

Försäkrings- medicinska beslutsstödet

En långtidsuppföljning av förändringar
i sjukskrivningsmönster



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Ulrik Lidwall
010-116 97 26
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan har tillsammans med Socialstyrelsen haft ett gemensamt uppdrag att följa upp och utvärdera det ”försäkringsmedicinska beslutsstöd” som infördes våren 2008 i syfte att uppnå en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Som en del i utvärderingen genomför Försäkringskassan bland annat registerstudier över förändringar i sjukskrivningsmönstren över tid. Ökade kunskaper om sjukskrivningsmönstret för olika sjukskrivningsorsaker, olika grupper i samhället och i olika delar av landet, är en viktig del i att fortsätta utveckla sjukskrivningsprocessen och det försäkringsmedicinska beslutsstödet. En första analys av sjukskrivningsmönstret fokuserade på de fysiska sjukdomarna (Socialförsäkringsrapport 2009:5) och en andra analys på de psykiska sjukdomarna (Socialförsäkringsrapport 2010:7). Denna tredje rapport är en uppföljning som studerar mer långsiktiga förändringar när både det försäkringsmedicinska beslutsstödet och det nya striktare regelverket som infördes i juli 2008 har blivit etablerat. En nyhet i rapporten är också en analys av hur antalet påbörjade sjukskrivningar har förändrats sedan beslutsstödet infördes.

Ulrik Lidwall har genomfört analysen och skrivit rapporten. Andrzej Dudziuk har sammanställt de registeruppgifter som studien bygger på.

Stockholm i juni 2011

Eva-Lo Ighe
Chef enheten för Statistisk analys

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	6
Inledning och syfte	7
Data och metod	9
Sjukskrivningstider före och efter införandet av försäkringsmedicinska beslutsstödet	10
Sjukskrivningstider för kvinnor och män.....	10
Sjukskrivningstider per diagnoskapitel	10
Sjukskrivningstider i olika län	11
Förändringar i sjukskrivningstid och antalet påbörjade sjukskrivningar – regressionsanalyser	13
Sjukfallens avslutning före och efter beslutsstödet införande	13
Förändringar i antalet påbörjade sjukskrivningar	16
Referenser	21

Sammanfattning

Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick i slutet av 2005 i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess och hösten 2007 publicerade Socialstyrelsen det försäkringsmedicinska beslutsstödet som vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har också ett gemensamt uppdrag att följa upp och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet och en del i utvärderingen är att studera förändringar i sjukskrivningsmönster. Denna del av utvärderingen genomför Försäkringskassan med hjälp av registerstudier.

Alla sjukskrivningsorsaker omfattades redan från början av de övergripande, återhållsamma principer för sjukskrivning som infördes redan i mars 2008. För psykiska sjukdomar infördes dock specifika rekommendationer först i augusti 2008. En första studie studerade ingående fysiska diagnoser och visade att både längd och spridning i sjukskrivningstid minskade efter införandet av beslutsstödet. Förändringarna var större för kvinnor och för diagnoser med specifika rekommendationer (Socialförsäkringsrapport 2009:5). En andra studie undersökte om förändringar skett för psykiska sjukdomar och även för dessa framkom att förändringar skett i sjukskrivningsmönstret, men att det skedde redan i mars 2008 (Socialförsäkringsrapport 2010:7).

Syftet med denna tredje rapport är att efter att mer än två år förflutit sedan beslutsstödet infördes, undersöka om det skett förändringar i sjukskrivningstider, spridning i sjukskrivningstider samt antalet påbörjade sjukskrivningar i samband med införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd. En mer ingående analys av hur *antalet påbörjade sjukskrivningar* har förändrats har inte genomförts tidigare. En annan nyhet är ingående analyser av förändringar per *sjukskrivningsorsak* (diagnoskapitel) och *län*.

Sammantaget visar analyserna att sjukskrivningslängderna och antalet påbörjade sjukskrivningar minskat efter mars 2008 då det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes. De största förändringarna har skett i de grupper av diagnoser som står för störst andel av sjukskrivningarna: psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Spridningen i sjukskrivningstider mellan länen har dessutom minskat. Resultaten som helhet stöder därmed tolkningen att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har haft en inverkan på sjukskrivningsmönstret i avsedd riktning.

Summary

The National Board of Health and Welfare and the Swedish Social Insurance Agency were in late 2005 commissioned by the Government to develop the sick-listing practice and in autumn 2007 the former authority published sick-listing recommendations for different illnesses and diseases. The two authorities also have a joint commission to follow-up and evaluate these recommendations and their implementation. The Swedish Social Insurance Agency have as a part of the evaluation, conducted analyses of changes in sick-listing patterns as regard the length of absence before and after the introduction of these recommendations.

All causes of sick listing were encompassed by the general, more restrictive, recommendations introduced in March 2008. Specific recommendations for mental and behavioural disorders were later introduced in August 2008. Both the physical and mental/behavioural disorders have been analysed in detail previously (see Social Insurance Reports 2009:5 and 2010:7). In summary these previous analyses show that changes in the sick-listing pattern have occurred after the introduction of the sick listing recommendations. Both the length and the spread in length of sickness absence have been reduced since March 2008, when the general recommendations were introduced.

The aim of the present third study is to examine long-term changes in the length of sickness absence and the spread of sickness absence lengths after the introduction of sick-listing recommendations. Another aim, and this is a novelty, is to examine the potential changes in the number of new sick listing cases (incidence per month). Another novelty is a thorough examination of changes by *cause of sick listing* (ICD-10 chapters) and by *county*.

In summary the analysis show that changes in the sick-listing pattern have occurred after the introduction of the sick listing recommendations. The length of sickness absence has been shortened while the spread in length, and the number of new sickness absence spells, has been reduced since the introduction of the recommendations. Major changes have occurred in the causes which constitute the bulk of sickness absence: mental and behavioural disorders and musculoskeletal disorders. The results as a whole supports the conclusion that the sick-listing pattern have changed in intended direction since the introduction of sick-listing recommendations for different illnesses and diseases in March 2008.

Inledning och syfte

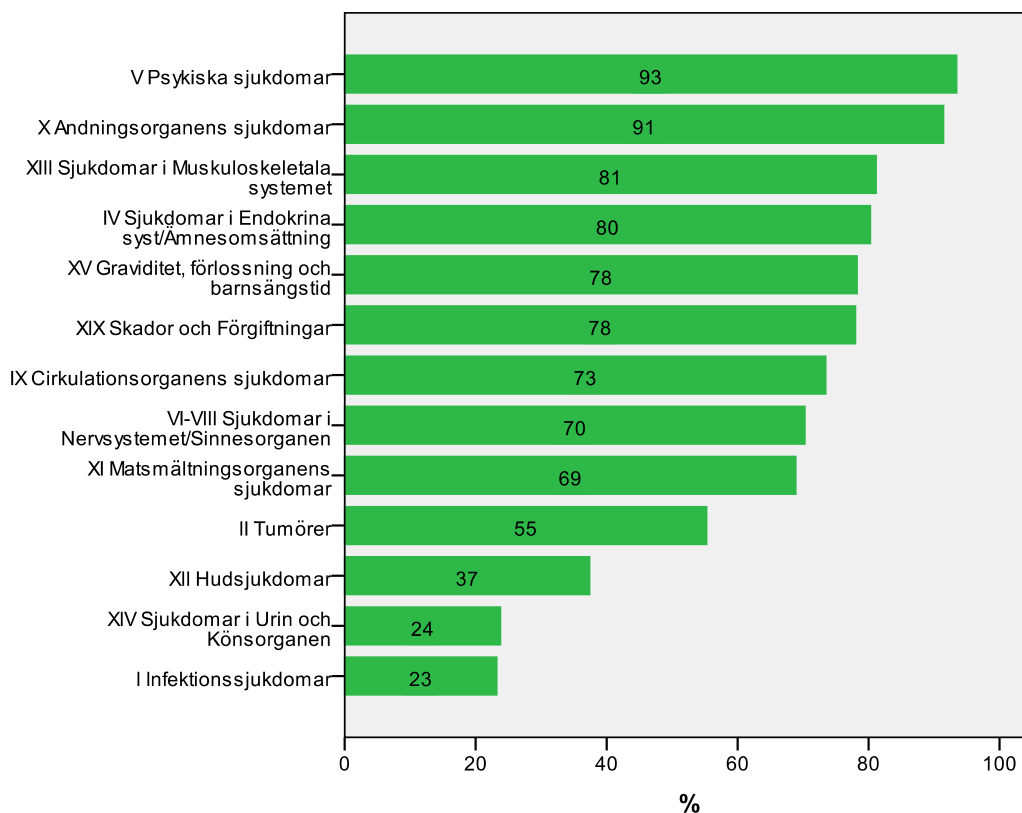
De försäkringsmedicinska riktlinjerna är ett beslutsstöd för läkare och ger rekommendationer om sjukskrivningstider i normalfallet. Beslutsstödet består dels av övergripande principer för när och hur sjukskrivning ska användas vilket gäller för alla sjukdomstillstånd, och dels specifika rekommendationer som rör bedömning av arbetsförmåga och normal sjukskrivningstid vid olika diagnoser. De övergripande principerna innebär generella rekommendationer om ett aktivt förhållningssätt i användandet av sjukskrivning.¹ Inom hälso- och sjukvården har beslutsstödet successivt införts medan det började användas på Försäkringskassan 1 mars 2008. Om sjukskrivningstiden överskrider tiden som anges i de specifika rekommendationerna ska det särskilt motiveras av läkaren. En studie som genomförts av Försäkringskassan under februari–mars 2011 av 10 000 läkarintyg har visat att läkarna sjukskriver inom rekommenderade tider i 71 procent av intygen. Vid avvikelser har läkarna motiverat detta i 63 procent av intygen (Försäkringskassan 2011a).

För sjukskrivningar påbörjade under 2010 som pågått i minst 8 dagar, och därmed krävt läkarintyg, täcker de försäkringsmedicinska riktlinjerna 78 procent av sjukskrivningsorsakerna. I de stora sjukdomsgrupperna är en övervägande majoritet av sjukskrivningsorsakerna eller sjukdomarna täckta av riktlinjerna, se Figur 1. Det gäller psykiska sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, graviditetssjukskrivningar samt skador och förgiftningar. Längre sjukskrivning än 14 dagar för kategorin symtomdiagnoser ska undvikas enligt riktlinjerna varför dessa inte redovisas i figuren. För tumörer som är en relativt vanlig sjukskrivningsorsak täckte de specifika rekommendationerna 55 procent av sjukskrivningarna 2010. De specifika rekommendationerna i riktlinjerna täcker i mer begränsad utsträckning hudsjukdomar, sjukdomar i urin och könsorgan samt infektionssjukdomar. Dessa sjukdomar har i sammanhanget relativt begränsad betydelse för kostnaderna i sjukförsäkringen och stod tillsammans för 1,7 procent av kostnaderna år 2009 (Försäkringskassan 2011b).

Försäkringskassans rapport om beslutsstödet 2011 om utvecklingen och implementeringen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, visade att användningen av beslutsstödet inom både Försäkringskassan och läkarkåren är utbredd men fortfarande inte fullt utvecklad. Både användningen av, och kvaliteten i, det försäkringsmedicinska beslutsstödet behöver fortfarande stärkas på vissa punkter (Försäkringskassan 2011a).

¹ Se övergripande principer för beslutsstödet på Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/omforsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandeprinciperforsjukskrivning>.

Figur 1 Andel sjukskrivningar inom olika diagnoskapitel enligt ICD10 som omfattas av de försäkringsmedicinska riktlinjerna. Sjukfall 8 dagar eller längre påbörjade 2010



En viktig del av uppföljningen av beslutsstödet är att analysera sjukskrivningsmönstret och hur det utvecklas över tid. Analys ska ske för olika diagnoser och diagnosgrupper, för kvinnor och män samt per landsting. Syftet med analysen är att undersöka om det skett förändringar i sjukskrivningstider, spridning i sjukskrivningstider samt antalet påbörjade sjukskrivningar, efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutstödet 2008.

En fråga i sammanhanget är i vilken mån de uppmätta sjukskrivningstiderna avviker från rekommendationerna. En sådan redovisning är tyvärr inte möjlig av två skäl. För det första varierar rekommenderade sjukskrivningstider beroende på den typ av arbete som individen förväntas utföra och sjukskrivningstiderna är inte heller alltid angivna med exakthet. För det andra saknas data för analys av sjukskrivningar kortare än 14 dagar för anställda, samt uppgifter om läkarkonsultationer med fastställd diagnos som inte alls leder till sjukskrivning.

Data och metod

Datamaterialet som sammanställts är från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS. Diagnoserna som redovisas avser den huvuddiagnos som först registrerats i sjukfallet. Diagnoserna är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationen WHO:s internationella klassifikation av sjukdomar ICD10.² Uppföljningen omfattar sjukskrivningar som pågått i 8 dagar eller längre med ersättning från Försäkringskassan. Därmed ingår inte sjukskrivningar för anställda inom ramen för sjuklöneperioden (sjukskrivningsdag 1–14). Sjukskrivningstiderna är räknade från sjukanmälningssdagen, det vill säga sjukskrivningens första dag. Uppföljningen omfattar totalt 1 325 000 sjukskrivningar påbörjade före och 1 113 000 sjukskrivningar påbörjade efter införandet av beslutsstödet i mars 2008. Jämförelser görs bland annat mellan sjukskrivningar påbörjade 28 månader före och 28 månader efter beslutsstödet införande. I och med att det gått relativt lång tid sedan beslutsstödet infördes måste de resultat som nu redovisas betraktas som mycket robusta.

Data över sjukskrivningslängder är mycket snedfördelade med en stor majoritet av sjukskrivningarna avslutade inom en månad. Därför ger måtten *median* och *kvartilavstånd* den mest rättvisande bilden av genomsnittliga sjukskrivningslängder och spridning i sjukskrivningslängd.³ I den beskrivande resultatdelen redovisas sjukskrivningslängder, spridning i sjukskrivningslängder samt antalet påbörjade sjukskrivningar före och efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd per kön (Tabell 1), per diagnoskapitel (Tabell 2) samt per län (Tabell 3).

För att kontrollera att förändringar efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd i sjukskrivningslängder och antalet påbörjade sjukskrivningar inte beror på skillnader i andra kända egenskaper hos de sjukskrivna eller andra viktiga förändringar genomförs regressionsanalyser där sådana skillnader eller förändringar hålls under kontroll. Sjukskrivningslängder analyseras med hjälp av så kallad Cox-proportional hazard regression. Antalet påbörjade sjukskrivningar per månad analyseras med hjälp av linjär regression (ordinary least squares regression OLS).

² <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/sokdiagnos-ochatgardskod/icd-10>

³ *Medianen* definieras som den mittersta observationen i rangordningen efter att observationerna ordnats i storleksordning. *Kvartilavståndet*: är ett spridningsmått som utgör skillnaden mellan första och tredje kvartilen. Den första kvartilen har 25 procent av observationerna till vänster och 75 procent till höger. Den tredje kvartilen har 75 procent av observationerna till vänster och 25 procent till höger. Median är samma sak som den andra kvartilen.

Sjukskrivningstider före och efter införandet av försäkringsmedicinska beslutsstödet

Nedan visas genomsnittlig sjukskrivningslängd, spridningen i sjukskrivningslängd, samt antalet påbörjade sjukskrivningar, och eventuella förändringar i dessa storheter efter beslutsstödet införande.

Sjukskrivningstider för kvinnor och män

Kvinnor har något kortare sjukskrivningar än män efter beslutsstödet införande, med medianvärdet 32 dagar jämfört med 33 dagar för män, se Tabell 1. Kvartilavståndet (spridningen) har minskat mer bland kvinnor, från 73 till 59 dagar.

Tabell 1 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per kön. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade 2005.11–2008.02 (28 månader Före) och 2008.03–2010.06 (28 månader Efter) införande av försäkringsmedicinskt beslutsstöd

	Median		Kvartilavstånd		Antal (tusental)	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Män	33	33	73	64	508	427
Kvinnor	33	32	73	59	817	687
Totalt alla sjukskrivningar	33	32	73	61	1 325	1 113

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31

Sjukskrivningstider per diagnoskapitel

Mellan de båda analysperioderna har antalet sjukskrivningar minskat från 1 325 000 till 1 113 000. Sett till olika sjukdomsgrupper har det också skett en tydlig minskning av antalet sjukskrivningar, se Tabell 2. Det gäller psykiska sjukdomar, sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och symptomdiagnoser. Undantagen är tumörsjukdomar, sjukdomar i endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar som ökat i antal. Psykiska sjukdomar och tumörsjukdomar har längst sjukskrivningstider. Kortast sjukskrivningar har andningsorganens sjukdomar och infektionssjukdomar. Stor minskning i sjukskrivningslängden kan observeras bland psykiska sjukdomar, se Tabell 2. Spridningen har minskat i flera stora diagnoskategorier såsom sjukdomar i muskuloskeletala systemet, sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan, cirkulationsorganens sjukdomar och symptomdiagnoserna. Inom några stora diagnoskategorier har däremot inga minskningar skett i spridningen och det gäller psykiska sjukdomar och tumörer, se Tabell 2.

Tabell 2 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per diagnoskapitel. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade 2005.11–2008.02 (28 månader Före) och 2008.03–2010.06 (28 månader Efter) införande av försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Diagnoskapitel	Median		Kvartil-avstånd		Antal (tusental)	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
I Infektionssjukdomar (A00-B99)	23	22	22	21	19	16
II Tumörer (C00-D48)	62	56	149	151	40	42
III Blod/Immunsystem (D50-D89)	42	37	75	60	4	3
IV Endokrina/Ämnesoms. (E00-E90)	40	33	74	33	14	17
V Psykiska sjukdomar (F00-F99)	73	61	149	150	224	185
VI-VIII Nervsyst./Sinnesorg. (G00-H95)	38	35	66	45	54	51
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00-I99)	51	46	137	105	49	40
X Andningsorganens sjukd. (J00-J99)	20	20	11	11	70	53
XI Matmältningsorganen (K00-K93)	28	27	30	25	45	38
XII Hudsjukdomar (L00-L99)	30	29	44	36	13	10
XIII Muskuloskeletala syst. (M00-M99)	45	41	107	76	299	247
XIV Urin och Könsorganen (N00-N99)	30	29	21	20	25	22
XV Graviditet etc. (O00-O99)	52	49	59	54	59	52
XVI Vissa perinatale tillstånd (P00-P96)	28	28	43	38	0	0
XVII Medfödda missbildningar (Q00-Q99)	28	29	73	58	2	2
XVIII Symtom etc. (R00-R99)	35	31	78	53	45	33
XIX Skador och Förgiftningar (S00-T98)	43	43	59	54	129	124
XX Yttre orsaker sjukdom död (V01-Y98)	31	32	52	41	1	1
XXI Faktorer av hälsobet. etc. (Z00-Z99)	46	34	105	54	16	11
Okänd diagnos (inkl. < 8 dagar)	7	7	3	3	218	168
Totalt alla sjukskrivningar	33	32	73	61	1 325	1 113

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31

Sjukskrivningstider i olika län

Antalet sjukskrivningar har minskat i alla län. Sjukskrivningslängderna har också minskat med några undantag. Kortast sjukskrivningar efter beslutsstödet införande finns i Värmland med en medianlängd på 29 dagar, se Tabell 3. Längst sjukskrivningar finns i Jämtland med medianlängd 38 dagar. Spridningen i kvartilavstånd har minskat i alla län. Spännvidden mellan högsta och lägsta kvartilavstånd har minskat från 35 dagar (100–65) till 21 dagar (74–53). Den största spridningen efter mars 2008 återfinns i Jämtland och Västerbotten och Uppsala medan den minsta spridningen finns i Södermanland, Värmland och Västmanland.

Tabell 3 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per län. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade 2005.11–2008.02 (28 månader Före) och 2008.03–2010.06 (28 månader Efter) införande av försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Län	Median		Kvartilavstånd		Antal (tusental)	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Stockholm	35	33	75	64	269	242
Uppsala	38	35	83	68	45	39
Södermanland	33	31	72	53	40	33
Östergötland	31	31	65	58	53	46
Jönköping	34	34	70	64	43	38
Kronoberg	35	33	73	61	26	22
Kalmar	33	32	73	60	35	27
Gotland	32	31	66	55	10	8
Blekinge	33	31	74	59	23	19
Skåne	33	32	73	61	160	136
Halland	33	32	72	61	43	36
Västra Götaland	33	32	72	59	235	194
Värmland	31	29	73	53	40	30
Örebro	32	31	71	57	44	36
Västmanland	32	30	69	53	42	33
Dalarna	32	30	73	58	43	34
Gävleborg	32	30	71	56	45	35
Västernorrland	34	33	77	65	37	29
Jämtland	41	38	100	74	20	16
Västerbotten	35	33	78	68	35	31
Norrbottn	32	33	67	60	36	28
Riket	33	32	73	61	1 325	1 113

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31

Förändringar i sjukskrivningstid och antalet påbörjade sjukskrivningar – regressionsanalyser

De förändringar i sjukskrivningslängder och antalet påbörjade sjukskrivningar som redovisats ovan skulle kunna bero på införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Det kan dock inte uteslutas att förändringarna också kan bero på införandet av nya striktare regler inom sjukförsäkringen och den så kallade rehabiliteringskedjan i juli 2008. Det finns också andra möjliga förklaringar till förändringar i sjukskrivningslängderna som rör egenskaper hos de sjukskrivna såsom ålder och sjukskrivningsorsak. Därför genomförs regressionsanalyser där sådana skillnader hålls under kontroll.

Sjukfallens avslutning före och efter beslutsstödet införande

Fokus i den första regressionsanalysen (Cox-proportional hazard regression) ligger på om "sannolikheten" för att sjukfallen avslutas har förändrats. Poängen med denna typ av regressionsanalys är att den tar hänsyn till hur snabbt olika händelser inträffar. En korrekt benämning på detta är intensitet, men här kallas det lite förenklat för "sannolikhet" för att sjukfallet avslutas. Resultatet brukar ofta presenteras i relation till ett normvärde som ges värdet 1 och det skattade värdet benämns därför relativ risk (RR) vilket är det värde som redovisas i tabellerna. Analysen görs uppdelat på kvinnor och män, per sjukdomskapitel samt per län. I analysen kontrolleras för en mängd relevanta faktorer som kan tänkas ha betydelse för sjukfallens längd. I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, barn och deras ålder, bosättningslän, födelseland (-region), diagnoskapitel, partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets start, förmånstyp, yrke, sysselsättning, sjukskrivningsmånad, samt införande av ett nytt regelverk i sjukförsäkringen i juli 2008. Dessa faktorerers betydelse för sjukskrivningslängderna redovisas inte i rapporten. För en sådan redovisning hänvisas till Socialförsäkringsrapport 2009:5.

Med kontroll för en mängd faktorer, inklusive rehabiliteringskedjans införande i juli 2008, ökade sannolikheten för att en sjukskrivning avslutas med 8 procent efter införandet av beslutsstödet i mars 2008 (1,00–1,08), se Tabell 4. Separata analyser för kvinnor och män visar att förändringen efter mars 2008 är tydlig för båda könen, med en något starkare förändring för kvinnors sjukskrivningar, med en ökad sannolikhet om 11 procent jämfört med 7 procent för män. Att kvinnor har fått kortare sjukskrivningar överensstämmer med resultaten som presenterades i Tabell 1. Utöver detta visar analysen att också mäns sjukskrivningar förkortats efter beslutsstödet införande.

Tabell 4 Relativ sannolikhet för friskskrivning i sjukskrivningar som påbörjades före eller efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd. (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

	Kvinnor och Män	
	n	RR
Före mars 2008	1 223 714	1,00
Från 2008 (Beslutsstödet infört)	1 332 499	1,08***

	Kvinnor		Män	
	n	RR	n	RR
Före mars 2008	754 701	1,00	469 013	1,00
Från mars 2008	826 517	1,11***	505 982	1,07***

*** = $p \leq 0.001$, ** = $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$.

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31. Avser sjukskrivningar påbörjade januari 2006 till och med december 2010.

I tabellen sammanfattas tre olika regressionsmodeller. I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, barn och deras ålder, bosättningslän, födelseland (-region), diagnoskapitel, partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets start, förmånstyp, yrke, sysselsättning, sjukskrivningsmånad, samt det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008.

Förändringen varierar mellan olika sjukdomsgrupper, se Tabell 5. I de två enskilt största grupperna, psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar har sannolikheten för att sjukskrivningarna avslutas ökat betydligt (14 respektive 13 procent) efter beslutstödet införande. Detsamma gäller symtomdiagnoserna och Z-diagnoserna. Däremot har det inte skett några förändringar i flera fysiska sjukdomsgrupper såsom tumörer, sjukdomar i endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, sjukdomar i urin och könsorgan, graviditetskomplikationer samt i skador och förgiftningar.

Tabell 5 Relativa förändringar i sannolikheten för friskskrivning i sjukskrivningar som påbörjades före eller efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd, per diagnoskapitel (RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Diagnoskapitel	Från mars 2008 RR	Antal observationer n
I Infektionssjukdomar (A00-B99)	1,07**	37 084
II Tumörer (C00-D48)	0,99	88 616
III Blod/Immunsystem (D50-D89)	1,15*	7 194
IV Endokrina/Ämnesoms. (E00-E90)	1,04	33 918
V Psykiska sjukdomar (F00-F99)	1,14***	431 916
VI-VIII Nervsyst./Sinnesorg. (G00-H95)	1,06***	110 946
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00-I99)	1,05**	92 931
X Andningsorganens sjukd. (J00-J99)	1,04**	129 906
XI Matsmältningsorganen (K00-K93)	1,01	87 618
XII Hudsjukdomar (L00-L99)	1,08**	24 624
XIII Muskuloskeletala syst. (M00-M99)	1,13***	575 673
XIV Urin och Könsorganen (N00-N99)	1,04	49 224
XV Graviditet etc. (O00-O99)	1,02	116 749
XVIII Symtom etc. (R00-R99)	1,13***	80 830
XIX Skador och Förgiftningar (S00-T98)	1,01	269 801
XXI Faktorer av hälsobet. etc. (Z00-Z99)	1,19***	26 720
Okänd diagnos (inkl. < 8 dagar)	1,03***	386 941
Totalt alla sjukskrivningar	1,08***	2 556 219

*** = $p \leq 0,001$, ** = $p \leq 0,01$, * = $p \leq 0,05$.

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31. Avser sjukskrivningar påbörjade januari 2006 till och med december 2010. Kapitel XVI, XVII och XX innehåller mycket få sjukskrivningar och redovisas därför inte i tabellen.

I tabellen sammanfattas 18 olika regressionsmodeller (per diagnoskapitel). I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, barn och deras ålder, bosättningslän, födelseland (-region), partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets start, förmånstyp, yrke, sysselsättning, sjukskrivningsmånad, samt det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008.

Förändringen i friskskrivning varierar också mellan länen, se Tabell 6. I Tabell 3 framgick att Jämtland hade de längsta sjukskrivningarna med medianlängden 38 dagar, men Jämtland uppvisar också den största förändringen i friskskrivning efter beslutsstödet införande med 20 procent. Värmland som hade kortast sjukskrivningar efter beslutsstödet införande med en medianlängd på 29 dagar, uppvisar också en klar ökning av friskskrivandet med 15 procent. Ett flertal län ligger också klart över den genomsnittliga ökningen i friskskrivning i riket på 8 procent. Utöver de två nämnda gäller detta Södermanland, Blekinge och Örebro. Län som ligger klart under förändringen i riket som helhet är Jönköping, Kalmar och Halland.

Tabell 6 Relativa förändringar i sannolikheten för friskskrivning i sjukskrivningar som påbörjades före eller efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd, per län (RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Län	Från mars 2008 RR	Antal observationer n
Stockholm	1,06***	537 073
Uppsala	1,06***	88 768
Södermanland	1,19***	76 348
Östergötland	1,10***	104 602
Jönköping	1,04*	86 539
Kronoberg	1,06**	49 446
Kalmar	1,03	64 476
Gotland	1,10**	17 954
Blekinge	1,13***	43 759
Skåne	1,08***	309 595
Halland	1,04*	82 100
Västra Götaland	1,09***	449 680
Värmland	1,15***	72 503
Örebro	1,17***	83 561
Västmanland	1,08***	79 301
Dalarna	1,12***	81 794
Gävleborg	1,06***	83 547
Västernorrland	1,08***	69 197
Jämtland	1,20***	38 028
Västerbotten	1,11***	70 922
Norrbottn	1,10***	67 020
Riket	1,08***	2 556 219

*** = $p \leq 0.001$, ** = $p \leq 0.01$, * = $p \leq 0.05$.

Källa: Försäkringskassans analysdatabas MiDAS uttagsdatum 2011-03-31. Avser sjukskrivningar påbörjade januari 2006 till och med december 2010.

I tabellen sammanfattas 22 olika regressionsmodeller (per län). I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, barn och deras ålder, födelseland (-region), diagnoskapitel, partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallens start, förmånstyp, yrke, sysselsättning, sjukskrivningsmånad, samt det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008.

Förändringar i antalet påbörjade sjukskrivningar

Ingen tidigare analys har genomförts av hur beslutsstödet införande kan ha påverkat antalet sjukskrivningar som påbörjas. Här har antalet påbörjade sjukskrivningar per månad med ersättning från Försäkringskassan (exklusive anställdas sjukskrivningar inom sjuklöneperioden) beräknats och analyserats för åren 2005 till 2010 vilket innebär sammanlagt 72 observationer. I analysen skattas förändringen i antalet påbörjade sjukskrivningar efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd i mars 2008. Eftersom det har varit en generell neråtgående trend i antalet sjukskrivningar under en följd av år tar regressionsanalysen också hänsyn till denna utveckling. Att ta med en tidstrend i regressionen innebär en mer försiktig skattning av den förändring som har skett efter det försäkringsmedicinska beslutsstödet införande. Analysen kontrollerar också för eventuella förändringar som kan hänföras till det nya regelverket inom sjukförsäkringen som infördes i juli 2008. Regressionsanalysen har genomförts samlat för både kvinnor och män, samt uppdelat per kön, diagnoskategori och län.

Resultaten visar att antalet påbörjade sjukskrivningar tydligt minskade efter mars 2008. Totalt sett minskade antalet sjukskrivningar per månad med närmare 3 600, vilket i förhållande till det genomsnittliga antalet påbörjade sjukskrivningar per månad åren 2005 till 2010 (cirka 44 000) är 8 procent, se Tabell 7. Minskningarna är större relativt sett för kvinnor (10 procent) än för män (6 procent).

Tabell 7 Förändring i antalet påbörjade sjukskrivningar efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd.^a Data per år och månad 2005.01–2010.12, n=72, resultat från linjär regression OLS

Grupp	Skattad förändring	Aritmetiskt medelvärde	Förändring i % jämfört med medelvärde
Kvinnor och män	–3 582**	43 966	–8
Kvinnor	–2 580**	27 136	–10
Män	–1 002*	16 829	–6

*** = $p \leq 0.01$, ** = $p \leq 0.05$, * = $p \leq 0.10$.

Källa: Försäkringskassan MiDAS uttagsdatum 2011-03-31. Sjukskrivningar påbörjade januari 2005–december 2010.

^a Betydelsen av införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd testas med dummyvariabelteknik där månader före 2008.03 kodas som 0 och månader från och med 2008.3 kodas som 1. I tabellen sammanfattas tre olika regressionsmodeller. I modellerna kontrolleras för sjukskrivningsmånad, det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008 samt tidstrend.

Skillnader finns också mellan olika grupper av diagnoser där minskningarna är stora för psykiska sjukdomar (17 procent) och rörelseorganens sjukdomar (13 procent), se Tabell 8. Detsamma gäller sjukdomar i endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, sjukdomar i urin och könsorgan samt symptom- och Z-diagnoserna. Däremot har det inte skett några statistiskt säkerställda förändringar (på 5-procentsnivån) i flera fysiska sjukdomsgrupper såsom infektionssjukdomar, tumörer, sjukdomar i blod och immunsystem, andningsorganens sjukdomar, hudsjukdomar, graviditetskomplikationer samt i skador och förgiftningar. För sjukskrivningar som saknar registrerad diagnos finns heller ingen statistiskt säkerställd effekt av förändringen i mars 2008. Denna kategori utgörs i första hand av kortare sjukskrivningar för individer som inte har sjuklön och som avslutats under den första sjukskrivningsveckan och därmed inte krävt läkarintyg.

Att minskningarna är större för kvinnor än för män och för psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar, stämmer väl överrens med resultaten i Tabell 4 och Tabell 5 där också sjukskrivningarna avslutades snabbare för kvinnor och för nämnda stora diagnosgrupper efter mars 2008.

Tabell 8 Förändring i antalet påbörjade sjukskrivningar efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd.^a Data per år och månad 2005.01–2010.12, n=72 per diagnoskapitel, resultat från linjär regression OLS

Diagnoskapitel	Skattad förändring	Aritmetiskt medelvärde	Förändring i % jämfört med medelvärde
I Infektionssjukdomar (A00-B99)	-6	619	-1
II Tumörer (C00-D48)	-58	1 466	-4
III Blod/Immunsystem (D50-D89)	-12	122	-10
IV Endokrina/Ämnesoms. (E00-E90)	-89 **	552	-16
V Psykiska sjukdomar (F00-F99)	-1 236 ***	7 397	-17
VI-VIII Nervsyst./Sinnesorg. (G00-H95)	-174 **	1 853	-9
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00-I99)	-194 ***	1 579	-12
X Andningsorganens sjukd. (J00-J99)	-118	2 219	-5
XI Matmältningsorganen (K00-K93)	-181 ***	1 493	-12
XII Hudsjukdomar (L00-L99)	-15	420	-4
XIII Muskuloskeletala syst. (M00-M99)	-1 276 ***	9 877	-13
XIV Urin och Könsorganen (N00-N99)	-149 ***	835	-18
XV Graviditet etc. (O00-O99)	-98	1 979	-5
XVIII Symtom etc. (R00-R99)	-249 ***	1 410	-18
XIX Skador och Förgiftningar (S00-T98)	-69	4 519	-2
XXI Faktorer av hälsobet. etc. (Z00-Z99)	-75 **	480	-16
Okänd diagnos (inkl. < 8 dagar)	428	7 047	6
Totalt alla sjukskrivningar	-3 582 **	43 966	-8

*** = $p \leq 0.01$, ** = $p \leq 0.05$, * = $p \leq 0.10$.

Källa: Försäkringskassan MiDAS uttagsdatum 2011-03-31. Sjukskrivningar påbörjade januari 2005–december 2010.

Kapitel XVI, XVII och XX innehåller mycket få sjukskrivningar och redovisas därför inte i tabellen.

^a Betydelsen av införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd testas med dummyvariabelteknik där månader före 2008.03 kodas som 0 och månader från och med 2008.3 kodas som 1. I tabellen sammanfattas 18 olika regressionsmodeller (per diagnoskapitel). I modellerna kontrolleras för sjukskrivningsmånad, det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008 samt tidstrend.

I vilken mån antalet påbörjade sjukskrivningar förändrats efter den första mars 2008 varierar också mellan länen, se Tabell 9. I Tabell 3 framgick att Jämtland hade de längsta sjukskrivningarna med medianlängden 38 dagar, men Jämtland uppvisar också den största förändringen i friskskrivning efter beslutsstödet införande med 20 procent. Värmland som hade de kortaste sjukskrivningar efter beslutsstödet införande med en medianlängd på 29 dagar, uppvisar också en klar ökning av friskskrivandet med 15 procent.

Ett flertal län ligger klart över den genomsnittliga minskningen i antalet påbörjade sjukskrivningar i riket på 8 procent. Dessa län är Västmanland, Dalarna, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten. I ett flertal län är förändringen i antalet påbörjade sjukskrivningar i mars 2008 inte statistiskt säkerställda (på 5-procentsnivån). Detta gäller Stockholm, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Västra Götaland, Värmland, Örebro och Västerbotten.

Tabell 9 Förändring i antalet påbörjade sjukskrivningar efter införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd.^a Data per år och månad 2005.01–2010.12, n=72 per län, resultat från linjär regression OLS

Län	Skattad förändring	Aritmetiskt medelvärde	Förändring i % jämfört med medelvärde
Stockholm	-408	9 136	-4
Uppsala	-143 **	1 514	-9
Södermanland	-131 **	1 301	-10
Östergötland	-168 **	1 797	-9
Jönköping	-114 *	1 456	-8
Kronoberg	-49	851	-6
Kalmar	-81	1 114	-7
Gotland	-29 *	309	-9
Blekinge	-38	751	-5
Skåne	-538 ***	5 302	-10
Halland	-122 **	1 406	-9
Västra Götaland	-499	7 722	-6
Värmland	-125 *	1 276	-10
Örebro	-74	1 434	-5
Västmanland	-191 ***	1 360	-14
Dalarna	-234 ***	1 406	-17
Gävleborg	-163 ***	1 447	-11
Västernorrland	-156 ***	1 201	-13
Jämtland	-103 ***	647	-16
Västerbotten	-91	1 209	-8
Norrbottnen	-163 ***	1 164	-14
Riket	-3 582 **	43 966	-8

*** = $p \leq 0.01$, ** = $p \leq 0.05$, * = $p \leq 0.10$.

Källa: Försäkringskassan MIDAS uttagsdatum 2011-03-31. Sjukskrivningar påbörjade januari 2005 – december 2010.

^a Betydelsen av införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd testas med dummyvariabelteknik där månader före 2008.03 kodas som 0 och månader från och med 2008.3 kodas som 1. I tabellen sammanfattas 22 olika regressionsmodeller (per län). I modellerna kontrolleras för sjukskrivningsmånad, det nya regelverkets införande i sjukförsäkringen i juli 2008 samt tidstrend.

Intressant att notera är också att det den generellt neråtgående trenden i antalet påbörjade sjukskrivningar gäller för både kvinnor och män (redovisas ej i tabell). Dock gäller den neråtgående trenden inte för alla diagnoskategorier. En signifikant uppåtgående trend kan i stället urskiljas för tumörer (kapitel II) samt endokrina sjukdomar och ämnesomsättnings-sjukdomar (IV). Ingen tidstrend alls kan urskiljas för infektionssjukdomar (I), sjukdomar i blod och immunsystem (III), psykiska sjukdomar (V), sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen (VI-VIII), cirkulationsorganens sjukdomar (IX), andningsorganens sjukdomar (X), sjukdomar i urin- och könsorganen (XIV) samt skador och förgiftningar (XIX). Den neråtgående trenden är däremot tydlig för matsmältningsorganens sjukdomar (XI), hudsjukdomar (XII), sjukdomar i muskuloskeletala systemet (XIII), graviditetskomplikationer (XV), symtom (XVIII), Z-diagnoserna (XXI) samt för sjukskrivningar med okänd diagnos. Den neråtgående trenden gäller också i de allra flesta län. Tre undantag finns och ingen signifikant neråtgående trend kan urskiljas mellan 2005 och 2010 i Jönköping, Jämtland eller Västerbotten.

Sammantaget visar regressionsanalyserna att både sjukskrivningslängder och antalet påbörjade sjukskrivningar minskat efter mars 2008 då det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes. Resultaten stöder därmed tolkningen att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har haft en inverkan på sjukskrivningsmönstret i avsedd riktning. De största förändringarna har skett i de grupper av diagnoser som står för störst andel av sjukskrivningarna: psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar.

Referenser

Försäkringskassan (2009) *Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2009:5. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2010) *Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2010:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011a) *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – En rapport om användandet, motiveringar till överskriden tid samt förändringar i sjukskrivningsmönster*. Dnr: 2082-2011. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011b) *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? – Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos*. Socialförsäkringsrapport 2011:4 Stockholm: Försäkringskassan.

Socialstyrelsen (2007) *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*. Artikelnr 2007-11110-15. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011) *Uppföljning och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Socialstyrelsens lägesrapport om utvecklingen 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen & Försäkringskassan (2010). *Det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport 2009*. Dnr: 4363-2010. Stockholm: Försäkringskassan.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet
- 2011:3 Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011
- 2011:4 Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos
- 2011:5 Särlevande föräldrar och deras barns boende och underhåll
- 2011:6 Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade
- 2011:7 Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster