

# Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser, praxis

## En systematisk litteraturöversikt. SBUs sammanfattning och slutsatser

|| Sjukskrivning är en vanlig åtgärd inom sjukvården. Samtidigt har handläggningen av denna åtgärd ifrågasatts, utifrån misstankar om att den kan medföra negativa effekter för många patienter.

Sjukskrivning har vidare kommit i blickpunkten i samband med de senaste årens dramatiska ökning av sjukfrånvaron och dess kostnader.

Sjukpenningförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring med syfte att ge ekonomisk trygghet om arbetsförmågan sätts ner på grund av sjukdom eller skada. Enligt offentlig statistik varierar sjukfrånvaro och förtidspension inte bara över tid. Det är också stora skillnader i hur statistiken fördelas utifrån ålder, kön, etnicitet, inkomst, yrke, arbetsgivare och geografiska regioner.

*Syftet* med rapporten är:

- att värdera den vetenskapliga evidensen om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukskriven,
- att kartlägga forskning om sjukfrånvaro och kunskapsläget om orsaker till sjukskrivning samt läkares praxis vid utfärdande av sjukintyg,
- att identifiera outforskade områden.

Syftet har *inte* varit att granska handläggning av sjukskrivningsärenden hos t ex försäkringskassor och arbetsgivare eller att förklara de senare årens ökning av sjukfrånvaron i Sverige. Publicerade vetenskapliga studier ligger till grund för SBU-rapporter, och därmed för SBUs slutsatser. Rapporter och andra liknande publikationer uppfyller inte alltid de vetenskapliga kriterier som SBU tillämpar och ligger därför inte till grund för slutsatser i denna rapport. Kravet på publicerade studier styrker möjligheten att dra säkra slutsatser.

En nackdel är samtidigt viss eftersläpning i tid, vilket här t ex innebär brist på studier om utvecklingen under de senaste åren.

### || Metod

Systematisk sökning och bedömning av publicerade studier ligger till grund för projektgruppens resultat och slutsatser. Gruppen har haft en tvärvetenskaplig sammansättning med elva medlemmar. Studier har sökts brett via litteraturlöslinor (Medline, PsycINFO, SSCI), referenslistor och personliga kontakter. Relevanta publikationer har kvalitetsgranskats enligt fastställda kriterier. Studier som bedömts hålla tillräcklig kvalitet, utifrån rapportens syften, har sammanställts för

### SAMMANFATTAT

Samhällskostnaderna för sjukfrånvaro hotar samhälls-ekonomi, men kunskaperna om konsekvenser av sjukfrånvaro, liksom praxis vid skrivning av sjukintyg, är mycket begränsade.

I SBUs rapport om sjukskrivning konstateras bl a att det finns måttligt stark evidens för att personer med möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre risk för sjukfrånvaro, att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukfrånvaro vid akuta ryggsbesvär och för att sjukförsäkringssystemets utformning påverkar sjukfrånvaron.

Vad gäller sjukskrivningspraxis finns begränsad evidens för att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt och för att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda.

I rapporten konstateras att det behövs kvalitativt bättre forskning om sjukskrivning.

Artikeln är en något bearbetad version av SBUs sammanfattning och slutsatser om sjukskrivning. Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

att ligga till grund för slutsatser. Följande evidensgradering av resultat har gjorts utifrån antalet studier (det behövs flera överensstämmande studier för att resultatet ska kunna sägas ha evidensstyrka), deras kvalitetsvärdering samt samstämmighet i resultat:

- Starkt vetenskapligt stöd (evidensstyrka 1).
- Måttligt starkt vetenskapligt stöd (evidensstyrka 2).
- Begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3).
- Otillräckligt vetenskapligt stöd (ingen evidens).

För evidensstyrka 1 erfordras minst två randomiserade kontrollerade studier (RCT) av bedömd hög kvalitet eller meta-analys av flera randomiserade kontrollerade studier. Det finns ännu ytterst få sådana studier inom forskningen om sjukfrån-

Över huvud taget finns det förvånansvärt få studier om sjukfrånvarons orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få studier av hög metodologisk kvalitet. Antalet interventionsstudier är ännu mindre. Resultaten är för generella för att vara praktiskt användbara i hälso- och sjukvården. Här behövs en utveckling!

varo. Därför är måttligt starkt vetenskapligt stöd den högsta evidensstyrka som kan uppnås i denna granskning av sjukfrånvaroforskning.

Med sjukfrånvaro avses här även mer permanent sådan, såsom sjukbidrag och förtidspension (från och med 1 januari 2003 benämnt sjukersättning).

Studier inom följande sju områden har granskats:

- Orsaker till sjukfrånvaro generellt.
- Orsaker till sjukfrånvaro för personer med rygg- och nackbesvär.
- Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser.
- Sjukfrånvaro efter slaganfall, hjärtinfarkt och vissa hjärtinfarkt.
- Konsekvenser av sjukfrånvaro.
- Sjuknärvaro.
- Läkares sjukintygsskrivningspraxis.

Utöver dessa granskningar har sammanställningar även gjorts av metodproblem inom forskningsområdet och av olika förklaringsmodeller för sjukfrånvaro och dess förändring över tid.

### Perspektiv i bedömda studier

De perspektiv som tagits i olika studier är antingen samhällets, arbetsgivarens, försäkringsgivarens, läkarens eller den försäkrades (Tabell I). Speciellt äldre forskning utgår ofta från ett arbetsgivarperspektiv. Den forskningen skiljer ofta inte sjukfrånvaro från annan frånvaro, exempelvis skolk, och fokuserar på den korta frånvaron som vanligen leder till större produktionsstörning för arbetsgivaren än långtidsfrånvaro. Det finns endast ett fåtal studier om hur de försäkrade eller sjukskrivna själva ser på sin situation och vad som påverkar den. De flesta publicerade vetenskapliga arbeten finns inom medicin, sociologi och ekonomi. Medicinska aspekter – utifrån den sjukdom som sjukskrivningen avser – beaktas sällan. Av internationellt publicerade studier är de flesta från Europa, framför allt Norge, Sverige och Storbritannien.

I de flesta studier om sjukfrånvaro är orsaker till sjukfrånvaro i fokus och i några fall läkares sjukskrivningspraxis. Ytterst få studier rör konsekvenser av att vara sjukskriven. Sjukfrånvaro påverkas av faktorer på olika strukturella nivåer, men i publicerade studier har främst faktorer på individ- eller arbetsplatsnivå beaktats. Samband, eller samspel, mellan faktorer på olika nivåer har däremot knappast studerats alls. Utmärkande för studier om sjukfrånvaro och förtidspension är att den empiriska forskningen bedrivs inom många discipli-

**Tabell I.** Sammanställning av kategorier efter vilka studier av sjukfrånvaro kan klassificeras.

Perspektiv som tas i studien	Vetenskaplig disciplin	Vad som studeras	Strukturell nivå <sup>1</sup>
Samhällets	Medicin	Riskfaktorer för sjukfrånvaro	Individnivå (fysiskt, psykiskt och socialt)
Lokalsamhällets	Sociologi	Sjukskrivningspraxis	Familj
Försäkringskassans/-bolagets	Psykologi	Konsekvenser av sjukfrånvaro	Arbetsplats
Hälso- och sjukvårdens	Ekonomi	Metodstudier	Lokalsamhällsnivå
Arbetsgivarens	Juridik		Nationell nivå
Den försäkrades	Historia		Internationell nivå
	Filosofi		
	Antropologi		
	Rättssociologi		
	Organisationspsykologi (management)		

<sup>1</sup> Dvs på vilken strukturell nivå de studerade faktorerna finns.

**Tabell II.** Evidensstyrka för studerade faktorer.

Faktorer	Evidensstyrka <sup>1</sup>
Den typ av studier – randomiserad kontrollerad studie (RCT) – som denna evidensstyrka erfordrar saknas ännu i stor utsträckning inom forskning om sjukfrånvaro	1
<i>Generellt:</i> personer med möjlighet att påverka sin arbets-situation har lägre frekvens av sjukfrånvaro sjukförsäkringssystemets utformning har påverkan på nivån för sjukfrånvaro lägre socialgruppsstillhörighet medför ökad risk för förtidspensionering	2
<i>Rygg- och nackdiagnoser:</i> låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukskrivning på grund av akuta ryggbesvär	
<i>Generellt:</i> skilsmässa ökar risken för sjukfrånvaro fysiskt påfrestande arbete medför högre frekvens av sjukfrånvaro	3
<i>Rygg- och nackdiagnoser:</i> hög fysisk belastning ökar risken för sjukskrivning eller förlängd sjukskrivning tidigare rygg- eller nackbesvär, liksom en specifik diagnos (t ex ischias), ökar risken för sjukfrånvaro högre ålder respektive kvinnligt kön utgör en ökad risk för långa sjukfall och förtidspensionering kortare anställningstid ökar risken för längre sjukskrivning vid akuta besvär	
<i>Psykiatriska diagnoser:</i> kvinnor har högre sjukfrånvaroincidens med psykiatriska diagnoser	
<i>Stroke och hjärtinfarkt:</i> de flesta i arbetsför ålder återgår till arbetet efter stroke, hjärtinfarkt eller hjärtoperation	
<i>Sjukskrivningspraxis:</i> läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt läkarintygen är ofta otillräckligt ifyllda	
Övriga faktorer	0

<sup>1</sup> 1 = starkt vetenskapligt stöd

2 = måttligt starkt vetenskapligt stöd

3 = begränsat vetenskapligt stöd

0 = otillräckligt vetenskapligt stöd

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**

ner utifrån olika teorier och förklaringsmodeller. Ett stort antal utfallsmått används, och enhetlighet i terminologi saknas. Detta försvårar jämförelse av resultat från olika studier. Jämförelser försvåras också av att försäkringsbestämmelser varierar mellan nationer och tidsperioder.

## II Resultat av litteraturgranskningen

Med hänsyn till de stora konsekvenserna av sjukskrivning och hur vanliga sådana åtgärder är inom stora delar av vården är antalet studier mycket litet, och få studier har hög kvalitet. I många av studierna beaktas inte den sjukdom eller skada som ligger bakom sjukfrånvaron.

Se Tabell II för en sammanfattning av de studerade faktorernas evidensstyrka.

### Orsaker till sjukfrånvaro och förtidspension

Ett problem i denna forskning är att skilja orsaker till sjukdom från orsaker till sjukfrånvaro. De flesta personer som har en diagnostiserad sjukdom är inte sjukskrivna. Det är endast den sjukdom som leder till nedsättning av arbetsförmågan, i förhållande till kraven på det egna arbetet, som berättigar till sjukskrivning.

*Generellt.* Det finns omfattande underlag i offentlig statistik och beskrivande studier för att det föreligger samband mellan sjukfrånvaro och faktorer som högre ålder, kvinnligt kön, lägre socioekonomisk status och vissa bostadsorter. Endast i få studier analyseras dock sambanden så att det går att dra slutsatser om faktorernas betydelse för sjukskrivning. Ålders- och könsfördelning hanteras ofta som störfaktorer (confounders) utan ansats till förklaring eller analys av redovisade samband. Studier som försöker förklara demografiska skillnader har sällan sådan kvalitet att de kan ligga till grund för någon slutsats. Som redan nämnts är det framför allt betydelsen för sjukfrånvaro av faktorer på individnivå och arbetsplatsnivå som studerats.

Det finns måttligt stark evidens för att personer med möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre risk för sjukfrånvaro (evidensstyrka 2).

Det föreligger måttligt stark evidens för att sjukförsäkringssystemets utformning (t ex antalet karensdagar och hur länge man kan vara sjukskriven) påverkar sjukfrånvaron (evidensstyrka 2). Däremot är antalet studier alltför begränsat för att några slutsatser ska kunna dras om hur stora ändringar som bör till för att få effekter.

Det finns måttlig evidens för att personer med lägre socioekonomisk status oftare blir förtidspensionerade (evidensstyrka 2).

Det finns begränsat stöd för ett samband mellan skilsmässa och ökad sjukfrånvaro (evidensstyrka 3). Däremot går det inte att dra några slutsatser om att civilstånd eller hemmavärande barn har samband med sjukfrånvaro, eftersom resultaten från studierna är motstridiga.

Det finns begränsad evidens för att personer med fysiskt påfrestande arbete har högre risk för sjukfrånvaro (evidensstyrka 3).

Det finns begränsad evidens för att personer med lägre socioekonomisk status oftare blir förtidspensionerade (evidensstyrka 3).

Vad gäller förhållanden på arbetsmarknaden finns begränsad evidens för ett omvänt samband mellan arbetslöshetsnivå och sjukfrånvaro; med ökad arbetslöshet minskar sjukfrånvaron och vice versa (evidensstyrka 3). Däremot är det inte klart i vilken utsträckning detta beror på själva arbetslösheten, selektionseffekter (t ex att fler med sämre hälsa är utan arbete när arbetslösheten är hög), samhällets struktur eller allmänna konjunkturförändringar.

Ytterst få studier har vetenskapligt prövat olika sätt att förebygga eller minska sjukfrånvaro på en arbetsplats. De studier som har genomförts har vanligen följt resultatet endast under kort tid, ytterst sällan mer än något år. Studierna är för få för att ligga till grund för någon slutsats.

### Granskade diagnosområden

Studier om orsaker till sjukskrivning i de tre största diagnosområdena bakom sjukskrivning och förtidspension, dvs rygg–nacke, psyke och hjärta–kärl, har specialgranskats i denna rapport. Inte heller här finns några resultat med hög evidensstyrka, vilket främst beror på att studier saknas eller att de har låg kvalitet, sällan på att resultaten i studierna går i olika riktningar.

*Rygg- och nackdiagnoser.* Dessa diagnoser utgör tillsammans den största diagnosgruppen bakom både sjukfrånvaro och förtidspension i såväl Sverige som andra länder.

Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att låg arbetstillfredsställelse ökar risken för sjukskrivning på grund av akuta ryggbesvär (evidensstyrka 2).

Det föreligger begränsad evidens för att högre ålder respektive kvinnligt kön ökar risken för förtidspension på grund av ryggbesvär (evidensstyrka 3).

Begränsad evidens talar för att hög fysisk arbetsbelastning respektive låg arbetstillfredsställelse ökar risken för både kort och lång sjukskrivning med rygg- eller nackdiagnoser (evidensstyrka 3).

Begränsad evidens talar för att tidigare ryggbesvär eller en specifik ryggdiagnos (t ex ischias) ökar risken för sjukfrånvaro (evidensstyrka 3).

Det föreligger begränsad evidens för att det är vanligare bland anställda med kortare anställningstid att en sjukskrivning med rygg- och nackdiagnoser förlängs (evidensstyrka 3).

Resultatens generaliserbarhet begränsas av att majoriteten av de undersökta är män med arbete inom tillverkningsindustri. Kvinnor, tjänstemän och anställda inom offentlig sektor (vård, skola, omsorg) är underrepresenterade i studierna.

*Psykiatriska diagnoser.* Psykiatriska sjukdomar är den näst största diagnosgruppen bakom sjukfrånvaro och förtidspension. Lång sjukfrånvaro för personer med psykiatriska symptom har ökat starkt bland kvinnor de senaste åren, och sådan förtidspensionering ökar för både kvinnor och män. Psykisk sjukdom, psykiska problem och alkoholproblem är vanligt i befolkningen och drabbar oftare yngre personer än de flesta andra sjukdomar.

Bland tänkbara faktorer som kan påverka sjukfrånvaro och förtidspension för personer med psykiatrisk diagnos har följande beaktats i studierna:

- Demografiska faktorer: kön, ålder, civilstånd, socioekonomisk tillhörighet.
- Arbetsrelaterade faktorer: yrkesgrupp, kvinno- eller mansdominerade yrkesgrupper, tjänsteställning, socialt stöd, krav, beslutsutrymme och stimulans.
- Faktorer relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet: stöd av närstående, materiella problem och skilsmässa.
- Psykosociala faktorer i barn- och ungdomsåren: riskkonsumtion av alkohol, arbetslöshet, psykiatrisk diagnos vid månstring, låg emotionell kontroll, låg självskattad hälsolivå, rökning, kontakt med polis eller sociala myndigheter, skol, låga poäng på intelligensstest.

De flesta av dessa faktorer beaktas bara i en eller ett par stu- ➤

**ANNONS**

**ANNONS**

*Ett problem i denna forskning är att skilja orsaker till sjukdom från orsaker till sjukfrånvaro. De flesta personer som har en diagnostiserad sjukdom är inte sjukskrivna. Det är endast den sjukdom som leder till nedsättning av arbetsförmågan, i förhållande till kraven på det egna arbetet, som berättigar till sjukskrivning.*

dier av låg kvalitet, varför evidens inte anses föreligga. Det finns dock begränsad evidens för att kvinnor har högre incidens av sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser än män (evidensstyrka 3).

Resultat rörande samband mellan kön och sjukfrånvaros längd är däremot motstridiga. Sambandet mellan alkoholkonsumtion eller diagnoser för alkoholproblem och sjukfrånvaro har undersökts i flera bedömda studier. Olika värderingar av hög alkoholkonsumtion och delvis motstridiga resultat gör att evidensbaserade slutsatser inte kan dras.

**Slaganfall och hjärtinfarkt.** Cirkulationsorganens sjukdomar är den tredje vanligaste orsaken till förtidspension. Det föreligger begränsad evidens för att flertalet personer i arbetsför ålder återgår till arbete efter slaganfall, hjärtinfarkt eller hjärtoperation (evidensstyrka 3).

Det saknas däremot evidens rörande åtgärder som kan förkorta sjukskrivningstiden. Orsakerna till den relativt långa sjukskrivningstid som är praxis i Sverige efter exempelvis hjärtinfarkt är inte kända.

### **Konsekvenser av sjukfrånvaro**

Sjukskrivning är en mycket vanlig åtgärd inom sjukvården. Trots det är den vetenskapliga kunskapen om sjukskrivningens konsekvenser – såväl medicinska och psykosociala som ekonomiska – mycket begränsad. Kunskapsbristen är anmärkningsvärd, också med tanke på de stora ekonomiska kostnaderna i samhället för sjukfrånvaro och förtidspensionering.

Sjukskrivning kan påverka en människas liv både positivt och negativt. Negativa konsekvenser kan vara fortsatt sjukskrivning eller förtidspension eller att ytterligare sjukdomar uppstår, t ex depression. Andra tänkbara konsekvenser är påverkan på karriärmöjligheter, ekonomi, livsstil (rökning, alkoholkonsumtion, motion) och sociala relationer. Detta är viktiga aspekter för läkare och patient att ta ställning till när sjukskrivning är aktuell. De få studier av konsekvenser som inkluderats tyder på att sådana effekter kan föreligga och varierar mellan olika individer. Studierna är dock alltför få inom vart och ett av dessa områden för att ligga till grund för någon slutsats. Mer kunskap behövs och på en mer detaljerad nivå, t ex för specifika diagnoser.

### **Sjuknärvaro**

Några studier talar för att s k sjuknärvaro, dvs närvaro på arbetet trots kraftigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, kan förekomma, speciellt bland personer med återkommande sjuklighet (t ex migrän) som också har hög sjukfrån-

varo och i vissa yrken inom vård, skola och omsorg. Inga studier av konsekvenser för den enskilde av att vara sjuknärvarande har identifierats, däremot några studier om konsekvenser ur arbetsgivarperspektiv, exempelvis inverkan på produktiviteten. Studierna är dock för få för att utgöra grund för någon slutsats.

### **Läkares praxis när det gäller att skriva sjukintyg**

Även om många läkare har att ta ställning till sjukskrivning finns få studier om deras praxis i samband med detta. Till läkarens uppgifter vid bedömning av sjukskrivningsbehov hör att ställa diagnos, värdera arbetsförmåga, diskutera för- och nackdelar av sjukskrivning med patienten, ta ställning till hel- eller deltidssjukskrivning och sjukskrivningslängd samt till vad som ska ske under sjukskrivningstiden, bedöma behandlings- och rehabiliteringsbehov; dessutom ska läkaren som medicinskt sakkunnig utfärda ett intyg som försäkringsgivare kan använda som underlag för beslut om rätt till sjukpenning.

Det finns begränsad evidens för att läkare uppfattar arbetet med sjukskrivningsärenden (t ex medicinska frågeställningar och försäkringsfrågor) som svårt eller problematiskt (evidensstyrka 3).

Det finns också begränsad evidens för att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda, vilket försvårar bl a försäkringskassans möjligheter att fatta beslut om sjukpenning (evidensstyrka 3).

I enstaka studier, således utan möjlighet för slutsatser, anger läkare som problematiska områden sina samtidiga roller som patientens företrädare och medicinskt sakkunnig i yttranden åt myndigheter (exempelvis försäkringskassan); att bedöma arbetsförmåga; att inte kunna tillräckligt om försäkringssystemet. Det vetenskapliga underlaget om sjukintygsskrivningspraxis ur andra aspekter är alltför bristfälligt (låg kvalitet, begränsat antal studier eller studier som i några fall visar motstridiga resultat) för att slutsatser ska kunna dras. Även när det gäller kriterier för bedömning av arbetsförmåga saknas evidens.

Det saknas vidare kunskap om vilken betydelse för sjukutvecklingen just läkares praxis i dessa ärenden har, jämfört med andra inblandade, såsom handläggare på försäkringskassa och inom arbetsförmedling samt arbetsgivare.

## **II Diskussion**

Trots sjukfrånvaros omfattning och dess stora konsekvenser för samhället, liksom eventuellt för individen, är kunskapen om dess orsaker och konsekvenser samt om hur dessa kan påverkas starkt begränsad.

Forskningsområdet är vidare teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt utvecklat. Flera av forskningsfrågorna som ställts är ännu på en mer generell nivå. Många av de frågor om sjukfrånvaro som beslutsfattare ställer kan därmed inte besvaras utifrån föreliggande vetenskapligt kunskapsunderlag. Detta gäller både de som har att fatta beslut för enskilda individer, på arbetsplats- och på samhällsnivå. Över huvud taget finns det förvånansvärt få studier om sjukfrånvaros orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få studier av hög metodologisk kvalitet. Antalet interventionsstudier är ännu mindre. Resultaten är för generella för att vara praktiskt användbara i hälso- och sjukvården. Här behövs en utveckling!

### **Mer forskning behövs. Och bättre!**

Flera av de olika hypoteser om sjukfrånvaro och förtidspension som diskuteras i olika sammanhang finns det alltså ännu inga vetenskapliga belägg för. Hälso- och sjukvården behöver kunskap om positiva och negativa konsekvenser av att vara

**ANNONS**

**ANNONS**

sjukskriven, vid olika tillstånd, och om hur snabbt eventuella negativa effekter kan förväntas, identifieras och motverkas. Instrument för bedömning av arbetsförmåga behöver utvecklas och prövas.

Enhetlig terminologi är en nödvändighet, exempelvis för mått på sjukfrånvaro. Studier som sträcker sig över många år, studier med relevanta kontroll- eller jämförelsegrupper, studier med fokus på kvinnor, studier på diagnosnivå för att finna lämplig sjukskrivningslängd behövs som underlag för läkares agerande.

Studier om utbildning och organisatoriska förändringar är också angelägna.

Det räcker emellertid inte med enbart fler studier; dessa behöver även få högre metodologisk kvalitet. För det senare krävs bl a förutsättningar såsom finansiering, kompetens och tillförlitliga grunddata.

SBU konstaterar mot bakgrund av det begränsade antalet studier om väsentliga aspekter på sjukskrivning att kvalitativt bättre forskning behövs (såsom interventionsstudier på både individ- och gruppnivå, t ex på arbetsplatser, samt longitudinella studier).

Kunskap baserad på vetenskapliga studier krävs framför allt avseende:

- varför endast vissa personer blir sjukskrivna,
- varför vissa personer vid sjukskrivning återgår i arbete snabbare än andra,
- identifiering av personer där tidiga insatser behövs för att undvika långvarig sjukskrivning,
- positiva och negativa konsekvenser för den enskilde av att vara sjukskriven eller förtidspensionerad, såväl vid enskilda diagnoser som generellt,
- hur negativa konsekvenser av sjukskrivning kan upptäckas och förebyggas,
- konsekvenser av sjuknärvaro, för den enskilde liksom för arbetsgivare, kolleger och eventuella kunder/klienter,
- vilka faktorer som påverkar läkares sjukskrivningspraxis, liksom praxis på arbetsplatser, hos försäkringsgivare och andra aktörer såsom arbetsförmedling,
- betydelsen av socioekonomiska förhållanden,
- attityder och kunskap hos allmänhet, patienter, läkare och handläggare på försäkringskassa, och deras eventuella betydelse för sjukskrivning,
- former för fruktbar samverkan mellan olika intressenter på sjukförsäkringsområdet,
- internationella jämförelser.

\*

Den fullständiga rapporten finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se)