasis måste konsekvenserna av hudengagemanget också vägas in vid bedömning av funktionsnedsättning.

Aktivitetsbegränsning

Psoriasisartrit som drabbar leder i knän, fötter, rygg och höfter kan medföra svårigheter att både ändra och bibehålla kroppsställning (exempelvis att sitta och stå under längre stunder eller att ändra läge mellan sittande och stående). Tillståndet kan ge svårigheter att gå och gå i trappor. Det innebär också svårigheter att röra sig på olika sätt (exempelvis att krypa, klättra, springa eller hoppa). Om händer och fingrar drabbas medför det nedsatt finmotorik och patienten kan få svårigheter att lyfta och bära föremål från en plats till en

annan och att använda armar och händer. Smärta och trötthet kan påverka patientens förmåga att fokusera uppmärksamheten. Stelhet och smärta främst i nacke och rygg kan påverka förmågan att vara förare och att använda transportmedel (exempelvis att komma upp på en cykel, gå i och ur en bil, kliva upp i kollektivtrafik). I vissa fall med svår hudpsoriasis måste konsekvenserna av hudengagemanget också vägas in vid bedömning av aktivitetsbegränsning.

Rehabiliteringsinformation

Diskutera ändrade arbetsuppgifter. Koppla in företagshälsovården eller arbetsgivaren och Försäkringskassan tidigt. Det kan bli aktuellt med ergonomiska förbättringsåtgärder, anpassade arbetsuppgifter eller omplacering. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt.

Försäkringsmedicinsk information

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. Om arbetet inte är alltför fysiskt tungt, ensidigt belastande eller alltför kognitivt krävande finns som regel goda chanser att kunna fortsätta arbeta. Patienten behöver ofta bli sjukskriven i början av sjukdomen eller vid skov, i väntan på effekt av påbörjad eller förändrad medicinering. Ofta kan partiell sjukskrivning vara ett alternativ. Fysisk aktivitet i sig förvärrar inte sjukdomen. Vissa patienter kan behöva delta i regelbunden daglig träning som är individuellt anpassad och handledd av vården, rehabilitering på dagvårdsenhet, eller specialanläggning med mera. Patienter med reumatisk inflammatorisk sjukdom såsom psoriasisartrit (PsA) kontrolleras regelbundet och behandlingseffekten utvärderas kontinuerligt. Det kan bli aktuellt att en ortoped tar ställning till om patienten ska opereras. I fall med svår hudpsoriasis där arbetssituationen innefattar arbete som påverkas också av hudengagemang behöver oftast dermatologisk bedömning.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En patient kan passa in under olika situationer vid olika tidpunkter i sjukdomsförloppet.

- Vid lindrig psoriasisartrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt mindre krävande arbete rekommenderas ingen sjukskrivning eller partiell sjukskrivning i upp till tre månader.

- Vid lindrig psoriasisartrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt mer än tre månader på heltid följt av partiell sjukskrivning i upp till tre månader.
- Vid svår psoriasisartrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt mer än tre månader på heltid följt av partiell sjukskrivning i upp till tre månader.
- Vid svår psoriasisartrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt mer än tre månader på heltid, ibland upp till sex månader inkluderande möjlighet till partiell sjukskrivning.
- Vid psoriasisartrit i fall med svår hudpsoriasis där arbetssituationen innefattar arbete som påverkas också av hudengagemang är arbetsförmågan nedsatt mer än tre månader på heltid, ibland upp till sex månader inkluderande möjlighet till partiell sjukskrivning.

Reumatoid artrit (RA)

Symtom, prognos och behandling

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som kan drabba också andra organ i kroppen som hjärtat, lungorna och perifera nerver. Typiska symtom är ledsmärtor och stelhet i händer och fötter, men även i större leder. Trötthet och sjukdomskänsla är vanligt. Den inflammatoriska processen i ledkapseln och ledvätskan angriper ofta lederna och brosket.

Behandlingen är farmakologisk (läkemedel – inflammationsdämpande, symtomlindrande och sjukdomsmodifierande), sjukgymnastisk och i vissa fall kirurgisk. Även information och patientundervisning är viktiga delar av behandlingen. Ledsmärta, stelhet och trötthet, men även rädsla, oro och kognitiv påverkan inverkar. Företagshälsovården och/eller arbetsgivare och Försäkringskassan bör kopplas in tidigt. Sjukdomen går ofta i skov och någon förväntad utläkningstid finns inte, men sjukdomsaktiviteten kan under långa perioder vara låg (se vidare Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning, Remissversion, 2020).

Funktionsnedsättning

Reumatoid artrit medför smärta, svullnad och nedsatt ledstabilitet och rörlighet i en eller flera leder, exempelvis händer och fötter, men även i kroppens större leder. Tillståndet kan ge nedsatt muskelkraft och muskeluthållighet, samt muskelstelhet i ledernas kringliggande muskulatur, samt påverkan på gångmönstret. Andra problem som tillståndet kan medföra är nedsatt psykisk uthållighet och energi, trötthet, sömnproblem och emotionella problem, samt nedsatt fysisk uthållighet. Patienten kan få problem att inta föda.

Aktivitetsbegränsning

Reumatoid artrit kan medföra svårigheter att både ändra och bibehålla kroppsställning (exempelvis att sitta, stå under längre stunder eller att ändra läge mellan sittande och stående). Tillståndet kan ge svårigheter att gå och gå i trappor. Det innebär också svårigheter att röra sig på olika sätt (exempelvis att krypa, klättra, springa eller hoppa), att röra sig omkring på olika platser samt att förflytta sig med utrustning. Finmotoriken kan bli nedsatt i händerna. Patienten kan få svårigheter att lyfta och bära föremål från en plats till en annan och att använda armar och händer. Förmågan att skriva på tangentbord eller skriva för hand kan påverkas.

Trötthet kan begränsa uthålligheten i aktiviteter, medföra svårigheter att hantera sin egen aktivitetsnivå, samt att planera och fullfölja dagliga rutiner. Tillståndet kan medföra svårigheter att vara förare och att använda

transportmedel (exempelvis att komma upp på en cykel, gå i och ur en bil, kliva upp i kollektivtrafik).

Rehabiliteringsinformation

Regelbunden daglig träning som är individuellt anpassad och handledd av vården, rehabilitering och omhändertagande i teamrehabilitering. Diskutera ändrade arbetsuppgifter och samverka med arbetsgivare och företagshälsovård. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt.

Försäkringsmedicinsk information

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. Med dagens tidiga diagnostik följt av tidig, aktiv och effektiv läkemedelsbehandling och rehabilitering har möjligheterna för personer med RA att bibehålla och återfå arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter klart förbättrats.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En patient kan passa in under olika situationer vid olika tidpunkter i sjukdomsförloppet.

- Vid lindrig reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt mindre krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 6 veckor på heltid eller partiellt.
- Vid lindrig reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid medelsvår reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid eller partiellt, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid medelsvår reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt mindre krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid eller partiellt, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid svår reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt mindre krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 månader på heltid eller partiellt, följt av partiell sjukskrivning upp till 3 månader.
- Vid svår reumatoid artrit där arbetsbelastningen innefattar fysiskt krävande arbete är arbetsförmågan nedsatt helt eller partiellt ofta i mer än 3 månader, ibland upp till 6 månader.

Kunskapsunderlag

I detta avsnitt redovisas sammanfattat det kunskapsunderlag som Socialstyrelsen utgått ifrån vid uppdateringen av försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1. Den huvudsakliga utgångspunkten utgörs av de befintliga beslutsstöden för diagnoserna ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Se även bilaga 1 *Effekter av sjukskrivning,* bilaga 2 *Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och ICF*[2]och bilaga 4 *Metodbeskrivning*.

Symtom, prognos och behandling

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

Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Kunskapsunderlaget till avsnitten *Funktionsnedsättning* och *Aktivitets-begränsning* utgörs av beprövad erfarenhet och kunskap från de sakkunniga som deltagit i arbetet, urval av ICF-kategorier relaterat till sysselsättning från diagnosspecifika ICF-Core sets som fanns för fyra av de fem diagnoserna som ingår i uppdateringen, samt två vetenskapliga publikationer som identifierades vid den systematiska kartläggningen av vetenskapligt underlag för effekter av sjukskrivning (se bilaga 2 *Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och ICF*).

Rehabiliteringsinformation och försäkringsmedicinsk information

Kunskapsunderlaget till avsnitten *Rehabiliteringsinformation* och *Försäkringsmedicinsk information* utgörs av beprövad erfarenhet genom de sakkunniga som deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har inte eftersökt vetenskapligt underlag för dessa delar.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Kunskapsunderlaget till avsnittet *Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer* utgörs av beprövad erfarenhet genom de sakkunniga som deltagit

[2] Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

i arbetet, samt den systematiska kartläggningen av vetenskapligt underlag för effekter av sjukskrivning (bilaga 1). I kartläggningen inkluderades 25 vetenskapliga publikationer.

Projektorganisation

Projektgrupp

Regina Ylvén	utredare, projektledare, Socialstyrelsen
Ann-Helene Almborg	sakkunnig, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
Anna Ericsson	utredare, projektmedarbetare, Socialstyrelsen

Sakkunniga

Ingemar Petersson	professor, forskningschef, Skånes universitetssjukhus, Lund
Lillemor Nyberg	områdesansvarig för primärvård (fr.o.m. januari, 2019), medicine doktor, Karolina vårdcentral, Karlskoga

Referenser

1. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror. 2019. Hämtad 2020 0505 från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/02d14692-594c-4218-91bf-9362644d9235/socialforsakringen-i-siffror-2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
2. Bansback, N, Zhang, W, Walsh, D, Kiely, P, Williams, R, Guh, D, et al. Factors associated with absenteeism, presenteeism and activity impairment in patients in the first years of RA. Rheumatology (Oxford, England). 2012; 51(2):375-84.
3. Boonen, A, Boone, C, Albert, A, Mielants, H. Contextual factors influence work outcomes in employed patients with ankylosing spondylitis starting etanercept: 2-year results from AS@Work. Rheumatology (Oxford, England). 2018; 57(5):791-7.
4. Boonen, A, Boone, C, Albert, A, Mielants, H. Understanding limitations in at-work productivity in patients with active ankylosing spondylitis: the role of work-related contextual factors. The Journal of rheumatology. 2015; 42(1):93-100.
5. Boonen, A, Brinkhuizen, T, Landewe, R, van der Heijde, D, Severens, JL. Impact of ankylosing spondylitis on sick leave, presenteeism and unpaid productivity, and estimation of the societal cost. Annals of the rheumatic diseases. 2010; 69(6):1123-8.
6. Callhoff, J, Albrecht, K, Schett, G, Zink, A, Westhoff, G. Depression is a stronger predictor of the risk to consider work disability in early arthritis than disease activity or response to therapy. RMD open. 2015; 1(1):e000020.
7. Chen, JC, Linnan, L, Callahan, LF, Yelin, EH, Renner, JB. Workplace policies and prevalence of knee osteoarthritis: the Johnston County Osteoarthritis Project. Occupational and environmental medicine. 2007; 64(12):798-805.
8. Dadoun, S, Guillemin, F, Lucier, S, Looten, V, Saraux, A, Berenbaum, F, et al. Work productivity loss in early arthritis during the first 3 years of disease: a study from a French National Multicenter Cohort. Arthritis care & research. 2014; 66(9):1310-8.
9. Gignac, MAM, Ibrahim, S, Smith, PM, Kristman, V, Beaton, DE, Mustard, CA. The Role of Sex, Gender, Health Factors, and Job Context in Workplace Accommodation Use Among Men and Women with Arthritis. Annals of work exposures and health. 2018; 62(4):490-504.
10. Gobelet, C, Luthi, F, Al-Khodairy, AT, Chamberlain, MA. Work in inflammatory and degenerative joint diseases. Disability and rehabilitation. 2007; 29(17):1331-9.
11. Gronning, K, Rodevand, E, Steinsbekk, A. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Clinical rheumatology. 2010; 29(11):1317-22.
12. Grotle, M, Hagen, KB, Natvig, B, Dahl, FA, Kvien, TK. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. The Journal of rheumatology. 2008; 35(4):677-84.
13. Gudu, T, Kiltz, U, de Wit, M, Kvien, TK, Gossec, L. Mapping the Effect of Psoriatic Arthritis Using the International Classification of

Functioning, Disability and Health. The Journal of rheumatology. 2017; 44(2):193-200.
14. Hammond, A, O'Brien, R, Woodbridge, S, Bradshaw, L, Prior, Y, Radford, K, et al. Job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis (WORK-IA): a feasibility randomized controlled trial. BMC musculoskeletal disorders. 2017; 18(1):315.
15. Tillett, W, Shaddick, G, Askari, A, Cooper, A, Creamer, P, Clunie, G, et al. Factors influencing work disability in psoriatic arthritis: first results from a large UK multicentre study. Rheumatology (Oxford, England). 2015; 54(1):157-62.
16. Tran-Duy, A, Nguyen, TT, Thijs, H, Baraliakos, X, Heldmann, F, Braun, J, et al. Longitudinal Analyses of Presenteeism and Its Role as a Predictor of Sick Leave in Patients With Ankylosing Spondylitis. Arthritis care & research. 2015; 67(11):1578-85.
17. Walsh, JA, McFadden, ML, Morgan, MD, Sawitzke, AD, Duffin, KC, Krueger, GG, et al. Work productivity loss and fatigue in psoriatic arthritis. The Journal of rheumatology. 2014; 41(8):1670-4.
18. van Lunteren, M, Ez-Zaitouni, Z, Fongen, C, Landewe, R, Ramonda, R, van der Heijde, D, et al. Disease activity decrease is associated with improvement in work productivity over 1 year in early axial spondyloarthritis (SPondyloArthritis Caught Early cohort). Rheumatology (Oxford, England). 2017; 56(12):2222-8.
19. van Vilsteren, M, Boot, CR, Steenbeek, R, van Schaardenburg, D, Voskuyl, AE, Anema, JR. An intervention program with the aim to improve and maintain work productivity for workers with rheumatoid arthritis: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. BMC public health. 2012; 12:496.
20. Verstappen, SM. Outcomes of early rheumatoid arthritis--the WHO ICF framework. Best practice & research Clinical rheumatology. 2013; 27(4):555-70.
21. Bilberg, A, Bremell, T, Balogh, I, Mannerkorpi, K. Work status in patients with early rheumatoid arthritis: emphasis on shoulder function and mechanical exposure. Scandinavian journal of rheumatology. 2014; 43(2):119-23.
22. Bjork, M, Thyberg, I, Rikner, K, Balogh, I, Gerdle, B. Sick leave before and after diagnosis of rheumatoid arthritis--a report from the Swedish TIRA project. The Journal of rheumatology. 2009; 36(6):1170-9.
23. Drobniewski, M, Borowski, A, Krasinska, M, Sibinski, M, Synder, M. Return to Work after Surgical Treatment of Coxarthrosis by Total Cementless Hip Arthroplasty. Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja. 2017; 19(4):349-60.
24. Gignac, MA, Lacaille, D, Beaton, DE, Backman, CL, Cao, X, Badley, EM. Striking a balance: work-health-personal life conflict in women and men with arthritis and its association with work outcomes. Journal of occupational rehabilitation. 2014; 24(3):573-84.
25. Hansen, SM, Hetland, ML, Pedersen, J, Ostergaard, M, Rubak, TS, Bjorner, JB. Effect of Rheumatoid Arthritis on Longterm Sickness Absence in 1994-2011: A Danish Cohort Study. The Journal of rheumatology. 2016; 43(4):707-15.
26. Hansen, SM, Hetland, ML, Pedersen, J, Ostergaard, M, Rubak, TS, Bjorner, JB. Work ability in rheumatoid arthritis patients: a register

study on the prospective risk of exclusion and probability of returning to work. Rheumatology (Oxford, England). 2017; 56(7):1135-43.
27. Healey, EL, Haywood, KL, Jordan, KP, Garratt, A, Packham, JC. Impact of ankylosing spondylitis on work in patients across the UK. Scandinavian journal of rheumatology. 2011; 40(1):34-40.
28. Mattila, K, Buttgereit, F, Tuominen, R. Impact of morning stiffness on working behaviour and performance in people with rheumatoid arthritis. Rheumatology international. 2014; 34(12):1751-8.
29. Bieleman, HJ, Reneman, MF, Drossaers-Bakker, KW, Groothoff, JW, Oosterveld, FG. Prognostic factors for sustained work participation in early osteoarthritis: a follow-up study in the Cohort Hip and Cohort Knee (CHECK). Journal of occupational rehabilitation. 2013; 23(1):74-81.
30. Blasco-Blasco, M, Ruiz-Cantero, MT, Juarez-Herrera, YCLA, Jovani, V, Pascual, E. Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study. The Journal of rheumatology. 2017; 44(10):1429-35.
31. Gignac, MA, Cao, X, Tang, K, Beaton, DE. Examination of arthritis-related work place activity limitations and intermittent disability over four-and-a-half years and its relationship to job modifications and outcomes. Arthritis care & research. 2011; 63(7):953-62.
32. Gignac, MA, Cao, X, McAlpine, J. Availability, need for, and use of work accommodations and benefits: are they related to employment outcomes in people with arthritis? Arthritis care & research. 2015; 67(6):855-64.
33. Gonzalez-Lopez, L, Morales-Romero, J, Vazquez-Villegas, ML, Villa-Manzano, R, Rocha-Munoz, AD, Barragan-Enriquez, A, et al. Factors influencing sick leave episodes in Mexican workers with rheumatoid arthritis and its impact on working days lost. Rheumatology international. 2013; 33(3):561-9.
34. Holland, P, Collins, AM. "Whenever I can I push myself to go to work": a qualitative study of experiences of sickness presenteeism among workers with rheumatoid arthritis. Disability and rehabilitation. 2018; 40(4):404-13.
35. Hubertsson, J, Petersson, IF, Thorstensson, CA, Englund, M. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. Annals of the rheumatic diseases. 2013; 72(3):401-5.
36. Hubertsson, J, Englund, M, Hallgarde, U, Lidwall, U, Lofvendahl, S, Petersson, IF. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders--a study of doctor prescribed sick leave. BMC musculoskeletal disorders. 2014; 15:176.
37. Hubertsson, J, Turkiewicz, A, Petersson, IF, Englund, M. Understanding Occupation, Sick Leave, and Disability Pension Due to Knee and Hip Osteoarthritis From a Sex Perspective. Arthritis care & research. 2017; 69(2):226-33.
38. Laasik, R, Lankinen, P, Kivimaki, M, Aalto, V, Saltychev, M, Makela, K, et al. Return to work after primary total hip arthroplasty: a nationwide cohort study. Acta orthopaedica. 2019; 90(3):209-13.
39. Salazar-Mejia, CE, Galarza-Delgado, DA, Colunga-Pedraza, IJ, Azpiri-Lopez, JR, Wah-Suarez, M, Wimer-Castillo, BO, et al. Relationship Between Work Productivity and Clinical Characteristics in Rheumatoid Arthritis. Reumatologia clinica. 2019; 15(6):327-32.

40. Stigmar, K, Dahlberg, LE, Zhou, C, Jacobson Lidgren, H, Petersson, IF, Englund, M. Sick leave in Sweden before and after total joint replacement in hip and knee osteoarthritis patients. Acta orthopaedica. 2017; 88(2):152-7.
41. Sverker, A, Thyberg, I, Ostlund, G, Waltersson, E, Thyberg, M. Participation in work in early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study interpreted in terms of the ICF. Disability and rehabilitation. 2014; 36(3):242-9.
42. Tiippana-Kinnunen, T, Paimela, L, Peltomaa, R, Kautiainen, H, Laasonen, L, Leirisalo-Repo, M. Work disability in Finnish patients with rheumatoid arthritis: a 15-year follow-up. Clinical and experimental rheumatology. 2014; 32(1):88-94.
43. van Vilsteren, M, Boot, CR, Knol, DL, van Schaardenburg, D, Voskuyl, AE, Steenbeek, R, et al. Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. BMC musculoskeletal disorders. 2015; 16:107.
44. Arab Alkabeya, H, Hughes, AM, Adams, J. Factors Associated With Hand and Upper Arm Functional Disability in People With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Arthritis care & research. 2019; 71(11):1473-81.
45. Ishida, M, Kuroiwa, Y, Yoshida, E, Sato, M, Krupa, D, Henry, N, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. Modern rheumatology. 2018; 28(5):789-99.

Bilaga 1. Effekter av sjukskrivning

Inledning

Kartläggningen redovisar det vetenskapliga underlag som Socialstyrelsen har identifierat som relevant för försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid sjukdomar i rörelseorganen. I del 1 av uppdateringen av sjukdomar i rörelseorganen ingår följande diagnoser:

- Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] – ICD-M45, ICD-M459 (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom])
- Höftartros – ICD-M16
- Knäartros – ICD-M17
- Psoriasisartrit – ICD-M07
- Reumatoid artrit (RA) – ICD-M05, ICD-M06

Metod

Frågeställningar och urvalskriterier

Följande frågeställning och urvalskriterier har styrt litteratursökning och litteratururval. Enligt processen för uppdatering av beslutsstöd genomförs en separat sökning av vetenskapligt underlag om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i de fall det inte finns framtagna ICF-Core sets för diagnosen. För fyra av de fem diagnoserna som uppdaterades fanns det ICF-Core sets. Eftersom det saknades ICF-Core sets för psoriasisartrit (ICD-M07) inkluderades sökord vid den systematiska litteratursökningen om effekter av sjukskrivning för att kunna fånga in funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar även för den diagnosen. I bilaga 2 *Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och ICF* finns en beskrivning av vad ICF-Core sets är och även resultatet av användningen av ICF-core sets.

Frågeställning: effekt av sjukskrivning, inklusive funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

PICOS

Frågeställning: Vilken betydelse har sjukskrivningens längd och grad för återgång till arbete för patienter som är sjukskrivna för diagnoserna M05, M06, M07, M16, M45, M459? Samt, vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar förekommer i samband med diagnoserna M05*, M06*, M07, M16*, M17*, M45*, M459*?

Urvalskriterier	Avgränsning
Population	Patienter med diagnoserna M05, M06, M07, M16, M45, M459 av olika svårighetsgrad.
Intervention	Sjukskrivning (längd och grad)-
Comparison eller jämförelse	Ingen jämförelse eller Ingen sjukskrivning/ Sjukskrivning av alternativ längd/ grad
Outcome eller utfall	Återgång i arbete; funktionsnedsättning; aktivitetsbegränsning
Studiedesign	Systematiska översikter, primärstudier

*diagnoser som det finns ICF-core sets för

Litteratursökning

Litteratursökningarna utfördes i databasen PubMed 20200115. Fullständig sökdokumentation redovisas nedan.

Frågeställning: effekt av sjukskrivning, inklusive funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-01-15

Ämne: Vilken betydelse har sjukskrivningens längd och grad för återgång till arbete för patienter som är sjukskrivna för diagnoserna: Reumatoid artrit (RA), psoriasisartrit, höftartros, knäartros, Bechterews sjukdom (ankyloserande spondylit)

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Arthritis"[Majr:NoExp] OR "Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR Arthritis, Psoriatic[Mesh] OR psoriatic arthr*[tiab] OR arthritic psoriasis[tiab] OR psoriasis arthr*[tiab] OR rheumatoid arthritis[tiab] OR RA[tiab] OR "Osteoarthritis"[Mesh:NoExp] OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh] OR "Osteoarthritis, Knee"[Mesh] OR osteoarthros*[tiab] OR arthroses[tiab] OR degenerative arthritis[tiab] OR Spondylarthritis[Mesh:NoExp] OR Spondylarthropathies[Mesh:NoExp] OR Spondylitis, Ankylosing[Mesh] OR ankylosing spondyl*[tiab] OR ankylosis spondyl*[tiab] OR Bechterev*[tiab] OR Bechterew*[tiab] OR spinal ankylosis[tiab] OR spondylarthr*[tiab] OR spondyloarthr*[tiab] OR spondylitis ankylopoietica*[tiab] OR vertebral ankylosis*[tiab] OR enteropathic arthropath*[tiab] OR psoriatic arthropat*[tiab]	266646
2.	Mesh/FT	(Certification[Mesh] AND Sick Leave[Mesh]) OR "Insurance, Disability"[Mesh] OR sickness certificat*[tiab] OR sick certificat*[tiab] OR sickness certifying[tiab] OR sick certifying[tiab] OR sick-leave certificate*[tiab] OR (certificat*[ti] sick*[ti]) OR sick leave prescription[tiab] OR prescription of sick leave[tiab] OR sickness benefit*[tiab] OR sickness certified[tiab] OR social benefit*[tiab] OR security benefit*[tiab] OR insurance benefit*[tiab] OR disability insurance[tiab]	6268
3.	Mesh/FT	"Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] OR Presenteeism[Mesh] OR presenteeism[tiab] OR absenteeism[tiab] OR absence from work[tiab] OR work absence[tiab] OR sick leave[tiab] OR sick day*[tiab] OR illness day*[tiab] OR sickness absence[tiab] OR disability leave[tiab] OR sick-list*[tiab] OR sicklist*[tiab] OR days out of role[tiab] OR absence day*[tiab] OR part-time[tiab] OR hours lost[tiab]	29410
4.		2 OR 3	34919
5.	Mesh/FT	"Recovery of Function"[Mesh] OR "Return to Work"[Mesh] OR Vocational Rehabilitation[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh] OR "Workload"[Mesh] OR Work Performance[Mesh] OR Employment[Mesh] OR return to work[tiab] OR back to work[tiab] OR work productivity[tiab] OR work performance[tiab] OR workload[tiab] OR work capacity[tiab] OR work ability[tiab] OR returning to work[tiab] or RTW[tiab] or vocational rehabilitation[tiab] OR job adjustment[tiab] OR work adjustment[tiab] OR work rehabilitation[tiab] OR recovery of function*[tiab] OR rehabilitation[ti] OR	1324569

		employ*[ti] OR unemploy*[tiab] OR work-related outcomes[tiab] OR work participation[tiab] OR work*[ti] OR employment[tiab] OR work outcome*[tiab] OR Disability evaluation[Mesh] OR "Work Capacity Evaluation"[Mesh] OR Severity of illness index[Majr] or Health Status[Mesh] OR health status[ti] OR functional ability[tiab] OR functional inability[tiab] OR occupational activity[tiab] OR occupational ability[tiab] OR occupational capacity[tiab] OR work capacity[tiab] OR disability[tiab] OR functioning[ti] OR impairment*[tiab] OR activity limitation*[tiab] OR activity impairment[tiab] OR burden[ti] OR work inability[tiab] OR inability to work[tiab] OR disease activity[tiab] OR work limitation*[tiab]	
6.		1 AND 4 AND 5 Filters activated: Publication date from 2005/01/01, English	**381**
Vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar förekommer i samband med dessa diagnoser?			
7.	Mesh/FT	Disability evaluation[Majr] OR "Work Capacity Evaluation"[Majr] OR Severity of illness index[Majr] or Health Status[Majr] OR health status[ti] OR functional ability[ti] OR functional inability[ti] OR occupational activity[ti] OR occupational ability[ti] OR occupational capacity[ti] OR work capacity[ti] OR disability[ti] OR functioning[ti] OR impairment*[ti] OR activity limitation*[ti] OR activity impairment[tiab] OR burden[ti] OR work inability[ti] OR inability to work[ti] OR work limitation*[ti] OR physical limitation*[ti]	326880
8.	Mesh/FT	"Arthritis"[Majr:NoExp] OR "Arthritis, Rheumatoid"[Majr] OR Arthritis, Psoriatic[Majr] OR psoriatic arthr*[ti] OR arthritic psoriasis[ti] OR psoriasis arthr*[ti] OR rheumatoid arthritis[ti] OR RA[ti] OR "Osteoarthritis"[Majr:NoExp] OR "Osteoarthritis, Hip"[Majr] OR "Osteoarthritis, Knee"[Majr] OR osteoarthros*[ti] OR arthroses[ti] OR degenerative arthritis[ti] OR Spondylarthritis[Majr:NoExp] OR Spondylarthropathies[Majr:NoExp] OR Spondylitis, Ankylosing[Majr] OR ankylosing spondyl*[ti] OR ankylosis spondyl*[ti] OR Bechterev*[ti] OR Bechterew*[ti] OR spinal ankylosis[ti] OR spondylarthr*[ti] OR spondyloarthr*[ti] OR spondylitis ankylopoietica*[ti] OR vertebral ankylosis*[ti] OR enteropathic arthropath*[ti] OR psoriatic arthropat*[ti]	181074
9.		7 AND 8 Filters activated: Publication date from 2005/01/01	3916
10.		Filters activated: Systematic Reviews, Practice Guideline, Meta-Analysis, Guideline	**117**

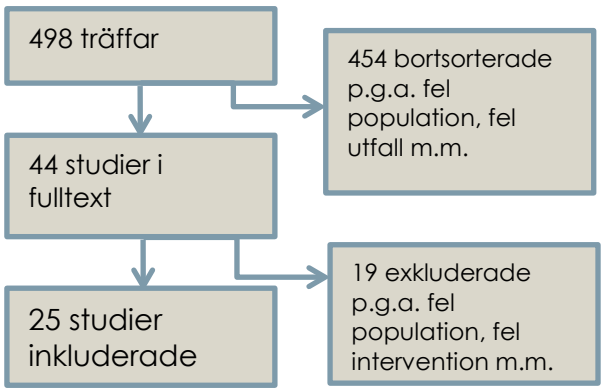
PubMed:
*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet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

**)
De **fetmarkerade** referenserna finns nedsparade

Urval

Samtliga publikationer som påträffades i litteratursökningen granskades i sammanfattning (abstrakt). De som enligt sammanfattningen inte uppfyllde urvalskriterierna sorterades bort, men övriga hämtades hem och granskades i fulltext. Därefter gjordes en ny bedömning och endast de publikationer som även vid fulltextgranskningen visade sig innehålla rapporter från forskningsstudier som uppfyllde urvalskriterierna inkluderades i kartläggningen. Urvalet av fulltextpublikationer redovisas nedan. För publikationer som exkluderades anges en anledning till detta.

Frågeställning: effekt av sjukskrivning, inklusive funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning



Litteratursökningen genererade 498 träffar, varav 44 artiklar hämtades hem från databaser och granskades i fulltext. Nitton studier exkluderades efter granskning i fulltext [2-20]. De bedömdes inte uppfylla urvalskriterierna och exkluderades på grund av exempelvis fokus på kostnader för sjukfrånvaro, utvärdering av eller jämförelse mellan olika läkemedel, att populationen endast utgjordes av personer med sjukersättning, jämförelser mellan olika diagnoser i skilda sjukdomsgrupper, systematiska litteraturöversikter utan information om population. Det kan dock finnas fler skäl till exklusion än dessa exempel.

Tjugofem studier inkluderades i kartläggningen. Kvalitetsgranskning av studierna är inte gjord. Åtta av studierna var kohortstudier med mellan 120 och 165 179 patienter. Fem var tvärsnittsstudier med mellan 150 och 852 patienter. Fem var intervjustudier med mellan 11 och 490 patienter. Två var registerstudier med 6 677 respektive 16 673 patienter. Två var observationsstudier med 1061 respektive 2 303 patienter. Två var systematiska översikter (presenteras i bilaga 2). Till sist en enkätstudie med 135 patienter. I samtliga studier ingick både män och kvinnor, ofta med en övervikt av kvinnor.

Av de inkluderade artiklarna handlade 14 om reumatoid artrit, 6 om höftartros, 5 om knäartros och 2 om ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), däremot inkluderades ingen om psoriasisartrit.

Resultatet i en studie om patienter med RA visade ett signifikant samband mellan arbetstid och mekanisk exponering (av händer, armar och axlar) och mellan arbetstid och fysisk arbetsbelastning. Femtiosex procent av patienterna upplevde att deras arbete var fysiskt utmanande för nacke och axelregionen. Den totala sjukfrånvaron ökade signifikant under de 6 månaderna före diagnos. Under första kvartalet efter diagnos var medeltalet dagar med sjukpenning 34 i RA-gruppen och 4 i referensgruppen [21].

En annan studie om patienter med RA visade att vid tiden för diagnosen var 53 procent sjukskrivna, 1 och 2 år efter diagnosen var 58 procent sjukskrivna och efter 3 år 55 procent. Under samma tidsperiod var sjukfrånvaron hos referensgruppen signifikant lägre och varierade mellan 7 och 12 procent. Tre år före diagnos hade 3,3 procent av patienterna sjukpenning, vid 2 år före diagnos ökade det till 8,3 procent och vid 1 år före diagnos till 12,5 procent. Sex månader före diagnos började sjukpenningen att öka för patienterna med RA och signifikant fler hade sjukpenning än referenserna. Under tre månader efter diagnos ökade andelen patienter som fick sjukpenning från 38 till 43 procent. Det resultatet sjönk till 33 procent i början av andra året efter diagnos och till 25 procent i slutet av studien. Referensgruppen hade signifikant lägre sjukfrånvaro som varierade mellan 3 och 5 procent under samma tidsperiod [22].

I en studie med patienter som genomgått en höftledsoperation varierade tiden på sjukhuset efter operation mellan 5 – 15 dagar. Medelvärdet för smärta, skattat med VAS-skala (0–10), var 6.8 poäng före höftledsoperationen och 1.9 poäng efter operationen. Denna förbättring var statistiskt signifikant. Endast 75 (65,8%) av deltagarna i studien arbetade före höftledsoperationen. När behandlingen var avklarad återgick 67 (58,8%) patienter till arbetet. Endast sju individer (6,1%) som började arbeta hade varit arbetslösa innan operationen, medan 15 (13,2%) personer som brukade arbeta före operationen, inte återgick till arbetet efter operationen. Den genomsnittliga sjukskrivningen hos patienterna var 138,6 dagar. Åttio procent av dem som inte återgick i arbete beskrev sitt arbete som tungt [23].

I Gignac et al studie [24] med patienter med osteoartrit (OA) eller inflammatorisk artrit (IA) uppgav fler än hälften av männen i urvalet (56,7 %) och nära hälften av kvinnorna (46,8 %) att de varit frånvarande från arbetet de senaste 6 månaderna på grund av deras sjukdom. I genomsnitt rapporterade deltagarna att de haft 2 avbrott i arbetet som kunde relateras till artriten (t.ex. komma försent/gå tidigt, långa pauser, missade möten). Ändå uppgav deltagarna att de hade relativt liten produktivitetsförlust på grund av sjukdomen, de var nöjda med sin karriär och rapporterade moderat arbetsrelaterad stress. Upplevda höga arbetskrav hos både män och kvinnor påverkade sjukdomen negativt, vilket i sin tur ledde till fler aktivitetsbegränsningar i arbetslivet. En större upplevelse av att artriten påverkar arbetet negativt var förenat med betydande arbetsrelaterad stress, fler avbrott i arbetet, ökad sjukfrånvaro och ökad upplevelse av produktivitetsförlust.

Risken för långtidssjukskrivning var lägre för män än för kvinnor visade en studie av Hansen [25]. Fysiskt påfrestande arbete ökade risken för långtidssjukskrivning betydligt. Långtidssjukskrivning var högre hos

personer med somatisk och psykisk samsjuklighet, men införandet av dessa variabler förändrade inte uppskattning av risk för långtidssjukskrivning på grund av RA.

I en annan studie jämfördes patienter med RA med en kontrollgrupp [26]. För dem som var i arbete var graden av långtidssjukskrivning högre under det första året med diagnosen, det innebär 2 – 4,5 gånger högre än för kontrollgruppen. Under första året efter att ha blivit diagnostiserad med RA, hade patienterna uppskattningsvis 4 gånger så hög risk för långtidssjukskrivning jämfört med kontrollgruppen. Sannolikheten för återgång till arbetet efter långtidssjukskrivning var lägre för patienter med RA än för kontrollgruppen. Det var särskilt uttalat för patienter under första året efter diagnos. När långtidssjukskrivning definierades som >8 veckors sjukfrånvaro, visade resultatet en högre relativ risk för långtidssjukskrivning för RA patienter (HR för långtidssjukskrivning var 6,13 under första året och 2,62 under följande år efter diagnos).

I en studie med patienter med ankyloserande spondylit uppgav 47 (16 %) av de anställda patienterna att de varit frånvarande från arbetet på grund av AS i genomsnitt 9 ± 14,1 dagar (median 4 dagar) under de senaste 3 månaderna. Uppskattningsvis 70 procent hade en veckas sjukfrånvaro eller mindre, medan ungefär 10 procent hade en månads sjukfrånvaro eller mer under de senaste 3 månaderna. För patienter som hade en veckas sjukfrånvaro eller mer var sannolikheten hög för att de var deprimerade, hade något högre grad av smärta och funktionsnedsättning och ökad sjukaktivitet än dem som varit borta från arbetet mindre än en vecka [27].

Bland 534 deltagare med RA som arbetade uppgav 47 procent att morgonstelhet påverkade deras prestation på arbetet, mest på grund av svårigheterna att utföra dagliga aktiviteter och att det tar längre tid att utföra dem. Totalt 15 procent av deltagarna hade varit sjukskrivna på grund av RA-relaterad morgonstelhet den senaste månaden (från 2 % i Danmark och Polen till 38 % i Frankrike och Italien). När varaktigheten av RA-relaterad morgonstelheten ökade påverkade det beslutet att gå i pension i förtid [28].

Effekt av sjukskrivning

Studie	**Bieleman, H. J. et al (2013). Prognostic Factors for Sustained Work Participation in Early Osteoarthritis: A Follow-Up Study in the Cohort Hip and Cohort Knee (CHECK). J Occup Rehabil (2013) 23:74–81[29]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Bieleman, H. J. et al 2013 Nederländerna
Studiedesign **Syfte**	Kohortstudie Att dokumentera den longitudinella prognosen för arbetsdeltagande [för personer med höft- och/eller knäproblem] och identifiera skillnader i karaktäristika mellan dem som fortsatte arbetet och de som slutade arbeta.
Studiepopulation	1002 kvinnor och män
Metod	I en tidigare påbörjad kohortstudie som pågick under en tioårsperiod ingick 1002 deltagare med smärta och/eller stelhet i höfter och/eller knän (CHECK – Cohort Hip and Cohort Knee). Deltagarna hämtades från 10 olika sjukhus i Nederländerna. För att vara behörig att ingå i kohorten skulle deltagarna [både män och kvinnor] vara mellan 45-65 år, ha smärta och/eller stelhet i höfterna och/eller knäna och haft kontakt med sin vårdgivare för dessa symtom inom 6 månader innan baslinjemätningen vid första gången. I artikeln presenteras data från 2-årsuppföljningen (T_2; 2007 för de flesta deltagarna) som jämfördes med baslinjedata (T_0; 2005 för de flesta deltagarna), prognosen för arbetsdeltagande, sjukskrivning och anpassningar i arbetet beskrivs.
Utfallsmått	Deltagarna **klassificerades** enligt the Kellgren and Lawrence (K&L) rating score for radiological OA vid baslinjemätningen och vid T_2. Flera aspekter av **arbetsdeltagande** (nuvarande eller senaste anställningen, arbetstid, tidigare anställningar, nuvarande arbetsstatus, sjukskrivning, fysisk arbetsbelastning) mättes med the 'Economic Aspects in Rheumatoid Arthritis' questionnaire Självrapporterad **hälsostatus** mättes med den holländska versionen av the Short Form-36 Health Survey (SF-36) och the Western Ontario and McMasters University Arthritis Index (WOMAC)
Rapporterat resultat (urval)	925 deltagare fyllde i delen om arbete i enkäten vid 2-årsuppföljningen, jämfört med 970 vid baslinjen. Medelåldern hos deltagarna vid T_2 var 58 år, 79 % var kvinnor. Bland deltagarna hade 41 % problem med endast knäna,17 % hade endast problem med höfterna, medan 42 % hade problem med både höfter och knän. Baserat på K&L kunde kohorten klassas som tidiga fall av artros. 76 % av patienterna med symtom i knäna skulle kunna bli diagnosticerade med knäartros enligt the clinical ACR criteria for classification of OA, medan endast 24 % av deltagarna med höftproblem skulle kunna diagnosticeras för höftartros enligt samma klassifikation. Arbetsdeltagandet minskade med ökad ålder men var högre hos deltagare med högre utbildning. Av de 125 deltagarna som var över 65 år, lönearbetade sju (6 %) fortfarande.

	Anpassningar i arbetet gjordes och önskades av deltagarna (nr=493 vid T_0, n=428 vid T_2).Vid uppföljningen rapporterade 29 av de 428 som arbetade (6,8 % jämfört med 7,7 % vid T_0) att de var sjukskrivna vid ifyllandet av enkäten, sex av dem på grund av höft eller knäproblem. 48 deltagare hade varit sjukskrivna de senaste 12 månaderna på grund av höft- eller knäproblem. Longitudinella analyser visade att 414 (87 %) fortsatte att arbeta medan 61 (31 %) slutade arbeta. De som slutade arbeta var 4,2 år äldre än dem som fortsatte arbeta, samt att de rapporterade högre grad av sjukskrivning vid baslinjen.
Begränsningar med studien	Förlust av data vid uppföljning är ett hot i longitudinella kohortstudier, men den var begränsad i CHECK-studien och dessutom inte selektiv till exempel för arbetande deltagare. I denna studie fanns en relativ brist på information om psykosociala arbetsvillkor och deltagande arbetsgivare vid arbetsanpassningar.

Studie	**Bilberg, A. et al. (2014). Work status in patients with early rheumatoid arthritis: emphasis on shoulder function and mechanical exposure, Scandinavian Journal of Rheumatology, 43:2, 119-123.[21]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Bilberg, A. et al. 2014 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Enkätstudie Att undersöka arbetsstatus (antal arbetade timmar per vecka) och associerade faktorer, med betoning på axelfunktion, mekanisk exponering och aktivitetsbegränsning relaterat till axel-arm-hand hos patienter tidigt i sjukdomen RA.
Studiepopulation	135 patienter (103 kvinnor och 32 män) med RA
Metod	För att rekrytera deltagare till studien användes det svenska RA-register, samt en sökning i patientjournaler för att hitta personer med RA mellan 2006 - 2008. Patienterna rekryterades från tre reumatologiska enheter i Västra Götalandsregionen. 206 patienter identifierades, 38 av dem mötte inte inklusionskriterierna och 33 avbröt deltagandet eller kunde inte kontaktas. Studiens deltagare uppgick till 135 patienter. Patienter med Reumatoid artrit (RA), som uppfyller kriterierna enligt the 1987 American College of Rheumatology (ACR), med en sjukdomshistoria från 6 månader till 3 år, mellan 20 - 60 års ålder och som pratar och läser svenska blev tillfrågades att delta i studien. Data samlades in via olika skattningsskalor och frågeformulär.
Utfallsmått	**Arbetstid** Patienter kategoriserades baserat på 40-timmars arbetsvecka: arbetar inte (0 % arbete); arbetar deltid (<80 % arbete), arbetar heltid (>80 %). **Arbetsrelaterad mekanisk exponering** mättes med the Mechanical Exposure Index (MEI) **Fysisk arbetsbelastning** skattades utifrån typ av arbetskategori: "tung materialhantering"; "tungt repetitivt arbete"; medium-tung arbetsbelastning"; "lätt repetitivt arbete"; samt administrativt/data arbete". **Aktiva axel-arm-rörelser** skattades med the Shoulder-arm movement impairment instrument. Obelastad aktivitetsinducerad **axelsmärta** vid axel- och armrörelser skattades med the Borg symptom scale

	Hand- och gripkraft skattades med en digital elektronisk dynamometer (the Grippit). **Sjukdomsaktivitet** dokumenterades med the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) **Aktivitetsbegränsningar relaterat till axel-arm-hand** skattades med the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire. **Generell aktivitetsbegränsning** skattades med the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ). **Sjukdomsprogression** mättes med röntgen av hand, vrister och fötter.
Rapporterat resultat (urval)	Majoriteten av deltagarna (75,6 %) arbetade hel- eller deltid. Resultatet visade ett signifikant samband mellan arbetstid och mekanisk exponering och mellan arbetstid och fysisk arbetsbelastning. Det fanns även ett signifikant samband mellan arbetstid och axelfunktion; axel-arm rörelser; aktivitetsinducerad axelsmärta; och muskelstyrka i axel. Därutöver fanns ett signifikant samband mellan arbetstid och handgreppskraft; aktivitetsbegränsningar relaterat till axel-arm-hand (DASH); generell aktivitetsbegränsning (HAQ); och sjukdomsaktivitet (DAS28). Femtiosex procent av patienterna upplevde sitt arbete vara fysiskt utmanande för nacke och axelregionen mätt med MEI.
Begränsningar med studien	Denna studie fokuserar inte på sjukskrivning, men kan vara intressant för att kunna förutsäga framtida sjukskrivning eftersom studien är först med att undersöka relationen mellan arbetsstatus, axelfunktion och aktivitetsbegränsningar relaterat till axel-arm-hand tidigt i sjukdomen RA. Det är även första gången som arbetsrelaterad mekanisk exponering tidigt i sjukdomen med ett väldefinierat utfall.

Studie	**Björk, M. et al. (2009). Sick Leave Before and After Diagnosis of Rheumatoid Arthritis - A Report from the Swedish TIRA Project. The Journal of Rheumatology 2009; 36:6[22]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Björk, M. et al. 2009 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Kohortstudie Att beskriva sjukfrånvaro under 3 år före och 3 år efter diagnos i RA i relation till sjukfrånvaro hos svenska referenter under samma tidsperiod. Studien identifierar även prediktorer för sjukfrånvaro under det tredje året efter diagnos i RA.
Studiepopulation	120 patienter (91 kvinnor och 29 män)
Metod	Det Svenska TIRA projektet (tidiga interventioner i RA) startade 1996. Totalt 320 patienter (215 kvinnor och 105 män) som nyligen insjuknat i RA inkluderades i TIRA-projektet under 1996-1998 (27 månader). Uppföljningar skedde vid 3, 6, 12, 24 och 36 månader och multiprofessionella interventioner erbjöds vid behov. Denna studie inkluderade de 178 patienter som fortfarande var kvar i projektet vid 36 månader och som var <62 år när de inkluderades. 12 patienter kunde inte nås. De kvarvarande 166 inbjöds att delta i studien, av de 122 som svarade ville 101 delta i studien. De patienter som inte svarade kontaktades och ytterligare 19 patienter ville delta. Det slutliga urvalet uppgick till 120 patienter (91 kvinnor och 29 män). En referent matchades slumpmässigt till varje patient

	utifrån ålder, kön och hemstad. Detta skedde med hjälp av Försäkringskassan och baserat på den svenska populationen. Datainsamling skedde med skattningsskalor och frågeformulär.
Utfallsmått	En räkning av **ömmande och svullna leder** registrerades (28-joint). **Sjukdomsaktivitet** bedömdes med physician's global assessment of disease activity (PGA) **Smärta** mättes på en 100-mm visual analog scale (VAS) **Hälsa** mättes med Patient's global assessment of health (PaGA) **Gripkraft** (newtons, N) skattades med GrippitTM device **Rörelseförmåga** skattades med the Signals Of Functional Impairment (SOFI) för tre delar: handfunktion; övre extremitets funktion; och undre extremitets funktion **Gripförmåga** mättes med the Grip Ability Test (GAT) där hög poäng betyder minskad handfunktion **Generell aktivitetsbegränsning** skattades med the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ). Samt demografi och sjukfrånvaro
Rapporterat resultat (urval)	Av patienterna i den studerade gruppen var 91 kvinnor (76%) och 29 män (24%). Medelåldern i vid inkludering i studien var 47 år. Alla variabler för sjukdomsaktivitet och funktionshinder förutom antalet svullna leder, hade sjukdomsaktivitet, hälsa och gripförmåga förbättrats markant från inkludering till 36 månaders uppföljning. Sjukfrånvaron hos referenserna var stabil under de 6 år som studien pågick, utan någon skillnad mellan kvinnor och män. Den totala sjukfrånvaron (sjukersättning, sjukpenning och rehabiliteringsersättning) ökade signifikant under de 6 månaderna före diagnos. Under första kvartalet efter diagnos var medeltalet dagar med sjukpenning 34 i RA-gruppen och 4 i referensgruppen. Vid tiden för diagnosen var 53 % av patienterna med RA sjukskrivna, efter 1 och 2 år 58 % och efter 3 år 55 %. Under samma tidsperiod var sjukfrånvaron hos referensgruppen signifikant lägre och varierade mellan 7 och 12 %. Tre år före diagnos hade 3,3 % av patienterna sjukpenning, vid 2 år före diagnos ökade det till 8,3 % och 1 år före diagnos till 12,5 %. Sex månader före diagnos började sjukpenningen att öka för patienterna med RA och signifikant fler hade sjukpenning än referenserna. Under tre månader efter diagnos ökade andelen patienter som fick sjukpenning från 38 % till 43 %. Den kursen sjönk till 33 % i början av andra året efter diagnos och till 25 % i slutet av studien. Proportionen referenter hade signifikant lägre sjukfrånvaro som varierade mellan 3% och 5% under samma tidsperiod. När studien startade (3 år innan diagnos), hade nästan 7 % av patienterna och ingen av referenterna sjukersättning. Efter diagnos hade sjukersättningen i patientgruppen börjat öka i relation till att sjukpenningen minskade. Vid starten av första kvartalet av andra året hade 19 % av patienterna fått sjukersättning. Vid starten av tredje året ökade den till 27 %, medan mellan 3 och 4 % av referenterna fick sjukersättning under samma tidsperiod.

	Ett stort antal dagar med sjukfrånvaro under det året före diagnos var en viktig prediktor för hög sjukfrånvaro tre år efter diagnos. Andra prediktorer var nedsättning i nedre extremitet; funktionsnedsättning enligt HAQ; och hög smärtintensitet vid månad 12. Måttligt till tungt arbete var en betydelsefull prediktor för sjukfrånvaro under det tredje året efter diagnos.
Begränsningar med studien	Data om sjukfrånvaro hämtades från Försäkringskassan vilket betyder att sjukskrivning före dag 14 inte går att få tillgång till. Det betyder att det är svårt att göra jämförelser mellan patienterna och referenterna. En annan begränsning var att antalet "drop-outs" var ganska hög. Det förekom även en del missad data.

Studie	**Blasco-Blasco, M. et al. (2017). Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study. The Journal of Rheumatology; 44:10 [30]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Blasco-Blasco, M. et al. 2017 Spanien
Studiedesign **Syfte**	Tvärsnittsstudie Att utifrån en grupp patienter med SpA som deltog på reumatologiavdelningen på ett offentligt sjukhus illustrera erfarenheter och kontextuellt stöd som upplevs av män och kvinnor i förhållande till deras krävande produktiva och reproduktiva roller.
Studiepopulation	150 patienter med SpA (54 kvinnor och 96 män)
Metod	Patienter med SpA rekryterades från en reumatologisk avdelning på Alicantes universitetssjukhus i Spanien. Semistrukturerade intervjuer genomfördes för att samla in följande kvantitativa data: ålder, yrkesgrupp (manuellt/icke manuellt arbete), fördröjd diagnostisering, sjukdomens varaktighet, anti-TNF-a behandling, sjukdomsaktivitet. Kvalitativ information samlades in genom att ställa frågor om produktiv och reproduktiv roll exempelvis: Tror du att SpA har haft en signifikant effekt på ditt arbetsliv? På dina familjerelationer? På din relation med din partner? På vilket sätt? Tre utbildade intervjuare genomförde face-to-face intervjuer som var mellan 30 – 75 minuter långa.
Utfallsmått	**Sjukdomsaktivitet** mättes med the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) questionnaire **Fysisk funktionalitet** mättes med the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) questionnaire
Rapporterat resultat (urval)	Resultatet visade att 55,6 % av kvinnorna och 51,04 % av männen med SpA svarade att sjukdomen hade påverkat deras arbetsliv och att det fanns könsskillnader både i sjukdomsaktivitet och vilken behandling de fick. Att få byta arbetsuppgifter till uppgifter med mindre fysisk belastning och mindre grad av stress inom samma arbetsgivare var mer frekvent för män än kvinnor. Däremot var det ingen skillnad mellan könen gällande stödet från kollegor. Det visade sig vanligt för anställda att dölja sina begränsningar för att undvika uppsägning. S.k. presenteeism är ett fenomen där patienter döljer sina sjukdomar från arbetsgivare för att undvika uppsägning och går till jobbet

	trots att de vet att de inte kommer att kunna göra sina jobb och kommer att utföra färre uppgifter. Presenteeism observerades hos båda könen. Bland egenföretagare var detta vanligt hos kvinnor, medan däremot män med egna företag hade möjlighet att delegera till andra och själva vara sjukskrivna, s.k. absenteeism. Det förklarades med att kvinnor ofta drev sitt företag själva medan män ofta har företag med starkare struktur och partners i företaget. Både män och kvinnor rapporterade att de kunde göra avtal med sina arbetsgivare, men en skillnad var att vissa företag föreslog permanent sjukskrivning (sjukersättning) för vissa män, gjorde ingen det för kvinnor. Istället fick kvinnor oftare ett uppsägningsbeslut utan att de kunde påverka det, beslutet togs ensidigt. Upprepad sjukfrånvaro hade en av de största effekterna i deltagarnas arbetsliv, som förstörde den normala utvecklingen i deras arbete och skapade rädsla för att förlora sitt arbete. Därför försökte både män och kvinnor att hitta strategier för att undvika sjukfrånvaro. Personer med SpA är tvingade att balansera krav i arbetslivet med de begränsningar som sjukdomen orsakar.
Begränsningar med studien	Den kvalitativa metodiken var inte avsedd att ge resultat lämpliga för extrapolering. Men i sociokulturella sammanhang som liknar det i Spanien, med ett folkhälsosystem och specialister behörig att förskriva oberoende kan resultaten bli överförbara. Det är möjligt att deltagarna hade en vy skiljer sig från de som inte svarade angående deras frågor om könsroller.

Studie	**Drobniewski, M. et al.(2017) Return to Work after Surgical Treatment of Coxarthrosis by Total Cementless Hip Arthroplasty. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja; 4(6); Vol. 19. [23]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Drobniewski, M. et al. 2017 Polen
Studiedesign **Syfte**	Retrospektiv studie Att presentera resultatet av en analys av återgång till arbete för patienter som genomgått kirurgisk behandling för fullständigt utbyte av höftled vid höftartros.
Studiepopulation	114 patienter (48 kvinnor och 66 män)
Metod	Under 2015 utfördes totalt 309 byten till konstgjorda höftleder (höftproteser) på kliniken, av dem var 259 fall med proteser som inte cementeras utan har en yta som benet växer in mot vilket gör att protesen så att säga fixeras av benet självt och 50 fall där protesen fixeras med bencement. Totalt 304 patienter opererades (189 kvinnor och 115 män), fem av patienterna genomgick behandlingen för andra gången. Medelåldern var 63,9 år, varav den yngsta var 17 år och den äldsta 94 år. 157 fick den högra höftleden utbytt (50,8 %) och 152 fick den vänstra höftleden utbytt. Av de 304 patienterna valdes 114 patienter i arbetsför ålder ut för vidare analys (kvinnor under 59 år och män under 64 år). Den studerade gruppen inkluderade 48 kvinnor och 66 män. En av patienterna hade genomgått operation två gånger. Medelåldern var 49,9 år för kvinnorna och 52,2 år för männen. I 57 fall opererade vänster höft och i 58 fall den högra.
Utfallsmått	**Klinisk utvärdering** genomfördes med The Merle d'Aubigné-Postel Score in Charnley's modification. **Smärta** mättes på en 100-mm visual analog scale (VAS)

	Röntgenbilder av **höftleden** före och efter artroplastik bedömdes med the Kellgren and Lawrence (K&L) rating score for radiological OA • integrationen av den nya **ledprotesen i ledpannan** (acetabular) bedömdes med the DeLee and Charnley's classification • integrationen av den nya **ledprotesens stam** utvärderades med the Gruen and Moreland's classification system
Rapporterat resultat (urval)	Enligt den kliniska och radiologiska undersökningen innan operation bedömdes patienternas höftledsstatus som mycket dålig. Medelvärdet gällande väntetid inför operation var 693 dagar. Tid på sjukhuset efter operation varierade mellan 5 – 15 dagar. Baserat på en skala skattades utfallet av höftledsoperationen som excellent i 71 fall (61,7 %), gott i 37 fall (32,2 %) och tillfredställande i 7 fall. Ingen skattade utfallet som dåligt. Medelvärdet för smärta, skattat med VAS-skala, var 6.8 poäng före höftledsoperationen och 1.9 poäng efter operationen. Denna förbättring var statistiskt signifikant. Endast 75 (65,8%) av deltagarna i studien arbetade före höftledsoperationen. När behandlingen var avklarad återgick 67 (58,8%) patienter till arbetet. Endast sju individer (6,1%) som började arbeta hade varit arbetslösa innan operationen, medan 15 (13,2%) personer som brukade arbeta före operationen, återgick inte till arbetet efter operationen. Den genomsnittliga sjukskrivningen hos patienterna var 138,6 dagar och 21 patienter fick rehabiliteringsförmåner. 80 % av dem som inte återgick i arbete beskrev sitt arbete som tungt.
Begränsningar med studien	Studien rapporterade inga begränsningar. En reflektion kan vara att patienterna kan uppleva en beroendeställning till vårdgivaren.

Studie	**Gignac, M.A.M., et al. (2011). Examination of Arthritis-Related Work Place Activity Limitations and Intermittent Disability Over Four-and-a-Half Years and Its Relationship to Job Modifications and Outcomes. Arthritis Care & Research. Vol. 63, No. 7. [31]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Gignac, M.A.M., et al. 2011 Canada
Studiedesign **Syfte**	Longitudinell intervjustudie Att studera olika typer och grader av aktivitetsbegränsningar som individer med OA och inflammatorisk artrit (IA) upplever vid 4 separata tidpunkter under ett tidsspann på 4,5 år, samt undersöka om aktivitetsbegränsningar på arbetet är relativt stabilt eller periodiskt återkommande över tid.
Studiepopulation	490 (381 kvinnor och 109 män)
Metod	Individer med OA och IA boende i sydvästra Ontario, Canada, intervjuades 4 gånger (T1-T4), med 18 månaders mellanrum (2000-2006), som en del i en longitudinell studie som undersökte coping och försök till anpassningar som personer med artrit använder för att fortsätta vara anställda. Urvalsförfarandet var ändamålsenligt och deltagare rekryterades genom annonsering och från reumatologisk och rehabiliteringskliniker, samt patientföreningar. Urvalskriterier var diagnos (OA eller IA), att ha haft diagnosen minst ett år och vid baslinjemätningen (T1), ingen samsjuklighet som orsakar fysiska funktionsnedsättningar (t.ex. MS) och talar engelska flytande.

	För att screena om deltagarna uppfyllde kriterierna för att få delta i studien användes en telefonenkät. De som var behöriga fick delta i en strukturerad djupintervju face-to-face, under 2 timmar i sitt hem eller på en plats som deltagaren valde. Alla intervjuare genomgick en standardiserad utbildning som följdes upp med regelbundna möten.
Utfallsmått	**Aktivitetsbegränsningar** som uppkom i arbetet och kunde relateras till OA eller IA mättes med The Workplace Activity Limitations Scale (WALS). Samt frågor om sjukdomens svårighetsgrad, jobbstatus, yrke, arbetsanpassningar, svårigheter på arbetsplatsen mm
Rapporterat resultat (urval)	Vid T1, var deltagarna i genomsnitt 51 år och 78 % var kvinnor. Mer än hälften av deltagarna hade OA (57 %), 33 % hade IA och 10 % hade både OA och IA. Varaktigheten av sjukdomen var i genomsnitt 9 år. En tredjedel av deltagarna hade artritrelaterad smärta de flesta eller varje dag och 49,8 % rapporterade fatigue de flesta eller varje dag. 82 % av deltagarna var anställda på heltid och 18 % deltid. Vid T4, uppgav 26,9 % av deltagarna att de inte längre arbetade, de flesta (62,5 %) hade tagit beslutet på grund av deras artrit. Andra vanliga anledningar för att inte arbeta inkluderade kraven i arbetet (57,5 %) och stressnivån (55 %). Deltagarna hade färre svårigheter med övergripande aspekter av deras arbete såsom schemaläggning och att ta sig till och från arbetet, än med specifika uppgifter som att sitta långa stunder, huka sig eller knäböja. Att arbeta med händerna uppgavs konsekvent vara betydligt svårare för dem med IA än OA. Utöver detta var det få betydande skillnader i aktivitetsbegränsningar mellan grupperna. Andelen deltagare som angav svårigheter med individuella aktiviteter såväl som det totala medelvärdet WALS-poäng var relativt lika vid T1 – T4. Procentandelar av deltagarna som uppgav att de genomfört modifieringar på jobbet och arbetsplats resultat vid T1 – T4 visade en variation över tid. Planering av förändringar och samråd med specialister på arbetsmiljöanpassningar rapporterades sällan. Vid T1 rapporterade 8,4% av de tillfrågade att de ändrade sitt arbetsschema och 14,9% konsulterade en specialist på arbetsmiljöanpassningar. Dessa procenttal kvarstod under 17% hos deltagarna från T2 – T4. Däremot, rapporterades utrustning/hjälpmedel/möbler och mottagande av stöd av 47,1% respektive 46,7% av deltagarna (T1) och rapporterades konsekvent av ungefär hälften av deltagarna från T2 – T4. Frånvaro och avbrott på 20 minuter eller mer var de mest rapporterade händelserna på arbetet relaterat till artriten. Permanent minskning av arbetstiden rapporterades minst frekvent.
Begränsningar med studien	Begränsningar var bl.a. att en 18-månaders tidslinje valdes att dokumentera erfarenheter i arbetet. Även om det finns fördelar med att tidsperioden var tillräckligt lång för att mäta förändringar i sysselsättningen, kan det kanske inte reda ut vissa arrangemang i arbetet. Till exempel, kan anpassningar på arbetsplatsen ha inträffat under de föregående 9 månaderna, men aktivitetsbegränsningarna skulle ha bedömts i allmänhet över 18 månaders tid, vilket gör det svårt att fånga påverkan av anpassningarna på arbetsplatsen vid ett tillfälle.

Studie	**Gignac, M.A.M., et al. (2014). Striking a Balance: Work-Health-Personal Life Conflict in Women and Men with Arthritis and its Association with Work Outcomes. J Occup Rehabil, 24:573–584. [24]**

Författare **Publiceringsår**	Gignac, M.A.M., et al. 2014
Land	Canada
Studiedesign	Tvärsnittsstudie
Syfte	Att undersöka mäns och kvinnors uppfattningar om inter-roll balans/obalans i arbete, artrit och personliga roller och dess koppling till demografiska, hälso- och anställningsfaktorer, inklusive arbetsstress, nöjdhet med karriär, arbetsstörningar, frånvaro och upplevd produktivitetsförlust.
Studiepopulation	352 individer (104 män och 248 kvinnor) med OA eller IA
Metod	Individer 40 år eller äldre med osteoartrit (OA) eller inflammatorisk artrit (IA) boende i Ontario eller Brittiska Columbia, Canada rekryterades till en studie om deras arbetserfarenheter. Deltagare rekryterades i första hand genom annonsering. Ytterligare deltagare, särskilt dem med (IA) vilket var mindre vanligt, rekryterades från reumatologiska kliniker och patientföreningar. Urvalet var ändamålsenligt för att säkerställa skillnader mångfald gällande yrken och att individer som hade färre förmåner inte systematiskt exkluderades. Urvalskriterier var diagnos (OA eller IA), att ha haft diagnosen minst ett år, vara anställd och inte ha någon samsjuklighet eller skada inom ett år före studien som orsakar fysiska funktionsnedsättningar (t.ex. MS eller stroke) och talar engelska flytande. För att screena om deltagarna uppfyllde kriterierna för att få delta i studien användes en telefonenkät. Totalt 776 individer screenades. Bland dem var 397 behöriga (56,1 %). De som inte var behöriga hade ofta samsjuklighet som orsakade funktionsnedsättningar, skador eller genomgått operationer nyligen (56,8 %), var vid tillfället inte anställda (17,5 %), hade ingen artritdiagnos eller var osäkra på sin diagnos (13,5 %) eller andra omständigheter (t.ex. svårigheter med det engelska språket) (12,1 %). Av de 397 deltagare som var behöriga att delta i studien, intervjuades 352 (88,7 %). Intervjuerna var strukturerade telefonenkäter på 35 – 45 minuter och genomfördes vid en tidpunkt som deltagarna valde. Fyra intervjuare genomförde telefonintervjuerna, som alla genomgått en standardiserad utbildning som följdes upp med regelbundna möten och övervakning.
Utfallsmått	**Smärta** under den senaste månaden mättes med en 0–10-gradig visual analogue scale (VAS)(0 = no pain; 10 = worst possible pain). Känslan av att vara **utsliten, trött, utmattad, trög** eller **slut** den senaste månaden mättes med the Profile of Mood States (POMS) fatigue subscale (0 = not at all; 4 = extremely). **Yrke** klassificerades enligt the Human Resources Development Canada National Occupation Classification Matrix 2001. Aktivitetsbegränsningar som uppkom i arbetet och kunde relateras till OA eller IA mättes med The Workplace Activity Limitations Scale (WALS). **Arbetsrelaterad stress** mättes med the 15-item Chronic Illness Job Strain Scale (CIJSS). Samt frågor om interrelationer mellan artrit, arbete och personliga krav på sin roll, inklusive negativa och positiva aspekter av att arbeta med artrit, antal arbetstimmar mm
Rapporterat resultat (urval)	Deltagarna var i genomsnitt 51 år. Det fanns få skillnader mellan könen demografiskt och hälsomässigt. Det fanns inga

	betydelsefulla könsskillnader gällande smärta, fatigue, eller genomsnittligt antal arbetstimmar, arbetsrelaterade aktivitetsbegränsningar, upplevd kontroll på arbetet, flexibla arbetstider, eller förändringar i arbetsuppgifter. För kvinnor däremot, var det vanligare att ha college eller universitetsutbildning, längre varaktighet av sjukdomen, och fler leder som påverkats av sjukdomen. En betydande proportion kvinnor arbetade inom affärs- eller finansbranschen, administration, hälso- och sjukvård eller undervisning, medan männen i större utsträckning arbetade inom handels-, tjänste-, eller servicesektorn, men även inom tillverknings- eller transportsektorn. Männen uppgav även att de i högre grad arbetade övertid. Fler än hälften av männen i urvalet (56,7 %) och nära hälften av kvinnorna (46,8 %) uppgav att de varit frånvarande från arbetet de senaste 6 månaderna på grund av deras sjukdom. I genomsnitt rapporterade deltagarna att de haft 2 avbrott i arbetet som kunde relateras till artriten (t.ex. komma försent/gå tidigt, långa pauser, missade möten). Ändå uppgav deltagarna att de hade relativt liten produktivitetsförlust på grund av sjukdomen, de var nöjda med sin karriär och rapporterade moderat arbetsrelaterad stress. Upplevda höga arbetskrav hos både män och kvinnor påverkade sjukdomen negativt, vilket i sin tur ledde till fler aktivitetsbegränsningar i arbetslivet. En större upplevelse av att artriten påverkar arbetet negativt var förenat med betydande arbetsrelaterad stress, fler avbrott i arbetet, ökad sjukfrånvaro och ökad upplevelse av produktivitetsförlust.
Begränsningar med studien	Studien innehåller flera begränsningar. I denna forskning användes bekvämlighetsurval som har sin svaghet. Detta var en tvärsnittsstudie och resultatets riktning kan inte fastställas helt. Ytterligare forskning behövs för att undersöka uppfattningen om roller återspeglar de svårigheterna som individer med artrit har i arbetet eller om de också kan fungera som riskfaktorer och signalera potentiella problem med anställningar längre fram. Män och kvinnor rapporterade att de arbetade i olika yrkessektorer, vilket kan förklara resultaten. Genom att uppmärksamma på ett bredare utbud av arbetsmiljöfaktorer kan belysa mer detaljerade likheter och skillnader i uppfattningar om artrit-arbete-personliga liv mellan könen.

Studie	**Gignac, M.A.M., et al. (2015), Availability, Need for, and Use of Work Accommodations and Benefits: Are They Related to Employment Outcomes in People With Arthritis? Arthritis Care & Research. Vol. 67, No. 6. [32]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Gignac, M.A.M., et al. 2015 Canada
Studiedesign **Syfte**	Tvärsnittsstudie Att undersöka tillgången, behoven och användningen av arbetsplatsens policys för anställda med osteoartrit (OA) och inflammatorisk artrit (IA) och sambandet med resultat i arbetet.
Studiepopulation	219 individer med OA eller IA
Metod	Individer i åldern >25 år med OA eller IA (t.ex. reumatoid artrit, psoriasis artrit, ankylosing spondylit) som bor i Ontario eller Brittiska Columbia, Canada, rekryterades till en longitudinell studie om arbete/hälsa/personliga livskonflikter och dess

	påverkan på arbete. Urvalet var ändamålsenligt och rekryteringen skedde via annonsering. Urvalskriterier var diagnos (OA eller IA), att ha haft diagnosen minst ett år, vara anställd och inte ha någon samsjuklighet eller skada inom ett år före studien som orsakar fysiska funktionsnedsättningar (t.ex. MS eller stroke) och talar engelska flytande. Artikeln använder data som samlades in från tidsperiod 2 i studien som genomfördes ungefär 2 år efter baslinjemätningen och inkluderade information om förmåner och arbetsmiljöanpassningar. För att screena om deltagarna uppfyllde kriterierna för att få delta i studien användes en telefonenkät. De som var behöriga fick delta i en strukturerad telefonintervju på 35 – 45 minuter. Totalt intervjuades 352 individer under tidsperiod 1 och 255 (72,4 %) blev åter igen intervjuade vid tidsperiod 2. Bland dem som blev intervjuade en andra gång var det 219 som fortfarande var anställda (85,9 %) och deras data undersöktes för denna studie.
Utfallsmått	**Aktivitetsbegränsningar** som uppkom i arbetet och kunde relateras till OA eller IA mättes med The Workplace Activity Limitations Scale (WALS). Samt frågor om förmåner, arbetsanpassningar, policys, yrkestillhörighet mm
Rapporterat resultat (urval)	Genomsnittsåldern hos deltagarna var 53 år, de flesta var kvinnor (72,8 %) och hade college eller universitetsutbildning. Varaktigheten av sjukdomen var 9,3 år. Hälften av deltagarna hade OA (48,9 %) och de återstående hade IA eller både OA/IA. Det fanns en variation hos deltagarna gällande smärta och aktivitetsbegränsningar. Deltagarna uppgav en genomsnittlig arbetstid på 34,6 timmar per vecka och 69,3 % arbetade inom affärer, finansiering, eller administration eller inom hälso- och sjukvård, som lärare eller med forskning. Den totala WALS poängen var ungefär 8,7 vilket indikerar att det finns vissa svårigheter med uppskattningsvis en tredjedel av aktiviteterna på arbetsplatsen. Deltagarna uppgav i genomsnitt 1,4 avbrott under de senaste 6 månaderna. På grund av artriten, hade närmare hälften av deltagarna sjukfrånvaro minst 1 dag de senaste 6 månaderna och 9,6 % minskade sin arbetstid permanent. Endast 17,8 % rapporterade att de inte använt någon förmån eller anpassning av arbetet för att hantera sin artrit. Tillgängliga anpassningar var exempelvis att 39,3 % kunde arbeta hemma, 71,7 % hade korttidsfrånvaro, hälften kunde anpassa arbetsschemat eller få flexibel arbetstid (68 %). Deltagare som behövde, men som inte utnyttjade förmåner (s.k. presenteeism), uppgav betydande fler aktivitetsbegränsningar relaterat till arbetet och produktivitetsförlust och hade oftare reducerat antalet arbetstimmar än dem som utnyttjade förmåner.
Begränsningar med studien	Det finns flera begränsningar i denna studie. Tvärsnittsdata tillåter inte kausala slutsatser. Longitudinell forskning behövs, även om det är svårt att spåra förändringar i sjukdomars symtom, motsvarande användning av förmåner/anpassningar och sysselsättningsresultat. Antalet deltagare var begränsat i vissa grupper.

Studie	**Gonzalez-Lopez, L. et al. (2013). Factors influencing sick leave episodes in Mexican workers with rheumatoid arthritis and its impact on working days lost. Rheumatol Int, 33. [33]**
Författare **Publiceringsår**	Gonzalez-Lopez, L. et al. 2013

Land	Mexiko
Studiedesign	Prospektiv kohortstudie
Syfte	Att genom en prospektiv kohort utvärdera sjukfrånvaron, antalet förlorade arbetsdagar och tillhörande riskfaktorer hos patienter med RA i Mexiko.
Studiepopulation	123 patienter med RA
Metod	Patienter med RA rekryterades från en reumatologisk öppenvårdsklinik på ett sekundärvårdscenter i Guadalajara, Mexiko. Inklusionskriterier var att patienterna skulle vara diagnosticerade med RA enligt the 1987 American College of Rheumatology, vara >18 år, lönearbetare, och täckas av försäkringssystemet. Exklusionskriterier var: överlappande syndrom, uppbära sjukpenning eller sjukersättning vid studiens startpunkt. Ett strukturerat frågeformulär administrerades för att kartlägga följande aspekter vid studiens uppstart: demografisk bakgrundsdata, yrkeskategori, sjukdomsfaktorer och samsjuklighet. Två utbildade forskare utvärderade prospektivt alla deltagare som ingick i kohorten vid varje besök från baslinjen till 48 veckor. Utvärderingen fokuserade på deltagarnas utveckling av antalet sjukfrånvaroepisoder, orsakerna till dessa och antalet missade arbetsdagar under dessa episoder.
Utfallsmått	**Sjukdomsaktivitet** mättes med the Disease Activity Score Calculator for Rheumatoid Arthritis (DAS28) **Smärta** under den senaste månaden mättes med en 0–100-gradig visual analogue scale (VAS)(0 = no pain; 100 = worst possible pain). **Funktion** mättes med the validated Spanish version of the health assessment questionnaire disability index (HAQ-Di) **Stadium av ledförstörelse** bedöms enligt Steinbrocker kriterier **Depression** mäts med Beck depression Inventory (BDI)
Rapporterat resultat (urval)	123 patienter inkluderades i kohorten, av dem deltog 106 patienter (86,2 %) under hela årets uppföljningar. Det kumulativa antalet dagar av uppföljning för deltagarna som ingick i kohorten var 43 380 dagar, motsvarande 352,6 dagars uppföljning per patient-år. Deltagarnas genomsnittliga ålder var 44 år och 73 % var kvinnor. Vid baslinjen hade deltagarna i genomsnitt haft sjukdomen i 7 år, med en försening på 3 år till reumatologisk behandling. Den starkaste prediktorn för utveckling av sjukfrånvaro var graden av funktionsnedsättning (HAQ-Di > 0,6) vid baslinjemätningen för kohorten. Lönearbetare med RA förlorade i genomsnitt 18,36 arbetsdagar per person-år. Resultatet visar, att enligt en hypotetisk konstruktion, finns det tre undergrupper med patienter med ett antal riskfaktorer för att utveckla sjukfrånvaro. Vid baslinjemätningen hade 30 % av patienterna 0 – 1 riskfaktor, 44 % hade 2 – 3 riskfaktorer och 26 % hade >4 riskfaktorer som identifierades att utveckla sjukfrånvaro.
Begränsningar med studien	Studien rapporterade ett antal begränsningar. Bland annat undersöktes inte övriga utfall såsom sjuknärvaro och byte av arbetsuppgifter som kan påverka sjukdomsbördan ur ett samhällsperspektiv. En annan faktor som inte utvärderats i studien är frekvensen av patienter som har haft en historia av

	sjukfrånvaro innan deltagandet i studien. Det är sannolikt att patienter med tidigare episoder av sjukfrånvaro har en högre risk att ha ytterligare episoder. Ytterligare en begränsning är att deltagarna befanns sig vid skilda tidpunkter av sin sjukdom.

Studie	**Hansen, S.M. et al. (2016). Effect of Rheumatoid Arthritis on Longterm Sickness Absence in 1994-2011: A Danish Cohort Study. The Journal of Rheumatology, 43:4. [25]**
Författare **Publiceringsår**	Hansen, S.M. et al. 2016
Land	Danmark
Studiedesign	Kohortstudie (register)
Syfte	Att (1) uppskatta risken för långtidssjukskrivning för patienter med RA jämfört med den allmänna befolkningen, (2) att studera om risken för långtidssjukskrivning har förändrats över de senaste årtiondena, och (3) att utvärdera effekterna av andra riskfaktorer för långtidssjukskrivning, såsom fysiskt ansträngande arbete, kön, utbildning och samsjuklighet.
Studiepopulation	6677 patienter med RA (och 56 955 kontroller)
Metod	Patienter med RA identifierades från ett nationellt register (DANBIO) och det danska nationella patientregistret (NPR) och matchade dem mot kontroller från den allmänna populationen. DANBIO tillhandahåller data om sjukdomsförloppet hos vuxna patienter med inflammatorisk reumatisk sjukdom. NPR inkluderar alla sjukhusjournaler (sedan 1977) och öppenvårdsaktiviteter (sedan 1995) i Danmark. Patienternas diagnoser registrerades enligt ICD-koder (1978-1993: ICD-8; 1994-2011: ICD-10). NPR användes även för att identifiera samsjuklighet. Individuella data om långtidssjukskrivning hämtades från the Danish Registrer of Evaluation of Marginalization (DREAM) register, som tillhandahåller veckovis information om utbetalningar av socialförsäkring för alla som bor i Danmark. För att vara behörig att få sjukpenning måste den anställde ha arbetat minst 120 timmar under de senaste 13 veckorna. Från DANBIO, som har en uppskattad täckningsgrad på 79 %, hämtades en kohort patienter med RA i åldern 18 – 59 år när de fick diagnosen och som var diagnostiserade med RA mellan 1991 och 2011 (n=4865). För varje patient hämtades 10 kontroller från den allmänna populationen och matchades för kön, ålder, och storlek på boendeort. Individer klassificerades ha långtidssjukskrivning om de fick sjukpenning för en period av minst 3 veckor. För att kontrollera för sjukdomar som kan vara konkurrerande orsaker till långtidssjukskrivning, justerades för 18 grupper av kronisk och somatisk samsjuklighet.
Utfallsmått	Långtidssjukskrivning
Rapporterat resultat (urval)	För patienter med RA kunde 983 episoder (start av långtidssjukskrivning) observeras det första året efter diagnos (ut ur 2735 person-år (PY) som observerades), uppskattningen av långtidssjukskrivning var 0,36 episoder/PY. Under följande år, observerades 2951 episoder under 19 577 PY med en uppskattning av 0,15 episoder/PY. För kontroller, observerades 2417 episoder inom det första året av diagnosen gällande indexpatienten (ut ur 30 399 PY, uppskattning=0,08 episoder/PY). Under följande år, observerades 21 404 episoder under 266 270 PY för en liknande uppskattning av 0,08 episoder/PY.

	Risken för långtidssjukskrivning var lägre för män än för kvinnor. Fysiskt påfrestande arbete ökade risken för långtidssjukskrivning betydligt. Långtidssjukskrivning var högre hos personer med somatisk och psykisk samsjuklighet, men införandet av dessa variabler förändrade inte uppskattning av risk för långtidssjukskrivning på grund av RA.
Begränsningar med studien	Ökningen av hazard ratio (HR) för långtidssjukskrivningar för patienter med RA var robust även efter att ha kontrollerat för ett stort antal kovariater. Även om det kan finnas kvarstående confunders visar resultaten att individer som får RA har upp till fem gånger ökad risk för långtidssjukskrivning än annat som till exempel kön, ålder och socioekonomiska faktorer under det första sjukdomsåret, vilket indikerar att det finns betydande utrymme för ytterligare förbättringar av omsorgen för personer som nyligen fått sjukdomen RA. Vi hade förväntat oss att fysiskt arbete skulle vara en specifik riskfaktor för patienter med RA, men detta var inte fallet i våra analyser. Fysisk exponering definierades med hjälp av koder kopplat till antalet kg som lyfts per dag. Det här är en bra proxy för fysiskt krävande arbeten, men det kan inte vara det ideala sättet att definiera hårt arbete för patienter med RA som kan ha större problem med att gripa och nedsatt rörelseförmåga i händerna.

Studie	**Hansen, S.M. et al. (2017). Work ability in rheumatoid arthritis patients: a register study on the prospective risk of exclusion and probability of returning to work. Rheumatology 2017;56. [26]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Hansen, S.M. et al. 2017 Danmark
Studiedesign **Syfte**	Registerstudie Att undersöka arbetsförmåga hos patienter med RA jämfört med den allmänna befolkningen genom att undersöka graden och risken för långtidssjukskrivning, arbetslöshet och sjukersättning och chansen för återgång i arbete och förändringar av dessa risker över tid.
Studiepopulation	6677 patienter med RA (och 56 955 kontroller)
Metod	Patienter med RA identifierades från ett nationellt register (DANBIO) och det danska nationella patientregistret (NPR) och matchade dem mot kontroller från den allmänna populationen. DANBIO tillhandahåller data om sjukdomsförloppet hos vuxna patienter med inflammatorisk reumatisk sjukdom. NPR inkluderar alla sjukhusjournaler (sedan 1977) och öppenvårdsaktiviteter (sedan 1995) i Danmark. Patienternas diagnoser registrerades enligt ICD-koder (1978-1993: ICD-8; 1994-2011: ICD-10). NPR användes även för att identifiera samsjuklighet. Individuella data om långtidssjukskrivning hämtades från the Danish Registrer of Evaluation of Marginalization (DREAM) register, som tillhandahåller veckovis information om utbetalningar av socialförsäkring för alla som bor i Danmark. För att vara behörig att få sjukpenning måste den anställde ha arbetat minst 120 timmar under de senaste 13 veckorna. Från DANBIO, som har en uppskattad täckningsgrad på 79 %, hämtades en kohort patienter med RA i åldern 18 – 59 år när de fick diagnosen och som var diagnostiserade med RA mellan 1991 och 2011 (n=4865). För varje patient hämtades 10

	kontroller från den allmänna populationen och matchades för kön, ålder, och storlek på boendeort. Individer klassificerades ha långtidssjukskrivning om de fick sjukpenning för en period av minst 3 veckor. För att kontrollera för sjukdomar som kan vara konkurrerande orsaker till långtidssjukskrivning, justerades för 18 grupper av kronisk och somatisk samsjuklighet.
Utfallsmått	Långtidssjukskrivning, arbetslöshet, återgång i arbete och sjukersättning.
Rapporterat resultat (urval)	De flesta patienterna var kvinnor och 74 % var 40-59 år vid studiens början. Ålder, kön, civilstånd, utbildningsnivå, fysisk arbetsbelastning och boendeortens storlek var i stort sätt lika mellan patienter och kontroller, fast fler patienter än kontroller var av danskt ursprung. Jämfört med kontrollgruppen, hade patienterna somatisk men inte psykiatrisk samsjuklighet. För patienter med RA som var i arbete var graden av långtidssjukskrivning högre under det första året med diagnosen, det innebär 2 – 4,5 gånger högre än för kontrollgruppen. Under det första året efter att ha blivit diagnostiserad med RA, hade patienterna uppskattningsvis 4 gånger så hög risk för långtidssjukskrivning jämfört med kontrollgruppen (HR=4,00) och under följande år var HR 1,84. Sannolikheten för återgång till arbetet efter långtidssjukskrivning var lägre för patienter med RA än för kontrollerna (HR=0,78). Det var särskilt uttalat för patienter under första året efter diagnos (HR=0,60). När långtidssjukskrivning definierades som >8 veckors sjukfrånvaro, visade resultatet en högre relativ risk för långtidssjukskrivning för RA patienter (HR för långtidssjukskrivning var 6,13 under första året och 2,62 under följande år efter diagnos)
Begränsningar med studien	En begränsning i studien är att danska register inte samlar in data för sjukfrånvaro som är lägre än tre veckor. Därmed var det inte möjligt att uppskatta det totala antalet sjukdagar för varje patient.

Studie	**Healey, E.L. et al. (2011). Impact of ankylosing spondylitis on work in patients across the UK, Scandinavian Journal of Rheumatology, 40:1. [27]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Healey, E.L. et al. 2011 Storbritannien
Studiedesign **Syfte**	Kohortstudie Att undersöka arbetsstatus i en stor kohort bestående av patienter med ankylosing spondylitis (AS) över hela UK och att identifiera huvudfaktorerna som är associerade med arbetslöshet, sjukfrånvaro och sjuknärvaro.
Studiepopulation	612 patienter med RA
Metod	Totalt 1000 patienter med bekräftad AS diagnos och som var under klinisk vård hos 10 specialist centrum för reumatologi i UK inbjöds att delta i en postenkät. Områdena valdes specifikt för att representera den skilda socioekonomiska och geografiska befolkningen i Storbritannien så att resultaten ska gå att generalisera till patienter med AS över hela Storbritannien. Exklusionskriterier

	var personer som var gravida, hade inlärningssvårigheter eller oförmåga att förstå det engelska språket. En enkät fick tillstånd från the North Staffordshire Local Research Ethics Committee. Patienterna inbjöds att fylla i en självrapporterande enkät som skickas ut via post. De som inte ville delta skulle skicka tillbaka enkäten i ett förfrankerat kuvert. Påminnelser skickades ut efter 2 och 4 veckor.
Utfallsmått	**Sjukfrånvaro** och **sjuknärvaro** skattades med the Work Limitations Questionnaire (WLQ-16). **Yrkesstatus** mättes med the UK Registrar Generals Classification of Occupations **Funktionsnedsättning** bedömdes med the Bath AS Functional Index (BASFI) **Sjukdomsaktivitet** bedömdes med Bath AS Disease Activity Index (BASDAI) **Smärta** skattades på en 100 mm numerisk skattningsskala (NRS). **Känslomässigt välbefinnande** bedömdes med the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) **Selfefficacy** bedömdes med en AS-specifik modifiering av the Arthritis Self Efficacy Scale
Rapporterat resultat (urval)	Av de 612 deltagarna var 521 (85 %) i arbetsför ålder, av dem var 315 (60 %) anställda för tillfället. Av de övriga 206 patienterna som var i arbetsför ålder men som inte var anställda rapporterade exempelvis 91 (44 %) att det var på grund av ohälsa, 30 (15 %) var pensionerade, 56 (27 %) var sjukpensionärer. Patienter som arbetade rapporterade att de hade betydande bättre funktion och mindre sjukdomsaktivitet, smärta, oro och depression än dem som inte var anställda. 47 (16 %) av de anställda patienterna uppgav att de varit frånvarande från arbetet på grund av AS i genomsnitt 9 ± 14,1 dagar (median 4 dagar) under de senaste 3 månaderna. Uppskattningsvis 70 % hade en veckas sjukfrånvaro eller mindre, medan ungefär 10 % hade en månads sjukfrånvaro eller mer under de senaste 3 månaderna. För patienter som hade en veckas sjukfrånvaro eller mer var sannolikheten att de var deprimerade och hade något högre grad av smärta, funktionsnedsättning och sjukaktivitet än dem som varit borta från arbetet mindre än en vecka. Poäng på WLQ-16 antydde att det fanns en 18,9 % reduktion i produktivitet in den grupp som var anställda till skillnad från normativa data. Poäng på alla fyra domänerna av WLQ-16 visade ett negativt samband med AS, men den största påverkan verkade finnas på fysiska arbetsuppgifter. Patienter som var mindre produktiva rapporterade högre nivåer av depression, mer sjukdomsaktivitet, mer oro, sämre self-efficacy och var äldre.
Begränsningar med studien	Det finns inte tillgång till några uppgifter om dem som inte svarat på enkäten och därför gick det inte att bedöma omfattningen om de som svarade liknade dem som inte svarade i termer av arbetsstatus eller svårighetsgrad av AS. Det är möjligt att ett långt frågeformulär i denna studie kan ha tillfört vissa bias i kohorten genom att minska antalet svarande som var upptagna i heltidsanställning. Detta kan påverka

	förekomsten av arbetsstatus men bör inte påverka de samband som hittades.

Studie	**Holland, P. & Collins, A.M. (2018) "Whenever I can I push myself to go to work": a qualitative study of experiences of sickness presenteeism among workers with rheumatoid arthritis. Disability & Rehabilitation, 40:4. [34]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Holland, P. & Collins, A.M. 2018 Storbritannien
Studiedesign **Syfte**	Intervjustudie Att undersöka hur individers motivation till arbete och organisatoriska policys och praktik kan leda till frivillig och ofrivillig form av sjuknärvaro som en följd av RA.
Studiepopulation	11 patienter med RA (9 kvinnor och 2 män)
Metod	Studien har ett kvalitativt angreppssätt eftersom studiens syfte var att få en fördjupad förståelse för deltagarnas erfarenhet av att arbeta i början av RA och deras uppfattning om hur deras kondition har påverkat arbetskapacitet och relationer på arbetsplatsen. Individer som var intresserade av att delta var inbjudna att kontakta försteförfattaren för att få tillgång till information och formulär för samtycke. Frågor om studien besvarades via mejl eller telefon. Deltagare valdes ut genom ett ändamålsenligt urval och rekryterades om de var i arbetsför ålder, diagnosticerade med RA och hade varit anställda när de fick diagnosen. Rekryteringen begränsades till norvästra England på grund av studiens explorativa egenskaper. Urvalet bestod av 11 deltagare som samtyckt till att delta. Deltagarna intervjuades per telefon eller i sitt hem. Semistrukturerade djupintervjuer genomfördes för att utforska anställdas erfarenheter av att arbeta sedan insjuknandet i RA. Intervjuerna följde en intervjuguide med fördefinierade öppna frågor men med tillräcklig flexibilitet så att det fanns möjlighet för deltagarna att lyfta de ämnen som de uppfattade var viktiga. Nyckel områden inkluderade påverkan av RA på arbetsförmågan och relationerna på arbetet; implementeringen och effektiviteten av arbetsmiljöanpassningar; samt faktorer som uppfattades vara viktiga för att upprätthålla anställningen. Intervjuerna tog ungefär en timme och spelades in. Deltagarna kontaktades igen efter 6 månader för en uppdatering om deras arbetssituation och deras nedskrivna uppdateringar som ingick i data analysen. Elva deltagare (9 kvinnor och 2 män) intervjuades. Alla var britter födda i UK och i åldern 32 – 58 år. Mediantiden sedan diagnos var 3 år (range 1 – 15 år). Två deltagare hade lämnat sin anställning sedan de fått diagnosen, medan 9 fortfarande var anställda vid intervjun (4 arbetade heltid, 5 arbetade halvtid), 3 var sjukskrivna vid intervjun. Sex av de 11 deltagarna rapporterade att de hade haft en period med sjukfrånvaro sedan tiden för diagnos (definierat som 4 veckor eller mer). Tiden för sjukfrånvaron sträckte sig från 6 veckor till 9 månader; 3 deltagare uppgav sjukfrånvaro från 6 månader och längre, från sjukdomens början till att en lämplig inställning av läkemedelsdos.
Utfallsmått	Sjukfrånvaro och sjuknärvaro, påverkan av diagnos
Rapporterat resultat (urval)	Dataanalysen visade fyra teman som kunde relateras till sjuknärvaro: (1) den uppfattade betydelsen av arbetet, (2) sökandet efter normalitet efter diagnos, (3) fortsätta vara

	produktiv och anställd, genom arbetsplatsanpassningar, (4) sjukfrånvaro policys som orsakar press att arbeta. Deltagarna berättade att vara i arbetsför ålder då arbete är en norm och högt värderat är det svårt att ha en diagnos som påverkar arbetslivet. Somliga använde arbetet som distraktion från smärta och fatigue. Betydelsen av arbetet betonades särskilt av dem som hade erfarenheter av långtidssjukskrivning. Det vara vanligt med sjukskrivning efter insjuknandet i RA. Att inte arbeta påverkade den psykiska hälsan. Att förlora rutiner; social isolering; och leda reducerade välbefinnandet. Det var faktorer som innebar att fler fortsatte att arbeta trots sjukdom, s.k. sjuknärvaro. För att undvika överansträngling försöker deltagarna att hushålla med sina resurser genom att dra ner på det sociala livet. Alla deltagare uppgav att RA påverkade deras arbetsförmåga på något sätt, exempelvis smärta, stelhet, fatigue, eller nedsatt koncentration. Fysiska nedsättningar påverkade både manuellt och icke-manuellt arbete, exempelvis att skriva på dator eller sitta still för länge, att gå och att öppna burkar. Flera av deltagarna hade möjlighet att få hjälpmedel på arbetsplatsen såsom justerbara stolar och bord, modifierade tangentbord, röststyrda skrivhjälpmedel och resor till och från arbetet. Andra anpassningar var flexibel arbetstid, möjligheter att arbeta hemma. Flera deltagare kommenterade att deras sjukfrånvaro var i likhet med deras kollegor, men att det fanns tillfällen då de ofrivilligt arbetade fast de var sjuka. Fluktuerande symtom relaterat till RA orsakade oro för att behöva sjukskriva sig och denna ofrivilliga sjuknärvaro orsakade stress.
Begränsningar med studien	Det finns begränsningar i studien, exempelvis brister överförbarheten av resultaten. Det gick inte att rekrytera individer från etniska minoritetsgrupper och manuella arbetare var underrepresenterade i urvalet. För att försöka säkerställa uppgifternas trovärdighet gjorde följande: deltagarna fick vara med och klargöra nyckelproblem både i intervjun och vid uppföljningen; andreförfattaren bekräftade oberoende de teman som försteförfattaren identifierade. De flesta deltagare rekryterades via en patientorganisations webbplats vilket har uteslutit personer med RA som inte känner till den.

Studie	**Hubertsson, J. et al. (2013). Risk of sick leave and disability pension in working age women and men with knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis;72. [35]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Hubertsson, J. et al. 2013 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Populations-baserad kohortstudie Att undersöka sjukfrånvaro och sjukersättning hos personer i arbetsför ålder med knäartros jämfört med den allmänna befolkningen.
Studiepopulation	15 345 people (49.6% women)
Metod	Genom att använda Skånes hälsovårdsregister för en 12-årsperiod, från 1998 – 2009, kunde alla män och kvinnor identifieras som hade blivit diagnosticerade med diagnosen knäartros (ICD-10 kod M17) åtminstone en gång i primärvården, sekundärvården eller i sjukhusvården. Till urvalet behövdes deltagare i åldern 16 – 64 år 2009, eftersom pensionsåldern är 65 år i Sverige förändras reglerna för sjukpenning och sjukersättning därefter. Vidare, var kravet att

	deltagarna skulle vara bosatta i Skånes län den 31 december 2008 eller den 31 december 2009, via kors-länkning med folkbokföringsregistret. Som jämförelsegrupp användes den allmänna populationen inkluderat alla män och kvinnor i åldern 16 – 64 år (2009) som var registrerade bosatta i Skånes län den 31 december 2008 eller 31 december 2009. I en analys exkluderades personer ur den allmänna populationen som inte varit i kontakt med någon läkare mellan 1998 och 2009.
Utfallsmått	Sjukfrånvaro, sjukersättning, antal dagar med sjukpenning
Rapporterat resultat (urval)	15 345 personer (49,6 % kvinnor) identifierades som fått diagnosen knäartros mellan 1998 och 2009 och som var i arbetsför ålder och boende i Skånes län 2009. Den genomsnittliga åldern var 55 år för kvinnor och 53 år för män. Bland kvinnorna med knäartros hade en total andel, 48 %, fått sjukpenning eller sjukersättning, eller båda, under 2009 och bland männen med knäartros var motsvarande andel 31 %. 21 % av kvinnorna och 17 % av männen med knäartros hade fått sjukpenning vid något tillfälle under åren. Risken för sjukfrånvaro ökade i alla ålderskategorier för båda könen. Gällande sjukersättning var det under 2009 fler kvinnor med knäartros som fick sjukersättning utbetalat än män. Andelen patienter med knäartros som fick sjukersättning ökade med ökad ålder. Det genomsnittliga (SD) antalet dagar med sjukpenning oavsett orsak för deltagare diagnosticerade med knäartros var 87 (140) dagar. I den allmänna populationen var motsvarande antal dagar 57. Kvinnor med knäartros hade i genomsnitt 18 (57) dagar med sjukpenning, per person och år, medan män med knäartros hade i genomsnitt 15 (52) dagar med sjukpenning. Motsvarande antal dagar i den allmänna populationen var 9 (41) för kvinnorna och 7 (37) för männen.
Begränsningar med studien	För anställda är sjukfrånvaro på <14 dagar inte registrerad i Försäkringskassans data, och därmed inte inkluderad i denna studie. Denna begränsning leder till en liten underskattning av de totala proportioner som hade sjukskrivning och antalet sjukdagar, men till en liten överskattning av den genomsnittliga längden på sjukfrånvaron. Den ökade risken för sjukfrånvaro och sjukersättning hos patienterna, liksom beräkningen av dagar som kan hänföras till knäartros kan ha påverkas av andra faktorer som inte ingår i denna studie, som exempelvis samsjuklighet, livsstil eller socioekonomiska faktorer.

Studie	**Hubertsson, J. et al. (2014). Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders – a study of doctor prescribed sick leave. BMC Musculoskeletal Disorders, 15:176 [36]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Hubertsson, J. et al. 2014 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Registerstudie Att ge en deskriptiv översikt av sjukfrånvaromönster vid olika muskuloskeletala sjukdomar.
Studiepopulation	16 673 individer (8 915 kvinnor och 7 758 män)
Metod	Den här studien baserades på elektroniska läkarintyg för sjukpenning hämtade från region Skåne i Sverige under

	perioden från 1 januari 2009 till den 31 december, 2010. Från elektroniska medicinska journaler samlades information in om datum, diagnostiska koder (enligt ICD-10) för alla tillgängliga utfärdade sjukintyg från 22 primärvårdsenheter och två sjukhus under studiens tidsram. För varje sjukfrånvaroperiod fångat genom de medicinska journalerna, länkades data till data från Försäkringskassan. Med detta tillvägagångssätt fångades hela sjukfrånvaroperiodens varaktighet. Information om diagnoskod hämtades från den medicinska journalen. Kraven var att deltagarna skulle var 18 – 64 år vid starten av sjukfrånvaroperioden eftersom få kommer ut på arbetsmarknaden före 12 års utbildning och att den generella åldern för pension är 65 år. Som en indikator på sjukdom användes Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsotillstånd 10 (ICD-10). Sjukdom var den främsta orsaken till sjukfrånvaro och angavs som ICD-10-koder på periodens första intyg av den intygsutfärdande läkaren. För studien gjordes ett strategiskt urval av sex subkategorier/subgrupper av muskuloskeletala sjukdomar, koder enligt ICD-10: två ryggavvikelser; ländryggsmärta (M54) och andra sjukdomar i mellankotsskivorna (M51), två typer av osteoartrit, knäartros (M17) och höftartros (M16) och två störningar med mer utbredda led- eller mjukvävnadsproblem; reumatoid artrit (M05-M06) och myalgi (M79).
Utfallsmått	**Sjukfrånvaro** – en period som omfattas av ett läkarintyg utfärdat av en läkare antal dagar med sjukpenning **Antal dagar per sjukfrånvaroperiod** beräknades enligt antalet kalenderdagar för varje separat sjukperiod. För att bestämma antalet dagar för en sjukfrånvaro period måste alla sjuka lämna sjukintyg utfärdat för samma person med överlappande eller anslutande datum kopplades en sjukperiod.
Rapporterat resultat (urval)	Sammantaget utfärdades 20 251sjukfrånvaroperioder för 16 673 individer (8 915 kvinnor [53 %] och 7 758 män [47 %]) med en medelålder (SD) på 43 (12) år för kvinnor och 43 (13) år för män. Totalt 19 883 av de inkluderade perioderna (98 %) hade en giltig ICD-10-diagnoskod registrerad. Gruppen muskuloskeletala sjukdomar är det diagnoskapitel i ICD-10 som har det högsta totala antalet sjukfrånvaroperioder (3 371 perioder [17 % av alla perioder], 1 713 för kvinnor och 1 658 för män). Intygen för sjukpenning var utfärdade för 3 088 individer (1569 kvinnor [51 %] och 1519 män [49 %]). Inom gruppen för muskuloskeletala sjukdomar var 16 % av sjukfrånvaroperioderna 8 –14 dagar, 54 % var 15–89 dagar och 30 % var >90 dagar långa. Sjukfrånvarons varaktighet skilde sig åt mellan diagnosgrupperna. Mer än 60 % av sjukfrånvaroperioderna för andra sjukdomar i mellankotsskivorna (M51), höftartros (M16); och reumatoid artrit (M05-M06) hade en varaktighet på 90 dagar eller mer. Motsvarande proportioner för ländryggsmärta (M54) och myalgi (M79) var endast 11 % respektive 13 %. Å andra sidan, för ländryggsmärta (M54) och myalgi (M79) var så mycket som 27 % respektive 26 % av sjukfrånvaroperioderna korta (8 – 14 dagar), medan mindre än 5 % av perioderna var klassificerade som korta för de andra muskuloskeletala sjukdomarna. Justerat för ålder, hade andra sjukdomar i mellankotsskivorna och reumatoid artrit de längsta sjukfrånvaroperioderna med i

	genomsnitt 150 respektive 147 dagar. För höftartros och knäartros var genomsnittet 81 respektive 116 dagar. Av de 3088 individer med sjukskrivning utfärdad för en muskloskeletal diagnos, hade 25 % mer än en sjukfrånvaroperiod under de två åren. Av de sex diagnosgrupperna som studerats, hade individer med reumatoid artrit den största andelen av återkommande sjukfrånvaroperioder (34 %) förutom att även ha en större andel av långa sjukfrånvaroperioder. Andra tillstånd med vanligtvis lång sjukfrånvaroperiod, exempelvis andra sjukdomar i mellankotsskivorna och höftartros hade färre återkommande sjukfrånvaroperioder (15 respektive 18 %), medan vanliga tillstånd med korta sjukfrånvaroperioder exempelvis ländryggsmärta och myalgi, hade fler återkommande sjukfrånvaroperioder (31 respektive 32 %).
Begränsningar med studien	I studien finns ett antal begränsningar. Studiens material inkluderar inte sjukintyg från privata vårdgivare i regionen, som oftast finns inom primärvården. Det kan därför finnas en överrepresentation av intyg utfärdade inom sjukhusvården. Därutöver, studien inkluderar endast dem som har ett utfärdat intyg för sjukpenning, vilket innebär att individer som uppbär sjukersättning inte kan ha intyg som berättigar till sjukpenning. Vidare, diagnoskoden i sjukintyget innehåller ICD-10-koden för sjukdomar och skador, men det finns ingen information om svårighetsgraden. Om patienten är opererad och sjukskrivningen avser återhämtning efter operation, finns inte sådan information tillgänglig. Det finns m.a.o. ingen kännedom om sjukfrånvaron gäller med anledning av sjukdomen eller återhämtning efter operation.

Studie	**Hubertsson, J. et al. (2017). Understanding Occupation, Sick Leave, and Disability Pension Due to Knee and Hip Osteoarthritis From a Sex Perspective. Arthritis Care & Research** **Vol. 69, No. 2. [37]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Hubertsson, J. et al. 2017 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Kohortstudie Att bestämma sambandet mellan yrke och risk för sjukfrånvaro och sjukersättning i relation till knä- och höftartros.
Studiepopulation	165 179 personer (58 % kvinnor)
Metod	Studien är en populations-baserad kohort studie baserad på prospektiv registerdata från Region Skåne i Sverige (population 1,25 millioner 2012). Alla individer mellan 40 – 70 år, som arbetade i något av de inkluderade yrkena [finns en lista i artikeln] och registrerade som invånare från slutet av december 2007 och till slutet av december 2012 inkluderades. Information om sjukfrånvaro hämtades från Försäkringskassans register. Om arbetsförmågan är permanent nedsatt kan personen få sjukersättning. Alla mellan 16 – 65 år, med permanent nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är behörig till sjukersättning, oberoende tidigare anställningsstatus. Baserat på the Swedish Standard Classification of Occupations 1996 (SSYK 96) konstruerades olika yrkesgrupper. Dessa konstruerades utifrån hypotesen att det finns yrkesgrupper som är i högre risk att drabbas av sjukfrånvaro och sjukersättning på grund av knä- och höftartros. Även yrkesgrupper som föreslagits i tidigare forskning om knä- och

	höftartros inkluderades. Exempel på yrkesgrupper är lantbrukare, konstruktion, metall, städ och transport, hälso- och sjukvård (HSV) och barnomsorg.
Utfallsmått	**Yrkesgrupper** konstruerades utifrån the Swedish Standard Classification of Occupations 1996 (SSYK 96)
Rapporterat resultat (urval)	Totalt 165 179 personer (58 % kvinnor) uppfyllde inklusionskriterierna. Från januari 2007 till december 2012 hade totalt 1 372 personer minst 1 sjukfrånvaroperiod på grund av knäartros och 370 hade sjukersättning på grund av knäartros. Under samma tidsperiod hade totalt 725 personer minst en sjukfrånvaroperiod på grund av höftartros och 134 hade sjukersättning på grund av höftartros. Av de 165 179 individerna som inkluderades i kohorten, hade endast 5 % bytt jobbsektor under studiens period. Det fanns stora skillnader i könsfördelningen mellan de olika yrkessektorerna. Kvinnor hade generellt högre sjukfrånvaro och fler som hade sjukersättning på grund av någon anledning än män. Risken för sjukfrånvaro och sjukersättning på grund av knäartros, justerat för ålder, ökade i samtliga yrkessektorer jämfört med affärsbranschen och inom administration. Justerat för ålder, risken för sjukfrånvaro på grund av knäartros var högre för kvinnor som arbetade inom HSV, barnomsorg, och inom städ. Risken för sjukfrånvaro på grund av knäartros var även högre för kvinnor som arbetade i yrken som kräver högre utbildning inom HSV och barnomsorg. För höftartros var yrke associerat med en liten ökning i sjukfrånvaro för män inom konstruktion och lantbruk, men inte för kvinnor i någon kategori.
Begränsningar med studien	En viktig begränsning i studien är att data som hämtats från Försäkringskassan endast innehåller huvudorsaken till sjukfrånvaron. Det fanns ingen information om eventuell samsjuklighet som kan bidrag till hela bilden av funktionsnedsättningen. Det fanns inte någon information om andra potentiella confounders som exempelvis BMI, rökning, eller omgivningsfaktorer såsom arbetstillfredställelse eller stöd från kollegor.

Studie	**Laasik, R. et al. (2019). Return to work after primary total hip arthroplasty: a nationwide cohort study Acta Orthopaedica, 90; 3. [38]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Laasik, R. et al. 2019 Finland
Studiedesign **Syfte**	Populations-baserad kohortstudie Att identifiera riskfaktorer vid återgång i arbete efter total höft artroplastik (THA) bland faktorer relaterat till demografiska variabler, generell hälsa, hälsorisk beteende och socioekonomisk status.
Studiepopulation	408 patienter med höftartros
Metod	Patienter identifierades från the Finnish Public Sector (FPS), en nationell register- och survey-baserad kohort innehållande data om anställda i 10 kommuner och 6 sjukhusdistrikt som täcker in ett brett spektrum av yrken – från stadens borgmästare och doktorer till städare, sjuksköterskor och lärare. De som ingår i kohorten har varit i anställning minst 6 månader i deltagarorganisationen mellan 1991 och 2005 (n=151 901). Sedan 1997, har enkätdata regelbundet samlats in med ca 4 års intervall från alla anställda i arbete vid tiden för

	datainsamlingen. Information om karaktäristika för baslinjen före operationen härleddes från undersökningssvar, arbetsgivarnas register och ett nationellt hälsoregister. Alla deltagarna har länkats till operationsdata om THA från det nationella vårdregistret för hälsovården, som upprätthålls av det Nationella institutet för hälsa och välfärd, lika väl som det Nationella sjukfrånvaro registret som upprätthålls av Institutionen för Socialförsäkringen i Finland. Av FPS kohort medlemmar, genomgick 1 690 en unilateral THA mellan åren 1999 och 2011. Av dessa hade 408 svarat på en enkät före operationen och inkluderades i studien. THA utfördes på patienter främst på grund av primär artros i höften (n=369, 90 %). Riskfaktorer var mätt i genomsnitt 3,6 år (SD 1,9 intervall 1,0–9,9) före operationen. Typen av kirurgi definierades enligt the NOMESCO Classification of Surgical Procedures Version 1.14 by the Nordic Medico-Statistical Committee.
Utfallsmått	**Hälsa och hälsobeteende** hämtades från baslinjemätningen och det nationella hälsoregistret **Psykologisk hälsa** mättes med the General Health Questionnaire (GHQ-12) **Behandling för kroniska hälsotillstånd** hämtades från the Drug Reimbursement Register Samt frågor om **Fysisk aktivitet** **Alkoholkonsumtion** **Rökning** **BMI** **Risk vid återgång i arbete** kopplades till yrke som kodades kodades i enlighet med International Standard Classification of Occupation (ISCO)[3]
Rapporterat resultat (urval)	Majoriteten av patienterna (73 %) var kvinnor och den genomsnittliga åldern vid tiden för operationen var 54 år (32–67). 15 % av patienterna hade viss kronisk medicinsk samsjuklighet och 53 % rapporterade god generell hälsa. Efter artroplastiken återgick 94 % (n=383) till arbetet efter i genomsnitt 103 dagars (10–354) sjukfrånvaro. Yrkesstatus fördelades jämt mellan de 3 grupperna. Av de undersökta prognostiska variablerna var arbetsstatus, sjukfrånvaro före operationen och fetma statistiskt signifikant associerat med återgång i arbetet. Patienter med högre icke-manuell arbetsstatus hade en 2,2 (CI 1,6–2,9) gånger högre sannolikhet för att återgå i arbete än manuella arbetare, justerat för ålder och kön. Lågt jämfört med högt antal sjukdagar (<30 dagar) innan operationen förknippades med en 1,8 (CI 1,4–2,3) gånger högre sannolikhet för återgång i arbetet. Även icke-obesa patienter var mer benägna att återvända till arbetet än obesa patienter.
Begränsningar med studien	Generaliserbarheten av dessa fynd kan påverkas av skillnaderna i det nationella välfärds-, pensions- och arbetstagares försäkringssystem. Den studerade kohorten var begränsad till anställda inom den offentliga sektorn och dominerades av kvinnor. Inga uppgifter om justeringar på arbetsplatsen före eller efter operationen fanns tillgängliga. Motivationen för återgång i arbete, som alltid är en potentiell källa till osäkerhet i studier, förblir okänd. Inga uppgifter om

[3] Delades in i tre grupper: högre tjänstegrad icke-manuellt arbete; högre tjänstegrad manuellt arbete; lägre tjänstegrad manuellt arbete

	möjliga komplikationer eller att operationer behövdes göras om fanns tillgängliga.

Studie	**Mattila, K. et al. (2014). Impact of morning stiffness on working behaviour and performance in people with rheumatoid arthritis. Rheumatol Int., 34. [28]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Mattila, K. et al. 2014 Finland
Studiedesign	Observationsstudie
Syfte	Att undersöka inverkan av morgonstelhet på arbetslivet för patienter med RA, samt en utvärdering av differentiella effekter på varaktighet och svårighetsgrad av symtom.
Studiepopulation	1 061 patienter med RA
Metod	Patienter med RA i arbetsför ålder och som regelbundet upplevt morgonstelhet rekryterades till studien. Eftersom nationella register på patienter med varierande varaktighet eller svårighetsgrad av morgonstelhet inte finns, användes andra metoder för att rekrytera deltagare. Metoderna varierade efter land, men främst involverade det kontakter med primär- och sekundärvårdsläkare och patientföreningar eller sökningar i databaser. Patienter som haft diagnosen RA i minst 6 månader, var i åldern mellan 18 år och den statliga pensionsåldern för respektive hemland och vanligtvis upplevd morgonstelhet minst 3 dagar i veckan, tillfrågades att delta i undersökningen. Efter undersökande intervjuer med deltagande patienter, utvecklades en strukturerad enkät som översattes till lokala språk för användning i 11 europeiska länder (Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland, Italien, Norge, Polen, Spanien, Sverige och Storbritannien). Länderna valdes ut till från olika delar av Europa och med varierande hälsovårdssystem. Utbildade intervjuare genomförde enkäten per telefon, det tog cirka 10 minuter att fylla i frågeformuläret med varje respondent.
Utfallsmått	Varaktighet och svårighetsgrad av morgonstelhet, arbetsstatus, arbetsförmåga, livskvalitet
Rapporterat resultat (urval)	Totalt intervjuades 1 061 patienter, ca 100 från de länder som var inkluderade i enkätundersökningen, med undantag för Norge (55 deltagare). Både längre varaktighet och större svårighetsgrad av RA-relaterad morgonstelhet hade betydande negativ inverkan på patientens livskvalitet. Ålder och kön påverkade inte upplevd varaktighet eller svårighetsgrad av morgonstelhet. RA-relaterad morgonstelhet reducerade arbetsförmågan. Proportionen av deltagare som uppgav att de var mindre kapabla att utföra uppgifter på grund av RA-relaterad morgonstelhet varierade från 55 % i Sverige till 91 % i Polen. Den lägsta proportionen (55 %) av deltagare som upplevde begränsningar i utförandet av uppgifter på grund av RA-relaterad morgonstelhet var deltagare i Sverige, medan deltagare i Frankrike, Norge och Polen visade de högsta proportionerna (över 85 %). Endast 33 % av de 582 deltagarna som arbetade eller kunde arbeta rapporterade ingen direkt påverkan av RA-relaterad stelhet i yrket, variationen var mellan 14 % i Norge till 55 % i Polen. Nedsatt arbetsförmåga rapporterades av 29 % (variation från 8 % i Spanien till 48 % i Norge) och 28 % rapporterade reducerat antal arbetade timmar på grund av

	RA-relaterad morgonstelhet (varierade från 12 % i Polen till 43 % i Norge). Bland de 534 deltagare som arbetade uppgav 47 % att morgonstelheten påverkade deras prestation på arbetet, mest på grund av svårigheterna att utföra dagliga aktiviteter (57 %) och att det tar längre tid att utföra dem (57 %). Totalt 15 % av deltagarna var sjukskrivna på grund av RA-relaterad morgonstelhet den senaste månaden (från 2 % i Danmark och Polen till 38 % i Frankrike och Italien). När varaktigheten av RA-relaterad morgonstelheten ökade påverkade det beslutet att gå i pension i förtid. En majoritet (71 %) av de 224 som var pensionerade slutade arbeta tidigare än deras förväntade pensionsålder (variation från 48 % i Polen till 92 % i Tyskland).
Begränsningar med studien	Gemensamt med andra patientundersökningar, kan tolkningen av det deskriptiva resultatet påverkas av confounders. En potentiell confounder av intresse är respondenternas ålder. Hur som helst, mönstret av svar mellan undergrupper som definierats utifrån ålder var annorlunda än dem som definieras av svårighetsgrad och varaktighet av morgonstelheten, vilket antyder att effekterna av morgonstelhet kan inte vara starkt beroende av ålder.

Studie	**Salazar-Mejía, C.E. et al. (2019). Relationship between work productivity and clinical characteristics in rheumatoid arthritis. Reumatol Clin.15(6). [39]**
Författare Publiceringsår Land	Salazar-Mejía, C.E. et al. 2019 Mexiko
Studiedesign Syfte	Tvärsnittsstudie Att undersöka sambandet mellan förmågan att utföra produktiva aktiviteter och de kliniska egenskaperna av RA, såsom sjukdomsaktivitet, livskvalitet, funktionell kapacitet, arbetsbelastning, farmakologisk behandling och samsjuklighet.
Studiepopulation	204 patienter med RA (92,6 % kvinnor)
Metod	Alla patienter mellan 18 och 75 år diagnosticerade med RA, enligt the AmeIQRan College of Rheumatology (ACR) criteria from 1987 och/eller the European League Against Rheumatism (EULAR)/ACR from 2010, och som regelbundet besöker öppenvården på reumatologiska avdelningen på Universitetssjukhuset i Monterrey, Nuevo León, Mexico, under perioden mellan januari och mars 2017 inkluderades.
Utfallsmått	**Funktionsnedsättning** i arbete och aktiviteter mättes med the Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) Svårigheter att utföra **arbetsrelaterade aktiviteter** mättes med the basic everyday life activities (BDLA) **Nivå av funktionsnedsättning** i RA mättes med the Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) **Livskvalitet** mättes med the Rheumatoid Arthri-tis Quality of Life Scale (RAQoL) **Uppskattning av RA sjukdomsaktivitet** mättes med the Disease Activity Score scale of 28 articulations (DAS-28 score)

	Typ av anställning mättes med the International Standard Classification of Occupations 2008 of the International Labour Organisation (CIUO-08).
Rapporterat resultat (urval)	204 patienter inkluderades i studien, majoriteten var kvinnor (92,6 %). Genomsnittlig ålder var 54,46 ± 9,3 år, med ett BMI på 28,36 ± 5,41 kg/m^2. Utvecklingen av RA var 90 månader (IQR 36–168), med en aktivitetsnivå på 2.82 (IQR 2.22–3.83) mätt med DAS-28-CRP. Funktionell kapacitet mätt med HAQ-Di, erhöll ett medianvärde på 0.75 poäng (IQR .15–1.75), medan livskvalitet fick en poäng på 9 (IQR 3–16) mätt med the RAQoL. Femtion patienter var engagerade i lönearbete, vilket korresponderar med 24,5 % av det totala urvalet. En jämförelse mellan grupperna anställda och arbetslösa visade en statistisk signifikant skillnad gällande ålder, kön, längd på utbildning, arbetsbelastning, prevalens för högt blodtryck, nivå av RA aktivitet mätt med DAS-28-CRP, funktionell kapacitet mätt med HAQ-DI och livskvalitet med RAQoL. Multivariata analyser relaterade patienternas baslinjeegenskaper med deras nivå av funktionell kapacitet. Med avseende på HAQ-DI skalan, fanns ett statistiskt signifikant samband med diabetes mellitus typ 2, systemic lupus erythematosus och neuropati. Bland indikatorerna som mättes i föreliggande studie fanns ett statistisk signifikant samband med den analoga skattningen av smärta, RA aktivitet mätt med DAS-28-CRP och ett procentuellt underskott i BDLA. Andelen underskott i BDLA var 20% (IQR 0–40%) i gruppen som arbetade, medan det i gruppen arbetslösa var 40% (IQR 17,5–70). Det fanns en statistiskt signifikant skillnad (p = 0,002) mellan de två grupperna. Ett svagt positivt samband hittades mellan en hög poäng i RAQoL-frågeformuläret och andelen sjukfrånvaro; ett måttligt positivt samband med sjukfrånvaro, andelen för förlust av total produktivitet och andelen underskott i BDLA. Funktionell kapacitet mätt med HAQ-DI hade ett positivt samband med andelen sjukfrånvaro och ett starkt positivt samband med andelen av sjuknärvaro, procent av total förlust av produktivitet och andelen underskott i BDLA.
Begränsningar med studien	En av begränsningarna i denna studie är att patienter endast rekryterades från ett referenscentrum och tvärsnittsdesignen gjorde det inte möjligt att upprätta ett tillfälligt samband mellan effekterna av de bedömda faktorerna och den övergripande arbetsförmågan. Eftersom det fanns så många faktorer som påverkade resultatet, var viktning av alla relaterade variabler komplexa. De verktyg som använts gav inte utrymme för någon bedömning mellan personer som är egenföretagare och dem som arbetar på ett kontrakt som betalas av en tredje part. Det här är något som måste utvärderas i framtida studier, eftersom patientens anställningsprofil påverkar.

Studie	**Stigmar, K. et al. (2017). Sick leave in Sweden before and after total joint replacement in hip and knee osteoarthritis patients. Acta Orthopaedica 88 (2). [40]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Stigmar, K. et al. 2017 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Observationsstudie Att undersöka hur patienter med höft- och knäartros är sjukskrivna före och efter en THR eller TKR genom användning av individdata från en geografisk region.

Studiepopulation	1 307 THR patienter och 996 TKR patienter (samt referenser)
Metod	Studien är en observationsstudie på patienter med höft- eller knäartros som hade genomgått en "total hip replacement" (THR) eller en "total knee replacement" (TKR). Studien genomfördes i Region Skåne, Sverige. Genom att använda ICD-10-koder identifierades alla patienter som fått diagnosen höftartros (M16) och som genomgått en THR och alla patienter med diagnosen knäartros (M17) och som hade genomgått en TKR registrerad i Skånes hälsovårdsregister under perioden januari 2004 till december 2012. Första gången den kirurgiska koden för höft- respektive knäoperation visades i registret (datum för operation) var vald som dag 0. För att de skulle kunna delta i studien var kriterierna att alla patienter som skulle inkluderas var bosatta i Skåne-regionen 1 år före operationen och att de var 40–59 år vid operationen. Personer som dog eller fått sjukersättning utesluts. För varje patient, kopplades data från Försäkringskassan om sjukfrånvaro för perioden 360 dagar före operationen och upp till högst 719 dagar efter operationen. För studien skapades 2 olika kohorter, 1 för THR-patienter och 1 för TKR-patienter. En referens-kohort identifierades för var och en av de två patientkohorterna, referenserna matchades till patienterna i patientkohorterna. Kriterierna för referenserna var att de måste ha haft någon form av sjukvårdskontakt som registrerats i SHR under perioden 2004-2012. De matchande variablerna var samma kön, samma födelseår och samma bostadsområde. Dag 0 ställdes till att vara dagen som motsvarande operationsdagen dagen för TKR/THR artroplastiken för patienterna. I linje med de två fall kohorterna, uteslöts referenser som dog eller hade någon form av sjukersättning under studie perioden.
Utfallsmått	**Sjukfrånvaro** **Återgång i arbete**
Rapporterat resultat (urval)	För THR-kohorten identifierades 1 581 patienter i arbetsför ålder. Efter exklusion av 274 patienter återstod 1 307 THR patienter. Den slutliga THR-kohorten innehöll fler män (54 %) än kvinnor (46 %). De fanns inga signifikanta skillnader i relation till originalkohorten. Genomsnittsåldern var 53 (SD 5.0) år för kvinnorna och 53 (SD 5.1) år för männen. Bland de individerna som exkluderades var det fler kvinnor (69%) än män (31%), och genomsnittsåldern var 54 (SD 4.7) år för kvinnorna och 54 (SD 5.1) år för männen. Kohorten med referenser innehöll 4 604 individer, efter exklusion av 1 702. Det var fler män (56%) än kvinnor (44%) i kohorten med referenser och som hade en genomsnittsålder 53 (SD 5.1) år för båda könen. För TKR-kohorten identifierades 1 296 patienter. Efter exklusion av 300 patienter återstod 996 TKR patienter. Det var 563 kvinnor (56 %) och 433 män (44 %) i TKR-kohorten. Könsfördelningen i gruppen som exkluderades skilde sig åt, den innehöll 78 % kvinnor och 22 % män. I TKR-kohorten hade både kvinnor och män en genomsnittsålder på 55 (SD 3.8 och 3.9) år, och det fanns inga signifikanta skillnader från patienterna i gruppen som exkluderades, där, kvinnor hade en genomsnittsålder på 55 (SD 3.9) år och männen 56 (SD 3.1) år. Kohorten med referenser innehöll 5 146 individer och 1 721 individer exkluderades. I den finala kohorten återstod 3 425 referenser, 55 % var kvinnor och 45 % var män. Det fanns inga signifikanta skillnader i genomsnittsålder jämfört med TKR-kohorten. Tolv månader före THR, hade fler kvinnor (14 %) än män (8 %) sjukfrånvaro. I relation till de matchade referensern var fler patienter med höftartros sjukskrivna hela studieperioden ut.

	Detta kunde iakttas redan 1 år före operationen, men även 2 år efter operationen. I nära anslutning till tiden för operation när sjukfrånvaron peakade, var proportionen mellan män och kvinnor som var sjukskrivna lika (89 % respektive 90 %), men under den postoperativa perioden hade kvinnor en liten försenad återgång till arbetet jämfört med män. Jämfört med referenspopulationen hade både män och kvinnor fler dagars sjukfrånvaro 1 år före operationen, samma månad som operationen, och vid 2-årsuppföljningen. Tolv månader före TKR, var 21 % av kvinnorna sjukskrivna och samma månad som operationen var 90 % sjukskrivna. Efter operationen, minskade sjukfrånvaron och 2 år efter TKR var 17 % av kvinnorna fortfarande sjukskrivna. När det gäller männen var 16 % sjukskrivna 1 år före TKR och samma månad som operationen var 90 % sjukskrivna. Sjukfrånvaron minskade under 2-årsuppföljningen, men 12 % av männen var fortfarande sjukskrivna 2 år efter TKR. Jämfört med referenspopulationen, var en större proportion av både män och kvinnor som genomgått TKR sjukskrivna under hela perioden. Genomsnittet dagar med sjukfrånvaro var högre för både män och kvinnor i TKR-kohorten 1 år före TKR, samma månad som operationen och 2 år efter TKR, jämfört med referenspopulationen.
Begränsningar med studien	Det saknade information om patienternas anställningar före och efter operationen, varken om nuvarande eller tidigare. Detta skulle ha varit viktig information, och bristen på det kan utgöra en confounder gällande resultatet. Det saknades även information om patienten återvände till samma arbetsplats och samma yrke som före operationen, eller om några anpassningar av arbetsplatsen hade genomförts före eller efter operationen.

Studie	**Sverker, A. et al. (2014). Participation in work in early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study interpreted in terms of the ICF, Disability and Rehabilitation, 36:3, [41]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Sverker, A. et al. 2014 Sverige
Studiedesign **Syfte**	Explorativ intervjustudie Att undersöka vilka arbetsrelaterade dilemma som upplevs av patienter med tidig reumatoid artrit (RA), enligt deras egna beskrivningar, och att tolka detta i termer av delaktighetskategorier enligt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
Studiepopulation	48 patienter med tidig RA
Metod	En kvalitativ studie med semistrukturerade individuella face-to-face-intervjuer. Transkriberad data användes som underlag för analys med hjälp av kondensering. Detta följdes av ICF-linking, beskrivning av arbetsrelaterade dilemman och induktiv tolkning av allmänna teman som framträder i data. Denna studie fokuserar på delaktighet i arbete, men data samlades in om dilemman av alla slags aktiviteter i vardagen med möjlighet att analysera andra aspekter i en separat studie. Deltagare till studien valdes ut från de 522 patienter som deltog i den andra kohorten (TIRA-2) i ett prospektivt projekt med fokus på tidig artros under 2006 – 2009. Patienterna uppfyllde åtminstone 4 av de 7 kriterierna enligt (1987 American College of Rheumatology classification criteria (ACR-87). Data om exempelvis sjukdomsaktivitet och funktionsnedsättning registrerades vid inkludering i projektet

	och vid uppföljning 3, 6, och 12 månader efter inkludering. Specifika kriterier för att vara behörig att ingå i denna studie var ålder 20–63 år och ha färsk erfarenhet av att leva de första 3 åren efter diagnos. 59 patienter från TIRA-2 kohorten uppfyllde kriterierna och 48 inkluderades i studien. Varje deltagare intervjuades. Intervjuerna var semi-strukturerade med öppna frågor om det vardagliga livets dilemman som kan relateras till RA, genom att använda "the critical incident technique (CIT)". Varje beskrivning av ett dilemma utgjorde en enhet för vidare analys. Efter kondensering av transkriberad text, tolkades varje kondenserad beskrivning av ett dilemma avseende ICF aktivitet/delaktighet kategorier och koder.
Utfallsmått	**Sjukdomsaktivitet** dokumenterades med the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) **Generell aktivitetsbegränsning** skattades med the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) svensk version.
Rapporterat resultat (urval)	Vart och ett av de 98 arbetsrelaterade dilemman kan länkas till en eller flera ICF-kategorier. Dessa tillsammans med ICF-kategorierna tolkades för att representera tre allmänna teman: *samhällsperspektiv*, *delaktighetsprioriteringar* och *inbäddade åtgärder*. De beskrivna dilemmana representerade samhällsperspektiven på deltagande i arbete där helt olika aspekter, t.ex. olika steg i arbetet, mängden eller arbetsform gavs uppmärksamhet. När det gäller ICF representerade beskrivningarna att förvärva, behålla och säga upp ett jobb. Med avseende på att förvärva ett jobb fanns beskrivningar relaterade till att ansöka om ett jobb, till exempel rädsla för att erbjudas ett jobb och sedan inte kunna hantera arbetet, tankar om vilken grad av fysiskt krävande jobb man bör ansöka om, med oro för RA, och även om att man bör berätta om RA vid en intervju med en presumtiv arbetsgivare. När det gäller att behålla ett jobb fanns det också beskrivningar relaterade till om man ska berätta om RA på det nya arbetet. Beskrivningarna om att behålla ett arbete var också relaterat till att konfronteras med att få mindre ansvar och/eller en lägre position, exempelvis efter att återgång till arbete efter en lång sjukfrånvaro. Patienter hade svårigheter att prata om deltagande i arbete utan att även nämna det sociala livet. Dilemman uppstår när man måste välja mellan att delta i kvällsaktiviteter med kollegor på sin arbetsplats och delta i det ordinarie arbetet, eftersom RA gör kombinationen av dessa aktiviteter alldeles för belastande i relation till energi och fatigue. Det fanns även beskrivningar avseende att genomföra dagliga rutiner och hantera ens aktivitetsnivå i termer av energi och timing. Problemet med att hantera trötthet var relaterad till arbetet som sådant och även till den beskrivna frågan om prioritering mellan arbete och andra områden för deltagande.
Begränsningar med studien	Det saknade information om patienternas anställningar före och efter operationen, varken om nuvarande eller tidigare. Detta skulle ha varit viktig information, och bristen på det kan utgöra en confounder gällande resultatet. Det saknades även information om patienten återvände till samma arbetsplats och samma yrke som före operationen, eller om några anpassningar av arbetsplatsen hade genomförts före eller efter operationen.

Studie	**Tiippana-Kinnunen, T. et al. (2014). Work disability in Finnish patients with rheumatoid arthritis: a 15-year follow-up. Clinical and Experimental Rheumatology. 32. [42]**

Författare **Publiceringsår** **Land**	Tiippana-Kinnunen, T. et al. 2014 Finland
Studiedesign **Syfte**	Explorativ intervjustudie Att studera långvarig arbetsoförmåga hos patienter med tidig reumatoid artrit (RA) och att undersöka effekten av tidig sjukaktivitet och radiologisk progression på förlusten av den slutliga arbetsförmågan.
Studiepopulation	86 patienter med tidig RA
Metod	Studiepopulationen utgjordes av 87 patienter med tidig reumatoid artrit (RA) som valdes ut mellan 1986 och 1989 i Helsingfors, Finland och som följdes upp prospektivt över en 15 årsperiod. I början av studien uppfyllde alla patienter the 1958 American Rheumatism Association (ARA) samtliga kriterier för RA och senare under uppföljningsperioden bekräftades att de även uppfyllt kriterierna the 1987 American College of Rheumatology (ACR). Totalt 69 (79 %) och 18 män med en genomsnittsålder på 44 (18-65) år och en genomsnittlig symtomtid på 8 (2-12) månader inkluderades; 57 (65 %) av patienterna var reumatoid faktor (RF) positiva. Endast patienter som var i arbete eller till arbetsmarknadens förfogande inkluderades. En kvinna exkluderades senare ur studien på grund av reviderad diagnos. Alla patienter inbjöds att delta i 5-, 7-, 10-, och 15 års uppföljande utvärderingar. I början av studien mättes sjukdomsaktivitet baserat på antalet ömmande leder (53 leder/28 leder) och antalet svullna leder (44 leder/28 leder). Sjukdomsaktivitetens poäng baserat på 28 leder (DAS28) beräknades retrospektivt med tre parametrar vid baslinjen och var tredje månad under de första 12 månaderna för att utvärdera sjukdomsaktivitet under det första året med diagnosen. Generell funktionsnedsättning (HAQ) registrerades inte förrän vid studiens tredje år. Röntgenbilder av händer och fötter undersöktes vid studiens start och vid 1, 2, 3, 5, 7, 10 och 15 år och klassificerades enligt Larsens metod som delar in förändringar i fem grader av förändring jämfört med normalfynd. En ökning av >2 grader mellan två efterföljande mätningar ansågs vara radiologisk progression. Den radiologiska utvecklingen undersöktes under det första året med RA och utvärderade dess påverkan på arbetsoförmåga.
Utfallsmått	**Sjukdomsaktivitet** dokumenterades med the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) **Generell aktivitetsbegränsning** skattades med the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) svensk version.
Rapporterat resultat (urval)	Röntgenbilder av händer och fötter undersöktes vid studiens start och vid 1, 2, 3, 5, 7, 10 och 15 år och klassificerades enligt Larsens metod som delar in förändringar i fem grader av förändring jämfört med normalfynd. En ökning av >2 grader mellan två efterföljande mätningar ansågs vara radiologisk progression. Den radiologiska utvecklingen undersöktes under det första året med RA och utvärderades utifrån påverkan på arbetsoförmåga. Vid 15-årsuppföljningen, hade 42 (49 %) av de 86 patienter som fortfarande var kvar i studien, gått i pension på grund av förlorad arbetsförmåga. De flesta av dem [38/42 (90 %)] hade sjukersättning. Fyra (10 %) patienter arbetade halvtid och hade sjukersättning halvtid. RA var huvudorsaken till sjukpensioneringen för 34/38 (81 %) av patienterna med sjukersättning. Sammanfattningsvis, 14 (16 %)

	av patienterna hade ålderspension, 28 (33 %) arbetade heltid och 2 (2 %) var arbetssökande. Sjukdomsaktiviteten var högst vid baslinjen bland de patienter som förlorat arbetsförmågan på grund av RA. Av de patienter, med komplett data om sjukdomsaktivitet under det första året med RA, utvärderades 84/86, gällande sjukdomsaktivitetens påverkan på långvarig sjukfrånvaro. Patienterna delades in i två grupper; de som hade låg sjukdomsaktivitet (DAS28 AUC <3.2) och de som hade moderat till hög sjukdomsaktivitet (DAS28 AUC >3.2). Vid 15-årsuppföljningen hade 64 % av patienterna med moderat till hög sjukdomsaktivitet under första året med RA fått sjukersättning, 12 % av dem under det första året, 25 % under de 3 första åren, 28 % under de första 5 åren, och 55 % under 10 år. För patienter med låg sjukdomsaktivitet, hade de flesta fortfarande arbetsförmåga vid 15-årsuppföljningen.
Begränsningar med studien	Tyvärr fanns inga uppgifter om funktionell kapacitet under de två första årens uppföljning. Istället för att använda HAQ gjordes en utvärdering av sambandet mellan tidig sjukdomsaktivitet och radiologisk progression med senare uppmätt arbetsförmåga. Sjukdomsaktiviteten under de första 12 månaderna av RA bedömdes med DAS28 AUC.

Studie	**van Vilsteren, M., et al. (2015). Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskeletal Disorders 16:107. [43]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	van Vilsteren, M., et al. 2015 Nederländerna
Studiedesign **Syfte**	Tvärsnittsstudie Att bestämma vilken kombination av personliga, sjukdomsrelaterade och miljömässiga faktorer som har samband med produktivitetsförlust på arbetsplatsen hos patienter med reumatoid artrit (RA) och hur produktivitetsförlust på jobbet är förknippat med livskvaliteten för dessa patienter.
Studiepopulation	150 patienter med RA
Metod	Detta är en tvärsnittsstudie som bygger på baslinjemätningar för en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som utvärderade ett interventionsprogram för att stödja produktiviteten på arbetet för anställda med RA. Patienter med RA rekryterades från en specialiserad reumatologklinik och ett akademiskt sjukhus i Amsterdam, Nederländerna. Inkluderingskriterier för studien var: (1) diagnos RA, (2) ålder mellan 18-64 år, (3) har ett betalt arbete (antingen lönearbete eller egenföretagare), (4) arbetar åtminstone åtta timmar per vecka, (5) och upplever åtminstone mindre svårigheter att fungera på jobbet. Patienterna fick ange på en skala från en till fem i vilken utsträckning RA störde deras arbetsfunktion. Patienter fyllde i en enkät och deras kliniska egenskaper erhölls från deras medicinska journaler. Alla uppmätta variabler kategoriserades i antingen interna (personliga eller sjukdomsrelaterade variabler) eller externa faktorer relaterade till den yttre miljön.
Utfallsmått	**Sjuknärvaro** mättes med the 25-item Work Limitations Questionnaire (WLQ) **Sjukdomsaktivitet** dokumenterades med the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28)

	Hälsorelaterad livskvalitet mättes med the RAND 36 **Generell hälsa** skattades på en visuell analog skala (VAS) 100 mm **Dagligt fungerande** skattades med the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ). **Smärta** och **fatigue** mättes med enstaka frågor på en VAS skala från 0 – 10, där 0 betydde ingen smärta/fatigue till 10 svår smärta/mycket trött. **Stöd** från handledare och kollegor, **psykologisk** och **fysisk arbetsbelastning** mättes med delskalor från the Job Content Questionnaire (JCQ) **Arbetsinstabilitet** mättes med the RA Work Instability Scale (RA WIS) **Sjukfrånvaro** mättes med ett item på the Productivity and Disease Questionnaire (Prodisq). Patienterna fick ange antalet dagar de varit frånvarande från arbetet de senaste 12 månaderna.
Rapporterat resultat (urval)	Det var mest kvinnor som deltog i studien (84,0 %), medelåldern var 49,7 år och deltagarna hade i genomsnitt blivit diagnostiserade med RA för 10,4 år sedan. Den totala poängen på WLQ var 7,1 vilket betyder att 7,1 % av tiden den senaste två arbetsveckorna förlorades på grund av förlorad arbetsproduktivitet. Resultatet gav en genomsnittlig uppskattning att 4,0 arbetstimmar förlorades på grund av sjuknärvaro på två veckor, baserat på en genomsnittlig arbetsvecka på 28,7 timmar. Deltagarna skattade låga resultat på RAND 36-skalorna för vitalitet, fysiska aktivitetsbegränsningar, generell uppfattning om hälsan, och uppfattad hälsoförändring, vilket indikerar att deltagarna hade sämre hälsa på dessa delskalor jämfört med övriga delskalor. Resultatet visar att deltagarna som upplevde sämre psykisk hälsa och fler fysiska aktivitetsbegränsningar, som inte var/var bara måttligt nöjda med sitt arbete, hade högre grad av arbetsinstabilitet upplevde mer förlorad arbetsproduktivitet. Det fanns ett signifikant samband mellan förlorad arbetsproduktivitet och sämre psykisk hälsa. En analys av produktivitet på arbetet och livskvalitetsdimensionen för fysiska aktivitetsbegränsningar visade att för varje 10 poängs minskning på skalan (0 – 100) förlorades ytterligare 0,1 timme på grund av sjuknärvaro. Det fanns även ett signifikant samband mellan förlorad arbetsproduktivitet och smärta, ju mer smärta desto mer förlorad arbetsproduktivitet.
Begränsningar med studien	En begränsning är att resultatet är baserat på tvärsnittsdata, vilket innebär att det inte går att skilja på orsaker och konsekvenser. Resultatet gäller anställda med RA som har upplevt åtminstone mindre svårigheter på jobbet, därför kunde inte förekomsten av presentism studeras.

Bilaga 2. Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och ICF

Inledning

Kunskapsunderlaget till avsnitten *Funktionsnedsättning* och *Aktivitetsbegränsning* utgörs av beprövad erfarenhet och kunskap från sakkunniga som deltagit i arbetet, urval av ICF-kategorier relaterat till sysselsättning från diagnosspecifika ICF-Core sets, samt två vetenskapliga publikationer som identifierades vid den systematiska kartläggningen av vetenskapligt underlag för effekter av sjukskrivning (denna bilaga). Dessa är systematiska litteraturöversikter.

Definitioner

Några begrepp som används i kartläggningen behöver förklaras:

Begrepp	Definition
funktionsnedsättning	nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Anmärkning: En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur (termbanken 20170315).
aktivitetsbegränsning	är svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter (ICF, WHO)

Metod

Frågeställningar och urvalskriterier

Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är viktiga informationsmängder för att beskriva en persons arbetsförmåga och funktionstillstånd i sjukskrivningssammanhang.

Enligt processen för uppdatering av diagnoserna som finns i det försäkringsmedicinska beslutsstödet används ICF-Core sets i första hand för att ta fram urval av ICF-kategorier för funktionsnedsättningar respektive aktivitetsbegränsningar. I de fall det inte finns framtagna ICF-Core sets genomförs en systematisk litteraturgenomgång. I denna uppdatering fanns ICF-Core sets för fyra av de fem diagnoserna som har uppdateras. Det saknades ICF-Core sets för psoriasisartrit (ICD-M07) och därför inkluderades sökord vid den systematiska litteratursökningen om effekter av sjukskrivning för att kunna fånga in funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar även för den diagnosen.

ICF och ICF-Core sets

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF är en av Världshälsoförsamlingens (WHO) referensklassifikationer och kompletterar ICD. Två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd och två personer med samma nivå av funktionstillstånd kan ha två olika sjukdomar. ICF utgår från en biopsykosocial modell med följande komponenter: kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet, omgivningsfaktorer och personfaktorer. I FMB används funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

ICF utgörs av kategorier som är klassifikationsenheter och som kan användas för att beskriva en persons hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Ett av syftena med ICF är att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd i syfte att förbättra kommunikation mellan olika användare.

För att underlätta användningen av ICF i praktiken och standardisera bedömning av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa finns en modell utvecklad för att ta fram standardurval av ICF-kategorier s.k. ICF-core sets för olika hälsotillstånd eller situationer. ICF-Core Sets utvecklas enligt ett standardiserat, vetenskapligt strukturerat förfarande där ICF-kategorier väljs från hela ICF efter en vetenskaplig process baserat på förberedande studier och involvering av internationell multidisciplinär expertgrupp. ICF-Core sets finns publicerade i vetenskapliga artiklar.

I det försäkringsmedicinska beslutsstödet finns information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning både som fritext och som ett urval av ICF-kategorier. Urvalen av ICF-kategorier för en diagnos är tänkt att hjälpa läkaren att välja de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som är mest relevanta för den enskilda patienten.

Det finns urval av ICF-kategorier för var och en av diagnoserna Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom](axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros, psoriasisartrit och reumatoid artrit (RA). Dels finns det befintlig fritext för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning att utgå ifrån, samt ett framtaget urval av kategorier från ICF-Core sets relaterat till sysselsättning. Resultatet efter uppdatering av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för höftartros (se nedan)

Tabell 1. Urval av ICF-kategorier för funktionsnedsättning för höftartros – M16

ICF-kod	M16 – Höftartros
Funktionsnedsättning	
b130	Energi och drifttfunktioner
b134	Sömnfunktioner
b152	Emotionella funktioner
b280	Smärtförnimmelse
b28015	Smärta i nedre extremitet
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete
b710	Funktioner för rörlighet i leder

b715	Ledstabilitetsfunktioner
b730	Muskelkraftsfunktioner
b735	Muskeltonusfunktioner
b740	Muskeluthållighetsfunktioner
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser
b770	Gångmönster
b780	Förnimmelser vad avser muskel- och rörelsefunktioner
b7800	Förnimmelse av muskelstelhet

Tabell 2. Urval av ICF-kategorier för aktivitetsbegränsning för höftartros – M16

ICF-kod	M 16 - Höftartros
Aktivitetsbegränsning	
d410	Att ändra grundläggande kroppsställning
d4103	Att sitta
d4104	Att stå
d415	Att bibehålla en kroppsställning
d4153	Att bibehålla sittande ställning
d4154	Att bibehålla stående ställning
d430	Att lyfta och bära föremål
d435	Att förflytta föremål med hjälp av benen
d450	Att gå
d451	Att gå uppför och nedför i trappor
d455	Att röra sig omkring på olika sätt
d4550	Att krypa
d4551	Att klättra
d4552	Att springa
d4553	Att hoppa
d470	Att använda transportmedel
d475	Att vara förare

Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Studie	**Alkabeya, H. A., et al. (2019). "Factors Associated With Hand and Upper Arm Functional Disability in People With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review." Arthritis Care & Research, Vol. 71, No. 11, November 2019, pp 1473–1481. [44]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Alkabeya, H. A., et al. 2019 Storbritannien
Studiedesign **Syfte**	Systematisk litteraturöversikt Att genomföra en omfattande syntes av evidens rapporterat i observationsstudier av faktorer kopplat till funktionsnedsättning i händerna hos patienter med RA i en verklig kontext än i randomiserade kontrollerade studier
Studiepopulation	Studier innehållande totalt 1544 personer med RA
Metod	Sökning i databaser resulterade i 1 254 träffar (MEDLINE=395; EMBASE=566; CINAHL=122; AMED=54; PsychINFO=18; Web of Sciences=99), samt annan källsökning som gav 17 träffar. Efter borttagningen av dubbletter återstod 764 artiklar. Vid screening av titlar och abstrakt exkluderades 703 artiklar. Av de återstående 61 artiklarna, exkluderades 41 artiklar pga ex konferensabstrakts, fel population mm. Slutligen uppfyllde 20 artiklar alla inklusionskriterier och ingick i den aktuella

	översikten. Handsökningar resulterade i ytterligare 1 artikel som exkluderades pga språk. Artiklarna i översikten var baserade på 19 oberoende studier av personer med RA. Femton artiklar var tvärsnittsstudier, två var fall-kontrollstudier och tre var kohortstudier.
Utfallsmått	**Nedsättning av handfunktion** såsom Styrka Rörelseförmåga Sjukdomsaktivitet Deformation Strukturell skada (röntgen) Smärta Stelhet samt Mental hälsa Vitalitet
Rapporterat resultat (urval)	När det gäller kroppsstruktur och funktionsfaktorer, var begränsad handfunktion associerat med nedsatt handstyrka (kraft, gripa, nypa och styrka), ökad flexionsbegränsning i den dominerande handens fingrar, hög sjukdomsaktivitet (sammansatta mått, räkning av ömmande leder, C-reaktiv protein och patientens globala bedömning av sjukdomens aktivitet), synliga deformiteter i dominerande hand, ökning av avvikelser i armbågsbenets vinkel på dominerande och icke-dominerande hand, låg mental hälsostatus, hög smärtintensitet (kroppslig smärta och smärta under aktivitet), och fler strukturella skador i händerna.
Begränsningar med studien	Endast den första författaren granskade titlar och sammanfattningar. Översikten begränsades av den stora variationen i de inkluderade studiernas populations storlek (intervall 25–200). Följaktligen kan populationens storlek påverka resultaten i de inkluderade studierna; små samband är signifikanta i studier med en stor population men inte i studier med en liten population. Inte alla studier som inkluderades i denna översikt har presenterat storleken på sambandet inom deras statistiska analys och rapportering, så det är svårt att utesluta att resultaten är påverkade av detta. Studierna som inkluderades har använt självrapporterade och prestationsbaserade mått på ena handens funktion eller båda. Detta påverkade förmodligen resultatet av denna översikt eftersom prestationsbaserade instrument endast mäter ett smalt spektrum av handfunktion och kanske inte exakt återspeglar handförmågor.

Studie	**Ishida, M. et al. (2018). Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. Modern Rheumatology, 28:5 [45]**
Författare **Publiceringsår** **Land**	Ishida, M. et al. 2018 Japan
Studiedesign **Syfte**	Systematisk litteraturöversikt Att identifiera, beskriva och sammanställa evidens om kvarvarande symtom och sjukdomsbörda hos patienter med reumatoid artrit (RA) kvalificerade som i remission eller med låg sjukdomsaktivitet.
Studiepopulation	Ingen uppgift
Metod	Sökning i databaser resulterade i 869 träffar (the Japan Medical Abstracts Society (ICHUSHI)=477 (Japanese and English language); EMBASE=331; MEDLINE=22; CDSR=15;

	CINAHL=14; CENTRAL=10), samt annan källsökning som gav 17 träffar. Vid screening av titlar och abstrakt exkluderades 737 artiklar. Av de återstående 132 artiklarna, exkluderades 81 artiklar pga ex fel population, olämplig studiedesign mm. Slutligen uppfyllde 68 artiklar alla inklusionskriterier och ingick i den aktuella översikten. Av de inkluderade studierna var 60 publicerade mellan 2011 – 2016 och 8 publicerade mellan 2206 – 2010. Sexton studier var kliniska prövningar, 28 var observationsstudier (prospektiva och retrospektiva), och 24 artiklar presenterade resultat från en enkät, frågeformulär eller fokusgrupps-intervju. Antalet artiklar på engelska respektive japanska var 60/8.
Utfallsmått (som förekom i inkluderade studier)	**Remission** eller **låg sjukdomsaktivitet** DAS28; SDAI, CDAI, Boolean, RAPID3 and others **Smärta** VAS; MDHAQ (pain); SF-36 **Fatigue** VAS; FACIT-fatigue; SF-36 VT **Morgonstelhet** Morning stiffness **Psykisk hälsa** SF-36 (MCS) **Sömnsvårigheter** Sleep disturbance; PSQI **Funktionsnedsättning** HAQ; HAQ-Di; MD HAQ **HRQoL** SF-36; EQ-5D **Produktivitet i arbetet** WPAI
Rapporterat resultat (urval)	**Smärta** rapporterades i 25 artiklar som använde ett urval av olika patient-rapporterade utfallsmått (PRO) och skattningsskalor, främst the visual analogue scale (VAS). Studier som använde VAS föreslog att ett intervall av upplevd smärta i remission och låg sjukdomsaktivitet (low disability activity (LDA)) ska ligga mellan 11 och 40mm på VAS-skalan. I en studie (Brown, 2006) rapporterades ett medianvärde på 11mm (0–41) respektive 20mm (0–80) för patienter i remission och LDA definierat med DAS28. Det genomsnittliga intervallet var mellan 60–72mm sedan baslinjemätningen vilket indikerar att patienterna fortfarande upplevde kvarvarande smärta. Liksom smärta, rapporterades **fatigue** både som en mätning av behandlingens effektivitet i form av förbättring, lika väl som absoluta termer för patienter i remission eller LDA. Speciellt för remission rapporterade flera studier kvarvarande fatigue vid användning av VAS-skalan. En annan studie rapporterade däremot att 28 % av patienterna i remission eller LDA (definierat med DAS28) upplevde signifikant fatigue över 40mm på VAS-skalan. Kvarvarande fatigue hos patienter i remission/LDA bekräftas i ytterligare en studie. Där uppskattade patienterna fatigue inom intervallet 52–53mm på VAS vid baslinjemätningen och när de var i remission inom intervallet 34–40mm, vilket kan tyda på kvarvarande fatigue i remission. Resultatet för **stelhet i lederna** på morgonen varierade, men ingen konsekvent trend i resultatet kunde observeras. Flera studier som ingick i översikten rapporterade om ett flertal olika skalor som används för att skatta **psykisk hälsa** (hos patienter med RA). Den mest använda är Short Form Health Survey (SF-36) med subskalan mental health (MH), andra är exempelvis Mental Component Score (MCS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och the Beck's Depression Inventory (BDI). Sammantaget visar resultatet att patienter i remission hade mindre risk att fortsätta vara deprimerade jämfört med dem som aldrig nådde remission. Studierna som rapporterade om **sömnsvårigheter** hos patienter med RA, hänvisade till the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Skalan har ett intervall mellan 0 till 21, ju högre

	poäng desto sämre sömnkvalitet. En studie redovisade att 27 % av patienter i remission/LDA (DAS28) hade sömnsvårigheter (PSQI>5 cut-off för sömnlöshet). **Funktionsnedsättning** hos patienter i remission eller LDA skattades med the Health Assessment Questionnaire (HAQ) i 34 studier. En nyckelstudie rapporterade att beroende på vilka kriterierna för remission som användes varierade HAQ poängen från 0.38 för CDAI_2.8/SDAI_3.3 till 0.47 för DAS28<2.6. En annan studie rapporterade 0.3 för patienter i remission efter ett år. Resultatet av en prospektiv studie med 1531 patienter rapporterade ett medianvärde på 0.63 enligt HAQ med DAS28<2.6 remissionskriterier. Ytterligare en studie rapporterade procental för patienter som fick HAQ_0.5 enligt specifika kriterier för remission: 68% (DAS28 remission), 81% (SDAI), 82% (Boolean), som indikerar olika kriteriers stringens i förhållande till patient-rapporterade utfall (PRO) så väl som återstående sjukdomsaktivitet hos en del patienter i remission. **Hälsorelaterad livskvalitet** bedömdes i 21 artiklar, vanligast uppmätt med ett generiskt prefernsbaserat instrument som EuroQoL 5 Dimensional questionnaire (EQ-5D) och SF-36. Bland patienter med RA i remission rapporterades 77mm på en 0–100mm EQ-5D VAS-skala. I en annan studie med patienter i remission rapporterades och jämfördes EQ-5D index poäng kopplat till flera olika kriterier för remission hos patienter med RA, från 0.72–0.84 för kvinnliga till 0.74–0.86 för manliga patienter med LDA respektive i remission. Ytterligare en studie med patienter i både remission och LDA rapporterade liknande EQ-5D nyttovärden: 0.89 i remission och 0.78 i LDA vid användning av SDAI kriterier, medan andra rapporterade nyttovärden från 0.72 till 0.76 i DAS28-definierad LDA. Belastningen av **förlorad produktivitet i arbetet** hos patienter med RA utvärderades i fem studier, med evidens för nedsättningar i patienters liv i denna domän. Studierna hade använt the Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), som mäter nedsättning i procentandelar på en skala 0 – 100 % där högre värden indikerar högre grad av nedsättning. I en studie rapporteras en WPAI poäng på 22% för nedsatt aktivitet på grund av RA, medan 66,6 % av de 222 analyserade patienterna uppnådde HAQ remission (HAQ_0.5). Tre patienter (20 %) som uppnådde SDAI remission rapporterade förlorad produktivitet i arbetet mer än en dags sjukfrånvaro per månad, jämfört med 12 patienter (80 %) i gruppen med sjukdomsaktivitet. Gapet var mindre uppenbart för DAS remission: 12 patienter (41%) mot 17 patienter (59%).
Begränsningar med studien	Begränsningar i översikten var bl.a. att inkluderade studier skilde sig åt gällande viktiga egenskaper, därför var det inte möjligt att göra någon formell statistisk bedömning eller resultatsyntes. Viktiga orsaker till heterogenitet var studiernas design, som varierade från randomiserade kliniska prövningar till fokusgruppintervjuer; definitioner av remission och LDA. Trots populariteten av DAS28-baserade mätningar fanns ingen enhetligt definition; skillnader i rapporterade resultat och metoder, där även i de fall där samma verktyg tillämpades, det rapporterade utfallet skilde sig åt, t.ex. där nivåer av smärta eller trötthet rapporterades både i absoluta termer eller som förändringar från baslinjen på VAS.

Bilaga 3. Statistikunderlag

Statistik från Socialstyrelsens patientregister

Om patientregistret

Patientregistret innehåller:

- alla avslutade vårdtillfällen i sluten vård
- uppgifter om patienter som varit inlagda på sjukhus i den geriatriska och psykiatriska vården
- uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den delen av den öppna vården som inte är primärvård
- diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV
- akuta öppenvårdsbesök.

Patientregistret innehåller inte:

- uppgifter om primärvård
- uppgifter om andra yrkesgrupper än läkare

För ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros, psoriasisartrit och reumatoid artrit innebär det att de tillfällen där personer med dessa diagnoser söker vård inom primärvården inte syns i patientregistret. I patientregistret anges diagnoser enligt ICD-10 och åtgärder enligt KVÅ.

Ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] – M45

Antal patienter och vårdtillfällen med huvuddiagnos och bidiagnos i M45

Under år 2018, registrerades 5 147 individer i PAR med diagnosen ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom], som huvuddiagnos med ett vårdtillfälle i den specialiserade öppenvården. Totalt var det 10 505 vårdtillfällen som registrerades med ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Inom slutenvården var motsvarande antal 77 individer, som gav upphov till 89 vårdtillfällen.

Som bidiagnos, var det 1 202 individer inom den specialiserade öppenvården, och 1 365 individer inom slutenvården som registrerades med ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom]. Det utgjorde 1 923 vårdtillfällen i den specialiserade öppenvården, i jämförelse med 1 968 vårdtillfällen inom slutenvården.

Den stora majoriteten av patienter med ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] som huvuddiagnos hade i högre grad kontakt med den specialiserade öppenvården, jämfört med slutenvården. Denna fördelning mellan specialiserad öppenvård och slutenvård sågs inte för de patienter och vårdtillfällen där ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] angavs som bidiagnos.

Totalt antal patienter, samt vårdtillfällen per patient uppdelat på kön

Sammantaget under åren 2016–2018, var det 4 184 kvinnor och 7 361 män som vid något tillfälle fick vård för diagnosen ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom]. För kvinnor var det totalt 12 132 vårdtillfällen för huvuddiagnos M45, och för män 20 050 vårdtillfällen under dessa år. Medianen för antal vårdtillfällen för kvinnor med huvuddiagnosen M45 var 3, och för män 2.

För ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] som bidiagnos, var det 3 850 vårdtillfällen för kvinnor, och 7 694 vårdtillfällen för män, totalt. För både kvinnor och män var medianen 1 vårdtillfälle mellan åren 2016–2018 med M45 som bidiagnos.

Generellt, var det fler män än kvinnor med ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] som var i kontakt med vården mellan år 2016–2018, både vad gäller M45 som huvud- och bidiagnos. Medianen för antal vårdtillfällen var något högre för kvinnor än för män med M45 som huvuddiagnos.

Vanligaste åtgärderna för M45

Den vanligaste åtgärden registrerad i PAR mellan åren 2016–2018 för ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] var intravenös läkemedelstillförsel, följt av information och rådgivning med patient per telefon och en enkel läkemedelsgenomgång. Även åtgärderna klinisk undersökning av rörelseapparaten och injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led var bland de fem vanligaste åtgärderna.

Antal fall, sjukskrivningsfall, samt längd på sjukskrivningsfall per kön för M45

Mellan juli, 2017 och augusti 2018 var det 199 fall av sjukskrivning bland 182 kvinnor, med ett medel på 120,7 dagars sjukskrivning för diagnosen ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom]. Bland männen var det 143 unika fall, som gav upphov till 155 sjukskrivningsfall för M45. I medel var en sjukskrivning med M45 som angiven diagnos 142,3 dagar lång bland männen.

Höftartros, M16

Antal patienter och vårdtillfällen med huvuddiagnos och bidiagnos i M16

Under år 2018, registrerades 27 676 individer i PAR med diagnosen höftartros, M16, som huvuddiagnos med ett vårdtillfälle i den specialiserade öppenvården. Totalt var det 44 340 vårdtillfällen som registrerades med höftartros som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Inom

slutenvården var motsvarande antal, 14 713 individer som gav upphov till 16 004 vårdtillfällen.

Vid höftartros som bidiagnos, var det 6 475 individer i den specialiserade öppenvården, gentemot 2 033 inom slutenvården. De gav i den specialiserade öppenvården upphov till 7 702 vårdtillfällen, i jämförelse med 2 361 vårdtillfällen inom slutenvården.

Det var alltså fler patienter med diagnosen höftartros som i högre grad hade kontakt med den specialiserade öppenvården, än med slutenvården. Detta gällde för höftartros både som huvud- och bidiagnos.

Totalt antal patienter, samt vårdtillfällen per patient uppdelat på kön

Sammantaget, under åren 2016–2018, var det 43 433 kvinnor och 32 292 män som vid något tillfälle fick vård för diagnosen höftartros. För kvinnor var det totalt 101 725 vårdtillfällen med huvuddiagnos M16, och för män 73 028 vårdtillfällen under dessa år. Medianen för antal vårdtillfällen för kvinnor med huvuddiagnosen M16 var 2, liksom för männen.

För höftartros som bidiagnos, var det 17 731 vårdtillfällen för kvinnor, och 11 526 vårdtillfällen för män, totalt. För både kvinnor och män var medianen 1 vårdtillfälle mellan åren 2016–2018, med M16 som bidiagnos.

Generellt, var det fler kvinnor än män som var i kontakt med vården mellan år 2016–2018 med höftartros, både vad gäller M16 som huvud- och bidiagnos. Medianen för antal vårdtillfällen var samma för kvinnor som för män.

Vanligaste åtgärderna för höftartros, M16

Den vanligaste åtgärden registrerad i PAR mellan åren 2016–2018 för höftartros var primär total höftledsplastik med och utan cement, samt en enkel läkemedelsgenomgång. Även de klassificerade åtgärderna enskilt besök och läkarbesök listades bland de fem vanligaste åtgärderna vid vård av höftartros.

Antal fall, sjukskrivningsfall, samt längd på sjukskrivningsfall för M16 uppdelat på kön

Mellan juli, 2017 och augusti 2018 var det 2 248 fall av sjukskrivning bland 2 133 unika kvinnor, med ett medel på 124,4 dagars sjukskrivning. Bland männen var det 2 109 unika individer, som gav upphov till 2 207 sjukskrivningsfall för M16. I genomsnitt var en sjukskrivning med M16 som angiven diagnos 113,9 dagar lång bland männen.

Knäartros, M17

Antal patienter och vårdtillfällen med huvuddiagnos och bidiagnos i M17

Under år 2018, registrerades 47 022 individer i PAR med diagnosen knäartros, M17, som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Totalt var det 72 468 vårdtillfällen som registrerades med knäartros som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Inom slutenvården var motsvarande antal, 13 886 individer som gav upphov till 15 061vårdtillfällen.

Som bidiagnos, var det 12 307 individer i den specialiserade öppenvården, gentemot 3 148 inom slutenvården med knäartros. De gav i den specialiserade öppenvården upphov till 15 388 vårdtillfällen, i jämförelse med 3 597 vårdtillfällen inom slutenvården.
Majoriteten av patienter med knäartros som huvuddiagnos var i kontakt med den specialiserade öppenvården, i jämförelse med slutenvården. Detta gällde knäartros både som huvud- och bidiagnos.

Totalt antal patienter, samt vårdtillfällen per patient för M17 uppdelat på kön

Sammantaget, under åren 2016–2018, var det 75 737 kvinnor och 57 004 män som vid något tillfälle fick vård för diagnosen knäartros. För kvinnorna var det totalt 149 645 vårdtillfällen för huvuddiagnos M17, och för män 110 709 vårdtillfällen under dessa år. Medianen för antal vårdtillfällen var 2 för både kvinnor och män med huvuddiagnosen M45.

För knäartros som bidiagnos, var det 33 333 vårdtillfällen för kvinnor, och 23 252 vårdtillfällen för män, totalt. För både kvinnor och män var medianen 1 vårdtillfälle mellan åren 2016–2018 med M17 som bidiagnos.

Generellt, var det alltså fler kvinnor än män med knäartros som var i kontakt med vården mellan år 2016–2018, både vad gäller M17 som huvud- och bidiagnos. Medianen för antal vårdtillfällen var samma för kvinnor som för män med M17 som både huvud- och bidiagnos.

Vanligaste åtgärderna för M17

Den vanligaste åtgärden registrerad i PAR mellan åren 2016–2018 för knäartros var primär totalprotes i knäled med cement, injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led, knäled eller underben, samt både läkarbesök och enskilt besök. Även läkemedelsgenomgång, enkel, listades bland de fem vanligaste åtgärderna vid vård av knäartros.

Antal fall, sjukskrivningsfall, samt längd på sjukskrivningsfall för M17 uppdelat på kön

Mellan juli, 2017 och augusti 2018 var det 3 310 fall av sjukskrivning bland 3 114 kvinnor, med ett medel på 122,1 dagars sjukskrivning. Bland männen var det 2 559 unika fall, som gav upphov till 2 709 sjukskrivningsfall för M17. I medel var en sjukskrivning med M17 som angiven diagnos 116,1 dagar lång bland männen.

Psoriasisartrit, M07

Antal patienter och vårdtillfällen med huvuddiagnos och bidiagnos i M07

Under år 2018, registrerades 1 729 individer i PAR med diagnosen psoriasisartrit, M07, som huvuddiagnos med ett vårdtillfälle i den specialiserade öppenvården. Totalt var det 3 161 vårdtillfällen som registrerades med psoriasisartrit som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Inom slutenvården var motsvarande antal, 23 individer som gav upphov till 26 vårdtillfällen.

Som bidiagnos, var det 9 804 individer i den specialiserade öppenvården, gentemot 1 097 inom slutenvården med psoriasisartrit. De gav i den

specialiserade öppenvården upphov till 20 495 vårdtillfällen, i jämförelse med 1 409 vårdtillfällen inom slutenvården.

Det var alltså ett större antal patienter med diagnosen psoriasisartrit som kom i kontakt med den specialiserade öppenvården, än med slutenvården. Det gällde speciellt för psoriasisartrit som huvuddiagnos, men också som bidiagnos.

Totalt antal patienter, samt vårdtillfällen per patient för M07 uppdelat på kön

Sammantaget, under åren 2016–2018, var det 9 623 kvinnor och 7 757 män som vid något tillfälle fick vård för diagnosen psoriasisartrit. För kvinnor var det totalt 5 484 vårdtillfällen för huvuddiagnos M07, och för män 4 010 vårdtillfällen under dessa år. Medianen för antal vårdtillfällen för kvinnor med huvuddiagnosen M45 var 2, liksom det var för männen.

För psoriasisartrit som bidiagnos, var det 35 194 vårdtillfällen för kvinnor, och 24 524 vårdtillfällen för män, totalt. För kvinnor var medianen 3 vårdtillfällen och för män var medianen 2 vårdtillfällen mellan åren 2016–2018 med M07 som bidiagnos.

Generellt, var det fler kvinnor än män med psoriasisartrit som var i kontakt med vården mellan år 2016–2018, både vad gäller M07 som huvud- och bidiagnos.

Vanligaste åtgärderna för psoriasisartrit, M07

Den vanligaste åtgärden registrerad i PAR mellan åren 2016–2018 för psoriasisartrit var information och rådgivning med patient per telefon, intravenös läkemedelstillförsel, samt läkemedelsgenomgång, enkel. Även klinisk undersökning av rörelseapparaten och injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led, handled eller hand listades bland de fem vanligaste åtgärderna vid vård av psoriasisartrit.

Antal fall, sjukskrivningsfall, samt längd på sjukskrivningsfall för M07 uppdelat på kön

Mellan juli, 2017 och augusti 2018 var det 228 fall av sjukskrivning bland 205 unika kvinnor, med ett medel på 147,2 dagars sjukskrivning. Bland männen var det 104 unika individer, som gav upphov till 116 sjukskrivningsfall för M07. I medel var en sjukskrivning, med M16 som angiven diagnos, 155 dagar lång bland männen.

Reumatoid artrit (RA), M05, M06

Antal patienter och vårdtillfällen med huvuddiagnos och bidiagnos i reumatoid artrit M05, M06

Under år 2018, registrerades 37 154 individer i PAR med diagnosen reumatoid artrit, M05, M06, som huvuddiagnos med ett vårdtillfälle i den specialiserade öppenvården. Totalt var det 85 047 vårdtillfällen som registrerades med reumatoid artrit som huvuddiagnos i den specialiserade öppenvården. Inom slutenvården var motsvarande antal 836 individer, som gav upphov till 993 vårdtillfällen.

Som bidiagnos, var det 6 440 individer i den specialiserade öppenvården, gentemot 8 210 inom slutenvården med reumatoid artrit. Det gav i den

specialiserade öppenvården upphov till 9 874 vårdtillfällen, i jämförelse med 13 192 vårdtillfällen inom slutenvården.

Majoriteten av patienter med reumatoid artrit som huvuddiagnos var i kontakt med den specialiserade öppenvården, i jämförelse med slutenvården. Som bidiagnos, var det dock vanligare med vård inom slutenvården, än den specialiserade öppenvården, för reumatoid artrit.

Totalt antal patienter, samt vårdtillfällen per patient för M05, M06 uppdelat på kön

Under åren 2016–2018, var det 43 182 kvinnor och 17 013 män som vid något tillfälle fick vård för diagnosen reumatoid artrit. För kvinnor var det totalt 202 249 vårdtillfällen för huvuddiagnos M05, M06, och för män var det 64 369 vårdtillfällen under dessa år. Medianen för antal vårdtillfällen för kvinnor med huvuddiagnosen M05, M06 var 4, och för män 3.

För reumatoid artrit som bidiagnos, var det 49 604 vårdtillfällen för kvinnor, och 20 861 vårdtillfällen för män, totalt. För kvinnor var medianen 2 vårdtillfällen och för män var medianen också 2 vårdtillfällen mellan åren 2016–2018 med M05, M06 som bidiagnos.

Generellt, var det alltså fler kvinnor än män med reumatoid artrit som var i kontakt med vården mellan år 2016–2018, både vad gäller reumatoid artrit som huvud- och bidiagnos.

Vanligaste åtgärderna för M05, M06

Den vanligaste åtgärden registrerad i PAR mellan åren 2016–2018 för reumatoid artrit var information och rådgivning med patient per telefon, intravenös läkemedelstillförsel, samt läkemedelsgenomgång, enkel. Även klinisk undersökning av rörelseapparaten och injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led, ospecificerad listades bland de fem vanligaste åtgärderna vid vård av reumatoid artrit.

Antal fall, sjukskrivningsfall, samt längd på sjukskrivningsfall för M05, M06 uppdelat på kön

Mellan juli, 2017 och augusti 2018 var det 775 fall av sjukskrivning bland 699 unika kvinnor, med ett medel på 131,9 dagars sjukskrivning för M05. Bland männen var det 134 unika individer, som gav upphov till 145 sjukskrivningsfall för M05. I medel var en sjukskrivning med M05 som angiven diagnos 150,8 dagar lång bland männen.

För M06, var det 416 sjukskrivningsfall bland 382 kvinnor, med medellängden 149,1 dagar. Motsvarande siffror bland män var 104 sjukskrivningsfall, bland 96 unika individer med en medellängd på 142,9 dagar.

Bilaga 4. Metodbeskrivning

I denna bilaga redovisar Socialstyrelsen arbetet med att uppdatera det försäkringsmedicinska beslutsstödet för rörelseorganens sjukdomar – del 1.

Projektorganisation för beslutsstödet

En projektgrupp bestående av två sakkunniga inom rörelseorganens sjukdomar (specialister inom reumatiska- och artrossjukdomar) och tre medarbetare från Socialstyrelsen har ansvarat för att utifrån de befintliga beslutsstöden för *ankyloserande spondylit* (axial spondylartrit), *höftartros*, *knäartros*, *psoriasisartrit* och *reumatoid artrit* utvärderat vilka informationsmängder och typfall som det fanns behov av att uppdatera. Gruppen har också reviderat dessa utifrån vetenskapligt kunskapsunderlag, statistik och erfarenhet.

De sakkunniga i projektgruppen finns listade under rubriken *Projektorganisation*. För de sakkunniga har Socialstyrelsen gjort sedvanlig jävsgranskning i förhållande till uppdraget.

Hur vi avgränsat innehållet i beslutsstödet

Vilka informationsmängder som ska ingå i det försäkringsmedicinska beslutsstödet för en given diagnos är styrt på förhand. Exempelvis är funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning viktiga informationsmängder för läkare som ska bedöma arbetsförmåga enligt läkarintyget för sjukpenning. Utgångspunkten vid urvalet av typfall för en diagnos är att det ska vara situationer där sjukskrivning vanligen behövs.

Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget till beslutsstödet

För vissa informationsmängder inom försäkringsmedicinskt beslutsstöd eftersöker vi vetenskapligt underlag, till exempel beskrivningar av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och rekommenderad sjukskrivningstid för olika typfall. Vi gör systematiska litteratursökningar i referensdatabaser och eftersöker relevanta publikationer i listor över abstrakts. Potentiellt relevanta publikationer hämtas hem från databaser och granskas i fulltext och de publikationer som inkluderas beskrivs i tabellformat. Vi bedömer däremot inte kvalitet eller väger samman resultat.

När det gäller funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning vid ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros och reumatoid artrit har vi tagit fram ett urval av ICF-kategorier relaterat till arbete utifrån diagnosspecifika ICF-Core sets. För diagnosen psoriasisartrit fanns inget

ICF-Core set, därför lade vi till sökord som kan belysa vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som är vanligt förekommande hos personer med psoriasisartrit.

För sjukskrivningstider för ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros, psoriasisartrit, reumatoid artrit och psoriasis eftersökte vi studier som kan besvara frågan om sjukskrivningstidens påverkan på arbetsförmågan. Sökstrategier, urval och inkluderade studier redovisas i bilaga 1 *Effekt av sjukskrivning.*

För andra informationsmängder inom försäkringsmedicinskt beslutsstöd eftersöker vi inte vetenskapligt underlag. Det gäller till exempel avsnittet symtom, prognos och behandling, som ska vara kort och allmänt hållet för att främst kunna användas av Försäkringskassans handläggare. Vi har bedömt att hänvisning till vedertagna källor och användning av klinisk erfarenhet bland de sakkunniga som deltagit i framtagningen är tillräckligt underlag här. Vi eftersöker inte heller vetenskapligt underlag för avsnitten om rehabiliteringsinformation och försäkringsmedicinsk information. Där har vi bedömt att en beskrivning utifrån erfarenheten hos de sakkunniga som deltagit i framtagningen av beslutsstödet är tillräckligt underlag.

Hur vi tagit fram statistikunderlag till beslutsstödet

För statistik om antal vårdtillfällen, antal sjukfall och sjukskrivningstider vid ankyloserande spondylit [Bechterews sjukdom] (axial spondylartrit [inflammatorisk ryggsjukdom]), höftartros, knäartros, psoriasisartrit och reumatoid artrit har vi vänt oss till Socialstyrelsens patientregister och Försäkringskassan. En beskrivning av statistikunderlaget finns i bilaga 3 *Statistikunderlag*.

Hur vi inhämtar synpunkter på beslutsstödet

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd publiceras i en remissversion innan den slutliga versionen tillgängliggörs och börjar gälla. Syftet med remissfasen är att samla in synpunkter från olika intressenter. Remissversionen skickas till exempelvis relevanta NPO och regioner, berörda professionsföreningar och patientföreningar. Det är också möjligt att lämna synpunkter på remissversionen via Socialstyrelsens webb. Inkomna synpunkter värderas och eventuella ändringar görs i förslaget till beslutsstöd.