

Bilaga 3

Förstudierapport Stöd för rätt sjukskrivning

Litteraturöversikt svenska rapporter ("grå litteratur")

Rasmus Elrud

Therese Ljungquist

Kristina Alexanderson

Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

1 Inledning

Försäkringskassans prognoser visar att sjukskrivningarna ökar både i omfattning och längd. Sjukskrivning är en viktig del av vård och behandling, men forskning visar också att långvariga sjukskrivningar kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer. Idén bakom projektet *Stöd för rätt sjukskrivning (SRS)* är att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive individen själv. Ett gemensamt IT-baserat bedömningsstöd ska kunna bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att läkare ska kunna utfärda läkarintyg med större träffsäkerhet samt hjälpa hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser. Bedömningsstödet kan också i en framtid användas som ett stöd för arbetsgivare och av individen själv för att kunna ta en aktiv del i sin egen rehabilitering

Under förstudiearbetet har projektet utrett förutsättningarna för att skapa ett sådant samlat bedömningsstöd för olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huvudsyftet har varit att undersöka möjligheten att bättre utnyttja kunskap om prognosfaktorer som påverkar sjukskrivningen. Utifrån denna kunskap kan mer träffsäkra prediktioner ges om sjukskrivningslängd och omfattning för en enskild individ.

Projektet har finansierats via Socialdepartementet genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar gemensamt för projektet. Socialstyrelsen och andra intressenter är representerade i projektets styrgrupper och referensgrupper. Projektets utredningsarbete påbörjades i mars 2014 och slutredovisning sker i oktober 2015.

Förstudiearbetet har varit indelat i följande delområden:

- *Målarbetet* har tagit fram förslag på övergripande gemensamma nationella mål för sjukskrivningsområdet och effektmål för projektet.
- *Kunskapsanalysen* har sammanställt vetenskaplig och annan relevant och aktuell kunskap om sjukskrivning, prognosfaktorer och insatser.
- *Omvärldsanalysen* har inventerat liknande bedömningsstöd i världen för att se om det finns relevant kunskap att dra lärdom av.
- *Konceptutredningen* har utrett verksamhetsmässiga, tekniska och juridiska förutsättningar för att utveckla bedömningsstödet.

Utöver delområdena har projektövergripande arbete som styrning, ledning, uppföljning, kommunikation och kvalitetssäkring bedrivits.

Utredningsarbetet har utförts av en arbetsgrupp med bred kompetens och med stor samlad erfarenhet av nationella e-hälsoprojekt. Delar av utredningsarbetet har utförts av och med forskare och utredare från Karolinska Institutet, Lunds universitet och Linköpings universitet.

Denna rapport redovisar en del av förstudiens arbete. Förstudierapporten med en sammanfattning av hela resultatet går att beställa genom att mejla till cecilia.alfven@skl.se

Mer information om projektet *Stöd för rätt sjukskrivning* finns på SKL:s webbplats: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden/rattsjukskrivningstod.5229.html>

2 Sammanfattning, sammanställning av "grå litteratur"

Syftet med detta delprojekt var, att inom ramen för SRS-projektet, sammanställa så kallad grå litteratur när det gäller faktorer av betydelse för långvarig sjukfrånvaro avseende situationen i Sverige från juli 2008 till och med 2014. Dessa resultat avses användas som komplement till den andra litteraturgenomgången av studier publicerade i vetenskapliga tidskrifter som också görs inom SRS-projektet. Publikationer på svenska 2008-2014 och som innehåller empiriska data om sjukfrånvaro och om vad som påverkar sjukfrånvaro i Sverige avseende tiden efter juni 2008, har sökts på olika sätt. De publikationer som identifierats har relevansbedömts. Data från relevanta studier har extraherats och sammanställts. Svenska rapporter som även publicerats på engelska har ej inkluderats, då dessa ingår i det parallella projektet där internationellt publicerade studier sammanställs. Studiernas kvalitet har inte bedömts.

2.1 Stor variation i studiedesign begränsar möjligheterna till jämförelser

Vi identifierade 200 publikationer och 30 av de studier som rapporterades i dessa bedömdes vara relevanta och inkluderades i sammanställningen. Av dessa 30 var 14 stycken interventionsstudier, de flesta i form av kvasiexperiment, sex var prospektiva kohortstudier, fem var tvärsnittsstudier och fem tidsserieanalyser. Flertalet studier omfattade ett relativt stort antal personer (från 558 personer till hela befolkningen i Sverige) och de flesta innehöll även information om diagnoser; framförallt var psykiska diagnoser fokus i flera studier. Det var en mycket stor variation mellan studierna vad gäller frågeställningar, vad som studerades, de inkluderade, data, analysmetoder och studerade utfall. Som exempel kan nämnas att det förekom 59 olika mått på sjukfrånvaro i de 30 studierna, de flesta använda enbart i en studie. Dessutom ingick de flesta studerade faktorerna endast i en studie var. Detta innebär således mycket begränsade möjligheter att jämföra resultat från studierna och att dra slutsatser från dem.

2.2 Faktorer på olika strukturella nivåer har studerats

De faktorer som studerats i rapporterna fanns på samhällsnivå, inom Försäkringskassan, inom hälso- och sjukvården respektive på individuell nivå.

Faktorer som studerats på *samhällsnivå* var regeländringar, såsom införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, rehabiliteringskedjan respektive fler karensdagar för egenföretagare.

Studier om faktorer inom *Försäkringskassan* handlade dels om faktorer på högre strukturell nivå, såsom ledning och styrning av jämställdhetsaspekter inom Försäkringskassan, dels om handläggares inställning till olika aspekter och om hur handläggarna arbetade.

Studier om olika faktorer inom *hälso- och sjukvården* hade dels fokus på olika rehabiliteringsinsatser, dels på hur professionella arbetade med insatserna. De flesta studierna handlade om rehabiliteringsgarantin eller liknande insatser för personer med lättare psykiska eller muskuloskeletala besvär.

Ett flertal faktorer på *individnivå* inkluderades i analyserna, dels sociodemografiska och ekonomiska, dels faktorer relaterade till sjuklighet och tidigare sjukfrånvaro.

2.3 Studiernas resultat går delvis i olika riktning

När det gäller resultat från studierna framkom följande:

Effekterna av rehabiliteringskedjans införande på sjukfrånvaro studerades i två studier. Båda dessa visade på kortare sjukskrivningstider efter införandet jämfört med före. Effekterna av det försäkringsmedicinska beslutsstödet undersöktes i tre studier, vilka fann att mediansjukskrivningslängderna för många diagnoskapitel minskade i och med införandet av detta. Tre studier undersökte effekter av KBT på sjukfrånvaro. Två av dem fann en minskning i antal bruttodagar per kvartal och år i upp till två år efter behandlingsstart för patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart, däremot fann de ingen statistiskt signifikant effekt för dem som var sjukskrivna. En studie fann att KBT ledde till ökad sjukfrånvaro bland sjukskrivna patienter med psykiska diagnoser. I fyra studier undersöktes effekter av MMR, de tre som använde kontrollgrupp fann att sjukfrånvaron var högre för de grupper som erhållit behandling än för kontrollgrupperna.

Vad avser faktorer bland professionella, framkom att rehabiliteringsteams inställning till hur viktigt det var att patienten återfick hälsa och återgick i arbete, samt huruvida teamen diskuterade vetenskaplig evidens på sin arbetsplats, hade betydelse för i vilken utsträckning patienter återgår i arbete. Effekt av specifika åtgärder för sjukskrivna kan behöva relateras till inställning och grad av professionalitet bland personal inom hälso- och sjukvård samt inom Försäkringskassan.

2.4 Sammanfattningsvis; slutsatser kan inte baseras på denna genomgång

Sammanfattningsvis fanns det en stor variation mellan de inkluderade studierna vad gäller forskningsfrågor, studieupplägg, inkluderade personer, data, analysmetoder och använda mått. Detta innebär att få, om ens några, generella slutsatser kan dras från studierna, särskilt som deras kvalitet ej bedömts. Av rapporterna framgår att regeländringar tenderade att ha störst betydelse för sjukfrånvaronivåer. Effekten av övriga interventioner på sjukfrånvaronivåer var måttliga och gick delvis i olika riktningar. Det framkom även att en viktig faktor att beakta är professionellas kompetens, det vill säga, kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, när det gäller effekten av olika interventioner. Resultaten från detta delprojekt kan framförallt användas för att få kunskap om *hur* olika faktorer studerats och kategoriserats.

Resultat från vissa av dessa studier kan sannolikt adderas till resultaten från den andra, parallella kunskapssammanställningen, när kvalitetsbedömning av studier publicerade i referentbedömda tidskrifter gjorts, som underlag för evidensbedömning.

Heterogeniteten inom forskningsområdet, särskilt när det gäller använda mått, är det mest framträdande resultatet av genomgången, liksom det låga antalet studier som genomförts under denna period av omfattande förändringar och interventioner när det gäller sjukfrånvaro i Sverige.

3 Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
2	Sammanfattning, sammanställning av ”grå litteratur”	4
2.1	Stor variation i studiedesign begränsar möjligheterna till jämförelser.....	4
2.2	Faktorer på olika strukturella nivåer har studerats	4
2.3	Studiernas resultat går delvis i olika riktning.....	5
2.4	Sammanfattningsvis; slutsatser kan inte baseras på denna genomgång.....	5
3	Innehållsförteckning	6
4	Förkortningar som används i rapporten	7
5	Bakgrund	8
5.1	Syfte	8
5.1.1	Omfattning och avgränsningar	8
6	Metod	8
6.1	Inklusionskriterier	9
6.2	Litteratursökningar	9
6.3	Relevansbedömning av identifierade studier	9
6.4	Extraktion av data från relevanta studier.....	10
6.5	Kategorisering av resultat från inkluderade studier	10
7	Resultat.....	10
7.1.1	Studiedesign	11
7.1.2	Typ av studie	11
7.1.3	Studerade	12
7.1.4	Mått på sjukfrånvaro	13
7.1.5	Studerade faktorer	15
7.1.6	Diagnoser	17
7.1.7	Interventioner	17
7.2	Sammanfattningsvis	24
8	Diskussion	24
8.1	Metoddiskussion.....	25
8.2	Fortsatta studier	26
9	Tabell över de inkluderade studierna	27
10	Referenser.....	57

4 Förkortningar som används i rapporten

ACT	Acceptance and commitment therapy
AF	Arbetsförmedlingen
BMI	Body mass index
CVD	Hjärt-kärl sjukdom
CT	Kontrollerad studie
Dgr	Dagar
H-region	H=Homogena med avseende på befolkningsunderlaget
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10 ^[1]
IPT	Interpersonell psykoterapi
FK	Försäkringskassan
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
KBT	Kognitiv beteendeterapi
LFC	Lokala försäkringscentra inom Försäkringskassan
MDT	Multidisciplinär teambedömning
MiDAS	Försäkringskassans register
MMR	Multimodal rehabilitering
Musk	Muskuloskeletala diagnoser
Neuro	Neurologiska diagnoser
OR	Oddsquot
PB	Psykologisk behandling inom rehabiliteringsgarantin (inkluderar bland annat kognitiv psykoterapi, KBT, interpersonell psykoterapi)
Psyk	Psykiska diagnoser
PV	Primärvård
RCT	Randomiserad kontrollerad studie
Rehab	Rehabilitering
Rehabgarantin	Rehabiliteringsgarantin
Rehabkedjan	Rehabiliteringskedjan
RTW	Återgång i arbete (från engelska 'Return To Work', förkortning ofta använd i denna typ av studier)
SA	Sjuk- och aktivitetsersättning alternativt sjuk- eller aktivitetsersättning
Sassam	Strukturerad arbetsmetod som används inom för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SD	Standard deviation
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SOU	Statens offentliga utredningar
SRS	Stöd för rätt sjukskrivning – det projekt som denna rapport är en del av
SS	Sjukskrivning/sjukfrånvaro alternativt sjukskriven

5 Bakgrund

Litteraturoversikt av studier publicerade i vetenskapliga referentbedömda tidskrifter pågår i ett annat delprojekt inom SRS projektet. För att undersöka om det finns ytterligare kunskap som (ännu) inte publicerats i vetenskapliga tidskrifter, var syftet med detta projekt att sammanställa resultat från så kallad grå litteratur inom området. Med grå litteratur avses framförallt rapporter och bokkapitel med resultat som inte genomgått en vetenskaplig tidskrifts referentbedömning. Det finns ett stort antal rapporter inom sjukfrånvaroområdet. I detta projekt var uppdraget att sammanställa kunskap från de rapporter som behandlar situationen efter genomförandet av den så kallade rehabiliteringskedjan den 1 juni 2008. Rehabiliteringskedjan innebar att vissa tidsgränser infördes i hanteringen av sjukskrivningsärenden och att maxtider infördes för den tid då sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning kan erhållas.

Då sjukfrånvarolängd är mycket beroende av hur länge ett sjukskrivningsfall kan pågå och på en persons tidigare sjukfrånvaro beslöts att detta projekt skulle fokusera på studier som gällde efter införandet av Rehabiliteringskedjan. Det innebär att publikationen måste inkludera empiriska data gällande efter juni 2008 – om studien även innehöll data från tidigare perioder var detta acceptabelt.

5.1 Syfte

Syftet med detta delprojekt var att, inom ramen för SRS-projektet, sammanställa så kallad grå litteratur när det gäller faktorer av betydelse för långvarig sjukfrånvaro avseende situationen i Sverige från juli 2008. Dessa resultat avses användas som komplement till den andra litteraturgenomgången av studier publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

5.1.1 Omfattning och avgränsningar

Detta projekt är en del av SRS:s delprojekt om kunskapsanalys. Projektet är ett komplement till det SRS-delprojekt som drivs vid Lunds universitet, där studier publicerade i vetenskapliga referentbedömda tidskrifter sammanställs. Resultaten från denna rapport ska användas som komplement till resultaten från sammanställningen från Lund.

6 Metod

Litteraturoversikten genomfördes i följande fyra steg:

1. Litteratursökning
2. Relevansbedömning av identifierade studier
3. Extrahering av data från de studier som bedömts relevanta
4. Kategorisering och sammanställning av resultat

Dessa beskrivs nedan, och först definieras de inklusionskriterier som använts.

6.1 Inklusionskriterier

Följande kriterier har använts vid bedömning av om en studie skulle inkluderas i översikten och som utgångspunkt i sökningar av publikationer:

Publikation om vetenskaplig studie som:

- innehåller empiriska data om sjukskrivning/sjukfrånvaro i Sverige gällande personer yngre än 65 år, för tiden efter 1 juli 2008 (det vill säga efter införandet av rehabiliteringskedjan)
- publicerats tidigast år 2008 på svenska, som rapport, bokkapitel eller liknande.
- inte har publicerats i vetenskaplig referentbedömd tidskrift. Om den publicerats på detta vis ingår den i ovan nämnda litteraturoversikten av studier publicerade i referentbedömda tidskrifter, som görs vid Lunds universitet.

Artiklar i massmedia, till exempel i dagspressen, om vetenskapliga studier har inte inkluderats.

6.2 Litteratursökningar

Litteratur söktes på flera olika sätt:

1. Den ovan nämnda gruppen som arbetar med litteraturoversikten utifrån studier publicerade i referentbedömda tidskrifter hade via sina sökningar av litteratur identifierat ca 350 publikationer som möjligen skulle kunna ingå i denna översikt. När dessa gick igenom konstaterades att majoriteten var dubletter, inte gällde vetenskapliga studier eller hade publicerats före år 2008.
2. Genomgång av forskargruppsledarens litteraturlösningsdatabas om drygt 17 500 referenser.
3. Sökning på nätet med olika sökord relevanta för området, såsom: sjukfrånvaro, sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning, förtidspension, rehabiliteringskedjan, sjukskrivningsmiljarden, sjuktal, återgång i arbete och försäkringsmedicin.
4. Sökningar av olika organisationers hemsidor, till exempel för Sveriges Kommuner och Landstings (SKL), Inspektionens för socialförsäkringen, Försäkringskassan, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, samt hemsidor för olika landsting och universitet. Dessutom sökningar på hemsidor för forskare inom området.
5. Via referenslistor i identifierade studier och i andra publikationer.
6. Förfrågningar till olika personer som är aktiva inom området.

Ett flertal av de publikationer som identifierades var inte studier om sjukskrivna personer eller hade publicerats före år 2008, och dessa inkluderades inte i relevansprövningen. Det innebär att det först gjordes en kraftig gallring av de många olika publikationer som projektgruppen skaffade eller fick information om.

6.3 Relevansbedömning av identifierade studier

De publikationer som identifierades under sökprocessen och som var publicerade från och med 2008 bedömdes vad gäller relevans, utifrån inklusionskriterierna. Tre personer arbetade med relevansbedömningen, vid oklarheter gällande en studies relevans diskuterades detta

sinsemellan tills enighet nåddes. I detta skede av projektet har inte studier om situationen för personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen inkluderats.

6.4 Extraktion av data från relevanta studier

En mall för dataextraktion utarbetades, baserat på tidigare litteraturoversikter inom området [2-4]. Mallen prövades och justerades under arbetets tidiga skeden (Tabell 5).

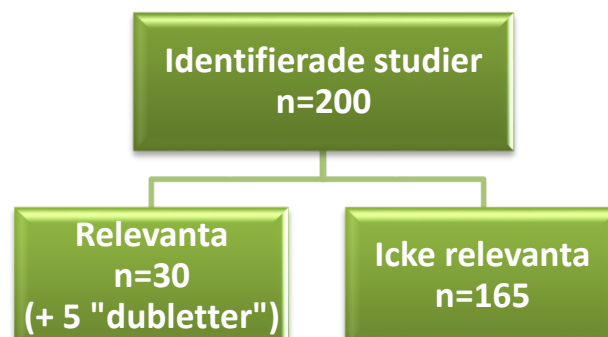
Data extraherades enligt denna mall från de studier som bedömts vara relevanta. Extraktion av data gick igenom flera gånger av projektdeltagarna, avseende korrekthet.

6.5 Kategorisering av resultat från inkluderade studier

De relevanta studierna liksom resultaten från dem gick igenom och kategoriserades avseende studiedesign, typ av studerade faktorer, vilka som studerats, använda sjukfrånvaromått, samt studieresultat från de studerade faktorer för vilka det fanns mer än en studie.

7 Resultat

Totalt identifierades 200 publikationer vilka relevansbedömdes utifrån kriterierna ovan. Av dessa befanns 165 inte vara relevanta [4-168]. Nio av dessa var dessutom publicerade i svenskspråkiga vetenskapliga tidskrifter och skulle även av den anledningen bedömts såsom icke relevanta [159-167] (Figur 1). Den vanligaste orsaken till att en publikation inte bedömdes vara relevant för denna litteraturoversikt var att den inte innehöll empiriska data för tiden efter den 1 juli 2008. Övriga 35 rapporter bedömdes vara relevanta och inkluderades därmed i litteraturoversikten [169-203]. Av dessa 35 var tio stycken dubbelpubliceringar – det vill säga, för var och en av fem av studierna fanns det två olika publikationer, vanligen både som en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen och från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering [181, 194, 199-202], eller att den ena var en förstudie till en senare [169, 198] respektive att två studier med olika frågeställningar var baserade på samma data vad avser de här studerade aspekterna [195, 203]. Det innebär att rapporter för 30 studier inkluderades i denna litteraturoversikt.



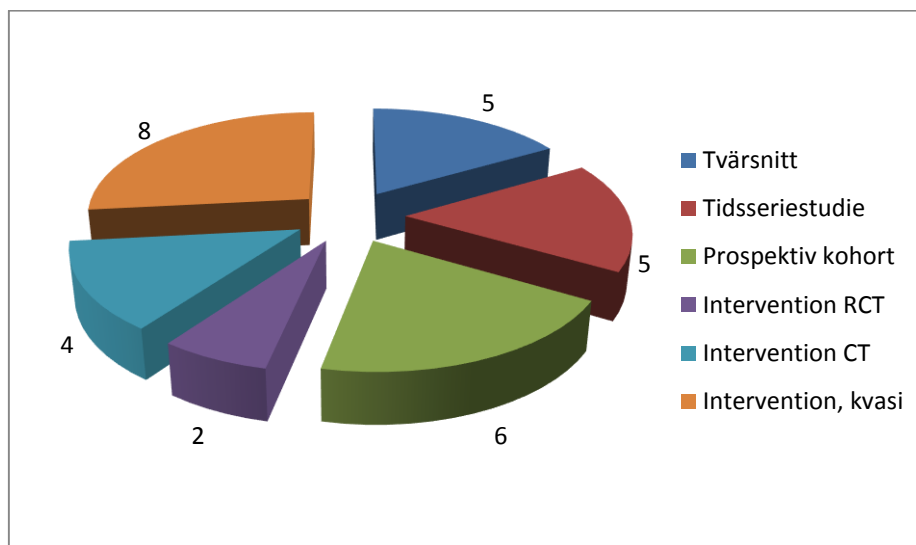
Figur 1. Figur över antal studier som identifierades i sökningarna samt resultat av relevansbedömning av de identifierade studierna.

Data som extraherades från de 30 studierna presenteras i Tabell 5, inklusive de övergripande resultaten från dem. Vi har valt att ha med mer text om varje studie än vad som är vanligt i denna typ av sammanställningar, då det finns olika ingångar och utgångspunkter i SRS-projektet.

Det är en mycket stor spridning av inkluderade personer, vad avser hur länge de varit sjukskrivna, under vilken diagnos, om de är anställda, arbetslösa eller egna företagare, etcetera vid sjukskrivningsfallets början. Det är tillika mycket stor variation i de studerade variablerna respektive interventionerna samt i utfallsmått.

7.1.1 Studiedesign

I Figur 2 presenteras de olika typer av studiedesign som förekom bland de inkluderade studierna. Knappt hälften, 14 stycken (47 %), var interventionsstudier. Bland dessa var åtta kvasi-experimentella, fyra var kontrollerade studier och två var randomiserade kontrollerade studier. Sex av studierna hade en prospektiv kohortdesign, fem var tidsseriestudier och fem var tvärsnittsstudier.



Figur 2. Antal studier med respektive studiedesign bland de 30 inkluderade studierna.

7.1.2 Typ av studie

I Tabell 1 nedan visas ett sätt att kategorisera olika aspekter av studier om sjukfrånvaro [2, 204]. I tabellen har de aspekter där minst två studier av de 30 inkluderade skrivits i "fetad" stil inom respektive kategori. Generellt inom sjukfrånvaroområdet handlar den absoluta majoriteten av studier om riskfaktorer för att bli sjukskriven. Bland de 30 inkluderade studierna handlade några om det, medan de flesta studierna handlade om faktorer som påverkar återgång i arbete eller det motsatta; faktorer som hade samband med långvarig sjukfrånvaro, inklusive sjuk- eller aktivitetsersättning. Sex studier handlade om praxis i hantering av sjukskrivningsärenden, inom hälso- och sjukvården eller inom Försäkringskassan [174-176, 185, 195, 197, 203].

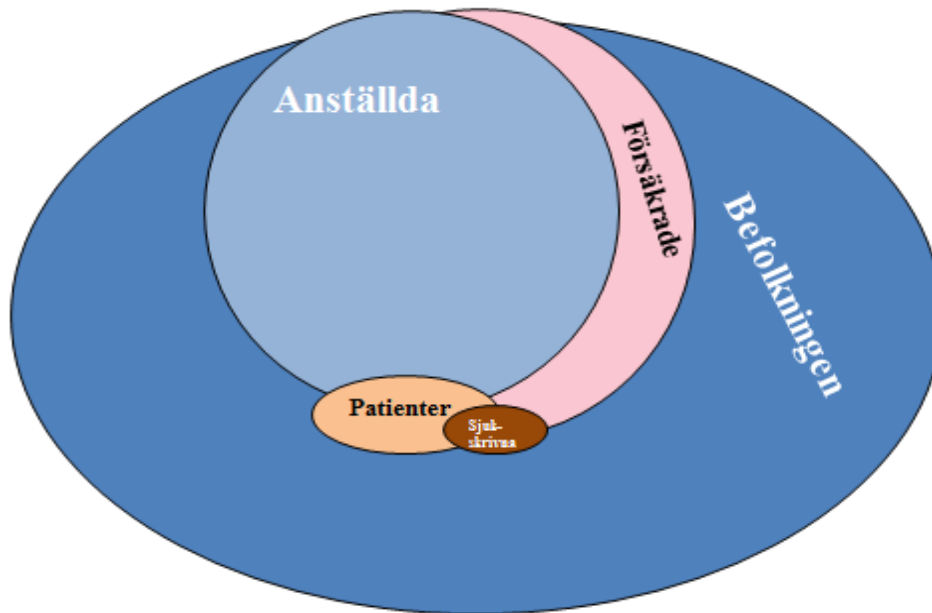
Tabell 1. En struktur för kategorisering av studier om sjukfrånvaro¹

Vad som studeras	Studiedesign Data Analyser	Perspektiv som tas i studien	Strukturell nivå de studerade faktorerna finns på	Vetenskaplig disciplin	Diagnos
1. Riskfaktorer för sjukfrånvaro 2. Vad hindrar/främjar återgång i arbete 3. Konsekvenser av att vara sjukskriven 4. Sjukskrivningspraxis (t.ex. bland läkare, handläggare) 5. Metoder, teorier	<i>Design</i> Fallstudie Tvärsnitt; longitudinell Intervention (RCT, CT, kvasi, etc.) <i>Typ av data</i> Intervjuer Enkäter Register Med. journaler Akter Intyg <i>Dokument</i> Video Observationer Annat <i>Analyser</i> Kvalitativa Kvantitativa	-Individens -Familiens -Arbetsgivarens -Professionellas -Sjukvårdens -Försäkringens -Lokal-samhällets -Samhällets	-Individ (fysisk, psykisk, beteende, social) -Familj -Arbetsplats -Sjukvård -Försäkring -Lokal-samhälle -Nationell -Internationell	-Antropologi -Ekonomi -Filosofi -Historia -Juridik -Management -Medicin/ folkhälsa -Psykologi -Sociologi -Statskunskap	Alla Musk Psyk CVD Cancer Neuro Infektion Skador Etc, etc

¹ Kategorier angivna i fet stil förekommer i flera studier i denna översikt

7.1.3 Studerade

Studier om sjukfrånvaro kan baseras på olika segment av befolkningen [2, 204]. Vilka som inkluderas har stor betydelse för till exempel de andelar och relativa risker som analyserna av en studie leder till. Det är till exempel skillnad att studera andel långtidssjukskrivna med en viss diagnos i befolkningen, bland yrkesverksamma, bland dem inom en viss arbetsplats, bland patienter med denna diagnos, eller bland alla sjukskrivna – andelarna blir mycket olika och är inte direkt jämförbara. I Figur 3 visas en översiktsbild för att illustrera detta. Cirklarna täcker varandra helt eller delvis – i vilken utsträckning de täcker varandra varierar över tid och mellan länder. I Sverige kan till exempel personer som är arbetslösa bli sjukskrivna och få sjukpenning från Försäkringskassan, medan arbetslösa personer inte omfattas av sjukförsäkringen i många andra länder. Hälften, 15 stycken, av de studier som inkluderades i denna sammanställning baserades på personer som var sjukskrivna. I en tredjedel av dessa 15 hade endast de som vid sjukskrivningsfallets början hade en anställning inkluderats. Sju av studierna baserades på data om patienter, av vilka en del, men inte alla, var eller blev sjukskrivna under studieperioden. Två av studierna baserades på hela befolkningen, oberoende av om de var försäkrade eller inte. Sex studier baserades på försäkrade, varav flera avgränsats till yrkesverksamma, försäkrade personer. En annan skillnad mellan studier är att i vissa inkluderas egenföretagare i gruppen anställda, i andra inte.



Figur 3. Figur av olika grupper av personer som studier om sjukfrånvaro kan baseras på.

7.1.4 Mått på sjukfrånvaro

Ett stort antal olika mått på sjukfrånvaro användes i de 30 studierna. I Tabell 2 listas dessa samt i hur många studier som vart och ett av dem använts. Som framgår av tabellen fanns det ett mycket stort antal olika mått, sammanlagt 59. Fyra av dessa mått användes i två studier var, medan de flesta måtten användes enbart i en studie.

Detta innebär att resultaten från de olika studierna är svåra att jämföra.

Tabell 2. Mått på sjukfrånvaro som används i de 30 studier som inkluderats i översikten

Sjukfrånvaromått	Antal studier måttet använts i
Andel av dem med SS/SA vid rehabiliterings början som har SS/SA vid rehabiliterings avslut	2
Antal SS-dgr till genomförande av FK:s prövningar eller utredningar	2
Median och kvartilavstånd för SS-längd mätt i antal dgr för fall >14 dagar	2
MedianSS-falllängd mätt i antal dgr för sjukskrivningsfall som varat >14 dagar	2
Årsgenomsnitt, över en 6-årsperiod, av antal SS+SA-dagar i fall >21 dagar/per person	1
Att ha minst 6 månaders SS-SA per år	1
Att ha minst 2 veckors SS under ett år	1
SS-falllängd mätt i antal dgr i fall >14 dagar	1
SS-falllängd mätt i antal veckor i fall >14 dagar	1
Längd av SS med viss omfattningsgrad i fall >14 dagar	1
Antalet bruttodagar med SS-SA per person och kvartal ett respektive två år efter intervention	1
Antal SS-fall per 1000 egenföretagare och år	1
Andel egenföretagare med påbörjat SS-fall >7 dagar	1
Antal SS-dagar under en period av 26 veckor	1
Antalet nya SS-fall (>15 dgr)/månad som andel av befolkningen i olika landsting (logaritmerat)	1
Antalet nya fall av SS >90 dagar eller SA per år	1
Andel försäkrade med ett påbörjat SS-fall ≥ 15 dagar/år	1
Median och 3:e kvartilen av SS-längd	1
Antalet årligen påbörjade SS-fall >14 dagar per 1000 försäkrade	1
Genomsnittlig SS-längd per kvartal i dagar	1
Antal nya SS-fall >90 dagar eller med SA med psykisk diagnos/1000 sysselsatta	1
Antal nya SS-fall >90 dagar/1000 sysselsatta per år	1
Antalet bruttodagar med SS >14 dagar	1
SS/SA-fall >14 dagar under ett kvartal före och ett, två samt tre kvartal efter intervention	1
Antal SS+SA-dagar/månad 6 respektive 12 månader efter behandling	1
Medel och SD för SS-längd mätt i antal dagar för SS >14 dagar	1
Genomsnittligt antal nettodagar med SS och SA/månad under månad 1-30 efter intervention	1
Andel med SA/månad under månad 1-30 efter intervention	1
Antal pågående SS- respektive SA-fall.	1
Antal nybeviljade SS- respektive SA-fall/1000 försäkrade och år.	1
Antal SS-dagar per försäkrad och år (sjukpenningtal)	1
Antal nya SS-fall/månad	1
Genomsnittlig längd av SS påbörjad under en månad	1
Andel kvarvarande individer med SS vecka 2-28 efter påbörjad SS	1
Genomsnittligt antal dagar SS/SA per månad under ett respektive två år efter interventionsstart	1
Andel åter i arbete (definierat som en sammanhängande period om 6 månader utan SS/SA) under 6, 12 respektive 18 månader efter interventionsstart	1
Medelfalllängd mätt i antal dagar för SS >14 dagar	1
MedianSS-längd i dagar, begränsad till max 365 dagar	1
Avslut eller ej av SS-fall inom en 180-dagars period	1
Antal dagar från påbörjan av SS till eventuellt avslut	1
SS-duration och -grad enligt läkarintyg	1
Tid till avslut av SS-ärenden (andel avslutade SS vid olika tidpunkter i rehab-kedjan)	1
Medelvärde och SD för det antal dagar med SS som rekommenderats i läkarintyget	1
Medelantal läkarintyg/SS-fall fram till dag 180	1
Minskad omfattningsgrad av SS enligt läkarintyg	1
Hel/partiell arbetsåtergång tidigare än sjukintyget anger	1
Antal SS-dagar till återgång i ordinarie sysselsättning	1
Antal SS-dagar under senaste tio åren	1
Avslutat SS-fall för fall av olika duration (80, 120, 160, 200, 240 dagar)	1
Avslutat SS- eller SA-fall utan att ett nytt SS-fall startat inom 30 dagar	1
Avslutat SS- eller SA-fall utan att ett nytt SS-fall start före uppföljningstidens slut	1
Nytt SS-fall som varar >7 dagar	1
Antal SS-fall >180 dagar	1
Andel SS-fall >180 dagar	1
Avslutat SS-fall	1
Nytt SS-fall >14 dagar generellt och i olika diagnoser	1
Sjukförsäkringskostnader för SS och SA under ett år	1
Andel SS-fall som avslutas med SA	1
Andel SS-fall som pågår vid 28 veckor	1
Antal tidigare SSDagar (0, 1-180, 181-365,<365)	1

Data om sjukfrånvaro har vanligen hämtats från Försäkringskassans MiDAS register, ibland från något av Försäkringskassans andra register, såsom STORE. I ett par studier har data från AFA försäkrings register använts. Två andra vanliga typer av data om sjukfrånvaro i studier; självrapporterade respektive inhämtade från arbetsgivare, har inte använts i de 30 inkluderade studierna.

7.1.5 Studerade faktorer

I Tabell 3 listas de olika faktorer som inkluderats i analyserna. De har kategoriserats enligt den strukturella nivå alternativt organisation som de förekommer inom, avseende samhällsnivå, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården respektive individnivå. När det gäller Försäkringskassan och hälso- och sjukvården var några av de studerade faktorerna på en högre strukturell nivå inom respektive organisation, till exempel ledning och styrning, förekomst av samverkan med andra organisationer, etcetera. Andra handlade om handläggares respektive vårdpersonals arbete eller inställning till olika faktorer och betydelsen av detta för patienter/sjukskrivnas sjukskrivning och återgång i arbete. Studierna är för få och har för disparat inriktning för att kunna användas som bas för detaljerade slutsatser. De visar dock samstämmigt att inställning till olika faktorer och bemötande av patienter/sjukskrivna etcetera har betydelse för sjukfrånvaro och återgång i arbete.

Faktorerna på individnivå har vanligen använts för att justera resultaten av studierna statistiskt, och ibland för att presentera resultaten stratifierat. Resultaten vad gäller samband mellan sjukfrånvaro och kön, ålder, sysselsättningsstatus, typ av yrke, boendeort, utbildningsnivå, civilstånd, familjesituation, etcetera (Tabell 5) stämmer väl överens med tidigare studier om detta. Sjukskrivna med huvuddiagnos inom något av diagnoskapiteln tumörsjukdomar, psykiska sjukdomar och sjukdomar i cirkulationsorganen hade högre sannolikhet att vara långvarigt sjukskrivna. Kvinnor sjukskrivna i graviditetsrelaterade diagnoser hade lägre sannolikhet att utveckla långvariga sjukskrivningar. Diagnoserna depressiv episod (ICD kod F32) och ryggvärk (ICD kod M54 α) stod för störst andel av sjukförsäkringskostnaderna år 2009. En faktor som genomgående visade sig ha stor betydelse för kommande sjukfrånvaro är omfattningen av tidigare sjukfrånvaro.

Tabell 3. Studerade faktorer, kategoriserade efter strukturell nivå¹

Samhälle	Försäkringskassan	Hälso- och sjukvård	Individ
<i>Införandet av:</i> -det försäkringsmedicinska beslutsstödet	Samverkan med AF	Sjukskrivande enhet (vårdcentral, specialistmottagning)	Sociodemografi: Ålder, kön, födelseland, geografisk boendeort, typ av boendeort (H-region), utbildningsnivå, sysselsättning, yrke, sektor, anställningstyp (anställd, egenföretagare (typ av företag, val av karenstid, antal anställda i företaget)), inkomst, socioekonomisk status, civilstånd, familjesituation (gift/sambo eller ensamstående, respektive boende med eller utan barn i olika åldrar)
-rehabiliteringskedjan	Ledning och styrning av jämställdhetsaspekter i FK:s arbete	Typ av rehabiliteringsinsats (KBT, MMR, PS, MDT)	Föräldrars SS och SA – generellt och i olika diagnoser. Föräldrars försörjningsstöd, utbildning, boenderegion, civilstånd, familjesituation.
-fler karensdagar för egenföretagare	LFC	År för införande av vårdval i olika landsting/regioner	Förekomst av syskon och plats i syskonskaran; uppvuxen med en eller båda föräldrarna
-vårdval	Typ av genomförda utredningar	Landstings/regioners befolkningsstorlek	Livsstilsfaktorer: alkohol, tobak, BMI
	Handläggares användande av Sassam-utredning samt deras attityder till Sassam-utredning	Förstärkt rehabiliteringssamarbete	Sjuklighet (självskattad, diagnostiserad av sjukvård), smärtduration, samsjuklighet, arbetsskada, typ av skada, datum för dödsfall
	Handläggares användande av och inställning till avstämningsmöten	Samverkan mellan MMR-team och andra aktörer	Sjukskrivning (ja/nej, grad, diagnos, sedan när, före resp efter intervention, antal (tidigare) fall, antal brutto- eller nettodagar, antal dagar i medel- och mediantal, månad då sjukskrivningen började, uppnått maximal tid i sjukförsäkringen, 'återvändare' efter maximal tid, kostnader)
	Handläggares attityder till Försäkringskassans regelverk	Information som ges i läkarintyg vid sjukskrivning	Sjuk- eller aktivitetsersättning (ja/nej, diagnos, grad, antal brutto- eller nettodagar, antal dagar i medel- och mediantal)
	Handläggares attityder till betydelsen av att uppnå resultatmålen	Rehabiliteringsbehandlares kompetens	Antal vårdbesök
	Handläggares kännedom om begrepp i sjukskrivningsprocessen	MMR-teams inställning till vikten av att pat. återfår hälsa/återgår i arbete	Tid till återgång i arbete, hel eller partiell återgång, duration av återgång i arbete
	Handläggares erfarenhet och utbildningsinriktning	MMR-teams inställning till evidensbaserat arbete	Deltagande i specifik typ av behandling och/eller rehabilitering. Tid (dagar) i rehabilitering
	Handläggares ålder	Bemötande av sjukskrivna patienter	Uthämtade receptbelagda läkemedel (dygnsdos, antal uthämtningar)
	Handläggning av personer med arbete respektive arbetslösa		Deltagande i Sassam eller i avstämningsmöte
	Genusbias i handläggning av SS-ärenden		Deltagande i AF:s åtgärder
	Bemötande av sjukskrivna		

¹ De celler som färgats lätt gula avser faktorer som studerats för handläggare inom Försäkringskassan respektive för behandlare inom hälso- och sjukvård snarare än faktorer på andra strukturella nivåer inom de organisationerna.

7.1.6 Diagnoser

I tre av rapporterna studeras sjukfrånvaro generellt [175, 180, 199], det vill säga oberoende av diagnos. Den absoluta majoriteten av studierna innehåller dock information om diagnoser. Diagnoserna är i samtliga studier baserade på information från sjukvården eller från läkarintyg, det vill säga, de är inte självrapporterade. Vanligen finns information om sjukskrivningsdiagnoser, oftast från Försäkringskassans MiDAS register men även, i något fall, direkt från läkarintyg. I en del av studierna är istället informationen om diagnos baserad på data från sjukvården, till exempel att en viss diagnos givit en person rätt att ta del av rehabiliteringsgarantins behandling. I ett flertal studier finns information om diagnos för samtliga ICD-10-kapitel på kapitelnivå, det vill säga, den mest övergripande nivån, eller för ett urval av sådana kapitel. I andra studier finns några diagnoser/kategorier på en mer detaljerad nivå, vanligen för de psykiska och muskuloskeletala diagnoser som ingår i rehabiliteringsgarantin. I de flesta studierna ingår psykiska diagnoser; och många av studierna har dessutom sitt fokus på psykiska diagnoser. Muskuloskeletala diagnoser, generellt eller specifika, ingår också i många av studierna.

Mer detaljerat gäller att i tre studier undersöktes sjukfrånvaro oberoende av diagnos [175, 180, 199]. I tjugo av studierna redovisades information om diagnoser enligt indelningen i diagnoskapitel i ICD-10. I fem av studierna [176, 178, 186, 193, 203] användes samtliga diagnoskapitel och i 15 gavs information om sjukfrånvaro i ett eller flera av ICD-10 kapitlen [170-174, 177, 179, 182, 184, 185, 189, 190, 192, 197, 198]. Fem studier inkluderade personer med de sjukdomar som inkluderas i den så kallade rehabiliteringsgarantin, av vilka samtliga inkluderade icke-specifika rygg eller nackbesvär [181, 183, 188, 191, 202] och fyra [181, 183, 191, 202] inkluderade lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. I en studie [196] studerades patienter med smärta och/eller psykisk ohälsa och i en annan [187] studerades sjukfrånvaro i diagnoser specificerade i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

7.1.7 Interventioner

Närmare hälften av de 30 inkluderade studierna, 14 stycken, var någon typ av interventionsstudie. Som framgår ovan var de flesta av dem kvasiexperimentella, det vill säga, de jämförde sjukfrånvaro före och efter en intervention genomförd på samhällsnivå, såsom en regeländring eller införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Några av studierna var randomiserade och endast två hade en kontrollerad randomiserad design.

Ett flertal olika typer av interventioner ingick i studierna. Dessa kunde kategoriseras i tre övergripande områden; policyförändringar, samordningsinsatser och behandlingsmetoder. I Tabell 4 redovisas de olika interventionerna. Som framgår av tabellen finns det ytterst få studier om varje intervention, oftast bara en, vilket innebär att resultaten inte kan ligga till grund för slutsatser om vetenskaplig evidens eller slutsatser.

Tabell 4. Interventioner som förekommer i de inkluderade studierna, uppdelade på interventionsområde, samt antal studier där respektive intervention förekommer i.

Område	Intervention	Antal studier ¹ [ref nr]
Policy och regler	Införandet av sju dagars karens för egenföretagare	1 [184]
	Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet	3 [177, 187, 193]
	Införandet av rehabiliteringskedjan	2 [197, 199, 200]
	Införandet av vårdval	1 [180]
	Införandet av rehabiliteringskedjan och senare regeländringar ²	2 [189, 190]
Utredningar och samordningsinsatser, från FK alternativt i samarbete mellan FK och AF	Sassam	1 [185]
	Avstämningsmöten	1 [185]
	Förstärkt rehabiliteringssamarbete mellan FK och AF	1 [179]
Behandlingar och rehabiliteringar genomförda av hälso- och sjukvården	KBT	3 [181, 198, 202]
	MMR	4 [181, 188, 191, 202]
	PB	1 [191]
	Interpersonell psykoterapi	1 [191]
	ACT	1 [196]
	MDT	1 [196]
	”Vardagsrevidering”	1 [196]
Grön rehabilitering i kombination med ”Supported Employment”	1 [196]	

¹: I vissa studier förekommer flera typer av interventioner. Det totala antalet studier i tabellen överstiger därför det totala antalet studier i vilka interventioner förekom.

²: Dessa två studier är tidsseriestudier. Övriga i tabellen är interventionsstudier.

Att flertalet av interventionerna inte undersöks i fler än en av de inkluderade studierna innebär även att resultaten inte kan användas för att dra mer långtgående slutsatser om de olika interventionernas effekt. Vid en generell översyn av effektens riktning och nivå kan dock följande slutsats dras: Regeländringar tenderar att ha störst effekt på sjukfrånvaronivåer och särskilt stor effekt hade införandet av sju dagars karens för egenföretagare. Effekten av övriga studerade interventioner var måttlig och gick delvis i olika riktningar.

Nedan sammanställs resultaten från de studier gällande interventioner som undersökts i mer än en studie; införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, införandet av rehabiliteringskedjan i juli 2008 samt de rehabiliteringsåtgärder som använts inom rehabiliteringsgarantin.

7.1.7.1 Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

I tre studier [177, 187, 193] undersöks effekter av införandet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, och samtliga visar på positiva effekter på sjukskrivningslängd, i termer av minskad sådan. Lidwall et al [187] fann att sjukskrivningstiderna var kortare efter beslutsstödet införande, från en medianlängd på 46 dagar till en på 43. Minskningen var störst för psykiska diagnoser, och för de fysiska diagnoserna var minskningen större bland de diagnoser som ingick i beslutsstödet än bland dem som inte gjorde det. Bland de fysiska diagnoserna som ingick i beslutsstödet minskade

mediansjukskrivningstiderna för 50 av 72 diagnoser och ökade för 10. Minskningen av sjukskrivningstider oberoende av diagnos var större bland kvinnor än män. Sannolikheten att avsluta ett sjukskrivningsfall inom 180 dagar var statistiskt signifikant större bland kvinnor efter införandet. Bland män fanns ingen sådan skillnad, i stället var sannolikheten att avsluta ett sjukskrivningsfall inom 180 dagar statistiskt signifikant mindre för män med fysiska diagnoser som inte ingick i beslutsstödet.

I ytterligare en studie fann Lidwall et al. [193] att mediansjukskrivningslängden bland fall som påbörjats inom perioden 28 månader efter införandet av beslutsstödet var en dag kortare jämfört med de som påbörjats inom 28 månader före införandet. Skillnaden låg i en minskad mediansjukskrivningslängd bland sjukskrivna kvinnor, 32 dagar efter jämfört med 33 dagar innan. För män var medianlängden 33 dagar före såväl som efter införandet. Även spridningen i sjukskrivningslängder var mindre efter beslutsstödet införande. Mest minskade den för kvinnor, från ett kvartilavstånd på 73 dagar till 59 jämfört med 73 till 64 för män. För 14 av de 20 inkluderade ICD-10 diagnoskapitlen minskade mediansjukskrivningslängden, för fyra var den oförändrad, medan den i två kapitel ökade. Minskningen var störst i diagnoskapitlet psykiska sjukdomar där medianlängden var 73 dagar före beslutsstödet införande och 61 dagar efter. I 18 av 21 län minskade mediansjukskrivningslängden. Minskningen låg i dessa län på mellan en och tre dagar. I två län, Östergötland och Jönköping, var medianlängden oförändrad, medan den i Norrbotten ökade från 32 till 33 dagar. I en Cox-proportional hazard regressionsanalys, där ett flertal andra faktorer kontrollerades för, framgick att sannolikheten för ett sjukskrivningsfall att avslutas ökade med åtta procent efter beslutsstödet införande. För kvinnor ökade sannolikheten mest, elva procent ökning jämfört med sju procent för män. Att den ökade för män visar att sjukskrivningslängder för män minskat, även om detta inte framgick av mediansjukskrivningslängden. Statistiskt signifikanta förändringar i sannolikhet för avslut fanns för tio av 17 ICD-10 diagnoskapitel för vilka sannolikheten ökade efter beslutsstödet införande. Störst var ökningen för diagnoskapitlet blod/immunsystem (15 %), psykiska sjukdomar (14 %), symtom (13 %) och Z-diagnoserna (19 %). I samtliga län sågs en ökad sannolikhet för avslut av sjukskrivningar efter beslutsstödet införande. I samtliga län utom Kalmar var denna förändring statistiskt signifikant. Störst förändringar sågs i Jämtland (20 %), Södermanland (19 %), Örebro (17 %), och Värmland (15 %).

Söderberg et al. [177] fann i en studie publicerad år 2011 att andelen sjukskrivningar som pågick 365 dagar efter sjukskrivningsperiodens början var mindre året efter beslutsstödet införande jämfört med året före, fem procent år 2009 jämfört med tio procent år 2007. De fann även att mediansjukskrivningslängden var två dagar kortare år 2009 jämfört med 2007 (41 jämfört med 43 dagar). Medianlängden minskade från 44 till 43 dagar för män och från 42 till 41 dagar för kvinnor. För samtliga ålderskategorier minskade medianlängden, utom för kategorin <25 år för vilken resultatet inte kunde säkerställas på grund av få deltagare. Störst var minskningen i ålderskategorin 35-44 år, för vilken mediansjukskrivningslängden var 45 dagar år 2007 och 36 dagar år 2009. För flera av ICD-10 diagnoskapitlen var antalet sjukskrivningar de olika åren få. För diagnoskapitel med ett större antal sjukskrivningar var

exempelvis mediansjukskrivningslängden för sjukskrivningar i muskuloskeletala diagnoser kortare år 2009 jämfört med 2007, 54 respektive 48 dagar. Även för psykiska diagnoser var medianlängden mindre efter beslutsstödet införande; 56 dagar år 2009 jämfört med 61 dagar år 2007. För diagnosgruppen skador ökade däremot mediansjukskrivningslängden från 43 dagar år 2007 till 46 dagar år 2009. En ökning kunde även ses bland sjukskrivningar på grund av graviditetsrelaterade besvär, från 34 till 41 dagar. I studien framkom även att andelen sjukskrivna som sökte sig till olika sjukskrivande enheter minskade efter beslutsstödet införande, från 11 procent år 2007 till nio procent år 2009. Ett byte av sjukskrivande enhet från/till vårdcentral eller från/till sjukhusklinik innebar för patienter som fått minst två sjukintyg en ökning av mediansjukskrivningslängden från 64 till 125 dagar ($p < 0,001$).

7.1.7.2 *Införandet av rehabiliteringskedjan*

Två studier handlar om effekter av införandet av rehabiliteringskedjan [197, 199, 200]. Båda studierna visar på en positiv effekt, i termer av minskad sjukfrånvaro. Hägglund [199] fann i en studie som genomfördes mycket kort efter införandet att reformen innebar att sjukskrivningstider reducerades med i genomsnitt 0,35 dagar (0,4 %) under en uppföljningsperiod på 28 veckor. En statistiskt signifikant effekt av rehabiliteringskedjan sågs för sjukfrånvaron i stora städer medan ingen sådan förelåg för mindre kommuner. En liten positiv effekt sågs även bland sjukskrivna som var över 45 år. Effekten av rehabiliteringskedjan var även större bland dem med längre sammanhängande perioder åter i arbete efter sjukskrivningsperioden. Författaren menar att resultaten kan tolkas som att det är tidsgränserna i reformen som påverkar benägenheten bland försäkrade att återgå i arbete, och då främst bland personer med bättre hälsa och förankring på arbetsmarknaden. Bengtsson et al [197] såg i en studie att den genomsnittliga längden för alla sjukintyg i sjukskrivningsfall med muskuloskeletala diagnoser som översteg 180 dagars längd var 4,78 ($p = 0,014$) dagar kortare för första halvåret år 2010 jämfört med första halvåret 2008 (39,05 respektive 43,83 dagar). I två tidsseriestudier [189, 190] som sträcker sig över tidpunkten för rehabiliteringskedjans införande framkom ett tidsmässigt samband på så sätt att medianlängden för fall med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning under åren kring införandet minskat för anställda men ökat för arbetslösa, delvis på grund av "återvändare".

7.1.7.3 *Kognitiv beteendeterapi*

Av olika interventioner i form av behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården undersöktes effekterna av KBT och MMR inom ramen för rehabiliteringsgarantin i fem olika studier [181, 188, 191, 198, 202], varav tre undersökte båda dessa interventioner. I en studie från 2012 fann Hägglund et al. [202] att KBT inte ledde till en statistiskt signifikant effekt avseende antalet bruttodagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning. För deltagare som inte varit sjukskrivna vid behandlingens inledning kunde dock en statistiskt signifikant positiv effekt ses för samtliga fyra kvartal. Effekten var som störst under kvartal två där behandlingsgruppen hade 1,3 dagar färre antal bruttodagar sjukskrivning, effekten var sedan avtagande under kvartal tre och fyra men fortfarande positiv uppföljningsperioden ut. Effekten per år bestod i 26,4 procent färre bruttodagar med sjukskrivning för behandlingsgruppen, vilket var en statistiskt signifikant effekt ($p < 0,01$).

En snarlik studie av Hägglund et al. [181] från år 2014 gav samstämmiga resultat. Här framgick hur KBT inte ledde till en minskning av antalet bruttodagar med sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning under de första tre kvartalen efter behandlingsstart för individer som var sjukskrivna när behandlingen inleddes, i det fjärde kvartalet fanns dock en svag positiv effekt, vilken inte var statistiskt signifikant. Ingen effekt i antal sjukfrånvarodagar kunde ses per år. För patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingens början sågs däremot hur antalet sjukfrånvarodagar minskade under det efterföljande året jämfört med kontrollgruppen. Effekten var som störst det första kvartalet efter behandlingsstart och utgör då en skillnad på närmare två bruttodagar mellan behandlingsgruppen och den matchade kontrollgruppen. Effekten avtog sedan under resten av uppföljningsperioden men är statistiskt signifikant för alla fyra kvartal. Effekten per år var 36,2 procent färre bruttodagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning för behandlingsgruppen jämfört ettårsuppföljningen; för deltagare med kontrollgruppen. I en delstudie gjordes en uppföljning av studiedeltagarna i ovan presenterad studie [202], nu med en uppföljningsperiod på två år. Resultaten bekräftar de från huvudanalysen; för deltagare som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart fanns en positiv effekt från behandlingens inledning och under hela uppföljningsperioden. Effekten över en uppföljningsperiod på två år motsvarade en minskning av antalet bruttodagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning med 0,5-1,5 dagar per kvartal, jämfört med kontrollgruppen. I en analys av effekter i olika delgrupper poolades urvalet från ettårsuppföljningen med det från tvåårsuppföljningen. För deltagare som var sjukskrivna vid behandlingens början fanns statistiskt signifikanta effekter för gruppen 25-34 år, för vilken behandlingsgruppen hade 21,4 sjukfrånvarodagar färre jämfört med kontrollgruppen ($p < 0,05$). För deltagare som inte var sjukskrivna vid behandlingens början var den positiva effekten statistiskt signifikant och någorlunda jämt fördelad mellan olika grupper avseende kön, ålder, utbildningsnivå och inkomst. Undantaget gäller arbetslösa, för vilka effekterna närmade sig noll och saknade statistisk signifikans.

I en studie från 2011 använder sig Lohela Karlsson et al. [198] av en matchad kontrollgrupp för att studera effekterna av KBT-behandling bland patienter med långvarig sjukskrivning eller som riskerar långvarig sjukskrivning i psykiska diagnoser. Fram till strax före behandlingsstart hade kontrollgruppen ett något högre medelvärde avseende antal dagar per månad med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med behandlingsgruppen. Vid behandlingens inledning var dock medelvärdet högre för behandlingsgruppen och fortsatte vara det under tolv-månaders uppföljningsperioden. Antalet dagar minskade sedan snabbare för kontrollgruppen och det var först vid tolv månader efter behandling som gruppernas medelvärden närmade sig varandra. Det genomsnittliga antalet dagar per månad med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning per månad varierade något mellan patientgrupperna vid de fyra olika rehabiliteringsklinikerna där rekrytering till studien skett. Noterbart är dock att under hela uppföljningsperioden översteg antalet sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsdagar för patienterna vid tre av klinikerna antalet för kontrollgruppen. En av klinikerna har ett medelvärde överstigande kontrollgruppens fram till sex månader efter behandlingsstart och därefter något under, för att vid uppföljningsperiodens slut vara likvärdiga. Bland de individer i behandlingsgruppen som återgått till arbete på heltid under

behandlingsperioden gjordes en analys för återgång i arbete i vilken de jämfördes med kontrollgruppen. För samtliga fyra kliniker var den genomsnittliga tiden till återgång i arbete längre än för kontrollgruppen, varierande mellan klinikerna mellan 1,2–2,2 månaders längre tid.

7.1.7.4 Multimodal rehabilitering

Hägglund et al.^[202] fann i en studie från 2012 hur MMR-behandling gav en negativ effekt på sjukfrånvaro, i det att behandlingsgruppen hade ett ökat antal bruttodagar sjukskrivning jämfört med kontrollgruppen under året efter behandlingens inledning. För deltagare som var sjukskrivna vid behandlingsstart var den negativa effekten som störst för det andra kvartalet av uppföljningsperioden för att därefter avta. En statistiskt signifikant negativ effekt kvarstod dock under hela uppföljningsperioden. Effekten per år bestod i 11 procent fler bruttodagar med sjukskrivning för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen, effekten befanns vara statistiskt signifikant ($p < 0,01$). För deltagare som inte varit sjukskrivna vid behandlingsstart var den negativa effekten som störst, drygt fyra sjukskrivningsdagar per kvartal, för kvartal tre. En statistiskt signifikant negativ effekt förelåg under hela uppföljningsperioden. Effekten per år bestod i 59,8 procent fler bruttodagar med sjukskrivning för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen, denna effekt var statistiskt signifikant ($p < 0,01$). Den största negativa effekten fanns hos gruppen personer med relativt sett bättre arbetsmarknadsstatus jämfört med de övriga deltagare, i form av mindre andel arbetslösa vid behandlingsstart och högre andel förvärvsarbetande året innan behandling, samt bättre hälsostatus i form av mindre antal vård dagar och sjukskrivningsdagar året innan behandlingens inledning. Här fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan behandlingsgrupperna och deras matchade kontrollgrupper; 30,5 procent fler sjukskrivningsdagar under uppföljningsperioden för dem med sjukskrivning och 112,5 procent fler för dem utan sjukskrivning vid behandlingens början.

I en snarlik studie från 2014, också av Hägglund et al.^[181] konstaterades samstämmiga resultat. MMR-behandling befanns ha en negativ effekt, i form av ökat antal bruttodagar med sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Behandlingsgruppen hade ca fem dagar högre sjukfrånvaro per kvartal jämfört med kontrollgruppen, denna effekt var statistiskt signifikant ($p < 0,05$). Effekten per år var 23,7 procent fler sjukfrånvarodagar för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen ($p < 0,01$). I en delstudie gjordes en uppföljning av studiedeltagarna i ovan presenterad studie^[202], nu med en uppföljningsperiod på två år. Resultaten bekräftar de som framkom i ettårsuppföljningen; även här visades en negativ effekt av MMR-behandlingen. Denna negativa effekt avtog inte under de två åren utan låg på ungefär fem dagars högre sjukfrånvaro per kvartal för både de deltagare som var sjukskrivna vid behandlingsstart och de deltagare som inte var det, jämfört med kontrollgruppen. Denna negativa effekt ökade dessutom ytterligare något under kvartal sju och åtta för deltagarna som inte var sjukskrivna vid behandlingens inledning. I en analys av effekter i olika delgrupper poolades urvalet från ettårsuppföljningen med det från tvåårsuppföljningen. Bland kvinnor var den negativa effekten av behandlingen räknat i antal dagars sjukfrånvaro året efter behandlingens inledning 15,3 och för män 29,0. Båda dessa

effekter var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$). Ålderskategorin över 55 år hade en negativ effekt av behandlingen som var betydligt större än den genomsnittliga, 43,9 jämfört med 18,4. Även dessa effekter var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$). De två största diagnosgrupperna inom MMR-interventionen, myalgi och akut, ospecificerad smärta, hade större negativa effekter av behandlingen än genomsnittet; 31,9 respektive 41,6 fler sjukfrånvarodagar än kontrollgrupperna, jämfört med genomsnittet 18,4. Effekterna var statistiskt signifikanta ($p < 0,01$). En högre effekt än genomsnittet kunde även ses bland de 25 procenten med högst inkomst. Denna grupp hade en statistiskt signifikant effekt på 28,2 dagar.

Effekterna av MMR på sjukfrånvaro studerades även av Busch et al. i en studie från 2011 [191]. I studien presenteras resultat från två kohorter. I en analys av deltagare i kohort II med en uppföljningstid på tolv månader efter behandlingens inledning sågs redan månaden innan behandlingsstart en skillnad i medelvärde för antal dagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning mellan de matchade grupperna, med tre dagar fler per månad i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. Detta hänför författarna till att individerna i den förra eventuellt inledde en utredning om rehabilitering vid denna tidpunkt. Vid en månad efter behandlingsstart hade skillnaderna i medelvärde mellan grupperna ökat till åtta dagar fler i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. Skillnaderna minskade sedan successivt och vid slutet på uppföljningen vid månad tolv var skillnaden två dagar. I en analys av deltagare i samma kohort men som endast uppnått en sex månaders uppföljningsperiod sedan behandlingens inledning sågs att sjukfrånvaromönstret följde det för tolv månadersanalysen. I en kovariansanalys mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp sågs att den förra vid första kvartalet i uppföljningsperioden hade ett medelvärde på 21 fler dagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med kontrollgruppen. Vid det fjärde kvartalet var denna skillnad nio dagar. Skillnaderna var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$). Ingen skillnad sågs mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp i sjukfrånvaroutveckling för olika kategorier vad gäller kön, ålder, samt sjuk- och aktivitetsersättning kvartalet innan behandlingens inledning. Riskkvoter för att beviljas sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning under uppföljningsperioden för personer med sjukpenning kvartalet innan behandlingens inledning analyserades. Efter att ha justerat för ålder, kön samt sjukskrivning kvartalet före behandlingsstart sågs att kontrollgruppen hade två gånger högre risk ($RR=2,1$) att få sjuk- och aktivitetsersättning under uppföljningsperioden på tolv månader, jämfört med behandlingsgruppen. I kohort I med en uppföljningsperiod på tolv månader sågs ett liknande mönster som för kohort II. Behandlingsgruppen hade ett medelvärde av antal dagar med sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning som översteg referensgruppens. Även kovariansanalyser ger en relativt samstämmig bild mellan kohorterna. Här förelåg dock inte någon skillnad mellan grupperna vad gäller risken att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning tolv månader efter behandlingens inledning.

I en studie från år 2012 av Gustavsson undersöks sjukfrånvaro och återgång till arbete bland patienter som genomgått MMR [188]. Hälften av patienterna hade vid behandlingsstart någon form av sjukskrivning, vid behandlingens avslut var denna andel en tredjedel. Av de med någon form eller grad av sjukskrivning vid ingång eller avslut av rehabiliteringsgarantin

minskade graden av sjukskrivning under behandlingsperioden för 48 procent, en lika stor andel hade samma sjukskrivningsgrad vid avslut som vid ingång och fyra procent ökade sin sjukskrivningsgrad under rehabiliteringsperioden. Denna studie använde dock inte någon kontrollgrupp att jämföra resultaten från behandlingsgruppen med, vilket gör det svårt att dra några slutsatser av effekterna av MMR.

7.2 Sammanfattningsvis

Sammanfattningsvis och på en mer övergripande nivå framgår att det förefaller möjligt att påverka sjukfrånvaroduration med olika insatser. Såväl magnitud som riktning av påverkan varierar dock mycket. Regeländringar, såsom att öka antal karensdagar för egenföretagare, förefaller ha störst effekt. Tre studier visar även en viss positiv effekt av införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, i termer av kortare sjukskrivningsfall. Framförallt kan resultaten av denna genomgång användas för att få kunskap om hur olika faktorer studerats och kategoriserats. Möjligen kan resultaten även användas för ställningstagande till resultat och evidens för resultat i genomgången av den 'vita' litteraturen i ett av de andra SRS-projekten.

I en studie från Inspektionen för socialförsäkringen [174] framkommer att jämställdhetsperspektiv saknas i Försäkringskassans styrdokument och att handläggarna inte har stöd, utbildning och handledning i hantering av jämställdhetsfrågor. Detta innebär risk för genusbias i handläggning av sjukskrivningsärenden. Här föreligger en stor förbättringspotential. Även i andra tvärsnittsstudier framkommer förbättringspotential för hälso- och sjukvården och för Försäkringskassan, till exempel i en enkätstudie till långtidssjukskrivna personer om hur de blivit bemötta av hälso- och sjukvården respektive av Försäkringskassan [195, 203].

8 Diskussion

I denna sammanställning av studier publicerade i svenska rapporter framkom att det var en stor variation mellan de inkluderade studierna vad gäller forskningsfrågor, studieupplägg, data, analysmetoder och använda mått. Detta innebär att få generella slutsatser kan dras från dem. Däremot torde resultat från vissa av dessa studier kunna adderas till resultat från den andra kunskapssammanställningen, när kvalitetsbedömning av studier publicerade i referentbedömda tidskrifter gjorts, som underlag för evidensbedömning. Regeländringar tenderade att ha störst betydelse för sjukfrånvaronivåer. Effekten av övriga interventioner på sjukfrånvaronivåer var måttliga och gick delvis i olika riktningar.

Det kanske mest slående i översikten är det låga antalet publikationer under ett antal år då ett mycket stort antal olika interventioner på olika strukturella områden har genomförts nationellt och regionalt i Sverige [157].

Tidigare har det framkommit att ett mycket stort antal olika mått på sjukfrånvaro används i forskning om sjukfrånvaro och att detta innebär ett stort problem när resultat från olika studier ska jämföras med varandra. Forskare inom området har ofta nämnt att cirka 60 olika mått

förekommer i litteraturen [2, 68, 204]. Dock framkom att endast i dessa 30 studier används närmare 60 olika mått, vilket innebär att siffran behöver revideras. Här finns en stor potential till utveckling av forskningsområdet.

Flera studier handlade om handläggares respektive vårdpersonals arbete eller inställning till olika faktorer och betydelsen av detta för patienters/sjukskrivnas sjukskrivning och återgång i arbete. Detta kan tolkas som att det numera finns en medvetenhet i studier om att professionellas attityder och uppfattningar är centrala faktorer för att förstå utfall av olika insatser. Forskning om effekt av olika rehabiliteringsinsatser har ibland kritiserats för att vara en 'black box-forskning'; man har vanligen inte haft information om vad som faktiskt har ingått i en rehabiliteringsinsats och inte heller om alla patienter fått samma insats, bemötande, etcetera. De studier om detta som inkluderats visar att forskningsfronten kring effekter av insatser flyttas framåt. Olika åtgärder för sjukskrivna kan alltså behöva relateras till inställning och grad av professionalitet bland personal inom hälso- och sjukvård samt inom Försäkringskassan.

Det är positivt att studierna är förhållandevis stora och ofta baserats på data av relativt hög kvalitet och i stor utsträckning inkluderar uppgifter om diagnoser och att diagnoserna vanligen även bedömts av läkare. Många andra studier inom sjukfrånvaroområdet baseras enbart på självrapporterade data om sjuklighet och sjukfrånvaro, vilket kan innebära vissa problem när det gäller tolkning av resultat. Val av studiedesign och typ av data som använts kan också diskuteras ur olika aspekter och olika typer av studier behövs av dessa faktorer.

8.1 Metoddiskussion

En systematisk litteraturöversikt innebär studier av andra studier och skiljer sig sålunda på flera sätt från annan typ av forskning. Denna översikt av så kallad grå litteratur har gjorts systematiskt, utifrån den metod som etablerats och använts av välrenommerade organisationer för sådant, till exempel SBU [3]. Studier har sökts och relevansbedömts, däremot har det inte ingått i uppdraget att göra en kvalitetsbedömning av inkluderade studier.

Olika typer av fel kan uppstå i en litteraturöversikt. Ett centralt sådant är att relevanta studier kan ha missats, det vill säga, att inte alla relevanta publikationer har identifierats. I denna översikt av grå litteratur är det troligt att ett sådant fel finns, det vill säga, det är troligt att det finns publikationer, till exempel rapporter, som vi inte har identifierat. Det finns ännu inte en central databas för denna typ av svenska publikationer vilket innebär att andra olika metoder måste användas. Som framgår av metod-delen har vi sökt publikationer och liknande på flera olika sätt och många personer, även inom SRS-projektet, har dessutom vidarebefordrat information om sådana till oss. Några rapporter har inte inkluderats i listan över identifierade publikationer då projektledarens kännedom om dem inneburit att de inte inkluderats bland dem som relevansbedömts. Samtliga i projektet har sökt publikationer på olika sätt. Vi har relevansbedömt brett, vilket innebär att vi ibland även relevansbedömt studier som publicerats i svenskspråkiga vetenskapliga tidskrifter. De nio studier detta gäller skulle ha kunnat strykas från antalet identifierade studier. Vissa publikationer, som i sig inte är rapporter från studier,

har genomförts för att undersöka eventuell förekomst av den typ av empiriska data som ingår i denna genomgång. Dit hör till exempel vissa SOU:n.

En annan bias är att studier och deras resultat kan ha missförstått av forskarna i detta projekt. Kvaliteten på metodbeskrivningarna i de inkluderade studierna varierade mycket, och i flera fall var det oklart vad som faktiskt gjorts i studien.

Tidsfönstret för sökning har varit mycket begränsat, och det finns viss risk för bias i identifiering via detta sätt. Förhoppningsvis kan publicerandet av denna delrapport innebära att vi får kunskap om ytterligare möjliga studier.

Slutrapporter från det så kallade Resam-projektet föreligger inte ännu. Förhoppningsvis kommer de att bidra med användbar kunskap.

8.2 Fortsatta studier

En uppdatering av denna sammanställning kan behövas, särskilt när slutrapporterna från Resam-projektet publicerats.

När sammanställning från resultaten av den parallella litteraturöversikten av internationellt publicerade studier är klar, kan resultaten från denna studie adderas till den, som bas för evidensbedömning. Först måste då de relevanta studierna kvalitetsbedömas.

9 Tabell över de inkluderade studierna

Tabell 5. Sammanställning av information från de 30 inkluderade studierna. Studierna listas i följande ordning: interventionsstudier (RCT, CT, Kvasiexperimentella), prospektiva kohortstudier, tidsserieanalyser och sist tvärsnittsstudier. Inom respektive kategori listas de i förhållande till publikationsår; de som publicerats först listas först. För förkortningar, se sidan 5. För de variabler som det saknas information om i respektive studie har den ”fetade” stilen om de variablerna tagits bort).

För-fattare År (Referens-nummer)	Studiens syfte	Studiedesign; -Typ av SSdata som används -Typ av andra data som används -Tid (årtal) som insamlade data gäller för -Uppföljningstid	Studiepopulation; n (%♀); ålder; (medel och range) Studiedeltagare; n (%♀); -Bortfall Typ av systematik i bortfall -Bortfall bland ♀ resp ♂	Typ av studie (riskfaktorer för SS, konsekvenser av SS, vad som påverkar RTW, vad som påverkar duration av SS) Typ av studerade: (population, försäkrade, arbetslösa, yrkesverksamma, patienter, SS, SA, bias i inklusion) Hur länge har de sjukskrivna (SS) varit detta vid inklusion? Grad av SS?	Typ av interventioner som studeras, om aktuellt	Diagnoser (ICD10) Metod för fastställande av diagnos (Självrapporaterat Från sjukintyg Från journaler Från särskild undersökning i studien) Fastställd av läkare (ja/nej) Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar (ja/tidigare/senare)	-Utfallsvariabler (ange exakta) -Analysmetoder (kvantitativ o/e kvalitativa – ange vilka metoder) -Faktorer som inkluderas i analyserna -Faktorer som justeras för	Resultat
--	----------------	---	---	---	---	---	---	----------

Interventionsstudier (n=14)

FK 2013 [196]	<p>Syfte: Analysera effekter av 4 olika rehabiliteringsinsatser som syftat till att minska SS och underlätta RTW för kvinnor. Att undersöka effekten av att erbjudas behandling (intention-to-treat effekten).</p>	<p>Studiedesign Intervention (RCT)</p> <p>Typ av SSdata SS och SA MiDAS, FK Registerdata från FK; SSfall där individen uppbär sjukpenning, förebyggande sjukpenning, arbetsskadeersättning eller rehabpenning.</p> <p>Typ av andra data FK Registerdata gällande tidpunkt för randomisering</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2010-2012</p> <p>Tid (årtal) för uppföljning 2011-2013; 12-30 månader efter randomisering</p>	<p>Studiepopulation n (%♀); oklart ålder; (medel och range) -</p> <p>Studiedeltagare; n 1017 (♀100%); Medelålder 43,9 år, olika för de 4 interventionerna</p> <p>Bortfall Ja, ffa pga att personen ej gått att nå för rehabstart</p> <p>Typ av systematik i bortfall Uppgift om anställning saknas för en stor del för Fyrklövern</p> <p>Bortfall bland ♀ resp ♂. Endast kvinnor i studien</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar RTW och SSduration</p> <p>Typ av studerade: Patienter</p> <p>Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? I medeltal 139 dgr. Alla ej SS.</p> <p>Grad av SS? Ej angivet</p>	<p>Typ av intervention Fyra olika: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), multidisciplinär teambedömning (MDT), grön rehab i kombination med Supported Employment och Vardagsrevidering</p>	<p>Diagnoser (ICD10) Olika för de olika delstudierna. ACT: psykisk ohälsa och/eller smärta. MDT: psykisk ohälsa och smärta eller musk problem. Grön rehab: främst utmattningstillstånd. Vardagsrevidering: psykisk och/eller stressrelaterad ohälsa.</p> <p>Metod för fastställande av diagnos FKs register</p> <p>Fastställd av läkare Ja</p> <p>Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar: Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Genomsnittligt antal nettodgr med SS och SA samt andel med SA</p> <p>Analysmetoder Deskriptiv statistik, t-tester</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna Randomiseringsstatus. Antal nettodgr 2005-2009 samt antal bruttodgr i pågående SSfall vid randomisering. Vid skattning av SA samt andel med SA inkluderas motsvarande variabler för SA. Pensionsgrundande inkomst 2009 inkluderas vid skattning av motsvarande typ av inkomst för 2011.</p> <p>Faktorer som justeras för Ålder, antal barn, utrikesfödd, utbildning, anställning.</p>	<p>Resultat MDT ledde till signifikant minskning av genomsnittligt antal nettodgr med SS jämfört med kontrollgruppen. För perioden 12-30 månader efter randomisering gav MDTbehandlingen en genomsnittlig minskning av antal nettodgr med 26%. Liknande resultat påvisades för ACT, men där ledde behandlingen även till en signifikant ökning av andelen som uppbär SA. Den tredje metoden hade inget samband med SS/SA dgr.</p>
---------------------	---	--	--	---	--	--	---	--

Mikko nen 2014 [179]	<p>Syfte Utvärdera effekten på arbetsförmåga och SSLängd av ett nytt arbetssätt som kallas förstärkt rehabiliteringssamarbete mellan FK och AF</p>	<p>Studiedesign Intervention (RCT) Typ av SS data: FK Typ av andra data Information om inskrivning på AF och om deltagarnas "status" från AFs datalager. Från FKs ärendehanteringssystem (ÅHS). Uppgifter om kallelse till gemensam kartläggning (datum) och genomförd gemensam kartläggning (datum). Från FK register: Sysstämning & huvuddiagnos vid SSfallets start, antal SSdgr före det aktuella SSfallet. Tidigare uppnådd max tid. Prognos för SSfallets längd registrerad av handläggare efter 12 månader. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2012-2013 Tid (årtal) för uppföljning 9-13 månader/fall (till jan 2014)</p>	<p>Studiepopulation; n Personer med SS <365 dgr fr hälften av landets LFC (%♀Ej angivet); Ålder; Studiedeltagare; n Slumpvis randomisering till försöksgrupp 1086 (%♀62%); Medelålder 44, range ej angett Bortfall Anges ej</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar RTW och SS duration Typ av studerade: Sjukskrivna som av FK:s handläggare identifierats vara i stort behov av insatser Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? <1 år, medel 199 dgr Grad av SS? Anges ej</p>	<p>Typ av intervention Ett nytt arbetssätt som kallas förstärkt rehabiliteringssamarbete mellan FK och AF. Försöksgruppen kallades till gemensam kartläggning, kontrollgruppen fick vänta 90 dgr.</p>	<p>Diagnoser (ICD10) musk, psyk, övriga Metod för fastställande av diagnos FKs datalager Fastställd av läkare ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Avslutat SSfall, avslutat SS/SAfall utan att ett nytt SSfall startat inom 30 dgr. Avslutat SS/SAfall och inget nytt pågående jan 2014. Kvarstående i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett pågående SSfall; Kvarstående i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppen arbetslöshet med ett avslutat SSfall; Till arbete och utbildning. Analysmetoder Överlevnads-skattningar; Kaplan Meier. Linjära regressioner. Intention-to-treat. Faktorer som inkluderas i analyserna Ovanstående Faktorer som justeras för Ovanstående. Kön, utbildning, utrikesfödd, födelse-region, ålder, barn, civilstånd, sysselsättning SSfallslängd vid randomiseringstillfället, om individen har återvänt från en första SSperiod, typ av diagnos, prognos för om SSfallet kommer vara kortare eller längre än ett år samt randomiseringsmånad.</p>	<p>Resultat Positiva effekter kunde påvisas av det förstärkta rehabiliteringssamarbetet både i termer av kortare SS-tider, närmande till arbetsmarknaden och övergång till arbete eller utbildning: Sannolikheten att avsluta SSfallet var 4,8 procentenheter större för försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen. Sannolikheten att vara inskriven i program eller öppet arbetslös med ett avslutat SSfall var 3,9 procentenheter större för försöksgruppen. Sannolikheten att ha gått till arbete och utbildning var 5,5 procentenheter större för försöksgruppen. Positiva effekter för kvinnor, äldre, arbetslösa och SS i psykiska diagnoser påvisades. Processen från SS till arbete eller utbildning tog olika lång tid för olika grupper; längre tid för äldre, individer med kortare utbildning, utrikesfödda, arbetslösa vid SSfallets start, SSfall >6 månader vid randomiseringen. Det gick snabbare för yngre, de med längre utbildning, anställda vid SSfallets start, och inrikes födda.</p>
-------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	---

<p>Lo-hela Karlsson 2011 [169, 198]</p>	<p>Syfte Att för patienter som har behandlats i stressnätverket i Stockholms län mellan 1/1 2008 – 31/12 2010 undersöka: utveckling av hälsa och SS, jämföra SS före och efter behandlingsstart samt 12, 18 resp 24 månader efter avslutad behandling; tid till RTW jämföra SS utvecklingen med den i en referensgrupp som ej deltagit i behandlingen, beräkna kostnads-effektivitet avseende produktionsbortfall.</p>	<p>Studiedesign Intervention (CT) Typ av SSdata SS + SA från FK 1/1 2007 30/6 2011 Typ av andra data Uppgifter om diagnos, inkomst, utförsäkring och död från FK. Information om deltagande i behandling, start- % slutdatum för behandling, om behandlingen har avbrutits, typ av behandling som genomförts, diagnos och hälsoutveckling från hälsoenkäter samt kostnader för behandlingen har inhämtas från klinikerna. Enkäter (SF36, HAD för självskattning av olika hälsoparametrar). Tid (årtal) som insamlade data gäller för Feb 2008-okt 2011 Uppföljningstid 12, 18, & 24 månader efter behandlingsstart.</p>	<p>Studiepopulation n (% ♀); Anges ej Studiedeltagare; n 1202 i behandlingsgruppen (medelålder: 45 SD 9) (♀ 78%); Referensgr: (via FKs register): SS inom samma diagnoser samt ej fått rehab via rehabgarantin (n=1701). 1-3 ref. personer matchade på diagnos, ålder, kön, SS kvartalet före behandling. I referensgruppen: 84 % ♀ medelålder: 43 år (SD 9). I jämförelsen av SS-utvecklingen hos patienterna med referensgruppen inkluderas endast de patienter som har haft SS kvartalet före behandlingsstart. (80 % ♀), medelålder 44 år (SD 9). Bortfall 28 st avbröt rehab i förtid. Typ av systematik i bortfall Fler avbröt rehab på två av klinikerna Bortfall bland ♀ resp ♂ Anges ej</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar RTW, vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Patienter Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Vid behandlingsstart hade 43% av patienterna inte någon registrerad sjukpenning hos FK. Ca 30% av patienterna hade en registrerad sjukpenning motsvarande heltid (\geq 28 dgr) vid tidpunkten för behandlingsstart. Genomsnittliga SS kvartalet för behandlingsstart var för referensgruppen 55 dgr (sd 29) och 56 dgr (sd 29) för behandlingsgruppen. Grad av SS? Såväl hel- som deltid redovisas</p>	<p>Typ av intervention Behandling vid någon av Stressnätverkets 4 mottagningar . KBT-behandling, anpassad efter patientens behov. Målgruppen för behandlingen är patienter som har pågående långvarig SS, eller riskerar långtidSS för psykisk ohälsa inklusive stressrelaterade besvär & utmattningssyndrom.</p>	<p>Diagnoser Psyk, inklusive stressrelaterade besvär, F00-F99 Metod för fastställande av diagnos: från MiDAS Fastställd av läkare ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar ja.</p>	<p>Utfallsvariabler Total SS (SP+SA), genomsnittligt antal dgr per månad. Åter i arbete, dvs ha en sammanhängande period om sex månader utan SS. Den första månaden i denna period räknas som månaden för RTW. Analysmetoder T-test och chi2 test, linjära modeller med upprepade mätningar, sk general linear model (GLM) samt Cox regression Faktorer som inkluderas i analyserna Faktorer som justeras för SS under månaden före behandlingsstart</p>	<p>Resultat Patienter SS<30 dgr före intervention återgick snabbare i arbete och i större utsträckning efter påbörjad behandling än patienter med SS>30 dgr. Patienter som inte var SS vid behandlingsstart ökade sin SS under behandlingsperioden. Efter 12 månader hade patienterna endast vid 2 av de 4 utvärderade klinikerna minskat sin SS till nivåerna före behandlingsstart. Andelen patienter med SA minskade efter påbörjad behandling vid samtliga kliniker. En jämförelse med utvecklingen hos referensgruppen visade att behandlingsgruppen hade en högre total SS/SA året efter tidpunkten för behandlingsstart än vad referensgruppen hade.</p>
---	---	--	---	---	--	---	--	--

Busch 2011 [191]	<p>Syfte Beskriva utvecklingen av SS/SA före & efter rehab för personer som fått rehab under 2009 & 2010 samt jämföra detta med den för en kontrollgrupp. -Undersöka om någon insats (MMR, PB) är mer effektiv för att minska SS. -Analysera behandlingarnas kostnads-effektivitet -Analysera utvecklingen av hälsa och arbetsförmåga före och efter rehab.</p>	<p>Studiedesign Intervention (CT) Typ av SSdata FK (MIDAS) SS + SA >14 dgr 2 år före och x år efter behandling Typ av andra data Uppgifter från landstingen till FK om personer som startat behandling Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2009-2011 Tid (årtal) för uppföljning 6-12 månader efter rehabiliteringsstart</p>	<p>Studiepopulation; n Boende i något av de 12 landsting som inkluderats (%♀); - ålder; (medel och range) - Studiedeltagare; n Kohort I (påbörjad behandling under de tre första kvartalen 2009) 17 780. Kohort II (inledd behandling under år 2010 eller det sista kvartalet 2009) 44 911 personer = samtliga som påbörjat behandling inom rehabgarantin under åren 2009 och 2010. Medelålder 43 och 44 år i kohort I respektive II för MMR och 39 år i båda kohorter för PB. (♀72%); Bortfall Varierar mellan län och typ av data. Typ av systematik i bortfall Bortfall bland ♀ resp ♂ Ej angivet</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Patienter Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Varierar mellan kohorterna, liksom andel som ej varit SS Grad av SS? Nettodagar används.</p>	<p>Typ av intervention Rehabgaranti n; MMR för personer med icke-specifika nack- & ryggbesvär. Psykologisk behandling (KBT, kognitiv psykoterapi eller IPT) för personer med lätt - medelsvår psykisk ohälsa.</p>	<p>Diagnoser Psyk och musk., specificerade inom rehabgaranti n; Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler SS+SA Analysmetoder Beskrivande statistik. Variansanalys (ANOVA), kovariansanalys (ANCOVA). Faktorer som inkluderas i analyserna Ålder, kön, antal SS/SA dgr under kvartalet före rehabilitering, typ av insats, insats av vem, behandling inom rehabgaranti n eller ej, födelseland, antal barn, boendelän Faktorer som justeras för Ovanstående. Ålder, kön, SS kvartalet före rehabilitering, behandling inom rehabgaranti n eller ej. SS jämförs med en referensgrupp som inte har erhållit behandling inom rehabgaranti n, matchad på diagnos, ålder, kön och SS kvartalet före behandlingsstart. Exkluderade i analyserna: de som avled och de med <12 månaders uppföljningstid. De som uppnått max tid inom sjukförsäkringen redovisas separat.</p>	<p>Resultat Vid det fjärde och sista uppföljningskvartalet hade 14% av MMR gruppen och 6% av PB gruppen SS trots att de ej hade SS året innan interventionen. Utvecklingen av total SS/SA påverkades ej av interventionen eller om den skett 2009 eller 2010. Referensgruppens frånvaro bestod i högre grad av SA medan behandlingsgruppens frånvaro i högre grad bestod av SS. Andra året innebar interventionen en minskning av risken att få SA. Denna minskade risk gjorde att man för varje 1000 behandlade undvek 19 (PB) respektive 23 (MMR) fall av SA. SS >60 dgr kvartalet före behandlingsstart hade samband med ökad SS för behandlingsgrupperna. Pågående SA före behandlingsstart och hög ålder hade samband med högre SS/SA för såväl behandlings som referensgrupper.</p>
------------------------	--	---	--	--	--	--	---	---

Hägg- lund 2012 [201, 202] [202]	<p>Syfte: Studera effekterna av KBT och MMR behandlingar inom ramen för rehabgarantin på SS, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion, att studera potentialen för effektivitetsförbättringar med avseende på vilka individer som väljs ut till behandling, och att göra en grov beräkning av offentliga kostnader och intäkter av behandlingarna</p>	<p>Studiedesign Intervention, (CT) (till varje individ som har fått behandling matchades en individ som ej fått behandling, med motsvarande individegenskaper), ”naturligt experiment” (utbudet av rehabiliteringstjänster var olika i olika delar av Skåne på grund av brist på personal med rehabkompetens)</p> <p>Typ av SSdata FKs data om SS/SA dgr 1/1 2000 – 30/6 2012</p> <p>Typ av andra data Vårddata från Region Skånes vårddatabas, Läkemedelsregistret sedan 2008</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Inklusionsperiod 1/1 2010 – 30/6 2011</p> <p>Tid (årtal) för uppföljning: 1 år efter behandlingsstart, längst 30/6 2012</p>	<p>Studiepopulation; 6344 KBT behandlade (♀ 70%) 1171 MMR behandlade (♀ 70%). En matchad kontrollperson per inkluderad. (Matchningen baserades på 223 448 vårdbesök). Ålder; Medel för KBT-behandlade; SS 43,6, ej SS 37,7. Medel för MMR-behandlade; SS 44,3, ej SS 43,4. Range anges ej. Studiedeltagare; 6344 KBT-behandlade (♀ 70%) 1171 MMR-behandlade (♀ 70%). En matchad kontrollperson per inkluderad. Bortfall Anges ej</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar duration av SS</p> <p>Typ av studerade: Patienter</p> <p>Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? KBT deltagare: I medeltal 64, MMR deltagare 197 dgr senaste 3 åren Alla hade inte varit SS</p> <p>Grad av SS? Anges ej</p>	<p>Typ av intervention Rehabgarantin. KBT för personer med psykisk ohälsa och MMR för personer med smärtproblem.</p>	<p>Diagnoser De som specificeras inom rehabgarantin; icke-specifika rygg- eller nackbesvär, lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa</p> <p>Metod för fastställande av diagnos Läkare</p> <p>Fastställd av läkare ja</p> <p>Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar – Studie av patienter, alla ej SS. Diagnosen fastställdes vid inklusion, dvs kan ha skett efter SS påbörjades.</p>	<p>Utfallsvariabler Antalet bruttodgr med SS >14 dgr, inkluderat antal SA dgr. Antal vårdbesök & antal uttag av receptbelagda läkemedel.</p> <p>Analysmetoder Deskriptiv statistik. T-tester Logitregressioner för matchningen.</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna Typ av intervention, SS/SA, vårdkonsumtion (alla vårdbesök sedan år 2008; vårdenhet, besök inom primär eller specialistvård, besök hos läkare eller annan profession, diagnos), läkemedel, ålder, utbildning, utrikes född, civilstånd, arbetslöshet och sysselsättning i november föregående år, tidigare inkomster och bostadskommun.</p> <p>Faktorer som justeras för Ovanstående. Behandling, SS/SA vid behandlingens början (separata analyser). Kön, olika sannolikhet att behandlas inom rehab.garantin. Separata analyser för dem som var SS vid inklusion</p>	<p>Resultat 26,4 färre SS/SA dgr och 21,9 färre läkemedelsuttag jämfört med matchad kontrollgrupp ett år efter att behandlingen påbörjats för KBT-patienter som inte var SS vid behandlingens start. Den positiva effekten för behandlingsgruppen kunde härledas till yngre personer, till dem med bäst hälsa, och dem med relativt begränsad tidigare SS. Antal vårdbesök, inklusive besök inom ramen för KBT-behandlingen, ökade dock med 8,8 dgr jämfört med kontrollgruppen. Gruppen SS som fick KBT-behandling hade 11,7 färre läkemedelsuttag under uppföljningstiden jämfört med kontrollgruppen. MMR-behandlingen ledde till ökad SS/SA för såväl SS (+11,1 dgr) som ej SS (+59,8 dgr) under uppföljningstiden, jämfört med kontrollgruppen. SS ökade mest för dem med relativt god hälsa före behandlingsstart. Även antalet vårdbesök ökade jämfört med kontrollgruppen under uppföljningstiden (+67,1 besök för ej SSa, 22,3 för SSa). Inga tydliga effekter på läkemedelsuttag.</p>
---	---	---	--	--	---	---	---	--

Hägglund 2014 [181, 194]	<p>Syfte</p> <p>a) Studera effekterna av KBT och MMR-behandling inom ramen för rehabgarantin i Region Skåne för patienter som påbörjade behandling under år 2012.</p> <p>b) Utöver detta studeras utfallet av behandlingen för samma urvalsgrupp som i [201, 202] men med en förlängd uppföljningsperiod, nämligen upp till två år efter det att behandlingen påbörjades.</p>	<p>Studiedesign</p> <p>Intervention (CT)</p> <p>Typ av SSdata SS+SA fr FK 2000-2013</p> <p>Typ av andra data Information om varje patients vårdbesök sedan år 2008 från Region Skånes vård databaser. Läkemedelsregistret sedan 2008.</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: a) 2012-2013 b) 2010-2012</p> <p>Tid (årtal) för uppföljning a) Ett år, dvs 2013 b) Två år, dvs 2012-2013.</p>	<p>Studiepopulation</p> <p>a) Personer 20-64 år som sökte vård inom Region Skåne och fick en diagnos som rymdes inom ramen för rehabgarantin. n (%♀); Ej angett ålder; Medel KBT-behandlade 39,6 år, MMR-behandlade 45,9 år. Range: ej angett.</p> <p>Studiedeltagare; a) Påbörjad behandling 1/1 2012 – 31/12: 6999 KBT-behandlade (♀70%), 2330 MMR-behandlade (♀70%) En matchad kontrollperson per inkluderad. (baserat på 206 350 vårdbesök) b) motsvarande som påbörjade behandling 2010 - 30/6 2011 & ej ordinerats behandling inom garantin [202].</p> <p>Bortfall: Inget. Info om sysselsättningsstatus saknas för dem som inte var inskrivna vid AF vid tidpunkten för vårdbesöket.</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar duration av SS.</p> <p>Typ av studerade: Patienter.</p> <p>Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Alla inte SS (48% av KBT-deltagarna, för övriga ej angett). Medeltal för KBT-behandling 49,79 dgr senaste 3 åren, för MMR behandlade 134,80 dgr.</p> <p>Grad av SS? anges ej, utfallsmått är bruttodagar</p>	<p>Typ av intervention</p> <p>Behandling enligt rehabgarantin. KBT till patienter med psykiska diagnoser, i regel 1015 behandlingstillfällen i grupp eller individuellt. MMR nivå två till patienter med muskuloskeletal diagnoser. Behandling i grupp rekommenderas 23 dgr i veckan under 68 veckor, därutöver individuell behandling.</p>	<p>Diagnoser: Icke-specifika rygg eller nackbesvär. Lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa</p> <p>Metod för fastställande av diagnos Fastställd vid vårdtillfället</p> <p>Fastställd av läkare ja</p> <p>Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Diagnosen fastställd vid vårdtillfället, oavsett SS eller ej.</p>	<p>Utfallsvariabler</p> <p>Antalet bruttodgr SS+SA per kvartal samt per år. Antal vårdbesök per kvartal och antal förskrivna dygnsdoser av läkemedel.</p> <p>Hälsoekonomiskt utfall sjukförsäkring, vård och läkemedelskostnader, effekt på offentliga finanser.</p> <p>Hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ5D.</p> <p>Analysmetoder Effekt av behandling mäts i skillnad i utfallsvariabeln, skillnader säkerställs statistiskt med t-test. Skilda analyser för KBT och MMR</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna: Hälsotillstånd, socioekonomi, civilstånd, ålder, kön. SS eller ej (gäller KBT-deltagare), antal SSdgr 1 år efter påbörjad behandling, utbildningsnivåer, födelselandsysselsättning vid behandlingsstart, inkomst, diagnos. Separata analyser för KBT och MMR, kön, ålderskategori, utbildningsnivå, sysselsättningsstatus vid behandlingsstart & i november föregående år, diagnos, tidigare inkomster & boendeort.</p> <p>Faktorer som justeras för -</p>	<p>Resultat</p> <p>För personer som inte var SS när KBT-behandlingen inleddes var SS 36,2 dgr och läkemedelsuttag 12,1 dygnsdoser mindre under uppföljningsåret jämfört med den matchade kontrollgruppen. Antalet vårdbesök var däremot 10,0 fler under perioden jämfört med kontrollgruppen. För gruppen SS som erhöll KBT-behandling fanns ingen effekt på SS eller uttag av läkemedel under uppföljningsåret, och antalet vårdbesök var 10,7 fler under perioden jämfört med kontrollgruppen. För personer som fick MMR-behandling ökade SS med 23,7 dgr, antalet vårdbesök med 39,2 besök och uttag av läkemedel med 24,4 dygnsdoser under uppföljningsåret jämfört med den matchade kontrollgruppen. En förlängd uppföljningsperiod på två år för dem som fick behandling under tidigare år bekräftade dessa resultat.</p>
--------------------------	--	---	---	--	--	---	---	--

Lid-wall 2009 [187]	<p>Syfte: Undersöka om det skett förändringar i SStider och spridning efter beslutsstödet införande, med särskilt fokus på fysiska sjukdomar med specifika rekommendationer i beslutsstödet</p>	<p>Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata FKs MiDAS och DoA-register Typ av andra data: - Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2007-2008 Tid för uppföljning 180 dgr.</p>	<p>Studiepopulation; SS försäkrade i Sv. (%♀); Ej angivet ålder; (medel och range) Ej angivet Studiedeltagare; n 141 616 före införandet, 125 117 efter (♀62%); SSfall >14 dgr som påbörjades före (mars-juni 2007) och efter (mars-juni 2008) införandet av beslutsstödet. Bortfall: -</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar RTW, vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Sjukskrivna, SA Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? 14 dgr Grad av SS? Alla</p>	<p>Typ av intervention Införandet av försäkringsmedicinska beslutsstödet</p>	<p>Diagnoser (ICD10) De olika diagnoser som ingår i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Diagnoserna som redovisas avser den diagnos som först registrerats i SSfallet. Metod för fastställande av diagnos FKs register Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Medel+median och SD+kvartilavstånd för SSLängd samt förändringar i dessa mått efter interventionen. SSfallet avslutats eller ej. Jämförelse mellan SSdgr påbörjade före (mars-juni 2007) och efter (mars-juni 2008). Analysmetoder Beskrivande statistik. Cox regressionser Faktorer som inkluderas i analyserna SSLängd + dessas spridning efter följande indelningsgrunder: Före och efter generell och för fysiska diagnoser för vilka det finns rekommenderade SStider jämfört med övriga fysiska diagnoser, per diagnoskapitel, kön och län. Faktorer som justeras för Före/efter beslutsstödet fysiska diagnoser i mars 2008, (kön), ålder, civilstånd, barn, födelseland (region), diagnos, partiell SS, långvarig SS året före (>14 dgr), sjuk eller aktivitetsersättning vid SSfallets start, sysselsättning och SSmånad.</p>	<p>Resultat Som helhet stöder resultaten slutsatsen att beslutsstödet införande har lett till kortare SS och minskad spridning i SSLängd. Minskningen i SSLängd var större för de fysiska diagnoser i beslutsstödet jämfört med andra fysiska diagnoser. SStiderna för män med fysiska sjukdomar utanför beslutsstödet ökade efter införandet av beslutsstödet. Spridningen för de psykiska sjukdomarna var oförändrat stor medan den minskat markant för de fysiska sjukdomar som har specifika rekommenderade SStider. För män ingen minskad SSLängd om hänsyn togs till andra faktorer, men för män med fysiska diagnoser utan specifika rekommendationer hade SSLängd ökat. Med kontroll för många faktorer ökade chansen för att SSfallen avslutas med 2% efter införandet av beslutsstödet. (signifikant för kvinnor) Män hade längre SS än kvinnor. Bland män längre SS för äldre, åldersmönstret Uformat för kvinnor. Ogifta män hade längre SS än gifta; samma tendens bland kvinnor. Utrikes födda hade längre SS (undantag för de födda i Nordamerika). Kvinnor med barn i åldern 7–12 år hade längre SS och män med barn i åldern 13–15 år hade kortare SS jämfört med övriga. Arbetslösa & kvinnliga egenföretagare hade längre SS än anställda. SSar påbörjade under april-juni blev längre än de som påbörjades i mars; det säsongsmönstret var mer uttalat bland män. Längre SS än genomsnittet för: cancer, psyk, CVD, musk, grav, &, symtomdiagnoser (kvinnor), skador, Zdiagnoserna. De med partiell SS hade längre SS.</p>
---------------------	--	---	--	--	---	--	--	---

Söderberg 2011 [177]	<p>Syfte: Undersöka om SSLängd och -grad förändrats efter införandet av beslutsstödet generellt och för olika diagnoser, hur SSLängd korresponderar mot beslutsstödet samt om intygens kvalitet förbättrats</p>	<p>Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata Data om antal SSdgr extraherade från läkarintyg i FKs ärendehanteringssystem Typ av andra data Data från läkarintyg i FKs ärendehanteringssystem i form av variabler rörande läkares ifyllande av intyg Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Läkarintyg inkomna till FK i Östergötlands län under vecka 14-17 och vecka 42-45 år 2009. Motsvarande data för 2007 hämtade ur tidigare rapport (Söderberg E, 2010). Uppföljningstid: 365 dgr</p>	<p>Studiepopulation sjukintyg: 1204 från 2007; 2652 från 2009 Studiedeltagare; n (♀%); 2007 n=433, (62 % ♀). 2009 n=1007 (66% ♀). Bortfall Externt bortfall 2009: n=49; internt bortfall <0,1% Typ av systematik i bortfall Redovisade orsaker är ankomstdatum utanför inklusionsperioden, sjukskrivande enhet låg utanför länet.</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar duration av SSfall Typ av studerade: Sjukskrivna Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Nya SSfall Grad av SS? SS på hel eller deltid, särredovisas ej avseende duration av SS.</p>	<p>Typ av intervention Införandet av beslutsstödet</p>	<p>Diagnoser Alla SS oberoende av diagnos; alla ICD kapitel; samt ibland för psyk, musk, skador och övriga Metod för fastställande av diagnos Från första läkarintyget Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Mediansjukskrivningslängd i dgr, begränsad till max 365 dgr Analysmetoder Mediantest använts för att jämföra medianvärden mellan olika grupper Faktorer som inkluderas i analyserna Kön, ålder (5 kategorier), sjukskrivande enhet (fyra kategorier) Faktorer som justeras för</p>	<p>Resultat 5% Ssfall >365 dgr 2009, 10% 2007. Spridning i SSLängd samt partiella SS minskat fr 2007 till 2009. Kvaliten i intygen har ökat. MedianSSLängd: ngt längre för män än kvinnor (43 vs 41 dgr), för <25 år och >54 år (49 resp. 48 dgr) och lägst för 2534 och 3544 år (34 resp. 36 dgr). Om ≥2 intyg; längst om bytt sjukskrivande enhet från/till VC eller från/till sjukhuskliniek jämfört med dem som inte bytte enhet (125 resp 64 dgr). Största skillnaderna i SSLängd mellan år 2007 och 2009 fanns för de <25 år (35 dgr år 2007 och 49 dgr år 2009). För övriga var längden kortare 2009 än 2007. (3544 år; 45 dgr år 2007 och 36 år 2009). SSLängd för SS i musk var lägre 2009 än 2007 (48 resp 54 dgr) samt i psyk (56 resp. 61 dgr). För skador var den längre 2009 jämfört med 2007 (46 resp. 43 dgr).</p>
----------------------	--	--	--	---	---	--	--	---

Lid-wall [193]	Syfte Undersöka förändringar i SS 2 år efter införandet av försäkringsmedicinska beslutstödet	Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata FKs MiDAS. Typ av andra data - Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 28 månader före till 28 månader efter beslutstödet införande, dvs jan 2006 tom juni 2010	Studiepopulation n (%♀); Ålder; (medel och range) Anges ej Studiedeltagare; n 1 325 000 SSfall påbörjade före och 1 113 000 SSfall påbörjade efter införandet av beslutstödet i mars 2008. (♀61,9%) Bortfall -	Typ av studie Vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Sjukskrivna Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? minst 8 dgr Grad av SS? Anges ej	Typ av intervention Införandet av det försäkringsmedicinska beslutstödet för psykiska diagnoser mars 2008	Diagnoser (ICD10) Samtliga diagnoskapitel Metod för fastställande av diagnos Från FKs databas Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja	Utfallsvariabler Genomsnittlig SSduration + median och kvartilavstånd, antal nya SSfall och skillnader i detta före och efter intervention Analysmetoder Deskriptiv statistik, Regressionsanalyser (Coxproportional hazard regression), linjär regression (ordinary least squares regression OLS). Faktorer som inkluderas i analyserna Kön, SSdiagnos, län, Faktorer som justeras för Ovanstående + ålder, civilstånd, barn & deras ålder, boendelän, födelseland, partiell SS, långvarig SS året före (>14 dgr), SA vid SSfallets start, förmånstyp, yrke, sysselsättning, SSmånad	Resultat SSduration och antal SSfall minskade efter det försäkringsmedicinska beslutstödet infördes. De största förändringarna har skett i de grupper av diagnoser som står för störst andel av SS: psyk & musk. Spridningen i SStider mellan länen har också minskat.
----------------	---	--	---	--	---	--	---	---

Bengt- sson 2011 [197]	Syfte: 1: Beskriva SS processen vad avser förekomst av tidiga & aktiva insatser och samband med detta och RTW 2: Jämföra längd för sjukintyg 2010 med 2008	Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata: data extraherade från FK akter Typ av andra data Akter från FK. Olika typer av registerinformation som t.ex. kön, ålder, förmån vid olika tidpunkter och på vilket kontor handläggningen skett. Tid (årtal) som insamlade data gäller för 2008-2010 Uppföljningstid – Studie 1: från 1/1 till 1/8 2010, dvs 7 månader	Studiepopulation; Aktstudie av pågående SSfall för anställda den 31/1 2010, 4 grupper: 30-90; 91-180; 181-365 resp ≥ 366 dgr långa. (%♀ Ej angivet); Ålder Ej angivet Studerade; 2000 SS-akter (slumpmässigt urval av 500 ärenden ur resp grupp) <i>Delstudie 2:</i> urval av 493 intyg 1/1-30/6 2008 och 472 st 1/1-30/6 2010. Urvalet drogs från SSfall >180 dgr. (♀% ej angivet); Bortfall Typ av systematik i bortfall Bortfall bland ♀ resp ♂	Typ av studie Vad som påverkar RTW Typ av studerade: Sjukskrivna med anställning Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? ≥ 30 dgr Grad av SS? Ej angivet	Typ av intervention Rehabkedjan 1/7 2008	Diagnoser (ICD10) 7 ICD kapitel (CVD, psyk, musk, neuro, skador, cancer, symptom) + alla övriga Delstudie 2: Musk Metod för fastställande av diagnos Sjukintyg Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar: Ja	Utfallsvariabler Tid till & förekomst av olika utredningsinsatser (ex bedömning av rätt till SS, plan för RTW, insatser för att förkorta SS, aktiv eller passiv handläggning). Kvalitet i bedömningarna, t.ex. om informationen kring de medicinska förhållandena bedöms som tillräcklig i anslutning till ett visst ställningstagande, eller om någon aktivitet borde ha gjorts i ärendet för att t.ex. få ett bättre underlag eller för att påverka SSfallets utveckling Delstudie 2: medellängd SS/intyg, medelantal intyg/fall fram till dag 180 Analysmetoder Registrering av information i granskningsformulär med samtidig värdering av det som skett (bedömningar av kvalitet (god eller ej). Deskriptiv statistik. Survivalberäkningar (KaplanMeier) Faktorer som inkluderas i analyserna Alla händelser under SSfallet (vad som händer i handläggningen vid olika tidpunkter i rehabkedjan) fram till den 1 augusti 2010. Information både för SSfall som avslutats >31/1 och för de fortfarande pågående 31/7. Kön, ålder, FK kontor, förmån. Delstudie 2: ovanstående + diagnoser	Resultat Falltidskurvan (inkl genomsnittlig SSfallslängd), för ärenden som kännetecknas av aktiv handläggning avviker från de övriga två. Andelen avslutade ärenden vid uppföljningen: – Aktiv handläggning =72,2% – Delvis aktiv =65,7%, – Passiv =60,0%. Skillnaden är signifikant på 10%-nivån för gruppen "Aktiv" i förhållande till gruppen "Delvis aktiv" och på 1%nivån i förhållande till gruppen "Passiv". Signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller avslutningsanledning, och det är att andelen indragningar av SS är signifikant högre i gruppen "Aktiv" jämfört med gruppen "Passiv", 6,1% jämfört med 1,4%. Analysen pekar mot att det har betydelse vad FK gör genom att de ärenden som i granskarnas värdering klassificerats som "aktiv handläggning" avslutas tidigare och i större utsträckning. Återgång i det vanliga arbetet minskar med fallängden och på motsvarande sätt ökar andelen som arbetsökande och deltagare i arbetsmarknadsåtgärder. Längden på läkarintygen är i medel 4,78 dgr kortare 2010 än 2008 (p=0,014). Medelantalet intyg per SSfall som blivit 180 dgr har ökat från 5,1 till 5,6 sedan 2008
---------------------------------	---	--	--	---	--	--	---	---

<p>Österlund 2013 [184]</p>	<p>Syfte: Analysera om förlängningen av karenstiden i sjukförsäkringen från 1 till 7 dgr och ändringen av beräkningen av tillfällig föräldrapenning för egenföretagare, som trädde i kraft den 1 juli 2010, har påverkat sannolikheten för egenföretagare att dels påbörja en SS som varar l->7 dgr, dels få ersättning för vård av barn.</p>	<p>Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata FK (MiDAS + Store) Typ av andra data: - Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Perioden juli 2009 till och med juni 2011, dvs ett år före och ett år efter reformen</p>	<p>Studiepopulation Alla 20-64 år förvärvsarbetande egenföretagare med ≥10 anställda, med inkomst >24% av prisbasbeloppet året innan mättpunkten och förvärvsarbetade i november året innan mätpunkten, och som hade 1 eller 3 karensdgr före reformen och 7 karensdgr efter reformen (%♀); Ålder; (medel och range) Anges ej Studiedeltagare; n I genomsnitt ingår totalt cirka 264 000 företagare/kvartal i analysen (♀%); Anges ej Bortfall: -</p>	<p>Typ av studie Riskfaktorer för SS Typ av studerade: Försäkrade yrkesverksamma företagare Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Nya fall studeras Grad av SS? Anges ej</p>	<p>Typ av intervention Införande av 7 dgrs karenser för egna företagare (bestämt av riksdagen)</p>	<p>Diagnoser (ICD10) 7 ICDkapitel (andning, graviditet, psyk, CVD, musk, nervsystemet, skador, tumörer) + alla övriga Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Sannolikheten att påbörja en SS som varar >7 dgr för en egenföretagare jämfört med en företagare med eget aktiebolag, Skillnader mellan företagare med olika karenstid före reformen, och med olika diagnoser. Analysmetoder Deskriptiv statistik, logistiska regressioner (OR) Faktorer som inkluderas i analyserna Ersatta SSdgr, diagnos, antal karensdgr, kön, egenföretagare/företagare med eget aktiebolag Faktorer som justeras för Kvartal, ålder, födelseland (grupperad), bostadsort (Hregion), utbildningsnivå, bransch, inkomst (grupperad) och antal år i följd med inkomst som företagare sedan år 1999 (linjär och i kvadrat)</p>	<p>Resultat Den förlängda karenstiden minskade sannolikheten för en egenföretagare att bli sjukskriven i >7 dgr jämfört med företagare med eget aktiebolag (OR 0,8), samt att bli SS >4 veckor (OR ca 0,9). Egenföretagare som tidigare varit SS ≤4 veckor SSanmälde sig inte alls efter reformen. Denna beteendeförändring till följd av reformen beräknades motsvara 87 000 färre SSdgr bland egenföretagare på ett år. Siffran kan relateras till den direkta effekten på uppskattningsvis 150 000 färre SSdgr för dag 2-7 i SSfallet. Beteendeeffekten ansågs utgöra en tredjedel av den sammanlagda effekten av regeländringen. Antalet SSfall minskade mest bland egenföretagare med en årsinkomst över inkomsttaket på 7,5 prisbasbelopp. SS på grund av sjukdomar i andningsorganen samt psyk diagnoser blev färre efter reformen. Bland män blev det även färre SSfall i musk diagnoser. Framförallt blev det färre korta SSfall. Egenföretagare hade dock fortfarande fler, framför allt korta, SSfall än företagare med eget aktiebolag. Den genomsnittliga SSstiden ökade bland de egenföretagare som fick SS från FK, men eftersom det inte hade blivit fler långa SSfall efter reformen tyder detta på en ren selektionseffekt av att de kortaste SSarna försvunnit och inte ett resultat av ett ändrat beteende bland dem som blir SS.</p>
-----------------------------	---	--	--	---	---	--	---	--

Hägg- lund 2014 [185]	Syfte Analysera effekter av Sassam-utredning respektive avstämningmöte på de SSs RTW	Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata: Registerdata från FK Typ av andra data: Enkätdata från FK handläggare under våren 2012 om syn på sjukförsäkringens regelverk, befintliga rehabiliterings och utredningsinsatser, samt hur säkra de kände sig på begrepp i SSprocessen. Även frågor om utbildningsbakgrund, ålder och tid som anställd vid FK ingick. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Ny SS 2010, följs 240 dgr (tidigare SS/SA under tio år). Enkät: 2012. Tid (årtal) för uppföljning Nästan ett år	Studiepopulation. 6 7 368 anställda som påbörjade en SS under 2010 och där deras tilldelade handläggare deltog i en landsomfattande enkätundersökning under 2012. (% ♀); Ålder; 46 (SD 1112) Studiedeltagare; n 67 368 "ärenden" från FK (♀%) Bortfall: Bortfall i handläggarenkät: 17%; varför deras ärenden ej inkluderades Typ av systematik i bortfall Ej angivet Bortfall bland ♀ resp ♂. Ej angivet, går ej att utläsa	Typ av studie Vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Sjukskrivna med anställning Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Varierar mellan grupper Grad av SS? Anges ej	Typ av intervention Sassam (n=7171) eller avstämningsmöte (n=9019)	Diagnoser 1. Psyk 2. musk, 3. skador, 4. annan. Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja	Utfallsvariabler Sannolikheten att olika långa SSfall avslutas Analysmetoder Probitskattningar, logistiska regressioner, linjära sannolikhetsmodeller, Cox proportional hazardmodell Faktorer som inkluderas i analyserna Handläggarens attityd (positiv/negativ) gentemot Sassam & avstämningsmöte, den försäkrades deltagande i Sassam/avstämningsmöte (ja/nej), pågående och föregående SS och SA, avslutat SSfall Faktorer som justeras för Ovanstående, LCF, handläggarens ålder, anställningstid, utbildningsinriktning, attityder. Den försäkrades kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, sysselsättningsstatus, diagnos, antal barn <18 år, ersättningsnivå, sektor, tidigare SS, SA, arbetslöshet; sysselsättning föregående år och pensionsgrundande inkomst.	Resultat FKs utredningar förkortar inte SSfall. Sannolikhet för att fall ska avslutas efter avstämningsmöte minskar inte för dem som är SS >160 dgr. Sassam reducerar RTW, om sker <4 månaders SS. De negativa effekterna av utredningarna tenderar att avta ju senare i SSfallet de genomförs. En positiv inställning till resp. utredning hos handläggaren är förknippad med en tydligt förhöjd benägenhet att den försäkrade ska ha genomfört en utredning.
--------------------------------	--	---	--	---	--	--	--	--

Per- sson Kern 2014 [180]	Syfte: Utreda samband mellan införandet av vårdval och SS och SS längd.	Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata Aggregerade registerdata från FKs MiDAS databas. Antalet nya SSfall (>15 dgr)/månad och landsting. Fallens mediantid. Typ av andra data: Information om landsting Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 1/1 2005 - 31/12 2009	Studiepopulation Alla i Sverige; 9,18 miljoner. 21 län. (%♀) Ej angivet Ålder; Ej angivet Studiedeltagare; (%♀); Ej angivet Bortfall: inget	Typ av studie Riskfaktorer för SS Typ av studerade: Population Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Inte alls Grad av SS? Ej angivet	Typ av interventio, Möjligheten för landstingen att införa vårdval 2007. 8 gjorde detta då (inkl Sthlm, V Götaland, Skåne). År 2010 blev vårdval obligatoriskt och infördes även i de sista 13 landstingen.	Diagnoser (ICD10) Alla nya SS fall under studieperioden, oberoende av diagnos.	Utfallsvariabler Antalet nya SSfall/ månad, angett som andel av befolkning (logaritmerat), samt ersättningsperiodens längd, uppdelat på landsting som infört vårdval före respektive efter att detta blev obligatoriskt. Analysmetoder Deskriptiv statistik. Ekonometrisk modell (differences-in-differences), antagande om parallella trender. För korrekt skattning på individnivå används ”viktad minsta kvadratmetod” (weighted least square, WLS), baserat på landstingets befolkningsstorlek. Faktorer som inkluderas i analyserna Ovanstående Faktorer som justeras för Landsting, landstingets befolkningsstorlek, storstadslandsting	Resultat Det fanns ett tidsmässigt samband, på ekologisk nivå, mellan införandet av vårdval och ökat antal SSfall och längre SSfall i ett av alla landsting; Stockholms läns landsting, på ekologisk nivå.
---------------------------------------	---	---	---	---	---	--	---	--

Hägg- lund 2010 [199, 200]	Syfte: Undersöka om rehabkedjan bidragit till kortare SS-tider	Studiedesign Intervention (kvasiexperiment) Typ av SSdata MiDAS Typ av andra data Registerdata MiDAS: Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Sista veckan i juni och första veckan i juli år 2007 respektive 2008 Uppföljningstid 28 veckor efter registrering av det nya SS-fallet	Studiepopulation (%♀); Ålder; (medel och range) Hälften är ≥45 år Studerade: 5 512/4 637 nya SSfall i 2 veckor i juni/juli 2007 resp 4 795/4 267 i 2008 (♀58%) Bortfall försäkrade som antingen saknade eller hade motsägelsefulla uppgifter i FKs register. Det ursprungliga urvalet uppgick till 20 109 individer. Bortfallet uppgår alltså till 898 individer, eller 4,4%. Bortfallsanalys ej gjorts. Typ av systematik i bortfall Ej angett Bortfall bland ♀ resp ♂, Ej angett	Typ av studie Vad som påverkar RTW & SS duration Typ av studerade: Sjukskrivna med anställning Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? 15 dgr Grad av SS? Samtliga grader	Typ av intervention Rehabkedjan 1/7 2008	Diagnoser (ICD10) Ingår ej	Utfallsvariabler Duration av SS fall Analysmetoder Deskriptiv statistik, difference-in-difference analysis) Cox regression Faktorer som inkluderas i analyserna Andel SSfall som pågår ≥30, 90 eller 180 dgr; medel SSfallslängd i dgr, andel SSfall som avslutas med sjukersättning, arbetslöshet eller RTW; andel som pågår vid 28 veckor, SSgrad, boendeort, ålder, kön, utbildningsnivå, egen + förälders födelseland, familjesituation, SS-historik, sysselsättning, inkomst Faktorer som justeras för Ovanstående	Resultat Skillnad mellan SSfall påbörjade i juni-juli respektive år minskade något, från 3,0 (56,7-59,7) dgr till 1,2 (56,1-57,3). Sannolikheten att avsluta SSfall var fallande, det vill säga långa SSfall hade lägre sannolikhet att avslutas. Regionala variationer; rehabkedjan hade tydligt positiva effekter i stora städer, men inga i mindre städer & glesbygd. Mer positiva effekter för de >45 år. Rehabkedjan bidrog till att reducera SS duration med 0,35 dgr, i SSfall ≤28 veckor.
--	--	---	---	---	---	--------------------------------------	---	--

Prospektiva kohortstudier (n=6)

Gustavsson 2012 [188]	<p>Syfte 1) Följa upp tillämpningen av Rehabiliteringen i Smärta i Landstinget Dalarna avseende patientkarakteristika och organisation sfaktorer i rehabiliteringsprocessen samt, 2) utvärdera rehabiliteringsresultatet avseende effekt på arbetsförmåga/återgång till arbete och SS.</p>	<p>Studiedesign: Prospektiv kohortstudie</p> <p>Typ av SSdata: Journalgranskning</p> <p>Typ av andra data Uppgifter som inrapporterats till statistikprogrammet Bild under åren 2009-2011, och från det registreringsformulär som retrospektivt fyllts i av rehabiliteringskoordinatorerna.</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2009-2011</p> <p>Tid (årtal) för uppföljning 2009-2011</p>	<p>Studiepopulation n 1075 som fått MMR via rehabgarantin i PV i Dalarna (79% ♀);</p> <p>Ålder; (medel och range) Medel kvinnor 44,4 år (range 18-67), män 43,6 år (range 20-65)</p> <p>Studiedeltagare; n 558 (♀82%);</p> <p>Bortfall Dubbelregistrering kan inte uteslutas. Det har i många fall varit svårt att registrera kompletta data avseende enskilda patienter och i vissa fall inte gått att få in data alls.</p> <p>Typ av systematik i bortfall Anges ej.</p> <p>Bortfall bland ♀ resp ♂. Anges ej.</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar RTW, vad som påverkar duration av SS</p> <p>Typ av studerade: Patienter</p> <p>Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Anges ej. 51% var SS.</p> <p>Grad av SS? Anges ej.</p>	<p>Typ av intervention MMR via multiprofessionella team i primärvården i enlighet med intentionerna i Rehabgarantin</p>	<p>Diagnoser (ICD10) Smärta från rygg, nacke och axlar enl rehabgarantin</p> <p>Metod för fastställande av diagnos Journaldata</p> <p>Fastställd av läkare Ja</p> <p>Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Anges ej.</p>	<p>Utfallsvariabler % med SS eller SA av de inkluderade. Rehabiliteringsperiodens längd och bedömningstid (antal dgr).</p> <p>Analysmetoder Deskriptiv statistik</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna SS vid ingång i rehab. SS vid avslut av rehab. Bedömningsperiodens längd (dgr). Rehabiliteringsperiodens längd (dgr). Kön, ålder, smärtduration, samsjuklighet i annan diagnos.</p>	<p>Resultat Interventionen gett effekt i form av minskad SS och ökad faktisk arbetsförmåga. Vid avslut av rehabilitering hade ungefär en tredjedel någon form av SS (37% 2009; 33% 2010; 33% 2011), jämfört med ungefär hälften vid ingång (55% 2009; 50% 2010; 49% 2011). Av de sammantaget 292 personer som vid ingång till eller avslut av Rehabgarantin rapporterats ha någon form och grad av SS, minskade graden av SS under rehabiliteringsperioden för 48% (141 personer).</p>
-----------------------	---	---	--	--	--	---	---	---

Kraus 2012 [172]	Syfte Fortsätta att följa upp rehabkedjan; beskriva de försäkrade som når 180 dgrs SS, samt att undersöka om det, enbart baserat på registerdata, är möjligt att avgöra vilka enskilda SSfall som har hög sannolikhet att passera 180 dgr	Studiedesign Prospektiv kohortstudie Typ av SSdata: FK: MiDAS Typ av andra data Den sjukskrivnes bedömning av sin situation och SS. Sociodemografi, från FK. Uppgifter om yrke från SCB:s yrkesregister. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2010-2011. Tid (årtal) för uppföljning 18 månader, dvs tom dec 2011	Studiepopulation n 249 056 SSfall (220 105 personer). (%♀); Ålder; (medel och range) Studiedeltagare; n 33 241 personer med ett påbörjat SSfall under första halvåret 2010 som blev ≥180 dgr. Om en person hade fler än ett SSfall har det sista fallet inkluderats. (♀>60%) Bortfall Inget. Information om diagnos saknas för 1,6% SSfall >14 dgr. Typ av systematik i bortfall Bortfall bland ♀ resp ♂	Typ av studie Riskfaktorer för SS >180 dgr Typ av studerade: Sjukskrivna Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? 180 dgr Grad av SS? 52% på heltid	Typ av intervention -	Diagnoser (ICD10) 11 ICD kapitel; Psyk, musk., tumörer, skador, CVD, neuro, symptom, matsmältning, endokrina, andningsorgan en, graviditet & övriga Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar: Ja	Utfallsvariabler Sannolikhet för att ha ett SSfall som passerat 180 dgr Analysmetoder Deskriptiv statistik, logistisk regression, diagnostiska test Faktorer som inkluderas i analyserna SSfall som passerat 50/180 dgr, kvinnor och män som är anställda respektive arbetslösa, kön, ålder, sjukpenninggrundande inkomst (SGI), utlandsfödd eller ej, sysselsättning vid SSfallets start, egenföretagare/anställd, yrke, civilstånd, utbildning, boenderegion Faktorer som justeras för Ålder, partiell SA, SS omfattning vid SSfallets början, utbildning, diagnos	Resultat Majoriteten av personer med SSfall >180 dgr var anställda, kvinnor, eller >45 år gamla. Kvinnor med heltidSS hade en högre sannolikhet att passera 180 dgr än de med deltidSS. Det motsatta gällde för anställda män. En person med partiell SA hade högre sannolikheter att passera 180 dgr. Personer ej SS tidigare hade lägre sannolikhet att passera 180 dgr jämfört med de som haft >365 SSdgr. De med ≥1 SSfall >180 dgr de senaste 2 åren hade högre sannolikhet, liksom de med cancer. Även psyk och CVD hade högre sannolikheter än de med skador. Stora skillnader även inom diagnoskapitel. Arbetslösa hade högre sannolikhet, liksom återvändare. Majoriteten av SSfall >180 dgr avslutades inom ett år efter att dag 180 passerats.
------------------------	---	--	--	---	---------------------------------	--	---	---

Olsson Bohlin 2013 [178]	<p>Syfte Analysera riskfaktorer för SS i psyk diagnoser och alla diagnoser, respektive vad som har samband med återgång i arbete (RTW) respektive SA med fokus på psyk diagnoser</p>	<p>Studiedesign Prospektiv kohort (samt tidsserier) Typ av SSdata Registerdata från FK (STORE & MiDAS) Typ av andra data LISA Tid (årtal) som insamlade data gäller för 2005-2012 Uppföljningstid Varierar, upp till 3 år för RTW</p>	<p>Studiepopulation Alla sjukpenning-försäkrade i Sv 16-64 år; 6,2 milj. Och påbörjade SSfall. (%♀) Ålder; (medel och range) ≥16 år. Medelålder ej angiven. Studiedeltagare; De som påbörjade minst ett SSfall >14 dgr under olika år, beroende på analys Bortfall Inget bortfall</p>	<p>Typ av studie Risk för SS och SA, vad som påverkar RTW Typ av studerade: Försäkrade, Sjukskrivna Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? SSfall >14 dgr Grad av SS? sådan information inkluderas</p>	<p>Typ av intervention -</p>	<p>Diagnoser (ICD10) Alla diagnoskapitel i ICD10, med fokus på psyk diagnoser Metod för fastställande av diagnos Sjukintyg, MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja</p>	<p>Utfallsvariabler Risk påbörja SSfall >14 dgr, totalt, i psyk diagnos, i förstämningssyndrom resp i ångestsyndrom. Chans för RTW resp risk för SA bland SSpsyk jämfört med SS alla diagnoser. Analysmetoder Cox proportional hazard regression Faktorer som inkluderas i analyserna Påbörjade SSfall sedan 2005, SSdiagnos, SSgrad, kön, ålder, civilstånd, barn, ålder barn, födelseland, boendeort, sysselsättning, utbildningsnivå, yrke, SS år, upplevd arbetsmiljö, yrkesgruppsstorlek Faktorer som justeras för Ovanstående</p>	<p>Resultat <i>Chansen för RTW</i> för SSfall i psykisk diagnos var ungefär hälften av chansen för referenskategori 'alla diagnoser'. Chansen var lägre för kvinnor, arbetslösa, äldre och de med lägre utbildning. Chansen var högre för föräldralediga & hemmamekförsäkrade.. Stor variation av chans till RTW mellan olika yrkesgrupper (ej redovisad referenskategori). <i>Risken för SA</i> var högre än för de med SS i alla diagnoser, särskilt bland män. Risken var särskilt hög bland arbetslösa. Stor spridning i SA-risk vad gäller födelseland & boendeort. kommunindelning. För samtliga utfallsmått var det stor spridning mellan yrkesgrupper.</p>
--------------------------	---	--	--	---	---	---	--	---

Bjurström 2014 [186]	<p>Syfte Undersöka samband mellan föräldrars SS/SA under barndom och egna SS som vuxen, och om detta varierar mellan år med hög och låg SS/SA.</p>	<p>Studiedesign: Prospektiv kohortstudie Typ av SSdata FK data om SS Typ av andra data SCB; LISA samt flergenerationsregister Tid (årtal) som insamlade data gäller för Föräldrarnas SS/SA år 1990–1995, då barnen är 10–19 år. Barnens SS 2006–2011 då barnen är 26–35 år. Skillnader mellan år 2006-2007 (hög SS) och 2010-2011 (låg SS) jämförs också. Uppföljningstid. 17 år</p>	<p>Studiepopulation; n Alla barn födda i Sv. 1976 - 1980. N=480 423, ♀48,8% Ålder: Medelålder år 2011; 33 år för både kvinnor och män. Barnens SS/SA observeras för åren 2006–2011 då barnen är 26–35 år. Studiedeltagare; Se ovan n (♀%); Bortfall 0</p>	<p>Typ av studie: Riskfaktorer för SS/SA (dgr) Typ av studerade: Population Hur länge varit sjukskriven vid inklusion: Ej relevant Grad av SS/SA: Nettodgr redovisas</p>	<p>Typ av intervention</p>	<p>Diagnoser (ICD10) Alla, samt uppdelat på alla ICD kapitel, för vissa mer detaljerat Metod för fastställande av diagnos Läkarintyg till FK enligt MiDAS from år 2005</p>	<p>Utfallsvariabler: Årsgenomsnitt över en sexårsperiod av SS/SA dgr i fall >21 dgr. Överföringen av SS/SA dgr mellan generationer jämförs mellan år 2006–2007 och 2010–2011. Analysmetoder Linjära och logistiska regressioner. Separata analyser för föräldrarnas olika utbildning och yrken. Heterogenitetsanalyser görs även med hänsyn till om föräldrarna får försörjningsstöd, var de bor, om de är sammanboende eller inte, samt vilken plats barnet har i syskonskaran. Faktorer som inkluderas i analyserna: Föräldrarna SS/SA dgr, utbildning, yrke, försörjningsstöd, boenderegion, civilstånd, familjesituation, SA diagnos. Barnets plats i syskonskaran, bo med mor och/eller far. Samband med SS/SA för mor resp far och son resp dotter. Faktorer som justeras för: Ovanstående.</p>	<p>Resultat Det fanns ett samband mellan olika generationers SS inom samma familj, oavsett föräldrarnas utbildningsnivå, yrke, om föräldrarna hade haft försörjningsstöd eller inte, om föräldern bott i en storstadsregion eller i mellan, tät eller glesbygd, om barnet hade vuxit upp hos den ena eller hos bägge föräldrarna, samt om barnet var äldsta syskon eller inte. Förälders SA diagnos överrepresenterad vid SS/SA diagnos hos barn. SS/SA överföring fanns både 2006–2007 och 2010–2011. Döttrar till mödrar som var SS i minst ett halvår hade den högsta genomsnittliga SS (20 SSdgr fler än döttrar till mödrar som inte hade någon SS under den studerade sexårsperioden). Även om hänsyn togs till faktorer för föräldrar och barn som samvarierar med SS var sannolikheten att barnen har en omfattande SS som vuxna större ju mer föräldrarna var SS under uppväxten.</p>
----------------------	---	---	---	--	-----------------------------------	--	--	---

Österlund 2014 [176]	<p>Syftet: Att undersöka vilka möjligheter FKs läkarintygsregister ger för vidare och fördjupade analyser av SS-processen. Hur länge/i vilken grad sjukskriver läkare olika grupper? I vilken utsträckning a)överensstämmer FK:s beviljande av SS med läkarens rekommendation i läkarintyget, b)följer personer läkarens ordination c)ändras huvuddiagnosen under pågående SS?</p>	<p>Studiedesign: Prospektiv kohortstudie</p> <p>Typ av SSdata: Data om SSfall från MiDAS.</p> <p>Typ av andra data: Data från FKs Läkarintygsregister (STORE) avseende: Huvuddiagnoskod enl ICD10, bedömning av grad och tid för nedsättning arbetsförmåga och läkarens arbetsplatskod.</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Jan 2009 tom maj 2013</p>	<p>Studiepopulation: Alla påbörjade SSfall med ersättning från FK under åren 2009–2012 >14 dgr som ej innehåller period med förebyggande sjukpenning, aktivitetsstöd eller graviditetspenning. Ålder (medel/range): Anges ej N=3 858 168 läkarintyg % ♀ anges ej</p> <p>Bortfall: Inget. Saknade uppgifter: Uppgift om diagnos saknas i upp till 10% i registret 2009, och minskade sedan successivt till 0% 2013. Uppgift om vårdgivare saknas på mellan 23% (2012) och 45% (2009) i registret. Bortfallet varierar med landsting (störst Gotland, minst Värmland). Visst bortfall även för uppgift om olika läkarintyg i SSfallet.</p>	<p>Typ av studie: Vad som påverkar RTW/duration av SS</p> <p>Typ av studerade: Sjukintyg för alla godkända SSfall >14 dgr åren 2009-2012.</p> <p>Hur länge SS vid inklusion? 14 dgr</p> <p>Grad av SS? Samtliga grader som föranlett ersättning från FK inkluderas</p>	<p>Typ av interventioner -</p>	<p>Diagnoser Alla, på ICD10 kapitelnivå</p>	<p>Utfallsvariabler: Diagnoskod, bedömning av tid och grad för nedsättning av arbetsförmåga, läkarens arbetsplatskod, påbörjade SSfall över 14 dgr år 2009-2012, genomsnittlig SStid, planerad nedtrappning av SS, hel/partiell arbetsåtergång ”i förtid”, samband initial SStid och SSfallets längd, ändring av huvuddiagnos under pågående SS.</p> <p>Analysmetoder: Deskriptiva analyser, multivariata regressioner; linjär regression (OLS), Cox proportional hazard model.</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna: Samtliga</p> <p>Faktorer som justeras för: De variabler som främst kontrolleras för i analysen är diagnoskapitel, kön, ålder, födelseland (inrikes eller utrikesfödd), boendelän respektive landsting, sysselsättning vid SSfallets start, utbildningsnivå, uppgift om barn i åldrarna 0–6 år, samt sysselsättningsstatus, sektor, yrke och inkomst året innan mättidpunkten.</p>	<p>Resultat SS längd i det första läkarintyget var längre för män än kvinnor i samtliga större diagnoskapitel, också efter justeringar. SS längd i det första läkarintyget hade starkt positivt samband med den sammanlagda SSfallslängden. Personer med psykiska diagnoser hade en jämförelsevis kort SStid i det första läkarintyget, men i genomsnitt en lång SSfallslängd. Personer som var SS för skador hade en jämförelsevis lång SStid i det första läkarintyget, men i genomsnitt en kort SSfallslängd. FK gjorde i mycket stor utsträckning samma bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkaren angett i det första läkarintyget i ett SSfall. De allra flesta hade sjukpenning precis så länge som läkaren hade sjukskrivit dem. Knappt var femte person återgick i sysselsättning, helt eller partiellt, tidigare än vad läkaren ordinerat. Personer som var SS för psykiska sjukdomar var klart underrepresenterade både bland dem som avslutade ett SSfall tidigare än vad läkaren ordinerat och bland dem som återgick partiellt tidigare än vad läkaren ordinerat, medan höginkomsttagare och högutbildade personer var överrepresenterade. Korttidsanställda och studerande hade en relativt hög sannolikhet att avsluta ett SSfall tidigare än vad läkaren ordinerat, och även egenföretagare hade relativt hög sannolikhet att återgå partiellt i sysselsättning tidigare än vad läkaren ordinerat.</p>
----------------------	---	---	---	---	---------------------------------------	--	--	--

<p>Hellman 2014 [183]</p>	<p>Syfte: Kartlägga vad som kännetecknar de multimodala rehabteam som bedriver en framgångsrik rehabilitering, dvs, som har effekt på SS. Undersöka hur rehabiliteringen för de 2 diagnosområdena bedrivs i praktiken, undersöka i vilken mån rådande evidens följs i de olika insatserna.</p>	<p>Studiedesign Prospektiv kohortstudie Typ av SS data Registerdata från FK för deltagare i MMR Typ av andra data Enkätdata, intervjuer Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Ett år före rehabstart apr 2012 – aug 2013 tom 3 månader efter rehabiliteringens slut, dvs juni 2011-jan 2014 Tid (årtal) för uppföljning Tre månader efter rehabiliteringens slut</p>	<p>Studiepopulation 3155 som genomgått MMR 1/4 2012 - 31/8 2013 i Jönköpings län, Region Skåne och V. Götalandsregionen. (76% ♀) Rehabpersonal på aktuella vårdinstanser; n= 533 MMR + 465 KBT och IPT Studiedeltagare; Samma som ovanstående medelålder 46 år, 1770, Enkäter: 370 personer som arbetar MMR (88 team, ålder och kön ej angivet) +329 personer som arbetar med KBT och IPT (♀ 82%), 55% ≥50 år;. Intervjustudie av behandlare: n=17, medelålder 52 år, (♀ 76%); Bortfall: Svarefrekvens enkäter 72% (MMR) respektive 71% (KBT) Typ av systematik i bortfall Större bortfall bland ♂</p>	<p>Typ av studie Riskfaktorer för SS resp lång SS Typ av studerade: Patienter, rehabiliteringspersonal Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? 44% ej SS, övriga (n=1346) i genomsnitt 121 dgr Grad av SS? Ej angivet</p>	<p>Typ av intervention Insatser inom rehabgarantin KBT/IPT för personer med psykisk ohälsa och MMR för personer med smärtproblem.</p>	<p>Diagnoser (ICD10) De som specificeras inom rehabgarantin; Lindriga och medelsvåra psykiska besvär, icke-specifik långvarig smärta i rygg och nacke Metod för fastställande av diagnos I sjukvården Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar För de som är SS</p>	<p>Utfallsvariabler SS/SAfall >14 dgr under ett kvartal före och ett kvartal efter rehab (kompletterande analyser har gjorts med SSdata både från två och tre kvartal efter avslutad rehab), dvs frånvaro registrerad hos FK samt uppgifter om personer som avlidit eller som uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen. Analysmetoder Deskriptiva analyser. Kovariansanalyser. Regressioner. Interaktioner. Kvalitativ innehållsanalys. Faktorer som inkluderas i analyserna Enkäter: Behandlar-kompetens, behandlingen/rehabs omfattning och tid, förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt, och för MMR: teamen även samarbete samt verksamhetens utformning. MMR-teamens sammanvägda enkätsvar i relation till de patienternas SS/SA. Intervjuer: Upplevelse av teamets samarbete, hur en sedvanlig rehabilitering såg ut, samt hur det upplevdes att arbeta med målet RTW/minskad SS. Faktorer som justeras för SS kvartalet innan rehab, kön, ålder</p>	<p>Resultat Den enskilt starkaste faktorn som inverkar på rehabiliteringens utfall, dvs SS/SA kvartalet efter avslutad rehab, var SS längd före rehabilitering. Längden på SS/SA kvartalet efter rehab ökade med 0,7 dgr för varje extra SSdag kvartalet före rehabilitering. De med 50 SSdgr kvartalet före rehab hade i medel 15 dgr längre SS kvartalet efter rehab, jämfört med de med 30 SSdgr före rehab. Rehabs tidsmässiga omfattning var relaterad till rehabutfallet. En lågintensiv rehabilitering (dvs ett program som pågår <5h/vecka under >8 veckor) över längre tid var bättre för personer som hade >14 SS dgr kvartalet före rehab. Ett rehabprogram som pågick ≥9 veckor var relaterad till 6 dgr kortare SS/patient under kvartalet efter insats jämfört med om rehab pågår 28 veckor för denna grupp. För dem med kort eller ingen SS kvartalet före rehabstart var en högintensiv insats fördelaktigt. De med >14 SSdgr kvartalet före rehab som fick insats av team som ansåg att det är viktigt att patienten återfår hälsan och RTW hade 5 resp 4 dgr kortare SS kvartalet efter insats jämfört med dem som fick insats av team som ansåg detta vara ganska viktigt. För patienter med kortare SS (≤14 FK ersatta SSdgr) var inte detta lika tydligt. De med kort SS före rehab & som träffade team som ofta/alltid samverkade med externa aktörer hade högre SS kvartalet efter rehab. Samverkan mellan aktörerna var viktig för dem med lång SS före rehab. SS kvartalet innan rehab, rehab längd, teamens inställning till hur viktigt det är att patienten återfår hälsa, samt huruvida teamen diskuterar evidens på sin arbetsplats förklarade 57% av resultatet i antal SS/SA dgr kvartalet efter avslutad rehab.</p>
---------------------------	---	--	---	---	--	--	---	---

Tidsseriestudier (n=5)

<p>Österlund 2012 [170]</p>	<p>Syfte: Kartlägga företagares användning av sjukpenning och tillfällig föräldrapennning för vård av barn.</p>	<p>Studiedesign Tidsserie Typ av SSdata FK (<i>MiDAS + Store</i>) Typ av andra data Uppgift om vilka som är egenföretagare respektive företagare som äger eller driver eget aktiebolag har hämtats från inkomstdata från Skatteverket och sysselsättningsdata från Statistiska centralbyrån (SCB), som också ingår i MiDAS. En extern referensgrupp bestående av forskare och representanter från myndigheter och företagargrupper har bistått med värdefull kunskap om företagarnas vardag och deras perspektiv på socialförsäkringen. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2001-2010 Tid (årtal) för uppföljning</p>	<p>Studiepopulation; Samtliga boende i Sverige med inkomst från arbete eller näringsverksamhet. Ålder - Studiedeltagare; n ≈420 000 företagare. Personer mellan 20 och 64 år som bor i Sverige och som har inkomst av näringsverksamhet (B-inkomst) eller sysselsatta med anställningsinkomst från eget aktiebolag (A-inkomst). Bortfall -</p>	<p>Typ av studie Riskfaktorer för SS (eg. vad som påverkar RTW, vad som påverkar SS) Typ av studerade: Försäkrade, yrkesverksamma Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Inte alla Grad av SS? Anges ej</p>	<p>Typ av intervention</p>	<p>Diagnoser Nio ICD-kapitel (andning, CVD, graviditet, matsmältningsorganen, psyk, musk, nervsystemet, skador, tumörer) + alla övriga Metod för fastställande av diagnos Anges ej Fastställd av läkare Anges ej Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar (ja/tidigare/senare) Anges ej</p>	<p>Utfallsvariabler Risk för SS >14 dgr, hel och deltid Analysmetoder Deskriptiv statistik, logistiska regressioner, överlevnadsanalyser Faktorer som inkluderas i analyserna Påbörjat SSfall som varar >14 dgr, grad av SS, jämförelse företagare-anställda. Företagsform (egen företagare, eget aktiebolag, kombinator (dvs som kombinerar eget företag med anställning), kön, ålder, född utrikes, utbildning, antal barn 0-11 år, taxerad inkomst, val av karenstid Faktorer som justeras för Ålder, antal anställda på arbetsplatsen, inkomst, födelseregion, bostadsort, utbildningsnivå, bransch och antal barn 0-11 år</p>	<p>Resultat Påtagliga skillnader i SS mellan företagare och anställda, under hela perioden 2001-2010. Bland kvinnor andelen SS lägst bland företagare i eget aktiebolag och högst bland anställda. De senaste åren, bland kvinnor, nästan dubbelt så vanligt att anställda blivit SS, som företagare i eget aktiebolag. Även egenföretagare blir SS i klart mindre utsträckning än anställda när det gäller kvinnor. Även bland männen är företagare i eget aktiebolag minst SS, dock små skillnader i % med SS mellan anställda, egenföretagare och kombinatorer. Företagare har överlag en lägre risk än anställda för SS. Endast företagare med anställning som bisyssla hade år 2009 en högre risk än anställda för SS. Lägst risk för SS har företagare i eget aktiebolag. Risken för SS i bland företagare år 2009 39% högre bland kvinnor än bland män (29% för egenföretagare exklusive kombinatorer). Könsskillnad något mindre bland företagare än i befolkningen. Stora skillnader inom flertalet branscher. Ex inom vård och omsorg har egenföretagare och företagare i eget aktiebolag betydligt lägre SS än anställda. Inom byggsektorn är däremot förhållandena de omvända. Variationer även med län, och diagnos. En längre karenstid sammanfaller med en lägre andel med SS och med något längre SSfall.</p>
-----------------------------	--	---	---	---	-----------------------------------	---	--	--

FK 2012 [190]	Syfte: Ge en samlad bild över sjukförsäkringens utveckling sedan 2008, och de nya regler som kommit sedan dess	Studiedesign Tidsserie Typ av SSdata Registerdata från FK. Typ av andra data Tid (årtal) som insamlade data gäller för 1/1 1994 – 31/12 2011	Studiepopulation; Alla försäkrade i arbetsföra åldrar Bortfall Inget bortfall.	Typ av studie Riskfaktorer för SS & SA Typ av studerade: Försäkrade Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Olika längder redovisas Grad av SS? Ej specificerat.	Typ av intervention - Resultaten relateras till regelförändringar i sjukförsäkringen; rehabkedjan och de som inträffat efter den	Diagnoser (ICD10) De flesta resultaten redovisas oberoende av diagnos, några uppdelat per ICD kapitel	Utfallsvariabler Ett stort antal mått redovisas, fördelat på kön, ålder, ersättningstyp, typ av sysselsättning etc Analysmetoder Deskriptiva analyser, per år. Kaplan-Meierskattning för livslängdsanalys. Faktorer som inkluderas i analyserna	Resultat Ökande sjuktal, särskilt för kvinnor. Minskade SA dgr, särskilt för kvinnor. Medianfalllängden för anställda ungefär samma efter 2008 som i slutet på 90talet. En ökning i medianfalllängd för arbetslösa efter 2009/2010, delvis pga 'återvändare'.
AFA Försäkring 2013 [173]	Syfte: Studera hur långvarig SS i psykiska diagnoser är fördelad över tid, försäkringskollektiv, yrkesgrupp, kön, ålder och län	Studiedesign Tidsserie Typ av SSdata Data om SS från AFA Försäkrings skadedatabas. Typ av andra data Data om avtalsgrupp, SSdiagnos, ålder och kön från AFA Försäkrings register. Data om sysselsättning från SCB:s yrkesregister. Tid (årtal) som insamlade data gäller för Framförallt 2010-2011	Studiepopulation; Anställda som ingår i AFAs försäkringar (%♀); ålder; (medel och range) Studiedeltagare; n Antal specificeras ej. (♀%); Specificeras ej. Bortfall Bortfall specificeras ej.	Typ av studie Riskfaktorer för SS >90 dgr Typ av studerade: Personer anställda av arbetsgivare med kollektivavtal inom AFA Försäkrings sjukförsäkringar, avtalsgruppförsäkring AGS och avtalsgruppförsäkring AGSKL. Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Personer med SSfall >90 dgr eller SA Grad av SS? Specificeras ej.	Typ av intervention -	Diagnoser (ICD10) Psykiska diagnoser enligt ICD10 (F00F99). Metod för fastställande av diagnos Diagnos från FK Fastställd av läkare (ja/nej) Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar (ja/tidigare/senare)	Utfallsvariabler Risk för SS >90 dgr i psyk diagnos (antal SSfall/1000 sysselsatta/år) Analysmetoder Deskriptiv statistisk analys Faktorer som inkluderas i analyserna Kön, ålder, yrkesgrupp, län, SSdiagnos Faktorer som justeras för Åldersstandardisering av risken i olika yrken, standardisering av antal sysselsatta i de olika yrkesgrupperna mellan länen.	Resultat Risken att drabbas av långvarig SS i psyk diagnos var högre för kvinnor än för män inom samtliga yrkesgrupper. De >35 år hade högre risk. För kvinnor var risken högst i yrkesgrupperna "övrigt industriellt arbete", "övrigt hälso, sjukvårds, vård och omsorgsarbete" och "undersköterskor, sjukvårdsbiträden och ambulansförare". För män var risken högst i grupperna "undersköterskor, sjukvårdsbiträden och ambulansförare", "övrigt industriellt arbete" och "städare och fönsterputsare". Högst risk för SS i psyk; i Västra Götaland och Blekinge och lägst på Gotland. Risken generellt högst i Dalarna & Jämtland och lägst i Gotland & Stockholm.

Lars- son, 2014 [182]	Syfte: Få kunskap om vad som orsakar allvarliga arbetsskador och långvarig SS eller SA i Sverige.	Studiedesign Tidsserie Typ av SSdata Information om ersättningar från avtalsgruppförsäkring en (AGS och AGSKL), som ger ersättning till den som är SS/ har SA. Typ av andra data Den skadades egen beskrivning i fritext i AFAs skaderegister. Uppgifter om antal sysselsatta i olika grupper, från SCBs yrkesstatistik. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2008-2012	Studiepopulation; Godkända arbetsskador i AFAs skaderegister 2003-2012 samt nya SA och SSfall med ersättning från avtalsgruppförsäkring en (AGS och AGSKL) 2008-2012 (%♀); Ej angivet ålder; (medel och range) Ej angivet Studiedeltagare; n (♀64%); SSfall >90 dgr + SA: 89 221 Bortfall Ej angivet Typ av systematik i bortfall Ej angivet Bortfall bland ♀ resp ♂. Ej angivet	Typ av studie Riskfaktorer för SS, vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Personer sjukskrivna >90 dgr resp anmänt arbetsskada och ingår i AFA försäkring Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? >90 dgr Grad av SS? Ej angivet	Typ av intervention –	Diagnoser (ICD10) Olika för rapportens olika delar: Inga för vissa avsnitt. För avsnittet om långvarig SS: alla diagnoser, ibland redovisas vanligaste diagnoser eller upp till 12 diagnoskapitel; cvd, endokrina, graviditet, huden, matsmältningsorganen, psyk, musk, nerv, skador, symptom, tumörer, infektion. Metod för fastställande av diagnos från sjukintyg Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja	Utfallsvariabler Nya SSfall >90 dgr eller nya SA Analysmetoder Åldersstandardiserat risktal (antal SSfall eller SAfall/1000 sysselsatta) för olika yrkesgrupper och kön att vara SS >90 dgr. Faktorer som inkluderas i analyserna Ålder, kön och bransch/yrke, typ av skada, skadad kroppsdel. År då SSfallet började, SSfallets längd, typ av ersättning, avtalsområde. Antal sysselsatta näringsgren, yrkeskod och sektor fördelat på kön, åldersgrupp Faktorer som justeras för Ålder	Resultat Från 2008–2012 ökade risktalet för båda könen och var högre för kvinnor. Högst risktal (>35) 2012 hade <i>undersköterskor, sjukvårdsbiträden, ambulansförare & övrigt industriellt arbete</i> . Äldre hade högre risktal och de anställda inom kommuner och landsting. Resultat presenteras för olika näringsgrenar, geografiska regioner etc.
--------------------------------	--	---	---	--	---------------------------------	--	--	---

Bengt -son 2014 [189]	Syfte Analys av sjukförsäkringens utveckling. Ett fokus var fördjupade analyser av faktorer som påverkar SSfallens varaktighet.	Studiedesign Tidsserie Typ av SSdata Registerdata från FK. Typ av andra data - Tid (årtal) som insamlade data gäller för: <i>För analys av SSfallslängd: 200501 – 201304.</i> <i>För analys av sannolikhet för avslut: 2006, 2009 och 2012.</i>	Studiepopulation Försäkrade och nya SSfall ersatta av FK (>14 dgr). under åren 1994-2012. Antalet nya SSfall per år varierade från 593 178 (39% ♀) till 498 150 (36% ♀) mellan år 2006 till 2012. Bortfall Inget bortfall.	Typ av studie Risk för SS och lång SS Typ av studerade: Sjukskrivna Nystartade SSfalls varaktighet bland karensdagsgrupper (anställda, arbetslösa och övriga). Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Nystartade SSfall Grad av SS? Ej specificerat.	Typ av interventioner (Rehabkedjan, borttagande av tidsbegränsad SA, svårare få SA)	Diagnoser (ICD10) Sju diagnoskapitel + övriga.	Utfallsvariabler Median- & medelSSfallslängd i dgr. Sannolikhet (hasardkvot) för avslut av SS. Analysmetoder <i>För SSfalllängd:</i> KaplanMeierskattning. Inflöde beräknat i 12 månaders perioder. Återvändare exkluderas, fall som inte avslutats efter 12 månader censureras. <i>För sannolikhet för avslut av SS:</i> Cox Proportional Hazard Regression. Faktorer som inkluderas i analyserna Kön, ålder, karensgruppstyp, SSdiagnos (psyk/musk & psyk/musk, skador, övriga), län, födelseland. SSfall startade 2006, 2009 & 2012. Faktorer som justeras för Ovanstående, civilstånd, utbildningsnivå, partiell SA, SSHistorik, jobbsektor, sysselsättning, län, yrke (SSYK2), boendeort, inkomst	Resultat: Måttlig uppgång av antal SSdgr verkar samkorrelera med motsvarande eller större nedgång av SA dgr. Skärpta kriterier för att få SA och borttagande av tidsbegränsad SA medför fler SSfall. SSfallens varaktighet var olika för olika grupper, arbetslösa hade genomgående längre falllängd. Varaktigheten för arbetslösa minskade mellan 2007 & 2010 och ökade kraftigt mellan 2010 & 2012 för att sedan plana ut. Varaktigheten för anställda och övriga minskade mellan 2006 & 2009, och ökade sedan svagt. Psyk diagnoser stod för en större andel av nya SSfall >90 dgr jämfört med musk diagnoser. Bland anställda med sjuklön var andelarna 40% för psyk diagnoser och 30% för musk 2012. Motsvarande andelar för arbetslösa var ca 65 resp 45%.
--------------------------------	---	--	---	--	--	--	---	--

Tvärsnitt (n=5)

Lid-wall 2011 [192]	Syfte: Redovisa sjukförsäkringskostnaderna år 2009 per diagnos	Studiedesign Tvärsnitt Typ av SSdata FKs MiDAS databas Typ av andra data: – Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2009-2010 Tid (årtal) för uppföljning	Studiepopulation Försäkrade i Sverige n Ej angivet (%♀Ej angivet); ålder; (medel och range) Ej angivet Studiedeltagare; n 502 937 SS >14 dgr för vilka en utbetalning skedde under 2009 samt 594 413 med SA under 2009 (♀ 62% vad gäller SS, 61 för SA); Bortfall Endast utbetalningar av SS och SA gjorda till mottagare med en angiven diagnos redovisas, n=516 018 mottagare av SA under 2009, för SS ej angivet Typ av systematik i bortfall Diagnoskod saknas främst för SA beviljad före 2003.	Typ av studie Vad som påverkar duration av SS Typ av studerade: Försäkrade, yrkesverksamma, sjukskrivna, med SA Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Inte alls Grad av SS? Samtliga olika grader inkluderas och redovisas	Diagnoser (ICD10) Alla diagnoskapitel. Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar Ja	Utfallsvariabler Kostnader för SS och SA under 2009 Analysmetoder Beskrivande statistik Faktorer som inkluderas i analyserna Utbetald SS och SA, SS diagnoser, kön Faktorer som justeras för Kön, diagnos	Resultat Cancer (95 dgr), psyk (92 dgr) och CVD (78 dgr) stod för det högsta antalet SSdgr. Depressiv episod (F32) och ryggvärk (M54) stod för störst andel av kostnaderna med drygt 7% vardera. Psyk och musk dominerade listan med 21 av de 25 kostsammaste sjukdomarna. Kostsammast bland kvinnor var M79 (med bl.a. fibromyalgi) och bland män ryggvärk (M54). Därefter kom depressiv episod (F32) bland både kvinnor och män. I likhet med skador var det många sjukdomar som ledde till SS men mer sällan till SA. Några exempel var andningsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar och graviditetskomplikationer.
---------------------	--	--	--	---	---	---	--

Dah- lin 2012 [171]	Syfte: Beskriva SSmönster för kvinnor och män i Stockholms län under 2010 och 2011	Studiedesign Tvärsnitt Typ av SSdata FK Typ av andra data: Enkätdata från <i>Folkhälsorapport</i> <i>2011 (SLL)</i> , för beskrivning av vårdkonsumtion används <i>Vården i</i> <i>siffror 2011 (SLL)</i> Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2010- 2011	Studiepopulation 2 091 473 i Sthlm (50% ♀); Ålder; (medel och range) Ej angivet Studiedeltagare; n (♀%); Ej angivet Bortfall Typ av systematik i bortfall Bortfall bland ♀ resp ♂	Typ av studie Riskfaktorer för att vara SS eller ha SA Typ av studerade: Sjukskrivna Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? Ej angivet Grad av SS? Ej angivet	Diagnoser (ICD10) Diagnoskapitel musk. och psyk. I vissa analyser uppdelat i diagnosavsnitt, i andra per diagnos. Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar.	Utfallsvariabler Pågående SSfall respektive SA, nybeviljad SA, antal SSdgr per boende i Stockholm, SSdiagnos, långtidssjukskriven/arbetar som anställd Analysmetoder Deskriptiv statistik, delvis på aggregerad nivå Faktorer som inkluderas i analyserna Kön, åldersgrupp, självs kattade levnadsvanor och hälsotillstånd, sysselsättning	Resultat Majoriteten av de med SA var 45-64 år; 53% var kvinnor. 23% hade ett BMI >30 jämfört med 10% av dem som arbetade som anställda. Vissa skillnader i livsstil och psykisk hälsa.
------------------------------	---	--	---	--	--	---	---

Eriks- son 2013 [174]	<p>Syfte: Granska hur FK handlägger sjukförsäkringsärenden ur ett jämställdhetsperspektiv, och hur FK arbetar för att säkerställa att handläggningen av sjukförsäkringen sker på ett jämställt sätt</p>	<p>Studiedesign; Tvärsnitt</p> <p>Typ av SSdata Antal påbörjade SSfall, SSLängd från FK (MiDAS)</p> <p>Typ av andra data Individdata från FKs register från år 2010 till och med år 2012 över insatser som FK gjort i sjukskrivningsärenden. Styrdokument och processbeskrivningar från åren 2005–2013. Transkriberade inspelningar från intervjuer av handläggare.</p> <p>Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2010-2012</p> <p>Tid (årtal) för uppföljning</p>	<p>Studiepopulation Sveriges befolkning. Personer med nya SSfall FKhandläggare (%♀) Ej angett; Ålder; (medel och range) Ej angett Studiedeltagare; n (♀%); Sveriges befolkning. SSfall som påbörjades 2010-2012 (antal framgår ej). Gruppintervjuer med 15 handläggare från 12 LFC</p> <p>Bortfall Typ av systematik i bortfall - Bortfall bland ♀ resp ♂</p>	<p>Typ av studie Vad som påverkar duration av SS</p> <p>Typ av studerade: Sjukskrivna samt handläggare</p> <p>Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? >14 dgr</p> <p>Grad av SS?</p>	<p>Diagnoser: 8 ICD kapitel (andning, CVD, graviditet, matsmältningsorg, psyk, musk, skador, cancer) + alla övriga</p> <p>Metod för fastställande av diagnos Läkarintyg</p> <p>Fastställd av läkare Ja</p> <p>Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar</p>	<p>Utfallsvariabler Antal SS per 1000 individer 16–64 år bosatta i Sverige. Antalet årligen påbörjade SSar >14 dgr för kvinnor och män/1000 försäkrade under perioden 2010–2012. SSLängd per kvartal i dgr.</p> <p>Analysmetoder Deskriptiv statistik. Beskrivande text. Regressionsanalyser (linjär och Cox) Intervjudental och styrdokument har analyserats med kvalitativ metod.</p> <p>Faktorer som inkluderas i analyserna Handläggning av sjukpenningärenden för anställda och arbetslösa. Sannolikhet att avsluta SSfallet, att övergå från SS till SA, SSgrad. Vilka utredningar och insatser som FK har att tillgå för att utreda rätten till ersättning och behovet av rehabilitering.</p> <p>Faktorer som justeras för Kön, SS för blivande föräldrar, Ålder, Diagnos, Födelseland, Bransch, Utbildningsnivå, Inkomst, Startår, Startmånad, Tidigare ALI/Tidsbegränsad SA.</p>	<p>Resultat: Jämställdhetsperspektivet saknas i FKs styrdokument och är otydligt i verksamheten. Varaktigheten av kvinnors SSfall har ökat mer än mäns. FK genomförde utredningar och insatser i något högre grad och tidigare i fallet för kvinnor än för män. Kvinnor hade en något högre sannolikhet att få plan för RTW & rehabilitering, beviljas arbetsresor & rehabpenning, få avstämningsmöten och Sassamkartläggningar än män. Arbetslösa kvinnor hade lägre sannolikhet att avsluta SSfallet under perioden från dag 364 till dag 914 jämfört med arbetslösa män. Kvinnor minskade sin SSgrad i större omfattning än män och hade, fram till dag 90, en något högre sannolikhet att avsluta SSfallen. Män avslutade SSfallet i högre grad än kvinnor efter dag 90 fram till dag 365, och de hade högre sannolikhet att beviljas sjukersättning än kvinnor.</p>
--------------------------------	--	---	---	--	--	--	---

	Syfte	Studiedesign	Studiepopulation;	Typ av studie	Diagnoser (ICD10)	Utfallsvariabler	Resultat
Granqvist 2014 [175]	Studera hur FKs handläggares attityder till bland annat aktuella regler, rehabiliteringsinsatser och utredningsmetoder påverkar SS längd och de initiativ som tas i SSfall	Tvårsnitt Typ av SSdata FKs MiDAS Typ av andra data Enkät 2012 till handläggare, uppgifter i FKs register om tid och typ av händelser i SSfallet; i) <i>Sassam</i> ; ii) <i>avstämningmöte</i> ; iii) 90dgrsprövning; iv) 180dgrsprövningen. Tid (årtal) som insamlade data gäller för: Jan 2010 - mars 2011 Tid (årtal) för uppföljning	n 2164 handläggare inom SSprocessen vid FK samt personer som med nytt, längre SSfall de handlagt (%♀ ej angivet); Ålder; (medel och range) Ej angivet Studiedeltagare; n 1208 svarade och av dem inkluderades 1089, dvs de som arbetade den aktuella perioden Ålder 25-69 år, (24% <40 år) medel okänd (♀% ej angivet); Påbörjad SSfall 1/1 2010 - 31/3 2011 n =104 308 (♀% 64) Två grupper jämförs med varandra – de där 'dagindelning' tillämpas och de där detta ej görs. Bortfall Enkät 44% Typ av systematik i bortfall Ingen systematik (hänvisning till tidigare rapport) Bortfall bland ♀ resp ♂. Ej angivet	Vad som påverkar RTW, och SS duration Typ av studerade: Sjukskrivna med anställning, Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? "Företrädesvis längre SSfallsärenden" "minst några veckor". Tidigare SSdgr 4-21 i medeltal (senaste 10 åren). Grad av SS? Anges ej	Oberoende av diagnos	SSepisoder, SSs omfattning (hel, ¾, ½, eller ¼), den sjukskrivnes dagpenning, respektive eventuell SA. Återgång i ordinarie sysselsättning eller genomförande av provningar eller utredningar Analysmetoder Beskrivande statistik. Enkätsvaren har vägts samman till index mellan 0 och 1 (ju högre värde, desto mer positiv är handläggaren). Överlevnadsanalyser (Cox regression). Logistiska regressioner. Valideringsanalyser av resultaten. Faktorer som inkluderas i analyserna Handläggarnas svar om sin uppfattning om rollen som handläggare och om sin syn på sjukförsäkringens regelverk och metoder. Faktorer som justeras för Kön, ålder, utbildningsnivå, utrikes född, sysselsättning & kvartal vid SSstart, diagnos, antal barn <18 år, ersättningsnivå, sektor, tidigare SS & SA, arbetslöshet, sysselsättning föregående år, pensionsgrundande inkomst, LFC, län, H-region.	En mer positiv inställning till <i>avstämningmöte</i> hos handläggaren ledde till en statistiskt säkerställd minskad RTW och därmed till längre SSfall. En mer positiv inställning till utredningsmetoden <i>Sassamkartläggning</i> innebar lägre återgång i ordinarie sysselsättning, om också partiell återgång i ordinarie sysselsättning beaktades. En mer positiv inställning till regelverket och till betydelsen av att uppnå resultatmålen i verksamheten ledde däremot till att de SS återgick i ordinarie sysselsättning snabbare än annars. Ju säkrare handläggaren kände sig på begrepp i SSprocessen, desto snabbare återgick den försäkrade i ordinarie sysselsättning om också partiell återgång beaktades. SSa som tilldelades en förhållandevis ung handläggare (<40 år) var i genomsnitt SS längre än de som fick en äldre handläggare. Omvänt bidrog hög ålder (≥55 år) och lång erfarenhet (>10 år) hos handläggaren till att återgången i ordinarie sysselsättning ökade.

<p>Friberg; Hinas 2014 [195, 203]</p>	<p>Syfte: Få kunskap om hur långtidssjukskrivna upplever att de blir bemötta av FK och om de upplever att detta påverkar RTW</p>	<p>Studiedesign Tvärsnitt Typ av SSdata FK; MiDAS bl.a. Typ av andra data Enkätdata Tid (årtal) som insamlade data gäller för: 2013</p>	<p>Studiepopulation; 17 395 personer med pågående SS som varat 4-8 månader 2013 samt 1018 som fått sin SS indragen (♀: 55 resp 58%); Ålder; Anges i 6 åldersgr. Studiedeltagare; n 9032 resp 526 (♀% 69 resp 63%); Bortfall 48% Typ av systematik i bortfall. större andel ♀, äldre, födda i Sverige svarade i större utsträckning Bortfall bland ♀ 45%; ♂;64%</p>	<p>Typ av studie vad som påverkar RTW Typ av studerade: långtidssjukskrivna + personer som fått indragen sjukpenning Hur länge har de SS varit detta vid inklusion? 4-8 månader Grad av SS? Alla</p>	<p>Diagnoser (ICD10) Alla ICD kapitel. Fokus på musk, psyk, cancer, CVD, skador. Metod för fastställande av diagnos MiDAS Fastställd av läkare: Ja Diagnosen ställd samtidigt som SS börjar ja</p>	<p>Utfallsvariabler Bemötande påverkar möjligheten till RTW Analysmetoder Deskriptiv analys Faktorer som inkluderas i analyserna. Kön, ålder, SSLängd, SSdiagnos, födelseland, utbildningsnivå, sysselsättning, positivt resp negativt bemötande (övergripande samt för ca 20 olika typer av bemötande inom var och en, från sjukvård resp FK, samt hur personen känt sig i samband med mötet och om bemötandet påverkat RTW)</p>	<p>Resultat 55% av dem som varit med om positivt bemötande från sjukvården upplever att detta främjat deras RTW. 20% av de som varit med om negativt bemötande upplever att detta hindrat deras RTW. Större andel bland dem med indragen SS.</p>
---------------------------------------	---	---	--	--	--	--	---

10 Referenser

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2007: WHO; 2010 [cited 2010 March 26].
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
2. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003.
3. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
4. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt. Sociala rådet, Socialdepartementet (SOU 2010:107), 2010.
5. Hansson T, Ljungquist T. Effekten på hälsa och arbetsåtergång efter rehabilitering vid Ryggcentra. HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, 2008.
6. Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning. Stockholm: Försäkringskassan, 2008 2.
7. Nej till sjukpenning. Vad hände sen? Stockholm: Försäkringskassan, 2008.
8. Brist på brådska - en översyn av aktivitetsersättningen. Betänkande av utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen. Socialdepartementet (SOU 2008:102), 2008.
9. Sjukfrånvaron i Sverige - på väg mot europeiska nivåer? Socialförsäkringsrapport 2009:10. Stockholm: Försäkringskassan, 2009.
10. Pågående sjukfall över 1 år efter diagnos: Försäkringskassan; 2009.
11. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.
12. Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Slutrapport från ett pilotprojekt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
13. Rehabiliteringsgarantin 2009-2010. Erfarenheter 2009 och resultat från första halvåret 2010. Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
14. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.
15. Långtidssjukskrivna. Beskrivande statistik 1999-2009: kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, sjukskrivningslängd och diagnospanorama. Försäkringskassan, 2010.
16. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (198), 2010.
17. Hur försörjer man sig? En kartläggning av personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen och inte anmält sig till Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan, 2010.
18. Tollin P. Tidiga insatser i sjukfallen - vad leder de till? Försäkringskassan, 2010.
19. Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta gränserna. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
20. Beslut om sjukersättning. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
21. Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen. Huvudrapport. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
22. Handläggningstider i Försäkringskassans omprövningar. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
23. Effektiviteten i socialförsäkringsadministrationen 2003-2010. Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
24. Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.

25. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund: Lunds Universitet, Region Skåne, 2011.
26. Unga med aktivitetsersättning: den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen. Inspektionen för socialförsäkring, 2011.
27. Vilka mekanismer har styrt sjukskrivningsmiljarden? Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
28. Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19-20 januari 2011. Försäkringskassan, 2011.
29. Aktivitetsersättning. Från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga. Inspektionen för socialförsäkringen, 2012.
30. Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar - Nacken och övre rörelseapparaten. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2012 Nr 210.
31. Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2012 2012:9.
32. Tuffa villkor för ms-sjuka i arbets- och vardagsliv - 1212 röster om ms och rörlighetsproblem. Neurologiskt Handikappades Riksförbund, 2012.
33. Bilaga med statistikunderlag till rapporten Tuffa villkor för MS-sjuka i arbets- och vardagsliv. Stockholm: Neurologiskt Handikappades Riksförbund, 2012.
34. Forskning om funktionsnedsättning och funktionshinder 2002-2010: Kartläggning, analys och förslag. Stockholm: Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap, 2012.
35. Stabilitet i sjukfrånvaron. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2012 2012:15.
36. Långtidssjukfrånvaro hos föräldrar och deras barn. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2012 2012:7.
37. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.
38. Kvalitetsgranskning av läkarintyg. Försäkringskassan, 2012.
39. Förtroende för Försäkringskassan. Försäkringskassan, 2012.
40. Med bristande känsla av sammanhang: de försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion. Försäkringskassan, 2012.
41. Aktuell situation efter Gör rätt från dag ett. Sveriges kommuner och landsting, 2012.
42. När sjukpenning nekas. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2013 2013:1.
43. Förstärkta rehabiliteringsinsatser i samverkan. En granskning av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens utvecklingsarbete. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2013.
44. Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen. Vilka är de och vad händer efteråt? Inspektionen för socialförsäkringen, isf, 2013.
45. Unga förtidspensionärer. Studie av sju europeiska länder. Inspektionen för socialförsäkringen, 2013.
46. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Försäkringskassan, 2013.
47. Marklund S, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Underlagsrapport SOU); 2013.
48. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan, 2013.
49. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen - Nuläge, utvecklingsbehov, koordinering; Redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden. Stockholms läns landsting, 2013.
50. Sammanställning av patientnämndsärenden som behandlar sjukskrivning, 2011, arbetsgruppen för rehabilitering och sjukskrivning. Stockholms läns landsting, 2013.

51. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
52. Indikatorer i sjukskrivningsprocessen ur ett jämställdhetsperspektiv. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2013.
53. Sjukskrivningsmönster hos kvinnor och män. AFA Försäkring, 2014.
54. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Försäkringskassan, 2014.
55. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz. E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
56. Anderzén I, Hansson A-S. Slutrapport - NySatsa. Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Uppsala Universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, 2008.
57. Angelov N, Johansson P, Lindahl E, Lindström E-A. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) 2011.
58. Angelov N, Johansson P, Lindahl E. Kvinnors större föräldraansvar och högre sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, 2013.
59. Avdic D, Johansson P. Könsskillnader i preferenser för sjukfrånvaro. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) 2013.
60. Bagge Allwood G. Sjukfrånvaro och aktivitets- eller sjukersättning bland patienter med kroniskt trötthetssyndrom: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2013.
61. Berntson E, Sverke M. Att vara anställningsbar i en turbulent omvärld. In: Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning - En vänbok till Staffan Marklund: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2012.
62. Bremberg S. Utanförskap och psykisk ohälsa bland unga i de nordiska länderna. For det som vokser Unge, psykisk uhelse og tidlig uførepensjonering i Norden En antologi: Nordens Velfärdscenter; 2013.
63. Cronholm B. Sjukskrivningslängd bland kvinnor med bröstcancer: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2013.
64. Eriksson U. Man är ju inte mer än människa - långtidssjukskrivning ur ett emotionellt, relationellt och strukturellt perspektiv: Karlstads Universitet; 2009.
65. Hartman L, Johansson P, Khan S, Lindahl E. Uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, 2009.
66. Hellman T, Jensen I, Bergström G, Bonnevier H, Nilsson E, Hagberg J, Busch H. En fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin. Erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer. Delrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2013.
67. Hensing G, Alexanderson K. Sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering. In: Herlofson J, Ekselius L, Lund L, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M, editors. Psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 713-8.
68. Hensing G, Petersson E-L, Spak F, Östlund G. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro - vilka är sambanden? Sociala rådet, Socialdepartementet (SOU 2010:47), 2010.
69. Hägglund P, Thoursie P. De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: en diskussion om förväntade effekter. Studier i finanspolitik, Finanspolitiska rådet, 2010.
70. Jansson C, Alexanderson K. Innebär sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser en ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män? En rikstäckande prospektiv kohortstudie. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.

71. Johansson P, Laun L, Laun T. Hälsan hos nybeviljade förtidspensionärer över tid. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, IFAU, 2013.
72. Johansson P, Aydin E, Bergendorff S, Granqvist N, Josephson M, Solhberg I. Arbetslivsriktad rehabilitering. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2011.
73. Jonsson U, Mittendorfer-Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Underlagsrapport SOU), 2013 S2010:04.
74. Kjeldgård L, Ekmer A, Vaez M, Alexanderson K. Sjukfrånvaro bland kvinnor och män inom Polismyndigheten i Stockholms län. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2010.
75. Korkeila M, Alexanderson K, Norlund A. Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturoversikt. Sociala rådet, Socialdepartementet (SOU 2010:89), 2010.
76. Lewis C, Mathiassen S. Belastning, genus och hälsa i arbetslivet. Kunskapssammanställning. Arbetsmiljöverket, 2013.
77. Linder J. Vanliga symptom och depressivitet hos långtidssjukskrivna personer som av Försäkringskassan remitterats till försäkringsmedicinsk utredning. In: Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning - En vänbok till Staffan Marklund: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2012.
78. Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
79. Lindholm C, Ringbäck Weitof G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
80. Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P. Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
81. Melén D. Sjukskrivningssystemet. Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lund: Lunds universitet; 2008.
82. Melén D, Johansson M. Flödesanalys av personer som lämnat sjukförsäkringen på grund av tidsgräns. Försäkringskassan, 2012.
83. Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A, Alexanderson K. Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
84. Mittendorfer Rutz E, Alexanderson K, Kjeldgård L, Wikman A. Sjukskrivning och risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor och män. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
85. Mörk E, Liljeberg L. Fattig, sjuk och arbetslös - en beskrivning av personer i kläm mellan stat och kommun. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering 2011 Contract No.: 2011:17.
86. Nasdev T, Eklund B, Vesterlund Muz G, Ljungberg D, C. EA, Simonsson S, Aili K, Larsson M, Söder M. Försäkringskassans tillämpning av reglerna om sjukersättning. Inspektionen för socialförsäkringen, 2013.
87. Nilsson S, Persson A, Ekberg K. Arbetsoförmåga och anställningsbarhet efter långvarig sjukskrivning. Linköpings universitet: HELIX 2009.
88. Olofsson J, Östh J. Förtidspensionering av unga. En fråga om utsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund? Stockholm: SOU 2010:4, 2010.

89. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet, 2010.
90. Sandvin J. Arbete, sjukdom och moral - om sjukskrivning och vägen tillbaka till arbetet. Lund: Studentlitteratur; 2009.
91. Simonsson S, Granqvist N. Att handlägga sjukförsäkringen. Metodrapport och tabellbilagor. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2013 Contract No.: 2013-3.
92. Skogman Thoursie P. Ekonomiska incitament inom arbetslöshets- och sjukförsäkringarna. Stockholm: SOU 2010:04, 2012 S 2010:04.
93. Ståhl C, Müssener U, Svensson T. Sjukskrivningssystemet och dess aktörer: Efter införandet av rehabiliteringskedjan. Linköpings universitet: HELIX, 2011.
94. Svedberg P, Alexanderson K. Sjukfrånvaro och arbete inom Polisen. Sektionen för Personskadeprevention, Karolinska Institutet, 2009.
95. Svedberg P, Narusyte J, Samuelsson Å, Ropponen A, Lichtenstein P, Alexanderson K. Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män i en kohort av svenska tvillingar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
96. Söderberg E, Müssener U. Att ta till vara förmåga trots begränsning - teoretiska utgångspunkter och intervention. In: Ekberg K, editor. Den relativa arbetsförmågan Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014. p. 163-79.
97. Upmark M. Kvinnors ohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholms läns landsting, 2008.
98. Wikman A, Kjeldgård L, Marklund S, Alexanderson K. Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2011.
99. I rehabiliteringens kölvatten Är rehabilitering för ryggbesvär långsiktigt lönsam? Avdelningen för interventions- och implementeringsforskning Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, 2010 2010/07//. Report No.
100. Hälsa och anpassningsmöjligheter som orsaker till självupplevd arbetsförmåga. Slutrapport. Linköping: Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering Linköpings Universitet, 2012 2012. Report No.: Dnr: 080012.
101. Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning. Statens folkhälsoinstitut, 2012.
102. Rehabiliteringsgarantin 2013. Erfarenheter och resultat. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
103. Förnyad utredning av sjukersättning. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), 2014.
104. Gränslandet mellan sjukdom och arbete: arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete, försörjningsförmåga: slutbetänkande: Socialdepartementet (SOU 2009:89); 2009.
105. Samordna rehabiliteringen Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, SKL; 2011.
106. God arbetsmiljö: en framgångsfaktor? Stockholm: Arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet (SOU 2009:47); 2009.
107. Bengtsson P. Utvärdering av prognosverktyget. Försäkringskassan Analys och prognos, 2011.
108. Bergström G, Bergström C, Busch H, Hagberg J, Jensen I. Vilken patient behöver vilken behandling? En ekonomisk utvärdering 10 år efter rehabilitering vid kronisk ryggvärk. Stockholm: Enheten för intervention- och implementeringsforskning, IMM, Karolinska Institutet, 2012.

109. Chirico G, Nilsson M. Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2009 2009:2.
110. Engström P, Goine H, Johansson P, Palmer E. Påverkas sjukskrivning och sjukfrånvaro av information om förstärkt granskning av läkarnas sjukskrivning. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2009 2009:13.
111. Engström P, Goine H, Johansson P, Palmer E, Tollin P. Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:11.
112. Goine H, Söderberg E, Engström P, Palmer E. Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2009 2009:14.
113. Hesselius P, Johansson P, Vikström J. Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2008 2008:11.
114. Hägglund P, Skogman Thoursie P. Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006–2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:17.
115. Johansson P, Nilsson M. Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2008 2008:27.
116. Johansson P, Lindahl E. Informationsmöte - en väg till minskad sjukskrivning? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:20.
117. Junestav M. Sjukskrivning som politiskt problem i välfärdsdebatten – det politiska språket och institutionell förändring. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:16.
118. Jönsson L, Skogman Thoursie P. Does privatisation of vocational rehabilitation improve labour market opportunities? Evidence from a field experiment in Sweden. Working Paper, IFAU-Institute for Labour Market Policy Evaluation, 2012 2012:2.
119. Jönsson L, Skogman Thoursie P. Kan privatisering av arbetslivsinriktad rehabilitering öka återgång i arbete? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2012 2012:3.
120. Lagerström J. Påverkas sjukfrånvaron av ekonomiska drivkrafter och arbetsmiljö? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:9.
121. Lidwall U. Sjukfrånvaroutvecklingen 2010 - 2013 per yrke – Sammanfattande intryck. Försäkringskassan, Analys och prognos Verksamhetsområde statistisk analys; 2014.
122. Lindgren K-O. Arbetsplatsstorlek och sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2012 2012:28.
123. Lohela Karlsson M, Björklund C, Jensen I. Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationers produktion - en systematisk litteraturgenomgång. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2012 2012:8.
124. Lundborg P, Nilsson M, Vikström J. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2011 2011:11.
125. Mulder M. Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2002–2010. Försäkringskassan Analys och prognos, 2012.

126. Möller J, Hultin H, Lindholm C. Konsekvenser av sjukfrånvaro – en longitudinell studie av sjukfrånvarons effekter på långtidssjukskrivning och arbetsmarknadsposition. Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Karolinska Institutet, 2012.
127. Persson M. Överströmning mellan tillfällig föräldrapenning och sjukskrivning - effekter av utökad kontroll av den tillfälliga föräldrapenningen. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2011 2011:23.
128. Rehabiliteringsrådets delbetänkande: Socialdepartementet (SOU 2010:58); 2010.
129. Schmidt L, Sjöström J, Antonsson A-B. Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovård. Stockholm: IVL Svenska Miljöinstitutet AB, 2011 B1990.
130. Sibbmark K, Chirico G. Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2008 2008:29.
131. Från sjukersättning till arbete. Stockholm: Socialdepartementet: Regeringskansliet (Ds 2008:14); 2008.
132. Uppföljning av en ny sjukskrivningsprocess. Socialstyrelsens och Försäkringskassans plan för hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet och ett nytt arbete med sjukskrivning kan utvärderas och kvalitetssäkras. Socialstyrelsen; 2008.
133. Stureson M. Arbetsförmåga och bedömning av arbetsförmåga - fokusgruppsintervjuer med läkare och arbetsterapeuter. Delstudie 1 i projektet: ”Snabbare återgång i arbete efter tidig bedömning av arbetsförmåga”. Umeå Universitet och Västerbottens läns landsting, 2009. Report No.: Afa: Dnr 070116.
134. Stureson M. Slutrapport projekt AFA Dnr 090261 Tidig arbetsförmågebedömning av arbetsterapeut inför ställningstagande om eventuell sjukskrivning. Umeå: Umeå universitet / Västerbottens läns landsting, 2013.
135. Bättre samverkan: några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring: delbetänkande: Socialdepartementet (SOU 2009:49); 2009.
136. Westregård AJ. Arbetsgivarens ökade ansvar för sjuklön och rehabilitering kontra arbetstagarnas integritet - Går det att förena? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2008 2008:18.
137. Att handlägga sjukförsäkringen. Uppfattningar om roller och regelverk. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2013.
138. Häkkinen Skans I, Olsson M, Örn C. Slopät frånvarointyg. Kontroll och uttag av tillfällig föräldrapenning. Inspektionen för Socialförsäkring, 2013 2013:19.
139. Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering. Inspektionen för Socialförsäkringen, 2014.
140. Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014.
141. Arnhof Y. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut, 2008.
142. Hedborg A. Lagom är bäst, varken för mycket eller för lite sjukskrivning - om självrisker och karens. Svenska Kommunalarbetsförbundet, 2011.
143. Uppdrag om pilotverksamhet för vidareutveckling av metoder och verktyg för bedömning av arbetsförmåga. Försäkringskassan, 2014.
144. Hensing G, Holmgren K, Rohdén H. Sänkt förtroende för Försäkringskassan. In: Holmberg S, Weibull L, editors. Nordiskt ljus. 50. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2010. p. 229-43.
145. Junestav M, Melén D, Norén Bretzer Y. Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos, 2014.

146. Lovén J, Junestav M, Nordenskår L. Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos, 2014.
147. Arnek M. Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än för Försäkringskassa och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka? Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos, 2014.
148. Tirmén P, Ornstein P, Jönsson E, Voss M, Lidwall U, Persson A, Palmer E, Goine H, Nikander J, Bengtsson P, et al. Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Försäkringskassan, 2014.
149. Lidwall U. "Hade vi en sjukskrivningsepidemi? Utveckling och orsaker". Mellan arbete och sjukdom Rapport från forskarseminariet i Umeå 19-20 januari 2011. Stockholm: Försäkringskassan; 2011. p. 41-60.
150. Ståhl C, Gustavsson M, Böhm L. Implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan. Försäkringskassan, 2014.
151. Ekberg K. Långtidssjukskrivning och rehabilitering för återgång i arbete. In: Ekberg K, editor. Den relativa arbetsförmågan Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014. p. 145-60.
152. Ekberg K, Ståhl C. Arbetsplatsens betydelse för arbetsförmågan. In: Ekberg K, editor. Den relativa arbetsförmågan Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014. p. 127-41.
153. Sjukskrivning vid cancerdiagnoser. AFA försäkring, 2015.
154. Hur har förvärvsinkomsterna förändrats mellan 2009 och 2010 för de som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen det första halvåret 2010? Försäkringskassan, 2012.
155. Jansson J, Sundin R. Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete. Rehabiliteringsinsatser i samarbete. Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2014. Delredovisning 2014. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2014.
156. Alexanderson K, Björkenstam E, Kjeldgård L, Narusyte J, Ropponen A, Svedberg P. Barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro: en studie av tvillingsystrar. ISBN 978-91-981256-9-6. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.
157. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
158. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoordinationsprojektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.
159. Aronsson G, Gustafsson K, Mellner C. Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självskattad hälsa i den yrkesaktiva populationen och i specifika yrkesgrupper. *Arbete och Hälsa*. 2009;43(3):5-20.
160. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. *Arbete och Hälsa*. 2010;44(3):1-112.
161. Knutsson A, Kempe A. Systematiska kunskapsöversikter; 4. Diabetes och arbete. *Arbete och hälsa*. 2013;47(3):9-41.
162. Leineweber C, Kecklund G, Theorell T, Åkerstedt T, Alexanderson K, Westerlund H. Inflytande över arbetstiden och sjuknärvaro/sjukfrånvaro. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*. 2013;19(4):87-99.

163. Lundberg I, Allebeck P, Forsell Y, Westerholm P. Systematiska kunskapsöversikter; 3. Kan arbetsvillkor orsaka depressionstillstånd? En systematisk översikt över longitudinella studier i den vetenskapliga litteraturen 1998-2012. *Arbete och hälsa*. 2013;47(1):1-66.
164. Lytsy P, Hansson A, Anderzen I. Återgång till arbete är möjligt för långtidssjukskrivna. *Läkartidningen*. 2010;107(22):1480-2.
165. Mellner C, Astvik W, Aronson G. Vägar tillbaka - En uppföljningsstudie av psykologiska och praktiska förutsättningar för återgång i arbete efter långtidssjukskrivning med stöd av en arbetsgivarring. *Arbete och hälsa*. 2009;43(10):3-34.
166. Müssener U, Svensson T, Söderberg E. Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång i arbete? *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009(3):238-44.
167. Sjögren G, Wadensjö E. Kunskapsöversikt kring samhällsekonomiska kostnader för arbetsskador. *Arbete och hälsa*. 2012;46(3):1-62.
168. Johansson G, Nordström K, Hemmingsson T, Ekberg K. Rörlighet på arbetsmarknaden bland sjukskrivna. Centrum för arbets- och miljömedicin, stockholms läns landsting, 2014.
169. Lohela Karlsson M, Busch H, Nylund K, Bonnevier H, Hagberg J, Jensen I. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008-2009. Stockholm: Avdelningen för interventions -och implementeringsforskning, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, 2011.
170. Sjukfrånvaro och vård av barn bland företagare. En analys av utvecklingen under 2000-talet. Inspektionen för socialförsäkringen, 2012.
171. Dahlin S, Rördalen G. Kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Stockholms län 2010 och 2011. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2012.
172. Analyser av sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning. Försäkringskassan, 2012.
173. Psykisk ohälsa. AFA Försäkring, 2013.
174. Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Ur ett jämställdhetsperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen, 2013 16.
175. Effekterna av handläggarnas attityder på sjukskrivningstiderna. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2014.
176. Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014 17.
177. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010. Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet, 2011.
178. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Svar på regeringsuppdrag, . Svar på regeringsuppdrag. Stockholm: Försäkringskassan, 2013 2013/12/06/. Report No.: Dnr 009246-2013.
179. Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete. Försäkringskassan Analys och prognos, 2014 2014. Report No.
180. Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
181. Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), 2014 2014:12.
182. Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro – 2014. Afa Försäkring, 2014.
183. Hellman T, Bonnevier H, Jensen I, Hagberg J, Busch H, Björk Brämberg E, Bergström G. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2014.
184. Österlund N. Sju dagars karens i sjukförsäkringen för egenföretagare. Inspektionen för socialförsäkringen, 2013.

185. Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? Inspektionen för socialförsäkringen, 2014.
186. Sjukfrånvaro över generationer. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014.
187. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönstret före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Stockholm: Försäkringskassan, 2009.
188. Gustavsson C. Utvärdering av Rehabiliteringsgarantin Multimodal smärtrehabilitering i Landstinget Dalarna 2009-2011. Falun: Landstinget Dalarna, 2012.
189. Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos, 2014.
190. Försäkringskassans uppföljning av sjukförsäkringsreformen: delredovisning - november 2012. Försäkringskassan, 2012.
191. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Bodin L, Norlund A, Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet., 2011.
192. Lidwall U. Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos. Försäkringskassan, 2011.
193. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan, 2011.
194. Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2014.
195. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan, 2014.
196. Utvärdering av projekt som syftar till att minska sjukfrånvaron bland kvinnor. Svar på regeringsuppdrag. Försäkringskassan, 2013.
197. Bengtsson P. En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos, 2011.
198. Lohela-Karlsson M, Bonnevier H, Busch H, Jensen I. Utvärdering av behandling för stressrelaterad psykisk ohälsa Effekter på utveckling av hälsa, sjukfrånvaro, återgång i arbete samt kostnadseffektivitet. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet., 2011.
199. Hägglund P. Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, ISF, 2010.
200. Hägglund P. Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2010 2010:1.
201. Hägglund P, Johansson P, Laun L. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
202. Hägglund P, Johansson P, Laun L. Rehabiliteringsgarantin. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2012 2012:26.
203. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen, 2014 9.
204. Alexanderson K. Socialförsäkringsforskning och dess nestor: Staffan Marklund. In: Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning - En vänbok till Staffan Marklund: Sektionen för försäkringsmedicin. Karolinska Institutet; 2012.