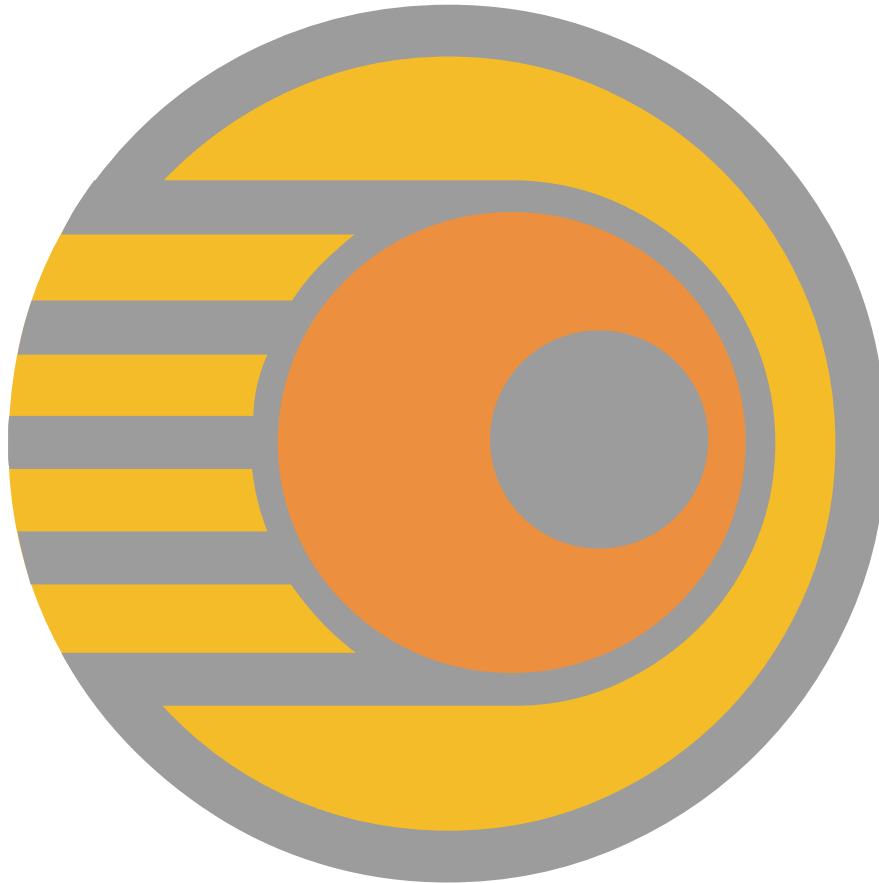


# REDOVISAR

2007:8



De gemensamma metoderna i  
sjukförsäkringen – hur blev det?

## Sammanfattning

Försäkringskassan införde 2003 och 2004 ett strukturerat arbetssätt med gemensamma metoder i sjukförsäkringen. Syftet var att minska sjukfrånvaron, att öka rättssäkerheten och att få en ökad professionalism i sjukfallsarbetet. Försäkringskassan har sedan hösten 2004 genomfört en omfattande utvärdering av de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen.

Syftet med denna rapport är att sammanställa huvudresultaten av Försäkringskassans utvärdering. Ambitionen är också att ur olika aspekter analysera värdet av det gemensamma arbetssättet. Studien baseras på Försäkringskassans egna utvärderingsrapporter samt andra närliggande studier. I analysen inkluderas även viss ny bearbetning av data.

- Följande resultat tyder på att införandet av metodsamlingen går i rätt riktning:

- Bedömningen av sjukpenningrätten hanteras mer strikt och försäkringsmässigt i dag än för några sedan.
- Antalet avstämningsmöten fördubblades år 2006 i jämförelse med 2005.
- Andelen sjukfall (365 dagar) med en dokumenterad ettårsbedömning ökade från 10 procent år 2004 till 51 procent år 2006.
- År 2006 fanns ett första vägval dokumenterat i 87 procent av de sjukfall som blev minst 60 dagar.
- Sedan 2002 har andelen sjukfall med deltidssjukskrivning ökat med 24 procent och arbetsresor med 50 procent (år 2006).

- Dock återstår en del innan metoderna kan anses vara fullt implementerade:

- Regionala skillnader kan fortfarande konstateras i tillämpningen av sjukförsäkringen. I synnerhet gäller det den tidiga bedömningen där vissa län gör en korrekt hantering i nästan samtliga fall medan andra län uppvisar brister.
- Avstämningsmöten hålls sent i sjukfallen.
- SASSAM-kartläggning saknas fortfarande i en majoritet av de fall där det ska göras.
- Ettårsbedömning görs bara i hälften av de fall där det ska göras.
- Särskilt läkarutlåtande (SLU) används ännu i mycket liten utsträckning i sjukfallsarbetet.

- Det finns ännu inget svar på frågan om de gemensamma metoderna bidragit till att minska sjukfrånvaron. Det har gjorts ett fåtal studier på individnivå som i vissa avseenden visat positiva resultat. Eftersom det inte är randomiserade studier går det emellertid inte att uttala sig om orsaks-samband.
- De handläggare som arbetar med sjukförsäkringen är i allmänhet positiva till metodsamlingen. En stor majoritet uppger sig behärska metoderna och de anser dessutom att metoderna är effektiva i arbetet med att minska sjukskrivningarna.
- Många handläggare uppger tidsbrist och saknar bra stöd av sina närmaste chefer i arbetet med metodsamlingen.
- För att öka professionalismen i sjukfallsarbetet bör yrkesrollen renodlas.

Handläggarna anser att metodsamlingen ger stöd och struktur i arbetet vilket tyder på att den fyller en funktion i sjukfallsarbetet. Dock används inte metoderna i hela landet ännu. De kommande riktlinjerna för sjukskrivning som införs under år 2007 är ett välbehövligt komplement till metodsamlingen och kan bidra till ökad likformighet och rättssäkerhet för individen.

## Inledning

Under det senaste decenniet har sjukförsäkringen granskats i ett närmast oräkneligt antal utredningar, undersökningar och artiklar. I dessa sammanhang har Försäkringskassans sätt att tillämpa sjukförsäkringen ofta kritiserats. Det har exempelvis framhållits att tillämpningen inte är likformig i landet<sup>1</sup> och att sjukförsäkringen inte används försäkringsmässigt.<sup>2</sup> Det har också sagts att Försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet inte är professionell och vetenskapligt förankrad.<sup>3</sup>

Med anledning av kritiken och den stigande sjukfrånvaron i Sverige initierades i början av 2000-talet ett omfattande projekt – benämnt Prohälsa – i syfte att professionalisera ohälsarbetet och utveckla ett gemensamt arbetssätt. Till projektet knöts representanter för Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna samt en extern forskargrupp. De metoder som utvecklades i projektet testades och förfinades på några pilotkassor. Under samma period gav regeringen Riksförsäkringsverket och AMS i uppdrag att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, ett uppdrag som naturligt kom att ingå i Prohälsa. De metoder som utvecklades i Prohälsa blev grunden till ett nytt strukturerat arbetssätt som skulle implementeras i arbetet med sjukförsäkringen. Metodiken spreds till handläggare och chefer under år 2003 och 2004 i den rikstäckande *SFA-utbildningen i gemensamma metoder och gemensamt förhållningssätt*.<sup>4</sup> Arbetssättet beskrivs i en metodsamling som innefattar de metoder och aktiviteter som ska utföras i sjukfallen.<sup>5</sup> Några av aktiviteterna i metodsamlingen har tagits fram i projektet Prohälsa medan andra är lagstadgade. Exempel på lagstadgade aktiviteter är avstämningsmöte och ettårsbedömning.

Parallellt med införandet av metodsamlingen har även gemensamma arbetsprocesser (Ensa) införts för flera olika ärendeslag. En Ensa-process är en beskrivning av de olika arbetsmoment som en handläggare ska utföra för just den förmån som han eller hon arbetar med. Syftet med Ensa-processerna är att skapa en enhetlig och effektiv handläggning av socialförsäkringens förmåner.<sup>6</sup> Processen för handläggning av sjukpenning (Ensa-S) infördes 2005.<sup>7</sup> Skillnaden mellan Ensa-processen och metodsamlingen kan lite förenklat beskrivas som att Ensa anger *vad* som göras medan metodsamlingen beskriver *hur* det ska göras. Statskontoret bedömde i en rapport som kom våren 2007 att de Ensa-processer som finns i hög grad används av handläggarna, men att det verkar vara otydligt hur de ska fungera.<sup>8</sup>

När det gäller införandet av metodsamlingen har Försäkringskassan sedan ett par års tid gjort en mer djupgående utvärdering.

---

<sup>1</sup> Se exempelvis SOU 2000:72.

<sup>2</sup> Palmer (2003)

<sup>3</sup> SOU (2000b), Statskontoret (1997)

<sup>4</sup> Försäkringskassan (2005a)

<sup>5</sup> Metodsamlingen beskrivs närmare i bilaga.

<sup>6</sup> Statskontoret (2007)

<sup>7</sup> Försäkringskassan (2005b)

<sup>8</sup> Statskontoret (2007)

## Försäkringskassans utvärdering av de gemensamma metoderna

Försäkringskassans arbete med att utvärdera de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen påbörjades hösten 2004. Syftet var att undersöka om de gemensamma metoderna tillämpas enligt intentionerna samt om de leder till minskad sjukfrånvaro och ökad rättssäkerhet för individen.<sup>9</sup>

**Tabell 1 Undersökningar som Försäkringskassans utvärdering av de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen baseras på**

Undersökning	Beskrivning av data
Försäkringskassans metodundersökning 2004	1. Enkätundersökning riktad till handläggare inom sjukförsäkringsområdet 2. Studier av sjukfallsakter 3. Intervjuer med handläggare och metodansvariga
Försäkringskassans metodundersökning 2005	Enkätundersökning riktad till handläggare inom sjukförsäkringsområdet
LS-undersökningen 2006 och 2007	Studier av sjukfallsakter

De data som utvärderingen baseras på redovisas i tabell 1. År 2004 och 2005 genomfördes två enkätundersökningar som riktades till handläggare inom sjukförsäkringsområdet. Under 2004 gjordes dessutom ett antal aktundersökningar i syfte att mer ingående studera några aktiviteter i sjukfallsarbetet samt intervjuer av handläggare och metodansvariga i länen. Utvärderingen av de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen baseras även på Försäkringskassans LS-undersökning. LS-undersökningen är en återkommande studie sedan 1999 som är inriktad på långvarig sjukskrivning och olika aktiviteter i sjukfallen.

Utvärderingen har resulterat i ett antal rapporter i Försäkringskassan publikationsserier. I tabell B1 anges vilka rapporter som ingår i denna utvärdering (se bilaga).

### Syfte och metod

Syftet med denna rapport är att sammanställa huvudresultaten av Försäkringskassans utvärdering av de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen. Syftet är också att ur olika aspekter analysera värdet av detta arbetssätt. Studien baseras på Försäkringskassans egna utvärderingsrapporter samt andra närliggande studier. I analysen inkluderas även viss ny bearbetning av data.

Den som inte är bekant med metodsamlingen kan gärna inleda läsningen med en beskrivning av denna i bilaga.

<sup>9</sup> Khaledi m.fl. (2005)

## Är de gemensamma metoderna införda?

### Försäkringskassans nya verksamhetsstruktur

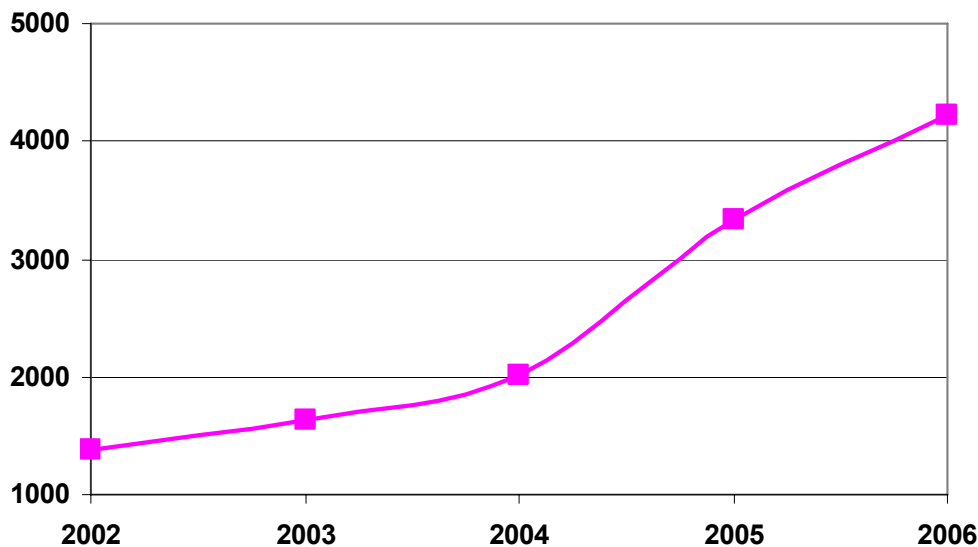
Försäkringskassan kommer under 2007 och 2008 att genomgå en organisationsförändring som får stor betydelse för arbetet med de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen. Bland annat kommer den tidiga bedömningen av sjukpenningärenden att handläggas vid 10 nationella försäkringscenter i stället för att handläggas inom länet. Hanteringen av tidig bedömning kommer därmed att koncentreras jämfört med i dag. De längre sjukfallen kommer att handläggas vid 60 lokala försäkringscenter. Vid de lokala försäkringscentren handläggs mer komplicerade ärendeslag som kräver personliga kundmöten. Målet med den nya verksamhetsstrukturen är bland annat ökad effektivitet och likformighet i bedömningarna

### Tidig bedömning

Arbetsmomenten i metoden tidig bedömning innehöll formellt sett inga nyheter när metodsamlingen lanserades. Kronologin i processen när en begäran om sjukpenning inkommer – granska, komplettera, bedöma, besluta – kan te sig ganska självklar. Detta var dock ett sätt att markera försäkringsmässigheten i motsats till den tidigare rådande kulturen som betonat utbetalning framför utredning.<sup>10</sup>

**Diagram 1** Antal domar i länsrätten som rör sjukpenning per år

Antal domar



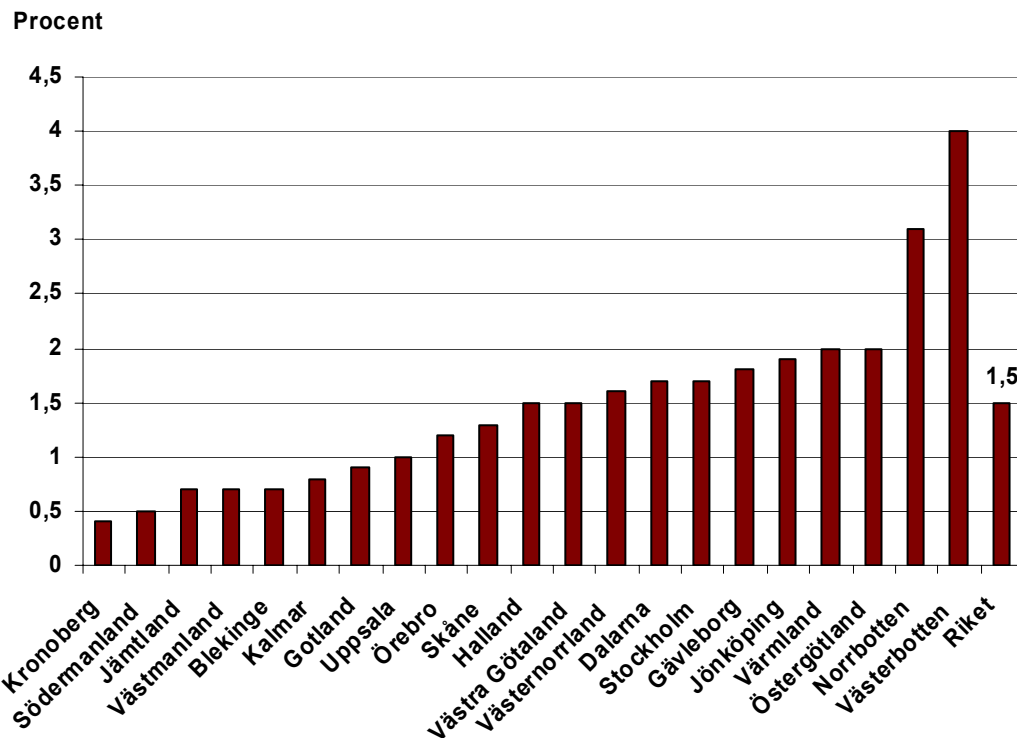
Anm. I Domstolsverkets statistik över domar som rör sjukpenning ingår även beslut om havandeskapspenning och sjukpenninggrundande inkomst.

Källa: Domstolsverket

<sup>10</sup> Försäkringskassan (2005a)

En mer strikt bedömning av sjukpenningrätten borde resultera i en större andel som får nej till sjukpenning. Det saknas tillförlitlig statistik över indragningar och avslag på sjukpenning före år 2005 men det finns omständigheter som tyder på att andelen som får nej till sjukpenning har ökat under de senaste åren. Ett exempel är att antalet domar i länsrätten som rör sjukpenning har ökat kraftigt sedan 2003 trots att antalet sjukskrivna har sjunkit under samma period (se diagram 1). Fortfarande är det dock en liten andel som får avslag på sjukpenning (1,5 procent år 2006 visar diagram 2). Variationen i landet är däremot stor, enligt diagram 2. En viss variation kan eventuellt förklaras av yttre faktorer som lokal arbetsmarknad eller regionala skillnader i benägenheten att sjukskriva sig. Dock är sannolikt den viktigaste förklaringen att länen arbetar olika med sjukpenning-ärenden.<sup>11</sup>

**Diagram 2 Andel avslag på begäran om sjukpenning per län år 2006**



Källa: Försäkringskassans databas Store

LS-undersökningen visar att år 2006 fanns en dokumenterad sjukpenningrättsbedömning i samband med den tidiga bedömningen i 99 procent av alla sjukfall som blev minst 60 dagar.<sup>12</sup> I metodsamlingen föreskrivs att handläggaren också ska göra ett första vägval i samband med den tidiga bedömningen. Första vägvalet är ett ställningstagande om den sjukskrivne kan återgå i arbete utan insatser från Försäkringskassan eller inte. I sjukfall som blev minst 60 dagar fanns ett första vägval i 87 procent, en ökning i jämförelse med år 2005 då det fanns i 80 procent av sjukfallen. Dock är spannet stort mellan länen; år 2006 var skillnaden mellan det sämsta och bästa länet 55 (Jönköping) respektive 98 procent (Örebro).<sup>13</sup> I samband med sjukpenningrättsbedömningen ska enligt lag en stegbedömning göras. En korrekt handläggning av tidig bedömning ska alltså inkludera såväl en stegbedömning som ett första vägval. Båda dessa moment

<sup>11</sup> Olsson Bohlin (2007)

<sup>12</sup> LS 2007 (egen bearbetning)

<sup>13</sup> LS 2007 (egen bearbetning)

fanns dock enbart i 62 procent av de sjukfall som blev minst 60 dagar år 2006, visar LS-studien. Skillnaderna mellan länen är påfallande. I Blekinge fanns en stegbedömning och ett första vägval i den tidiga bedömningen i 96 procent av sjukfallen mot endast 15 procent i Värmland.<sup>14</sup>

Under 2007 har ett prognosverktyg introduceras som stöd vid det första vägvalet i handläggningen. Prognosverktyget har tagits fram med hjälp av en statistisk prognosmodell som har testats på ett antal pilotkontor i landet. Det har visat sig att prognosverktyget har en signifikant högre träffsäkerhet i bedömningen än vägval som gjorts av handläggare utan prognosverktyg. Förhoppningen är att prognosverktyget ska bidra till ökad likformighet i bedömningarna och att Försäkringskassan koncentrerar resurser på rätt individer.<sup>15</sup> Ytterligare något som kommer att få betydelse för hanteringen av tidig bedömning är de försäkringsmedicinska riktlinjer som utformats av Försäkringskassan och Socialstyrelsen. De försäkringsmedicinska riktlinjerna innehåller bland annat rekommenderad sjukskrivningstid och vissa principer för bedömning av arbetsförmågan. En första version av riktlinjerna bedöms föreligga vid halvårsskiftet 2007.<sup>16</sup>

## Avstämningsmöte

Försäkringskassan har satsat på att öka antalet avstämningsmöten. År 2006 hölls över 100 000 avstämningsmöten vilket är en fördubbling gentemot föregående år.<sup>17</sup> Att frekvensen av avstämningsmöten ökat under 2006 framgår även av LS-undersökningen där sjukfall följs under det första året. Andelen ettårsfall med ett avstämningsmöte har ökat med 43 procent år 2006 jämfört med 2005, visar tabell 2. Någon ökning kan dock inte noteras i de kortaste sjukfallen (se tabell 2).

**Tabell 2 Andel av pågående sjukfall vid olika fallängder där ett avstämningsmöte har ägt rum**

År	3 månader	6 månader	9 månader	12 månader
2006	2	10	20	33
2005	2	8	15	23

Anm. Beräkningarna har gjorts med överlevnadsanalys (så kallade Life Tables).

Källa: Khaledi (2007)

De regionala skillnaderna i användningen av avstämningsmötet är stora. I sjukfall som pågått i drygt ett år fanns ett avstämningsmöte i 60 procent av fallen i Jönköping men endast i 23 procent i Dalarna år 2006.<sup>18</sup>

Det är svårt att avgöra om Försäkringskassan använder avstämningsmötet i tillräcklig utsträckning eftersom det är en bedömning i det enskilda fallet om ett avstämningsmöte behövs. Dock hålls avstämningsmötena sent i sjukfallen. De avstämningsmöten som registrerades år 2006 hölls i genomsnitt (medelvärde) efter 403 dagars sjukskrivning.<sup>19</sup> Enligt lagens förarbeten är ett syfte med avstämningsmötet att *tidigt* fånga upp individens möjligheter att återgå i arbete och behov av stöd för att underlätta detta.<sup>20</sup> En studie visar trots allt att avstäm-

<sup>14</sup> LS 2007 (egen bearbetning)

<sup>15</sup> Bengtsson & Nilsson (2006)

<sup>16</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006)

<sup>17</sup> Försäkringskassan (2006a)

<sup>18</sup> Khaledi (2007)

<sup>19</sup> Försäkringskassans Diagnos- och arbetsgivarregister

<sup>20</sup> Regeringens proposition 2002/03:89



ningsmötet används enligt lagens intentioner, det vill säga för att göra en förnyad bedömning av arbetsförmågan och för att inleda rehabiliteringsåtgärder.<sup>21</sup>

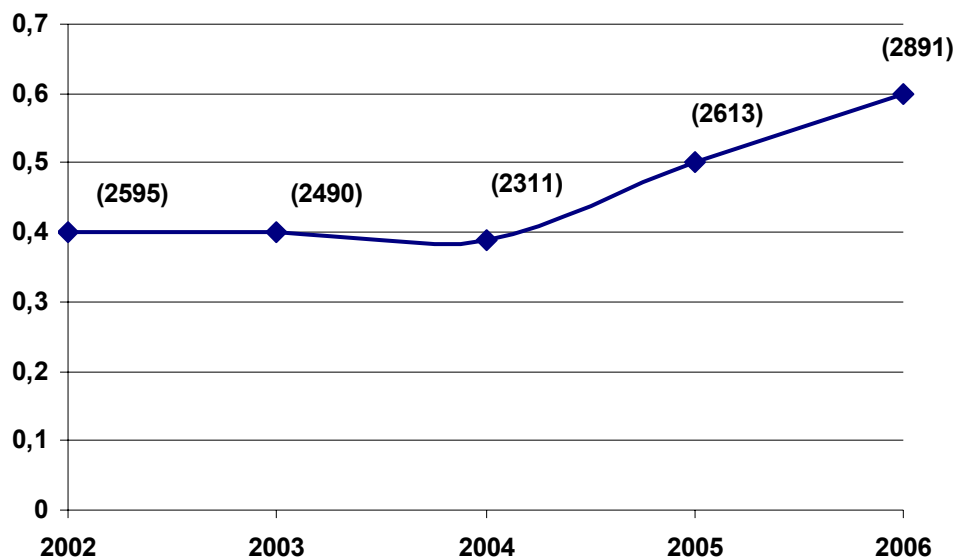
Från och med första juli 2007 avskaffades arbetsgivarens rehabiliteringsutredning samt de tidsfrister som finns för kallande till avstämningsmöte.<sup>22</sup>

### Förkorta sjukperioden

Försäkringskassan har alltid i tillämpningen av sjukförsäkringen haft till uppgift att verka för att förkorta sjukfallens längd. I samband med metodsamlingen blev detta bara mer uttalat och strukturerat. En stor andel av handläggarna anser inte heller att detta är ett nytt sätt att arbeta på. Endast hälften av de tillfrågade handläggarna uppgav i en enkätundersökning 2004 att de arbetar mer systematiskt med att förkorta sjukfallens längd nu än de gjorde före SFA-utbildningen.

**Diagram 3 Andel av sjukskrivna (30 dagar eller längre) med arbetsresor per år**

Procent



Anm. Siffrorna inom parentes visar antalet sjukskrivna med arbetsresor per år.

Källa: Försäkringskassans databas Store

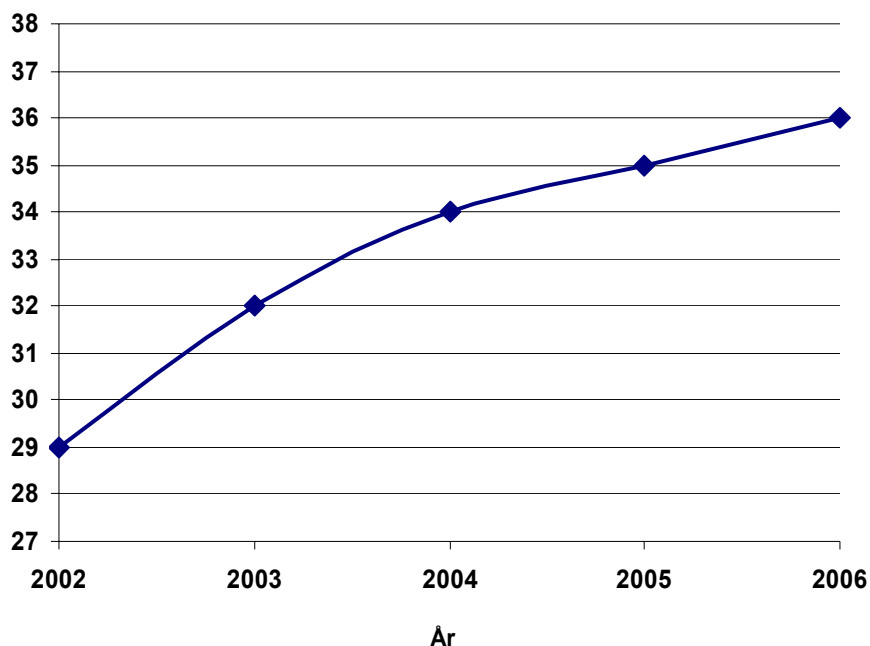
Statistik tyder dock på en ökad aktivitet inom några områden som tillhör aktiviteten förkorta sjukperioden. År 2006 hade användningen av arbetsresor ökat med 50 procent och deltidssjukskrivning med 24 procent jämfört med 2002 (se diagram 3 och 4). När det gäller arbetsresor är dock volymerna totalt sett mycket små. Dessutom har andelen med arbetsresor ökat främst på grund av att det totala antalet sjukskrivna har minskat. Ökningen av arbetsresor i absoluta tal är ganska marginell. Utvecklingen är positiv även om man inte vet om den ökade andelen är ett resultat av Försäkringskassans insatser. Detsamma gäller ifråga om användningen av deltidssjukskrivning. Här har exempelvis det nya läkarintyg som kom år 2003 sannolikt bidragit till utvecklingen på senare år. Läkarintyget utformades för att ange deltidssjukskrivning som norm eftersom hel sjukskrivning särskilt måste motiveras.

<sup>21</sup> Tollin (2007)

<sup>22</sup> Proposition 2006/07:59

**Diagram 4 Andel av sjuk-/rehabiliteringspenningdagar som avser deltidssjukskrivning**

Procent



Anm. Uppgifterna avser december månad respektive år.

Källa: Försäkringskassans databas Store

### Rehabiliteringsutredning

Det är välkänt att arbetsgivare ofta underlåter att genomföra en rehabiliteringsutredning tillsammans med den sjukskrivne. Försäkringskassan skickar dessutom en påminnelse till arbetsgivaren endast i 22 procent av de fall där detta borde göras. Det har också framkommit att de rehabiliteringsutredningar som kommer in till Försäkringskassan i hälften av fallen saknar betydelse för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.<sup>23</sup> Som nämndes tidigare avskaffades arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning från och med 1 juli 2007 – bland annat av de skäl som just beskrivits.<sup>24</sup>

### SASSAM

För sjukskrivna individer som saknar anställning ska Försäkringskassan ha ett personligt möte med SASSAM-kartläggning efter åtta veckors sjukskrivning, enligt metodsamlingen. Tabell 3 visar att en SASSAM-kartläggning gjorts för endast 16 procent av de individer som saknar anställning och som varit sjukskrivna i 3 månader – trots att detta borde vara gjort i 100 procent av fallen. Bara i 56 procent av de sjukfall som pågått i ett år och där individen saknar en anställning hade en SASSAM-kartläggning upprättats. Spannet mellan länen är stort även när det gäller tillämpningen av SASSAM. I alla ettårsfall fanns en SASSAM-kartläggning i 88 procent i Gävleborg mot endast 11 procent i Västerbotten.<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Khaledi (2005)

<sup>24</sup> Proposition 2006/07:59

<sup>25</sup> Khaledi (2007)

Tabell 3 visar att det skett en marginell förbättring i jämförelse med år 2005 i alla tidsintervall.

**Tabell 3 Andel av pågående sjukfall vid olika fallängder där en SASSAM-kartläggning har gjorts**

	3 månader	6 månader	9 månader	12 månader
<b>2006</b>				
Anställda	9	20	30	39
Icke anställda*	16	33	45	56
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>33</b>	<b>43</b>
<b>2005</b>				
Anställda	8	17	26	33
Icke anställda*	15	27	38	50
<b>Totalt</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>37</b>

\* I gruppen ingår arbetslösa, egna företagare, studerande och andra som saknar anställning. Anm. Beräkningarna har gjorts med överlevnadsanalys (så kallade Life Tables).

Källa: Khaledi (2007)

### Särskilt läkarutlåtande

Särskilt läkarutlåtande (SLU) har fått ett blygsamt genomslag sedan det lanserades i juli 2003. Visserligen hade 86 procent av handläggarna inom ohälsområdet hört talas om SLU år 2005, men relativt få sa sig använda verktyget. Endast 11 procent av de tillfrågade handläggarna uppgav att de någon gång fått in ett SLU<sup>26</sup> vilket dock är en fördubbling gentemot 2004.<sup>27</sup> SLU är också en aktivitet som i flera avseenden rankas förhållandevis lågt av handläggarna (se tabell 5). I sjukfall som pågått ett år fanns ett särskilt läkarutlåtande endast i 3 procent (år 2006).<sup>28</sup>

En undersökning som gjordes 2004 visade att det finns ett motstånd bland de utbildade läkarna mot att utfärda SLU, främst på grund av det bedöms vara tidskrävande. Den utvärdering som gjordes 2004 pekade också på att SLU inte används enligt lagens intentioner, det vill säga tidigt i sjukfallet och i anslutning till ett avstämningsmöte.<sup>29</sup>

### Ettårsbedömning

En uppföljning som gjordes år 2004 visade att ettårsbedömning – som är en lagstadgad aktivitet – endast görs i 10 procent av de fall där det ska göras.<sup>30</sup> År 2005 hade siffran ökat till 53 procent<sup>31</sup> och år 2006 hade en ettårsbedömning gjorts i 51 procent av de fall som hade pågått i 365 dagar.<sup>32</sup> Trots att tillämpningen av ettårsbedömning har förbättrats kvarstår faktum: Ettårsbedömningen görs bara i vartannat fall där den ska göras.

<sup>26</sup> Försäkringskassans metodundersökning 2005 (egen bearbetning)

<sup>27</sup> Tollin (2005a)

<sup>28</sup> LS 2007 (egen bearbetning)

<sup>29</sup> Tollin (2005a)

<sup>30</sup> Ujji (2005)

<sup>31</sup> Försäkringskassan (2006b)

<sup>32</sup> LS 2007 (egen bearbetning)

## Köp av aktiva tjänster

Försäkringskassan har haft möjlighet att köpa aktiva rehabiliteringstjänster sedan 1990 och några nyheter har egentligen inte tillkommit i samband med införandet av metodsamlingen. En kartläggning av köp av aktiva tjänster som gjordes på Försäkringskassan 2005 visar att köpen i en tredjedel av fallen har andra syften än att rusta individen för ett arbete, exempelvis för att pröva arbetsförmågan.<sup>33</sup> Detta överensstämmer med en tidigare undersökning och tyder på att aktiva rehabiliteringstjänster ofta används för behov som borde fyllas av sjukvården eller med köp av utredningar.<sup>34</sup> Köp av aktiva rehabiliteringstjänster är en begränsad aktivitet i Försäkringskassans ohälsöarbete. Statistik som togs fram år 2006 visade att andelen sjukskrivna individer som får en köpt aktiv tjänst har legat runt knappt 1 procent under de senaste åren.<sup>35</sup> Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen föreslagit att myndighetens särskilda medel för köp av aktiva rehabiliteringsåtgärder ska tas bort i syfte att förtydliga ansvarsgränserna inom rehabiliteringsområdet.<sup>36</sup>

## Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan konstateras en ökad aktivitet på flera områden i enlighet med metodsamlingens intentioner. Under 2006 har andelen sjukfall med avstämningmöten och ettårsbedömningar ökat kraftigt gentemot tidigare år. Mycket tyder också på att den tidiga bedömningen hanteras mer strikt och försäkringsmässigt i dag än för några år sedan. I en stor majoritet av sjukfallen görs numera ett första vägval. Under de senaste åren har det också skett en ökning av deltidssjukskrivningar och arbetsresor som ingår i aktiviteten förkorta sjukperioden.

Det återstår dock en del innan metoderna kan anses vara helt implementerade. Generellt kan konstateras att metoderna tillämpas i olika utsträckning i landet. Den tidiga bedömningen verkar hanteras korrekt och försäkringsmässigt i vissa län medan andra län fortfarande saknar viktiga moment i en stor andel sjukfall, exempelvis den lagstadgade stegbedömningen. Det visar sig också att avstämningmöten hålls sent i sjukfallen och att det saknas en SASSAM-kartläggning i en majoritet av de fall där det borde finnas. Ettårsbedömning finns endast i hälften av de sjukfall som pågått i 365 dagar. När handläggare köper aktiva tjänster görs det ofta i något annat syfte än att rusta individen för ett arbete och det särskilt läkarutlåtandet (SLU) används fortfarande i mycket liten utsträckning i sjukfallen.

---

<sup>33</sup> Försäkringskassan (2006c)

<sup>34</sup> Tollin (2005b)

<sup>35</sup> Försäkringskassan (2006c)

<sup>36</sup> Försäkringskassan (2006d)

**Tabell 4 Är metodsamlingen implementerad?****Framsteg i implementeringen**

- Bedömningen av arbetsförmåga och rätten till sjukpenning är striktare
- Fler avstämningsmöten hålls
- Fler första vägval görs
- Deltidssjukskrivning och arbetsresor används mer

**Återstående arbete med implementeringen**

- Det råder regionala skillnader i tillämpning av metoderna
- Avstämningsmöten hålls sent i sjukfallen
- SASSAM upprättas i en minoritet av de fall där det ska finnas
- Ettårsbedömning finns bara i hälften av fall som pågått i ett år
- Särskilt läkarutlåtande (SLU) används i mycket liten utsträckning

## Metodsamlingen ur ett handläggarperspektiv

*Gräsrotsbyråkrat* är en benämning på den offentliga förvaltningens tjänstemän med direktkontakt med medborgarna samt ett stort handlingsutrymme i tillämpningen av regelverket. Det har sagts att gräsrotsbyråkraterna har så stor faktisk handlingsfrihet i sin dagliga verksamhet att det i själva verket blir de som utformar politiken inom sitt område.<sup>37</sup> Hanteringen av sjukförsäkringen är ett exempel på ett sådant komplext myndighetsuppdrag med ett handlingsutrymme i tillämpningen. Med gräsrotsperspektivet som utgångspunkt anses tre villkor vara nödvändiga för en lyckad implementering av politiska beslut, nämligen att:

1. Tillämparen ska förstå beslutet.
2. Tillämparen ska kunna genomföra beslutet.
3. Tillämparen ska vilja genomföra beslutet.<sup>38</sup>

Syftet med de enkätundersökningar som genomfördes år 2004 och 2005 var att undersöka handläggarnas säkerhet i att använda metoderna samt deras uppfattning om värdet av dem. Det fanns också en ambition att utifrån ett handläggarperspektiv få kunskap om eventuella problem och hinder i organisationen när det gäller införandet av metodsamlingen.

<sup>37</sup> Begreppet "street-level bureaucrats" myntades av Michael Lipsky 1980 och översätts som gräsrotsbyråkrat, närbyråkrat eller frontlinjebyråkrat. Se exempelvis Sannerstedt (2001).

<sup>38</sup> Ibid.

Tabell 5 Handläggarnas uppfattning om metodsamlingen

	Andel som instämmer i ganska stor/mycket stor utsträckning	
	Jag är säker på hur jag ska använda metoden	Jag anser att metoden är effektiv i arbetet med att minska sjukskrivningarna
Tidig bedömning	87	94
Förkorta sjukperioden	89	87
Rehabiliteringsutredning	92	72
SASSAM-kartläggning	94	86
Avstämningsmöte	92	95
Särskilt läkarutlåtande	63	66
Ettårsbedömning	83	64
Rehabiliteringsplan	89	90
Köp av aktiva tjänster	83	87
Antalet svarande varierar mellan 828 och 1 631		

Källa: Khaledi (2006) samt egen bearbetning av data från Försäkringskassans metodundersökning 2005.

Frågeformulären var inte exakt likadant utformade år 2004 och 2005 vilket försvårar möjligheten att göra jämförelser över tid. I de fall det ändå går kan en marginell förbättring konstateras avseende handläggarnas säkerhet och attityd till metodsamlingen år 2005 jämfört med föregående år.<sup>39</sup> Sammantaget kan sägas att handläggarna överlag är mycket positiva, både ifråga om sin egen säkerhet och i synen på metodernas effekter. I tabell 5 som visar resultatet av enkätundersökningen 2005 framgår att en stor majoritet anser sig vara säkra på nästan alla aktiviteter i metodsamlingen. Aktiviteterna uppfattas dessutom av de flesta handläggarna som effektiva i arbetet med att minska sjukskrivningarna (se tabell 5). En majoritet av de tillfrågade handläggarna (63 procent) anser också att metodsamlingen har lett till mer struktur i arbetet med sjukskrivna.<sup>40</sup>

När handläggarna får svara på mer specifika frågor framkommer emellertid en viss osäkerhet kring vissa aktiviteter. En stor andel (39 procent) anser att de inte har tillräckligt med verktyg för att förkorta sjukfallens längd. Vidare anser hälften av de tillfrågade handläggarna att de inte har tillräckliga kunskaper om begreppet "skälig sjukskrivningstid" som ingår i aktiviteten förkorta sjukperioden. Likaså är en stor andel (37 procent) osäkra på den del av SASSAM-metodiken som handlar om den sjukskrivnes motivation.<sup>41</sup> Studier har också visat att handläggarna är osäkra på den försäkrades rätt till olika rehabiliteringsåtgärder. Hälften av de tillfrågade handläggarna anser att lagstiftningen är oklar när det gäller villkoren för den försäkrade att få olika rehabiliteringsinsatser av Försäkringskassan<sup>42</sup> och hela 77 procent är inte säkra på regelverket som rör sjukskrivnas rätt till utbildningsåtgärder.<sup>43</sup> En fördjupad analys visar att vissa grupper

<sup>39</sup> Runnerstedt & Ståhl (2006a)

<sup>40</sup> Försäkringskassans metodundersökning 2005 (egen bearbetning)

<sup>41</sup> Runnerstedt & Ståhl (2006a)

<sup>42</sup> Tollin (2005c)

<sup>43</sup> Ujji (2006)

av handläggare, främst yngre män med högre utbildning, uppger större osäkerhet kring aktiviteterna i metodsamlingen.<sup>44</sup>

De studier som har gjorts med utgångspunkt från handläggarenkäterna har pekat på en del organisatoriska faktorer med betydelse för implementeringen. Det problem som oftast återkommer i dessa rapporter är den upplevt höga arbetsbelastningen.<sup>45</sup> Exempelvis anser över hälften av de tillfrågade handläggarna att de måste hoppa över den lagstadgade ettårsbedömningen på grund av tidsbrist. Vidare uppger en stor andel handläggare att de saknar återkoppling från sin närmaste chef på utfört arbete<sup>46</sup> och professionell handledning.<sup>47</sup> En mer generell slutsats av de studier som gjordes 2004 var att arbetet ännu inte var organiserat på ett sätt som främjade implementeringen av de gemensamma metoderna.<sup>48</sup> Statskontoret har också följt Försäkringskassans satsning på att förnya sjukfallsarbetet och gjorde ett antal intervjuer med handläggare och chefer hösten 2005. Även i denna studie noterades att det finns brister i ledningens sätt att införa metoderna och att organisationen inte varit anpassad till det nya arbetssättet. Trots detta ansåg nästan samtliga intervjupersoner att metoderna ger tydlighet och struktur i handläggningen.<sup>49</sup>

I en senare studie gjordes en statistisk sambandsanalys och det visade sig att två faktorer hade signifikant betydelse för handläggarnas säkerhet och användande av metoderna: Att arbetet var organiserat på rätt sätt samt stöd och återkoppling från närmaste chef. En majoritet av de tillfrågade handläggarna – 3 av 4 – ansåg i denna undersökning att arbetet på deras kontor var organiserat så att det gick att arbeta med metoderna på rätt sätt. Dock ansåg en mindre andel att de hade stöd och bra återkoppling från sin närmaste chef.<sup>50</sup> En annan undersökning visade att handläggarna var säkrare på metoderna om de hade gått SFA-utbildningen, något som 85 procent hade gjort vid undersökningstillfället.<sup>51</sup>

## Sammanfattning

Det allmänna intrycket av undersökningarna utifrån ett gräsrotsperspektiv är positivt. Handläggarna verkar vara nöjda med metodsamlingen, de anser sig behärska aktiviteterna och tycker också att de är effektiva i sjukfallsarbetet. Enligt de studier som har gjorts finns likväl en del organisatoriska hinder för att metodsamlingen ska kunna införas helt. Många handläggare saknar bra stöd av sina närmaste chefer och tycker att de inte har tid att arbeta fullt ut med metoderna.

---

<sup>44</sup> Khaledi (2006)

<sup>45</sup> Ujji (2005), Runnerstedt & Ståhl (2005a, 2005b), Khaledi (2005)

<sup>46</sup> Ujji (2005)

<sup>47</sup> Runnerstedt & Ståhl (2006b)

<sup>48</sup> Tollin (2005d)

<sup>49</sup> Statskontoret (2005)

<sup>50</sup> Tollin (2006)

<sup>51</sup> Khaledi (2006)

## Har metoderna lett till ökad rättssäkerhet?

Enligt Nationalencyklopedin präglar rättssäkerhet "ett samhälle där de enskilda i sina inbördes relationer och i sina mellanhavanden med det allmänna kan räkna med den säkerhet som skapas genom rättsregler vilka tillämpas på ett förutsägbart och effektivt sätt."<sup>52</sup> Riksförsäkringsverket ansåg i en skrift om rättvisa i socialförsäkringen att förutsättningar för rättssäkerhet skapas om lika fall behandlas lika, något som leder till förutsägbarhet för medborgarna.<sup>53</sup>

Har de gemensamma metoderna lett till ökad rättssäkerhet – det vill säga likformighet i lagtillämpningen och förutsägbarhet för medborgarna?

I föregående avsnitt framkom att det råder regionala skillnader i införandet av det gemensamma arbetssättet. En del aktiviteter har fått stor genomslagskraft men bara i vissa delar av landet. Stora skillnader har konstaterats i den tidiga bedömningen av rätten till sjukpenning. Det innebär att lika fall inte behandlas lika och därmed en oförutsägbarhet för individen.

Ett annat problem är att lika fall inte behandlas lika över tid, trots samma lagstiftning. Enligt Statskontorets intervjupersoner på Försäkringskassan var det vanligt att individer sjukskrevs utan egentlig rätt till sjukpenning innan metoden tidig bedömning infördes.<sup>54</sup> Utfallet av Försäkringskassans egen kvalitetsgranskning under de senaste åren ger ett tankeväckande perspektiv på frågan. Enligt diagram 5 verkar kvalitén i sjukpenningärenden faktiskt ha sjunkit under samma period som Försäkringskassan infört en ny arbetsmetodik. Resultaten kan delvis förklaras av att mätinstrumentet för kvalitetsgranskning<sup>55</sup> förnyats. Det är ändå beaktansvärt att organisationens utsedda kvalitetsgranskare för några år sedan ansåg att besluten var korrekta i 90 procent av fallen – trots den utbredda uppfattningen att sjukpenning tidigare beviljades på felaktiga grunder. Diagrammet kan sägas belysa den förskjutning i begreppen rätt och fel som ägt rum de senaste åren. Handläggare har i intervjuer uppgett att de tycker det svårt att motivera en indragen sjukpenning när det bara är Försäkringskassans bedömning som ändrats medan de yttre omständigheterna är oförändrade.<sup>56</sup> Det visar att det finns ett tolkningsutrymme i lagen som är problematiskt ur rättssäkerhets-synpunkt.

---

<sup>52</sup> [www.ne.se](http://www.ne.se) (2007-02-13)

<sup>53</sup> Riksförsäkringsverket (1999)

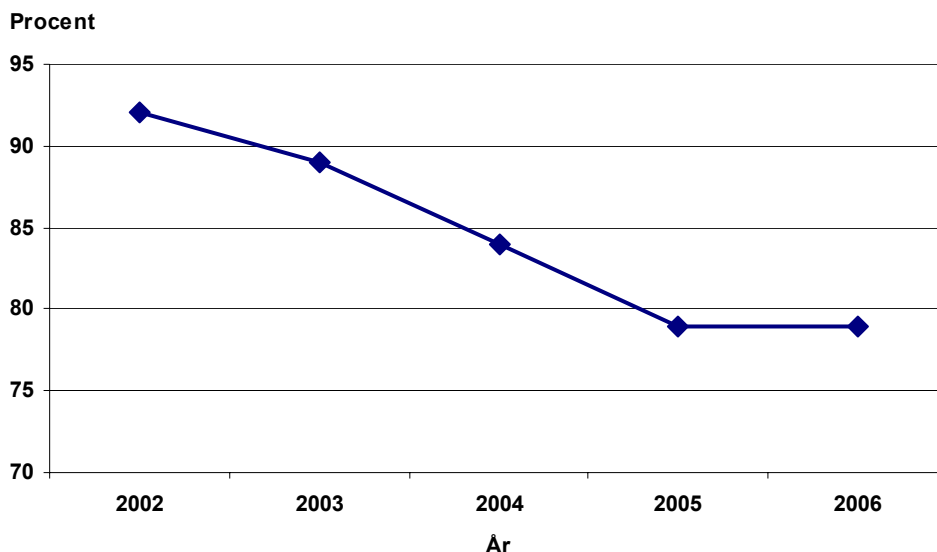
<sup>54</sup> Statskontoret (2005)

<sup>55</sup> Qben

<sup>56</sup> Statskontoret (2005)



**Diagram 5 Andel rätt beslut i sjukpenningärenden per år enligt Försäkringskassans kvalitetsgranskning (hela riket)**



Anm. Granskningen har gjorts med kvalitetsinstrumentet Qben. I diagrammet redovisas andel av samtliga granskade sjukpenningärenden som bedömts ha rätt beslut.

Källa: Försäkringskassan

Frågan har lyfts fram i flera sammanhang på senare tid. En slutsats i en rapport om sjukskrivning, kultur och attityder är att lagstiftningen och systemet är utformat på ett sätt så att människors attityder spelar en viktig roll för sjukförsäkringsutfallet.<sup>57</sup> I samma anda framhåller socialförsäkringsutredningen att sjukfrånvaron varierat över tid och rum på ett sätt som inte är motiverat av förändringar i hälsoläge eller åldersstruktur. Socialförsäkringsutredningen betecknar problemet som att sjukförsäkringen är för *mjuk*.<sup>58</sup> Likaså skriver FUT-delegationen i sin rapport att arbetsförmågebegreppet – som är centralt i sjukförsäkringen – är otydligt och inrymmer stora tolkningsmöjligheter. Enligt rapporten är förmågebedömningar en orsak till felaktiga utbetalningar från trygghetssystemen.<sup>59</sup> Som tidigare nämdes har studier också visat att de handläggare som arbetar med sjukförsäkringen är osäkra på begreppet "skälig sjukskrivningstid" och att de anser sig sakna verktyg att förkorta sjukfallens längd.<sup>60</sup>

### Könsskillnader i tillämpningen av metodsamlingen?

År 2006 gjorde Försäkringskassan en jämförelse mellan kvinnor och män med avseende på hur metoder i sjukförsäkringen tillämpas. Resultaten visade marginella skillnader mellan könen i detta avseende. Slutsatsen utifrån det undersökta materialet var att det inte gick se att myndighetens tillämpning riskerade att diskriminera individer beroende på vilket kön de tillhör.<sup>61</sup>

### Sammanfattning

Så länge sjukförsäkringen inom ramen för samma lagstiftning tillämpas olika mellan regioner och över tid är det svårt att hävda att de gemensamma metoderna bidragit till ökad rättssäkerhet för individen. Även om sjukförsäkringen är ett

<sup>57</sup> Palmer (2006)

<sup>58</sup> SOU (2006:86)

<sup>59</sup> Delegationen mot felaktiga utbetalningar (2007)

<sup>60</sup> Runnerstedt & Ståhl (2006a)

<sup>61</sup> Försäkringskassan (2006e)

komplext myndighetsuppdrag som inte fullt ut går att detaljreglera finns ett behov av stöd och riktlinjer för handläggaren i det viktigaste momentet av arbetet – att bedöma arbetsförmågan och rätten till sjukpenning. Förhoppningsvis kan de kommande riktlinjerna för sjukskrivning bidra till en mer enhetlig bedömning. Försäkringskassans nya organisation med en mer koncentrerad handläggning av tidig bedömning borde också öka förutsättningarna för mer likformighet i sjukförsäkringen. Ett positivt resultat ur rättssäkerhetssynpunkt är att endast marginella skillnader mellan könen har konstaterats i tillämpningen av metoderna.

## Har metoderna lett till ökad professionalism?

Ett viktigt syfte med projektet Prohälsa och införandet av metodsamlingen var att Försäkringskassan sjukfallsarbete skulle bli mer professionellt. Som redan nämnts finns ett visst mått av tolkningsutrymme i sjukförsäkringen och man kan diskutera *hur* stort utrymmet får vara ur rättssäkerhetssynpunkt. Däremot är det svårt att tänka sig en sjukförsäkringstillämpning som utesluter all form av subjektiv bedömning. Avvägningen mellan rättssäkerhet och individuella hänsynstaganden kommer troligtvis alltid att vara en viktig fråga i sjukförsäkringen. Just i en sådan verksamhet anses det särskilt viktigt att besluten fattas av en särskild yrkeskår med vissa kunskaper och en gemensam etik – en yrkesgrupp som medborgarna känner förtroende för.<sup>62</sup> Forskaren Bo Rothstein har beskrivit yrkesutövningen hos den offentliga förvaltningens tjänstemän som en demokrati-fråga:

*”En väl fungerande demokrati handlar således inte bara om förekomsten av korrekt genomförda val, förmågan att skapa representativa och handlingskraftiga regeringar och ett omfattande politiskt deltagande utan i lika hög grad om förekomsten av en förvaltning präglad av kompetens, lyhördhet, hög etik och professionalism.”*<sup>63</sup>

Begreppen profession och professionalisering är mångtydiga och utgör en egen riktning inom samhällsforskningen. Några kriterier för professionalism som anges i en antologi om professionsforskning är förekomst av systematisk teori, auktoritet, etiska regler och en egen kultur. En del forskare anger saklighet och distans som utmärkande för professionalism. En annan riktning inom forskningsfältet beskriver snarare professionalisering som ett sätt för grupper att få makt, kontroll och status.<sup>64</sup> I varje definition av professionalism anses dock kunskaps-system spela en viktig roll.<sup>65</sup>

Försäkringskassan har rekryterat akademiker under många år. År 2005 hade 63 procent av handläggarna inom ohälsoområdet eftergymnasial utbildning och 30 procent hade mer än 3-årig universitetsutbildning.<sup>66</sup> Det är emellertid ingen specifik universitetsutbildning som efterfrågas och det finns heller ingen forskningsdisciplin som yrket har någon självklar anknytning till. Det har lyfts fram som ett problem att det saknas teori- och begreppsutveckling i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering. Exempelvis kommer de uppfattningar som får karaktären av vedertagen kunskap oftare från offentliga utredningar och statliga direktiv än från forskarvärlden.<sup>67</sup> En slutsats av Försäkringskassans utvärdering är att yrkesrollen

<sup>62</sup> Schierenbeck (2003)

<sup>63</sup> Rothstein (2001) s. 11

<sup>64</sup> Selander (1989)

<sup>65</sup> Torstendahl (1989)

<sup>66</sup> Khaledi (2006)

<sup>67</sup> Ekblad (2002)

måste renodlas för att handläggarna ska kunna arbeta optimalt med de gemensamma metoderna.<sup>68</sup> Trots att Försäkringskassan i dag rekryterar akademiker till arbetet som handläggare inom sjukförsäkringen består arbetet fortfarande av mycket rutinartad administration utöver det kvalificerade utredningsarbetet.

Arbetet som handläggare inom sjukförsäkringen liknar i många avseenden socionomyrket. Det handlar i båda fallen om ett kvalificerat utredningsarbete med individuella bedömningar. Många socionomer arbetar i likhet med Försäkringskassans handläggare med det övergripande målet att individen ska komma ut på arbetsmarknaden och bli självförsörjande. En viktig skillnad är dock att socionomyrket har en helt annan professionell status. Socionomernas utveckling mot en professionell yrkesgrupp har pågått under flera decennier och bestått av många viktiga processer. Yrket fick högskolestatus på 60-talet och blev knutet till forskarutbildning 1977. Senare har även yrkesetiska riktlinjer och möjlighet till auktorisation tillkommit.<sup>69</sup> Beskrivningen ger lite perspektiv på frågan. Enstaka utbildningssatsningar räcker inte för att professionalisera en yrkeskår.

### Sammanfattning

Det är positivt att frågan om professionalisering av sjukfallsarbetet har uppmärksamats i samband med projektet Prohälsa och införandet av metodsamlingen. Det som har gjorts bör betraktas som inledningen på ett mer långsiktigt arbete. Fortfarande återstår de viktigaste momenten i utvecklingen mot ett mer professionellt ohälsorabete, en mer renodlad yrkesroll och en verksamhet med starkare anknytning till forskarvärlden.

Med anledning av den nya verksamhetsstrukturen på Försäkringskassan kommer nya yrkesroller med ett antal kvalifikationskrav att utformas. I skrivande stund är detta arbete dock inte slutfört.

## Har metoderna lett till minskad sjukfrånvaro?

Ett viktigt syfte med att öka professionalismen och införa ett strukturerat arbetsätt i sjukförsäkringen var att minska sjukskrivningarna. Kan de gemensamma metoderna ha bidragit till att minska sjukfrånvaron?

Det är ett faktum att sjukfrånvaron sjunkit ordentligt sedan metodsamlingen introduceras första gången år 2003. Ohälsotalet<sup>70</sup> var som högst i september 2003 då det låg på 43,3 dagar och har sedan gått ned till 39,9 i december 2006. Nedgången i ohälsotalet beror i huvudsak på att antalet ersatta dagar med sjukpenning minskat men från och med november 2006 minskar även antalet ersatta dagar med sjukersättning.<sup>71</sup>

Mycket annat som kan ha påverkat sjukfrånvaron har inträffat parallellt med att metodsamlingen införts, exempelvis Försäkringskassans egna opinionsbildande aktiviteter i syfte att förändra medborgarnas attityder till sjukskrivning. Den intensiva debatt som samtidigt förts i media – delvis på grund av Försäkringskassans stramare tillämpning av sjukförsäkringen – kan också ha minskat människors benägenhet att sjukskriva sig. Samhällsfaktorer som ligger helt

<sup>68</sup> Runnerstedt & Ståhl (2005b)

<sup>69</sup> Wingfors (2004)

<sup>70</sup> Ohälsotalet är antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning från socialförsäkringen per försäkrad 16-64 år. Alla dagar är omräknade till heldagar, t.ex. TVÅ dagar med halv ersättning blir EN dag.

<sup>71</sup> Försäkringskassans pressmeddelande 2007-01-19

utanför Försäkringskassans verksamhet, exempelvis konjunkturen, har också betydelse för sjukfrånvarons utveckling. Att besvara frågan om metodernas effekter i termer av orsakssamband är därför svårt, på gränsen till omöjligt.

Utöver svårigheterna med att dra slutsatser på makronivå finns flera metodologiska fallgropar när insatser i sjukfallsarbetet ska utvärderas. Exempelvis kan förmodade effekter av åtgärder i själva verket vara ett utslag av selektionseffekter eller en sammanblandning av insatser och effekter. För att mäta effekter krävs i praktiken experimentella studier.<sup>72</sup> Eftersom de aktiviteter som sker inom ramen för sjukförsäkringen i allmänhet är reglerade i lag är och förblir dock möjligheterna att bedriva experiment begränsade. I stället får man oftast förlita sig på studier som med hjälp av statistiska metoder i viss mån kontrollerar för selektionseffekter och andra skensamband. Resultaten får därför snarast betraktas som en fingervisning.

Det har gjorts ett fåtal studier som rör själva resultat av Försäkringskassans aktiviteter. En undersökning baserad på data om sjukfall som pågick år 2005 visade att avstämningmöten är förknippade med att olika rehabiliteringsåtgärder inleds, att sjukskrivningsgraden minskar och att Försäkringskassan påbörjar processen med att byta ut sjukpenningen mot sjuk – eller aktivitetsersättning.<sup>73</sup>

Att mäta effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering är förenat med ett antal vanskliga moment av vilka en del redan beskrivits. Det sätt man väljer att mäta resultatet på kan exempelvis vara helt avgörande för vilka slutsatser som dras. När forskare har använt olika mått och uppföljningstid för att mäta återgång i arbete har resultaten varierat stort även om datamaterialet varit detsamma.<sup>74</sup> I enlighet med detta finns en mängd olika slutsatser om just arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett flertal studier av arbetslivsinriktad rehabilitering har mynnat ut i tämligen pessimistiska slutsatser<sup>75</sup> medan två av Försäkringskassans undersökningar som tagit hänsyn till att rehabilitering har en viss inlåsningseffekt visat delvis positiva resultat.<sup>76</sup> De studier som gjorts av deltidssjukskrivning har inte entydigt kunnat visa att detta förkortar sjukfallens längd. En studie baserad på sjukfall som pågick 1999–2000 tyder på att deltidssjukskrivning fyller sin funktion att förkorta sjukfallen i längre sjukfall men att det är tvärtom i korta fall.<sup>77</sup>

## Sammanfattning

Det går inte att besvara frågan om methodsamlingens aktiviteter har lett till minskad sjukfrånvaro. Ett fåtal undersökningar har gjorts och de har inte kunnat fastställa några orsakssamband. En annan aspekt av frågan gäller den uppmärksamhet som Försäkringskassans nya arbetssätt medfört i samhället. Kanske har frågans aktualitet i sig haft en återhållande effekt på sjukskrivningsbeteendet bland medborgarna och på det viset lett till minskad sjukfrånvaro.

---

<sup>72</sup> Veerman & Palmer (2001)

<sup>73</sup> Tollin (2007)

<sup>74</sup> Krause m.fl. (1999)

<sup>75</sup> Se exempelvis Hetzler m.fl. (2005)

<sup>76</sup> Lidwall (2006), Tollin (2005b)

<sup>77</sup> Palmer (2004)

## Slutsatser

Resultaten tyder på att de gemensamma metoderna delvis är införda. Det har skett en ökad aktivitet i sjukfallen i flera avseenden under de senaste åren. Det hålls fler avstämningsmöten och handläggarna gör i allt större utsträckning en ettårsbedömning i de längre sjukfallen. Mycket tyder på att det görs en striktare och mer försäkringsmässig bedömning av rätten till sjukpenning. Användningen av deltidssjukskrivning och arbetsresor har ökat. Samtidigt är det ett faktum att en del av regelverkets intentioner ännu inte är uppfyllda. Exempelvis hålls avstämningsmöten tämligen sent i sjukfallen och det görs inte SASSAM-kartläggningar i alla de fall där det ska göras. Ett annat problem är att metoderna införts i olika utsträckning i landet, även i en viktig rättssäkerhetsfråga som hanteringen av tidig bedömning.

Så länge de regionala skillnaderna består är det svårt att hävda att metoderna bidragit till ökad rättssäkerhet för individen. Det är också problematiskt att Försäkringskassans syn på arbetsförmåga och rätten till sjukpenning förändrats över tid. Handläggare har i intervjuer beskrivit svårigheten i att förklara varför en person plötsligt inte har rätt till sjukpenning när de yttre omständigheterna egentligen inte har förändrats. Det nya förhållningssättet brukar motiveras med att Försäkringskassan tidigare gjorde fel och släppte in individer som egentligen inte hade rätt till sjukpenning. Resultat från Försäkringskassans egen kvalitetsgranskning några år tillbaka tyder dock på att den mer generösa synen på tillämpningen av sjukförsäkringen inte bara fanns bland handläggare utan genomsyrade hela organisationen. Det är därför en avgörande trovärdighetsfråga att Försäkringskassan nu står fast vid den nya tillämpningen av sjukförsäkringen.

Huvudsyftet med att införa ett gemensamt arbetssätt i sjukfallsarbetet var att minska sjukfrånvaron. Det är svårt att uttala sig om i vad mån Försäkringskassans nya arbetsmetoder bidragit till det minskade ohälsotalet sedan 2003. Det har gjorts ett fåtal undersökningar på individnivå med inriktning på resultaten av Försäkringskassans olika aktiviteter i sjukfallsarbetet och dessa studier är delvis positiva. Eftersom det inte rör sig om randomiserade studier finns som alltid problemet med potentiella selektionseffekter och svårigheten att yttra sig om orsakssamband. På senare år har Försäkringskassan även drivit informationskampanjer om sjukförsäkringen samt i övrigt på många sätt deltagit i den allmänna debatten om sjukskrivningar. Dessa faktorer kan också ha bidragit till att minska sjukfrånvaron.

De undersökningar som riktats till handläggare visar att tidsbristen upplevs som ett av de största hindren för att arbeta fullt ut med metoderna. Det har också framkommit att många handläggare saknar bra stöd och återkoppling från sina närmaste chefer i arbetet. En annan viktig slutsats är att yrkesrollen måste renodlas för att handläggarna ska kunna arbeta kvalitativt med metoderna. För att långsiktigt öka professionalismen bör vidare arbetet få en mer vetenskaplig anknytning. Ändå finner man antagligen de mest förhoppningsfulla slutsatserna i de undersökningar som haft gräsrotsperspektivet som utgångspunkt. En stor majoritet av handläggarna anser sig behärska aktiviteterna i sjukfallsarbetet och betraktar de dessutom som effektiva i arbetet med att minska sjukskrivningarna.

De försäkringsmedicinska riktlinjerna som kommer att införas under 2007 bör bidra till större likformighet i sjukskrivningsprocessen. Likaså ökar förutsättningarna för större enhetlighet i tillämpningen av sjukförsäkringen med den koncentrerade handläggningen av tidig bedömning.

## Referenser

Bengtsson, P. & Nilsson, M. (2006). Prognosverktyget – ett stöd i det första vägvalet vid handläggningen av sjukfall. Analyserar 2006:4. Försäkringskassan, Stockholm.

Delegationen mot felaktiga utbetalningar (2007). Varför blir det fel? Orsaker till felaktiga utbetalningar från trygghetssystemen. Resultat från expertseminarier. Rapport nr 5. Fritzes, Stockholm.

Ekblad, S.(2002). Rehabilitering. Från tyst kunskap till profession. Rapport nr 39. Försäkringskassan i Stockholms län.

Försäkringskassan (2005 a). Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Slutrapport. Sammanfattning av regeringsuppdrag 1,2 och 3. Dnr 62632-2005. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2005 b). Försäkringskassans årsredovisning för 2005. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 a). Försäkringskassans årsredovisning för 2006. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 b). Slutrapport regeringsuppdrag. Utredning om förutsättningar för sjuk- eller aktivitetsersättning senast ett år efter sjukankmälningsdagen. Dnr 063927-2005. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 c). En kartläggning av köp av aktiva tjänster på Försäkringskassan år 2005. PM. Försäkringskassans utvärderingsavdelning, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 d). Effektivare förutsättningar för Försäkringskassans uppdrag att stödja arbetslinjen och samordna rehabiliteringsinsatser. Skrivelse till regeringen. Dnr 849/06. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 e). Uppföljning av åtgärdsplan för integrering av könsperspektivet vid tillämpningen av socialförsäkringen i ohälsarbetet. Dnr 85068-2005. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006). Utformning av en mer kvalitets-säkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Svar på regeringsuppdrag. FK Dnr 129011-2005. Försäkringskassan, Stockholm.

Khaledi, B. m.fl. (2005). Försäkringskassans metodundersökning 2004. Bakgrund och metod. Redovisar 2005:5. Försäkringskassan, Stockholm.

Khaledi, B. (2005). Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassan metodundersökning 2005. Analyserar 2005:17. Försäkringskassan, Stockholm.

Khaledi, B.(2006). Hur säkra känner sig handläggarna på att använda metoderna och aktiviteterna i ohälsarbetet? Faktorer som påverkar deras attityder. Analyserar 2006:22. Försäkringskassan, Stockholm.

Khaledi, B.(2007). Regionala skillnader i tillämpning av sjukförsäkringen. En jämförelse för åren 2005 och 2006. Kommande publikation i Försäkringskassans serie. Försäkringskassan, Stockholm.

Krause, N. m.fl. (1999). Alternative approaches for measuring duration of work disability after low back injury based on administrative workers compensation data. *American journal of industrial medicine* 35: 604-618.

Lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Lidwall, U.(2006). Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete. *Analyserar 2006:10*. Försäkringskassan, Stockholm.

Olsson, Bohlin, C.(2007). Nej till sjukpenning. Vad hände sen? *Analyserar 2007:1*. Försäkringskassan, Stockholm.

Palmer, E, (2003). Svensk sjukskrivning i ett internationellt perspektiv. I Swedenborg, B. (red.).Varför är svenskarna så sjuka? SNS Förlag, Stockholm.

Palmer, E. (2004). Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt. I Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S. & Palmer, E. (red.). Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.

Palmer, E. (2006). Sjukförsäkring, kultur och attityder – sammanfattning och slutsatser. I Palmer, E (red.). Sjukförsäkring, Kulturer och Attityder. *Analyserar 2006:16*. Försäkringskassan, Stockholm.

Regeringens proposition 2002/03:89. Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet. Socialdepartementet, Stockholm.

Proposition 2006/07:59. Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m. Socialdepartementet. Stockholm.

Riksförsäkringsverket (1999). Rättviseboken: likformig och rättvis tillämpning av socialförsäkringslagstiftningen. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Rothstein, B.(2001). Organisation som politik. I Rothstein, B. (red.). Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem. SNS förlag, Stockholm.

Runnerstedt, J. & Ståhl, J.(2005 a). Förkorta sjukperioden. Försäkringskassan metodundersökning 2004. *Analyserar 2005:19*. Försäkringskassan, Stockholm.

Runnerstedt, J. & Ståhl, J.(2005 b). Avstämningsmöte. Försäkringskassan metodundersökning 2004. *Analyserar 2005:18*. Försäkringskassan, Stockholm.

Runnerstedt, J. & Ståhl, J.(2006 a). Handläggarnas upplevelser och användning av metoder och aktiviteter. Försäkringskassans metodundersökning. *Analyserar 2006:23*. Försäkringskassan, Stockholm.

Runnerstedt, J. & Ståhl, J.(2006 b). SASSAM-kartläggning. Försäkringskassans metodundersökning 2004. *Redovisar 2006:1*. Försäkringskassan, Stockholm.

Sannerstedt, A.(2001). Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I Rothstein, B. (red.). Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem. SNS förlag, Stockholm.

Schierenbeck, I.(2003). Bakom välfärdsstatens dörrar. Akademisk avhandling. Boréa, Umeå.

Selander, S.(1989). Inledning. I Selander, S.(red.). Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund. Studentlitteratur, Lund.

- SOU 2000:72. Sjukförsäkringen, basfakta och utvecklingsmöjligheter. Delbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Fritzes offentliga publikationer, Norstedts, Stockholm.
- SOU 2000:78. Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Fritzes offentliga publikationer, Norstedts, Stockholm.
- SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete. Betänkande av socialförsäkringsutredningen. Fritzes, Stockholm.
- Statskontoret (1997). Perspektiv på rehabilitering, 1997:27. Statskontoret, Stockholm.
- Statskontoret (2005). Förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering. Måluppfyllelse och effekter, 2005:25. Statskontoret, Stockholm.
- Statskontoret (2006). Den nya Försäkringskassan delrapport 1, 2006:1. Statskontoret, Stockholm.
- Statskontoret (2007). Den nya Försäkringskassan delrapport 2, 2007:4. Statskontoret, Stockholm.
- Tollin, P. (2005 a). Särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassans metodundersökning 2005. Analyserar 2005:15. Försäkringskassan, Stockholm.
- Tollin, P. (2005 b). Köp av aktiva tjänster – mål och resultat. Analyserar 2005:21. Försäkringskassan, Stockholm.
- Tollin, P. (2005 c). Att arbeta med köp av aktiva tjänster. Analyserar 2005:22. Försäkringskassan, Stockholm.
- Tollin, P.(2005 d). Försäkringskassan metodundersökning 2004. En sammanfattning av åtta studier. Analyserar 2005:23. Försäkringskassan, Stockholm.
- Tollin, P. (2006). Professionellt ohälsorabete på Försäkringskassan – förutsättningar i organisationen. Analyserar 2006:15. Försäkringskassan, Stockholm.
- Tollin, P. (2007). Vad händer efter avstämningsmötet? Analyserar 2007:3. Försäkringskassan, Stockholm.
- Torstendahl, R. (1989). Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning. I Selander, S.(red.). Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund. Studentlitteratur, Lund.
- Ujji, E. (2005). Ettårsbedömning. Försäkringskassans metodundersökning. Analyserar 2005:16. Försäkringskassan, Stockholm.
- Ujji, E. (2006). Handläggarnas attityder till rehabiliterande åtgärder och insatser samt lagar och regler. Analyserar 2006:21. Försäkringskassan, Stockholm.
- Veerman, T.J. & Palmer, E. (2001). Work resumption and the role of interventions. I Bloch, F.S. & Prins, R. (red.).Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity & reintegration. Transaction Publishers, New Jersey.
- Wingfors, S. (2004). Socionomyrkets professionalisering. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.



# Bilaga

## Rapporter

**Tabell B1** Rapporter som ingår i Försäkringskassans utvärdering av de gemensamma metoderna i sjukförsäkringen

Titel	År
Försäkringskassans metodundersökning 2004. Bakgrund och metod. Redovisar 2005:5.	2005
Särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassans metodundersökning 2005. Analyserar 2005:15.	2005
Ettårsbedömning. Försäkringskassans metodundersökning. Analyserar 2005:16.	2005
Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassan metodundersökning 2005. Analyserar 2005:17.	2005
Avstämningsmöte. Försäkringskassan metodundersökning 2004. Analyserar 2005:18.	2005
Förkorta sjukperioden. Försäkringskassan metodundersökning 2004. Analyserar 2005:19.	2005
Köp av aktiva tjänster – mål och resultat. Analyserar 2005:21.	2005
Att arbeta med köp av aktiva tjänster. Analyserar 2005:22.	2005
Försäkringskassan metodundersökning 2004. En sammanfattning av åtta studier. Analyserar 2005:23.	2005
SASSAM-kartläggning. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Redovisar 2006:1.	2006
Handläggarnas upplevelser och användning av metoder och aktiviteter. Försäkringskassans metodundersökning. Analyserar 2006:23.	2006
Professionellt ohälsöarbete på Försäkringskassan – förutsättningar i organisationen. Analyserar 2006:15.	2006
Handläggarnas attityder till rehabiliterande åtgärder och insatser samt lagar och regler. Analyserar 2006:21.	2006
Hur säkra känner sig handläggarna på att använda metoderna och aktiviteterna i ohälsöarbetet? Faktorer som påverkar deras attityder. Analyserar 2006:22.	2006
Vad händer efter avstämningsmötet? Analyserar 2007:3.	2006

## Gemensamma metoder och förhållningssätt inom ohälsarbetet

Metodsamlingen innefattar fem metoder:

1. Riktade insatser gentemot arbetsgivare
2. Tidig bedömning – första vägval
3. Fördjupad utredning – aktivt vägval
4. Planera och genomföra
5. Avsluta

Metoderna innehåller aktiviteter som ska utföras i sjukfallsarbetet (se figur 1). Några av aktiviteterna som beskrivs i metodsamlingen har tagits fram i projektet Prohälsa medan andra är lagstadgade. Nedan beskrivs de aktiviteter i metod 2–4 som Försäkringskassan koncentrerat sig på i utvärderingen av metodsamlingen. Informationen har hämtats från Försäkringskassans intranät i mars 2007.<sup>78</sup>

Figur 1 Metodsamlingen för Försäkringskassans ohälsarbete

Gemensamma metoder och förhållningssätt inom ohälsarbetet							
NYHETER		VÅR YRKESROLL		RÄTT TILL SJUKPENNING		ARBETSGIVARENS ANSVAR	
FÖRHÅLLNINGSSÄTT							
Metod	Riktade insatser gentemot arbetsgivare	Tidig bedömning – första vägval	Fördjupad utredning – aktivt vägval	Planera och genomföra	Avsluta		
Aktivitet	Identifiera och prioritera arbetsgivare Fastställa mål för insatsen Planera och genomföra insajling Planera möte med arbetsgivaren Genomföra möte med arbetsgivaren Följa upp	Granska Komplettera och informera Komplettering av läkarintyg Försäkringsläkare – handläggare Bedömning/ Göra vägval Beslut Indragning och nedsättning av sjukpenning Dokumentation	Förkorta sjukperioden Arbetshjälpmedel Rehabiliteringsutredning Personligt möte med SASSAM-kartläggning Försäkringsläkare – handläggare Extern utredning Avstämningmöte Särskilt läkarutlåtande Samverkan med arbetsförmedlingen 1-års-bedömning med förutsättningar för SA Indragning och nedsättning av sjukpenning Dokumentation	Avstämningmöte Försäkringsläkare – handläggare Rehabiliteringsplan Köp av aktiva tjänster Samverkan med arbetsförmedlingen Indragning och nedsättning av ersättning Dokumentation	Slutanteckningar Reflektion Samverkan med arbetsförmedlingen Dokumentation		
Resultat	Genomförd förebyggande insats	Avslå sjukpenning Rätt till ersättning/ prognos Fördjupad utredning	Rätt till ersättning/ prognos Indragning/ nedsättning Klarlagt rehabbehov Sjuk- och aktivitetsersättning	Genomförd rehabilitering Rätt till ersättning Indragning/ nedsättning	Egen försörjning, arbetsökande Beslut sjuk- eller aktivitetsersättning		

Källa: Försäkringskassans intranät (<http://intern.sfa.sfanet.se/metod/> 2007-03-08)

<sup>78</sup> <http://intern.sfa.sfanet.se/metod/>

## Tidig bedömning – första vägval

Syftet med den tidiga bedömningen är att bedöma om rätt till sjukpenning föreligger före den första utbetalningen och att göra ett första vägval.

### Granska

Initialt görs en bedömning av om tillräckligt underlag föreligger för att fatta beslut. Underlag som alltid ska finnas är en begäran om ersättning och ett medicinskt underlag. Lagen (1962:381) om allmän försäkring 3 kapitlet 8 § är styrande.

### Komplettera och informera

Om det finns brister i underlaget så måste det kompletteras eller förtydligas, exempelvis genom att ta kontakt med den försäkrade eller andra aktörer såsom arbetsgivare eller läkare (lagen om allmän försäkring 3 kapitlet 8 §). Yttrande av försäkringsläkare är aktuellt om det medicinska underlaget behöver förtydligas. Den försäkrade ska informeras om det är oklart om rätt till sjukpenning föreligger.

### Bedömning/göra vägval

Handläggaren ska här göra ett första vägval med utgångspunkt från när den försäkrade bedöms kunna återgå i arbete. Om den försäkrade bedöms kunna återgå i arbete efter normal behandlings- och läkningstid utan insatser från Försäkringskassan görs en prognos för detta. Om rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering inte är klarlagt görs en fördjupad utredning. Bedömning görs utifrån stegmodellen och lagen om allmän försäkring 3 kapitlet 7 §.

### Beslut

Målet är att den försäkrade som begär sjukpenning ska få beslut om den ersättning hon eller han har rätt till inom 30 dagar, om inte särskilda skäl föreligger.

### Indragning och nedsättning av sjukpenning

Om rätt till sjukpenning inte föreligger ska den försäkrade kommuniceras om detta innan beslut om avslag fattas.

## Fördjupad utredning – aktivt vägval

Utifrån den fördjupade utredningen görs bedömningen om den försäkrade har fortsatt rätt till sjukpenning och om det finns ett rehabiliteringsbehov, om kunden behöver stöd för att kunna komma tillbaka till sitt arbete eller bli arbetssökande.

### Förkorta sjukperioden

Detta är ett synsätt som ska präglade handläggningen när det är klart att den försäkrade har rätt till sjukpenning. Det innebär att handläggaren aktivt ska påverka den sjukskrivne och andra aktörer (till exempel arbetsgivare och läkare) att överväga alternativ som kan förkorta sjukfallets längd. Områden som ska beaktas är deltidssjukskrivning, anpassade arbetsuppgifter, arbetsresor, ändrade arbetstider, distansarbete, arbetshjälpmiddel samt det fria vårdavtalet.

### Rehabiliteringsutredning

Enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring kapitel 22 ska en rehabiliteringsutredning utföras av arbetsgivaren och sändas till Försäkringskassan när den försäkrade varit helt eller delvis frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under längre tid än fyra veckor i följd. Andra anledningar till att göra en rehabiliteringsutredning kan vara upprepade korta sjukperioder eller att den

försäkrade själv begär en rehabiliteringsutredning. Från och med 1 juli 2007 avskaffas arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning.

### **Personligt möte med SASSAM-kartläggning**

SASSAM är en förkortning för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering och är en metod för att utreda rätten till ersättning och behovet av rehabilitering hos den försäkrade. En SASSAM-kartläggning görs vid ett personligt möte där den så kallade SASSAM-kartan används. Kartan är ett hjälpmedel för att analysera hinder och resurser som den försäkrade har för att kunna återgå i arbete. SASSAM-kartan innehåller också ett avsnitt där den försäkrades motivation för att börja arbeta ska diskuteras. För t ex arbetslösa, studerande och egna företagare ansvarar Försäkringskassan för att det sker en utredning motsvarande en rehabiliteringsutredning och då ska SASSAM-kartan användas.

### **Avstämningsmöte**

Ett avstämningsmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en part som kan påverka den försäkrades situation deltar (exempelvis behandlande läkare, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen eller facket). Mötet genomförs enligt tydliga och enhetliga regler. Försäkringskassan ska kalla till mötet och i kallelsen ska framgå syftet med mötet och vilka som kommer att delta. Det är Försäkringskassan som ska leda mötet och dokumentera vad som kommer fram under mötet och sedan skicka dokumentationen till deltagarna. Syftet med mötet är att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Avstämningsmötet är reglerat i lagen om allmän försäkring kapitel 8.

### **Särskilt läkarutlåtande**

Det är läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar det särskilda läkarutlåtandet. Det särskilda läkarutlåtande är utformat för att stämma överens med SASSAM-metoden. Både hinder och resurser belyses. Enligt lagens intentioner ska särskilt läkarutlåtande användas som komplement till avstämningsmötet (lagen om allmän försäkring kapitel 8).

### **1-årsbedömning med förutsättningar för SA**

Enligt lagen om allmän försäkring kapitel 16 ska det senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha gjorts en bedömning av om det finns förutsättningar för att byta ut sjukpenningen till sjuk- eller aktivitetsersättning. Syftet med att utreda om det finns förutsättningar för ett utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning är att se till att rätt förmån betalas ut och att det finns en planering i samtliga ärenden där sjukpenning eller rehabiliteringspenning ska fortsätta att betalas ut även efter dag 365.

## **Planera och genomföra**

Processen startar när rätten till sjukpenning har fastställts och det är utrett att det finns ett behov av rehabilitering och samordningsinsatser. Lagen om allmän försäkring kapitel 22 är styrande.

### **Köp av aktiva tjänster**

Försäkringskassan har möjlighet att köpa aktiva rehabiliteringstjänster av någon leverantör som Försäkringskassan har ramavtal med. Ofta delas kostnaderna med arbetsgivaren. Syftet är att individen ska behålla eller kunna ta ett arbete på arbetsmarkanden. Försäkringskassan får bara köpa aktiva tjänster till individer som har en anställning.

***Följande Redovisar har publicerats under år 2007***

- 2007:1 Nyckeltal för balanstalet 2005
- 2007:2 Vad händer när någon i aktiv ålder dör? En empirisk analys av förändringen i ekonomisk standard efter ett dödsfall 2003
- 2007:3 Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971–2005
- 2007:4 Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1987–2005
- 2007:5 Medelpensioneringsålder
- 2007:6 Långtidssjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningrätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006
- 2007:7 Förlängd skolgång – en ny väg in i aktivitetsersättning
- 2007:8 De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det?