

Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Ed Palmer
010-116 92 40
edward.palmer@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

I denna studie analyseras effekter av Försäkringskassans tidiga insatser på sjukfallens längd. De insatser som studeras är SASSAM-kartläggning (strukturerad arbetsmetodik för sjukfallshantering och samordnad rehabilitering) och avstämningsmöte. I en SASSAM innebär utredning diskuterar en handläggare från Försäkringskassan hälsotillstånd, arbetsförmåga och motivation tillsammans med den sjukskrivne under ett personligt möte. Ett avstämningsmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en ytterligare part (exempelvis läkaren eller arbetsgivaren) deltar i syfte att utreda den sjukskrivnes arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. SASSAM och avstämningsmöte leder ofta till arbetslivsinriktade åtgärder, exempelvis arbetsträning, inleds.

Studien baseras på ett randomiserat experiment där slumpmässigt utvalda individer i två behandlingsgrupper har prioriterats att få SASSAM och avstämningsmöte tidigare jämfört med kontrollgrupper. Experimentet genomfördes av Försäkringskassan under november–december 2007 och drygt 15 000 sjukskrivna individer ingår i studien. Experimentet har utvärderats i samarbete med Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Resultaten ger inget stöd för att en tidigareläggning av dessa insatser förändrar sjukfallens längd.

Författare till rapporten är Per Engström och Per Johansson på IFAU samt Hans Goine, Edward Palmer och Pernilla Tollin på Försäkringskassan.

Pathric Hägglund (Inspektionen för socialförsäkringen och Försäkringskassan) och Peter Skogman-Thoursie (IFAU) har bidragit med värdefulla synpunkter på en tidigare utkast av rapporten.

Stockholm i juni 2010

Magdalena Brasch
Verksamhetsområdeschef
Avdelningen för analys och prognos

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Introduktion	6
2 Insatsernas roll i sjukskrivningsprocessen	8
3 Sjukskrivningsprocessen och experimentet	10
3.1 SASSAM och avstämningsmöte.....	11
3.2 Experimentet.....	12
4 Data och analys av utfallet av randomiseringen	14
5 Resultat	19
5.1 Heterogenitetsanalys	21
5.2 Känslighetsanalys baserat på det större stickprovet	22
6 Avslutande diskussion	23
Referenser	26

Sammanfattning

Vi studerar om Försäkringskassans tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen leder till kortare sjukfrånvaro. De insatser som studeras är kartläggning enligt SASSAM och avstämningsmöte. En SASSAM-kartläggning består av ett personligt möte mellan den sjukskrivne individen och dess handläggare, och ett avstämningsmöte är ett formaliserat möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en ytterligare part, vanligtvis läkaren eller arbetsgivaren, deltar. Dessa insatser har både kontrollerande och stödjande funktioner – såsom utredning av rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering – och utgör viktiga hållpunkter i de längre sjukskrivningarna. I studien används ett randomiserat experiment där slumpmässigt utvalda individer i de två behandlingsgrupperna har prioriterats att få dessa insatser tidigare jämfört med kontrollgrupper. Vi finner inget stöd för att dessa tidiga insatser förkortar sjukfrånvaron.

1 Introduktion

Sjukförsäkringens årliga kostnader uppgår till sammanlagt omkring 100 miljarder kronor, med en nedåtgående trend sedan 2006. Bakom dessa kostnader ligger omkring 250 000 nya sjukfall per år som pågår över en månad med ersättning från Försäkringskassan¹, samt drygt 540 000 (2008) fall med sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). En återkommande fråga är hur samhället bäst kan förebygga långvariga sjukskrivningar, vilka alltför ofta leder till en permanent utslagning från arbetskraften. En vanlig uppfattning (t.ex. OECD, 2009) är att tidiga insatser leder till kortare sjukfall; en uppfattning som också varit styrande för den svenska lagstiftningen inom området, t.ex. SOU 1988:41 och proposition 2002/03:89.

Vid en första anblick kan det verka uppenbart att man via tidiga insatser kan förhindra långvarig sjukfrånvaro. Resonemanget bygger emellertid på två antaganden som inte har särskilt stark empiriskt stöd. För det första antar man att insatsen påskyndar återgången i arbete. En sådan insats kan t.ex. vara ett avstämningsmöte. Vid ett avstämningsmöte ska individens arbets-situation uppmärksammas, vilket förhoppningsvis ska leda till en förbättrad arbetssituation för individen. Men det finns ett mycket begränsat empiriskt stöd för att arbetslivsinriktade insatser leder till en snabbare återgång i arbete (se avsnitt 2 för en kort redogörelse av den empiriska litteraturen). För det andra bygger det på att man i ett tidigt skede (dvs. innan sjukfrånvaron blivit lång) lyckas identifiera de individer där en insats behövs eftersom det blir kostsamt att ge insatser till alla. Försäkringskassans prognosinstrument ger förvisso en förhållandevis träffsäker bild av vilka sjukfall som blir långa (Försäkringskassan, 2006). Denna prognosförmåga gäller dock under de insatser Försäkringskassan för närvarande erbjuder, och inte den förväntade tiden i sjukfrånvaro i avsaknad av insatser. Det kan rent hypotetiskt vara så att vissa insatser förlänger tiden i sjukfrånvaro för vissa individer. Om det är på det viset kan beslutet att ge insatser till individer med hög risk för lång sjukfrånvaro vara helt felaktigt. Om det är förekomsten av insatser som orsakat att sjukfallet riskerar att bli långt så är rätt medicin i stället att slopa insatserna.

Syftet med denna studie är att med hjälp av ett randomiserat experiment utvärdera om tillgång till tidiga insatser leder till kortare sjukfrånvaro. En slumpmässigt utvald behandlingsgrupp blev under en sex veckors period prioriterad till tidiga insatser i form av (i) en utredning som utförs av Försäkringskassan enligt en Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och Samordnad rehabilitering (förkortas SASSAM fortsättningsvis) och (ii) ett avstämningsmöte – mellan den försäkrade, Försäkringskassans handläggare, en representant från arbetsgivaren och läkaren. Kontrollgruppen har inte prioriterats att få dessa insatser under samma

¹ Antalet 2009 var det lägsta på mer än 10 år (se Försäkringskassan, budgetuppföljning 2009-07-30).

tidsperiod. Innebörden av detta är att sannolikheten att få insatser tidigt är större i den behandlade gruppen än i kontrollgruppen. Den totala sannolikheten att få någon av insatserna under en sjukskrivning är på så vis större i den behandlade gruppen. Men det betyder inte att alla i behandlingsgruppen har fått dessa insatser och att ingen i kontrollgruppen har fått dessa.

SASSAM och avstämningsmöte har såväl kontrollerande som stödjande syften. Kontrollen handlar om att Försäkringskassan ska ta in uppgifter för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Under både SASSAM och avstämningsmöte ska också den sjukskrivnes behov av rehabilitering uppmärksammas. Vid behov kan detta leda till att en rehabiliteringsplan senare upprättas (den stödjande aspekten).² Detta innebär att en ökad möjlighet att få SASSAM och avstämningsmöte också ökar sannolikheten för individen att få olika rehabiliteringsinsatser. En parallell studie inom ramen för samma experiment (Tollin, 2010) finner också att så blev fallet. Detta innebär att vi inte kan särskilja eventuella effekter av SASSAM eller avstämningsmöten från de åtgärder som ofta följer på dessa insatser. Vi fångar i stället effekten av hela den process det innebär att få tillgång till SASSAM och avstämningsmöte i ett relativt tidigt skede.

En annan väsentlig fråga är resultatens generaliserbarhet över tid. Är resultaten exempelvis giltiga i dag? Försäkringskassan ska enligt lag kalla en individ till möte om det behövs för att bedöma rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering. I praktiken är det den enskilda handläggaren som bedömer när det finns ett sådant behov på basis av det underlag som finns i ärendet, exempelvis medicinska underlag eller information som framkommit i telefonsamtal med den försäkrade. Detta är grunden för användandet av SASSAM och avstämningsmöte i sjukförsäkringen, och dessa förutsättningar har inte förändrats sedan experimentet genomfördes. Utbudet av rehabiliteringsinsatser har heller inte förändrats sedan experimentet genomfördes. För arbetslösa (eller presumtvt arbetslösa) finns ett visst utbud av rehabiliteringsinsatser inom ramen för Försäkringskassans samverkan med Arbetsförmedlingen. Detta samarbete har funnits sedan 2003 och pågår än i dag.³ Försäkringskassans köp av aktiva rehabiliteringstjänster till anställda görs endast i mycket begränsad omfattning sedan ett antal år tillbaka.⁴ För anställda utgörs utbudet därför främst av de insatser som kan genomföras hos arbetsgivaren, dvs. arbetsträning och anpassning av arbetsuppgifter, något som även gällde 2007 då experimentet genomfördes. Vi bedömer därför att resultaten av experimentet är giltiga än i dag vad avser Försäkringskassans metoder.

Hittills finns inga randomiserade studier av effekterna på sjukskrivningslängder av vare sig Försäkringskassans tidigare eller nuvarande insatser. Den enda mer omfattande studien av hur SASSAM och avstämningsmöte

² Försäkringskassans Vägledning 2004:2 version 14, Sjukpenning och samordnad rehabilitering.

³ Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans handlingsplan 2010 för stöd till återgång i arbete (Dnr 98485-2009).

⁴ Enligt uppgifter från Försäkringskassans huvudkontor.

påverkar återgång i arbete från sjukskrivning är Hetzler (2009). Hetzlers studie bygger på ca 3 000 avslutade sjukfall i Skåne län under fjärde kvartalet 2005. Slutsatsen från den är att varken SASSAM eller avstämningsmöte var till hjälp i hanteringen av långa sjukfall.

Hetzlers studie, liksom de flesta andra som bygger på retrospektiva data från försäkringsregister, lider av att det är svårt att veta hur selektionen av individer till insatserna gjorts. Om individer med förväntat lång sjukfrånvaro i högre utsträckning blir föremål för insatser än individer med en förväntat kort sjukfrånvaro finns ett ”mekaniskt” positivt samband mellan sjukfrånvarofallets längd och förekomsten av insats. Om utredaren inte har vetskap om den process som bestämmer tillgång till insatsen (när och till vem) finns därför en stor risk att felaktiga slutsatser dras. Det är detta problem som denna studie löser eftersom man begränsat selektionsmöjligheten för handläggarna.⁵

Resultatet från vår studie är att vi inte finner något stöd för att en ökad tillgång till tidiga insatser i sjukfallen förkortar sjukfrånvaron. Vid separata analyser för män, kvinnor och mellan individer med olika utbildning, ålder och historisk sjukfrånvaro kan vi inte heller se att sjukfrånvarolängden blir kortare i någon enskild grupp av en ökad tillgång till dessa insatser.

Rapportens disposition är som följer. I avsnitt 2 diskuteras relevant litteratur, med fokus på den svenska och internationella litteraturen kring olika insatsers roll i sjukskrivningsprocessen. Vi fortsätter i avsnitt 3 med en beskrivning av den administrativa processen kring sjukskrivning och hur experimentet genomfördes. Avsnitt 4 beskriver data och i vilken utsträckning experimentet fungerat som det var tänkt. I avsnitt 5 rapporteras resultat och i avslutande avsnitt 6 diskuteras resultaten.

2 Insatsernas roll i sjukskrivningsprocessen

I den medicinska litteraturen finns endast mycket begränsat empiriskt stöd för att olika former av interventioner/insatser för de för försäkringen dominerande diagnoserna har lett fram till minskad sjukfrånvaro (Alexandersson & Nordlund 2004; Bloch & Prins, 2001; Blank 2008; van Oostrom 2009).

Det finns relativt få randomiserade studier med olika interventioner på arbetsplatser (Elders 2000; Kuijer 2006; van Oostrom 2009, 2010). Elders (2000), och van Oostrom (2009) finner ett visst stöd för att insatser riktade till individer med besvär i rörelseorganen minskar deras sjukfrånvaro. Kuijer (2006) finner ett stöd för att de egna förväntningarna på återhämtning är viktiga för beslutet att återgå i arbete vid ländryggssmärta. Lambeek (2010) finner i en randomiserad studie att ett integrerat behandlingsprogram

⁵ Handläggarens selektionsmöjligheter finns emellertid kvar inom varje behandlingsgrupp. I denna studie sträcker sig kontrollen av selektion till att prioritera en slumpvis vald grupp under en begränsad tid; selektionen av exakt vem som får insats och vid vilken tidpunkt ligger fortfarande i händerna på de enskilda handläggarna.

minskar såväl upplevda besvär och arbetsförmåga. van Oostrom (2010) kan inte hitta något stöd för att tidiga insatser riktade mot individer med stressrelaterade sjukdomar minskar deras sjukfrånvaro.

Utifrån klassiska observationsstudier finns också visst stöd för att arbets-
träning eller ”terapeutisk” återgång i arbete⁶ kan medföra en snabbare och
också en mer varaktig återgång i arbete för långa sjukfall (Veerman och
Palmer 2001; Palmer och Tasiran 2001; Palmer *m.fl.* 2007). Yrkesinriktade
rehabiliteringsinsatser å andra sidan ser snarare ut att leda till en förlängning
av tiden som sjukskriven (t.ex. Andrén och Palmer 2004; Tollin 2007).
Samtliga dessa studier lider av att individerna som deltar i åtgärderna är
selektivt utvalda, något som kan snedvrída de empiriska resultaten.

Det finns en studie som pekar på att rehabiliteringsinsatser kan förlänga i
stället för att förkorta sjukfrånvaron (Andersén *m.fl.* 2008). Det finns två
potentiella förklaringar till detta resultat. Det finns stöd i den medicinska
litteraturen (t.ex. Parsons 1978; Twaddle och Nordenfeldt 1994; Sachs
1987) för att sjukfrånvaro kan vara ett önskat tillstånd för en individ
eftersom detta ger individen en identitet såsom sjuk. Insatser i syfte att
rehabilitera individen kan på så sätt konfirmera individens identitet som sjuk
och därför förlänga sjukfrånvaron. En alternativ och kompletterande
förklaring är att en rehabiliteringsinsats kan innebära olika sekventiella
insatser vilket kan leda till en ”inlåsnings-effekt” i sjukfrånvaron eftersom
det kan vara väntetider till de olika insatserna.

I tidigare forskning har man konstaterat att sjukskrivningsbeteendet påverkas
av en rad faktorer utöver ren arbetsförmåga⁷; tidiga insatser med kon-
trollinslag kan därför vara verkningsfulla för att minska sjukskrivningen. I
arbetsmarknadsforskningen har så kallade anvisningseffekter eller för-
behandlingseffekter påträffats i flera studier. Exempelvis har det konsta-
terats att benägenheten att lämna arbetslöshet ökar strax före programstart
bland arbetssökande som anvisats en åtgärd (Hägglund, 2006). Vidare har
Hägglund (2009) funnit ett förhöjt utflöde från sjukförsäkringen vid dag 90
och dag 180 då Försäkringskassan ska pröva en individs arbetsförmåga
mot andra arbeten på individens arbetsplats och gentemot hela arbets-
marknaden. Man kan tänka sig att en liknande effekt kan uppstå när Försäk-
ringskassan kallar sjukskrivna till insatser. Det finns ännu ingen studie som
testar denna hypotes inom ramen för sjukförsäkring.

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att det sedan tidigare inte
finns något entydigt empiriskt stöd för att de metoder som för närvarande
används av Försäkringskassan (SASSAM och avstämningsmöte) verkligen
ökar utflödet från sjukfrånvaro. Det finns en del studier som talar för att
kontroller kan minska sjukskrivningen. Om dessa insatser har denna
kontrollfunktion skulle de därför potentiellt kunna leda till ökat utflöde från
sjukfrånvaro. Det finns inget entydigt starkt empiriskt stöd för att yrkes-

⁶ Terapeutisk återgång i arbete kan utgöra t.ex. arbets- och rehabiliteringsprogram, deltidssjuk-skrivning och utbildningsinsatser.

⁷ Se t.ex. Johansson & Palme (1996, 2002, 2005), Henriksson & Persson (2004)
Skogman-Thoursie (2004), Larsson (2006). Hesselius *m.fl.* (2005).

mässiga rehabiliteringsinsatser skulle förkorta sjukfrånvaron i allmänhet. Den stora osäkerheten på detta område legitimerar därför ett storskaligt randomiserat experiment som utvärderar den totala effekten av dessa två centrala insatser (SASSAM och avstämningmöte) och efterföljande rehabilitering.

3 Sjukskrivningsprocessen och experimentet

Sjukförsäkringen ersätter inkomsten för individer som inte kan utföra sitt vanliga arbete på grund av sjukdom. För anställda försäkrade svarar arbetsgivaren för sjuklönen de första 14 dagarna och därefter svarar Försäkringskassan för ersättningen. Arbetsgivaren är skyldig att anmäla fall som fortsätter längre än 14 dagar till Försäkringskassan. Därefter skickar Försäkringskassan en blankett (försäkrans) till den försäkrade individen. Denne fyller i blanketten och skickar den tillbaka till Försäkringskassan tillsammans med ett medicinskt underlag (läkarintyg) som styrker fortsatt sjukfrånvaro. Dessa underlag avgör om den försäkrade individen har rätt till sjukpenning.

Försäkringskassans administration hade länge en ambition att utreda alla sjukfall med ersättningslängder längre än 90 dagar utan att det fanns en specifik modell för hur det skulle gå till. Som ett av många medel i att minska den höga sjukfrånvaron formaliserades arbetssättet genom att man den första juli lagstiftade om arbetsmetoden avstämningmöte (Prop 2002/03:89). Efter ett flerårigt utvecklingsarbete infördes dessutom en strukturerad utredningsmetod, SASSAM, på alla försäkringskassor 2004.

Hösten 2007, när detta experiment genomfördes, gjorde Försäkringskassan i samtliga nya sjukfall en bedömning om individen är i behov av aktiva insatser från Försäkringskassan eller inte; ett så kallat *vägval*.

Detta sker som regel när sjukfallet pågått i 4–6 veckor från första sjukskrivningsdagen. Vid vägvalet kategoriseras de pågående sjukfallen som *aktiva ärenden* eller *prognosärenden*. Sjukfall där individen bedöms vara i behov av hjälp och stöd från Försäkringskassan kategoriseras som *aktiva ärenden*. Aktuella insatser kan vara i form av SASSAM, avstämningmöte eller arbetslivsinriktade åtgärder (t.ex. arbetsträning eller anpassning av arbetsplatsen). Prognosärende är benämningen för sjukfall där individen bedöms kunna återgå till sitt tidigare arbete efter en normal läknings- och behandlingstid utan insatser från Försäkringskassan.

Vägvalet togs bort 1 januari 2010: Det innebär att kategorierna aktivt ärende och prognosärende inte längre existerar. Handläggaren gör emellertid även i dag en dokumenterad bedömning av hur ärendet ska handläggas fortsättningsvis efter den initiala sjukpenningrättsbedömningen. Bedömningen görs på basis av det samlade underlaget i ärendet och vid behov görs även en

utredning via telefon. Enligt Försäkringskassans processbeskrivning för handläggare har dagens utredning i princip samma innehåll som tidigare.⁸

3.1 SASSAM och avstämningsmöte

Försäkringskassan ska enligt lag⁹ kalla den försäkrade till utredning eller möte om det behövs för att bedöma rätten till sjukpenning eller behovet av rehabilitering. De metoder som Försäkringskassan använder för detta syfte är SASSAM och avstämningsmöte. Om den försäkrade har kallats till SASSAM eller avstämningsmöte och uteblir kan Försäkringskassan dra in sjukpenningen.¹⁰

En SASSAM består av ett personligt möte mellan den sjukskrivne individen och dess handläggare för att diskutera den sjukskrivne individens situation. Som underlag för diskussionen används en så kallad SASSAM-karta. Denna innehåller frågor som strikt rör sjukpenningrätten (individens sjukdom, arbetsförmåga och arbetsuppgifter) men även frågor som ligger utanför sjukförsäkringen, t.ex. sociala förhållanden och motivation. Försäkringskassan utreder således områden som ligger utanför sjukförsäkringen. Anledningen till detta är att undvika att sjukpenning utbetalas på felaktiga grunder. Utredningen ska resultera i ett beslut om hur ärendet ska handläggas i fortsättningen.¹¹ Denna metod togs fram internt på Försäkringskassan 2003 och var vid genomförandet av detta experiment väl etablerad.

Avstämningsmötet är ett formaliserat möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en ytterligare part, vanligtvis läkaren eller arbetsgivaren, deltar. Om den sjukskrivne är arbetslös kan en handläggare från Arbetsförmedlingen delta. Syftet med avstämningsmötet är dels att utreda vad den anställde, med hänsyn till sin sjukdom, kan och inte kan göra, dels att ta ställning till vilka åtgärder som krävs för att den anställda kan återgå i arbete på samma arbetsplats. Om den anställda behöver arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ska man diskutera vilka åtgärder som är möjliga och lämpliga. Enligt Försäkringskassans metodstöd bör ett avstämningsmöte föregås av en SASSAM utredning.¹²

I propositionen som ligger till grund för avstämningsmötet framhålls att detta är till gagn för den försäkrade och bör kunna leda till lägre sjukfrånvaro. Enligt en rapport från Försäkringskassan (Tollin 2007) minskar ett genomfört avstämningsmöte sjukskrivningsgraden. Den ökar också sannolikheten för att rehabiliteringsåtgärder inleds och att individen beviljas sjukersättning. Däremot ökar inte sannolikheten att sjukfallen avslutas helt.

⁸ Försäkringskassans process för sjukpenning och samordning.

⁹ Lagen (1962:381) om allmän försäkring, 3 kap. § 8.

¹⁰ Lagen (1962:381) om allmän försäkring, 20 kap. § 3.

¹¹ Försäkringskassans Vägledning 2004:2 version 14, Sjukpenning och samordnad rehabilitering.

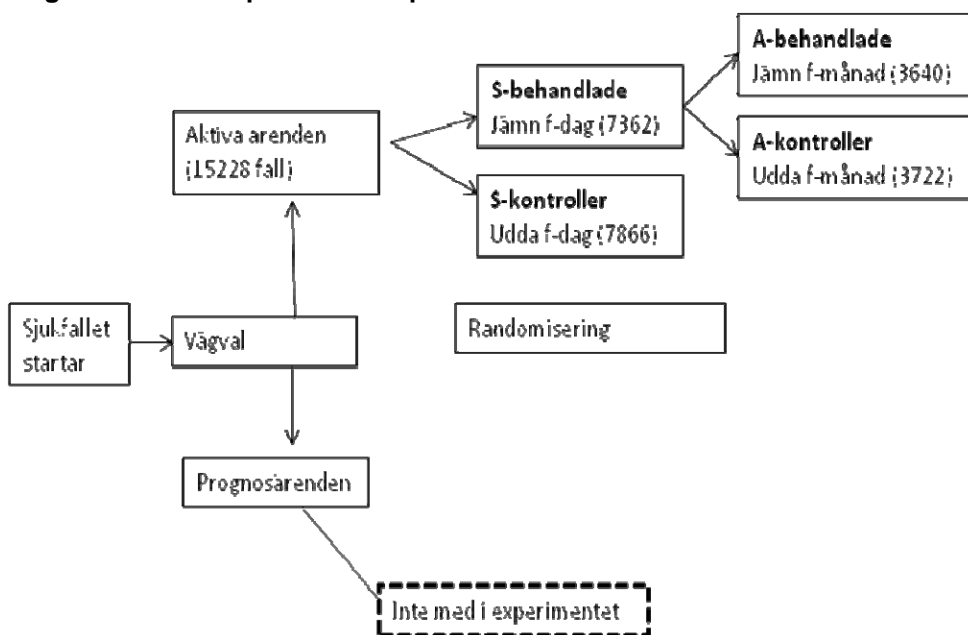
¹² Försäkringskassans Vägledning 2004:2 version 14, Sjukpenning och samordnad rehabilitering.

3.2 Experimentet

Figur 1 beskriver schematiskt experimentet som berörde sjukfall som gick till vägval under perioden 5 november till 14 december 2007 (vägvalet görs i regel när sjukfallet pågått 4–6 veckor).¹³ Denna period benämner vi hädanefter experimentperioden. Vid vägvalet avgjordes om ärendet skulle bli ett prognosärende eller aktivt ärende. Under experimentperioden gjordes 25 861 vägvalsbedömningar och utifrån dessa bedömdes 15 228 individer vara i behov av aktiva insatser. Dessa 15 228 aktiva sjukfall utgör studiepopulationen i experimentet. De individer som ingick i studiepopulationen selekterades på basis av födelsedatum till olika grupper. Att selektionen till olika behandlingsgrupper baseras på födelsedatum innebär i praktiken att en randomisering till de olika grupperna genomfördes. Vi benämner därför denna selektion för randomisering hädanefter.

Vid det första randomiseringstillfället fördelades personer födda på jämna dagar (S-behandling: 7 362 individer) till att prioriteras till SASSAM, medan individer födda udda dag sattes på bevakning i minst 45 dagar (S-kontroll: 7 866 individer). Bevakning innebar att Försäkringskassan inte kallade den försäkrade till SASSAM under denna period. Efter denna viloperiod var det möjligt enligt experiments design att kalla dessa personer till en SASSAM.

Figur 1 Principskiss för experimentet



Bland dem som prioriterades till SASSAM (S-behandlade) gjordes även en andra randomisering vid samma tillfälle: Individer födda i jämn månad fick även 45 dagars prioritet till avstämningsmöte (A-behandlade: 3 640 individer), medan individer födda en udda månad sattes på bevakning i 45 dagar, vilket betydde att Försäkringskassan inte tog initiativ till avstämningsmöten

¹³ I Stockholms län pågick denna datainsamling endast under 4 veckor i november.

under denna period (A-kontroll: 3 722 individer).¹⁴ Denna uppdelning ger oss alltså följande grupper: (1) jämn dag och jämn månad, tidig SASSAM och tidigt avstämningsmöte; (2) jämn dag och udda månad, tidig SASSAM och senarelagt avstämningsmöte; (3) udda dag, både SASSAM och avstämningsmöte senarelagt.

Experimentet ger oss inte full kontroll över vilka som fick de olika behandlingarna vid en specifik tidpunkt. Handläggarnas dagliga arbete avgör fortfarande den exakta tidpunkten när en viss individ kallas till ett visst möte. Men tack vare att individerna slumpats in i grupper med olika prioritet till tidiga insatser, kan vi förvänta oss genomsnittliga skillnader i tidpunkten för insatsen mellan grupperna. Detta räcker för att vi ska kunna mäta eventuella effekter av aktiviteterna.

Handläggarna instruerades att arbeta som vanligt, det vill säga SASSAM och avstämningsmöte skulle bara genomföras när det fanns behov trots att den försäkrade tillhörde en prioriterad grupp i experimentet. Detta gällde också för kontrollgruppen när de senare skulle kunna kallas till SASSAM och avstämningsmöte. Den enda skillnaden mot det ordinarie arbetet var alltså att en senareläggning av SASSAM och avstämningsmöte skulle göras i vissa ärenden. Experimentet innebar därmed att handläggarna hade en minskad arbetsbelastning under experimentperioden vilket medförde att det sannolikt var lättare än vanligt att genomföra tidiga insatser för behandlingsgruppen.

Det finns fördelar och nackdelar med den experimentella designen. Att insatserna bara fördröjs/tidigareläggs för vissa grupper gör experimentet mindre etiskt problematiskt.¹⁵ Det gör också att de försäkrade inte behövde informeras om experimentet, vilket betyder att vi inte behöver oroa oss för potentiella "Hawthorne-effekter", dvs. att deltagarna ändrar sitt beteende på grund av vetskapen att de deltar i ett experiment. Denna design, som förenklar genomförandet begränsar oss till att endast kunna uppskatta effekten av ökad tillgång till insatser på längden i sjukfrånvaro. Det bästa ur utvärderingsavseende hade varit att låta slumpen avgöra vilka som skulle få en insats och exakt när denna insats skulle ges. Men ett så omfattande experiment på nationell nivå var inte praktiskt möjligt att genomföra.

Designen på experimentet att via födelsedatum randomisera individer till olika behandlingsgrupper är inte helt problemfri. Exempelvis skulle handläggare med vetskap om utfallet av randomiseringen kunna påverka vilka individer som blir aktiva ärenden respektive prognosärenden vid vägvalet. Men det är sällan samma handläggare som avgör om ett ärende ska klassificeras som ett prognos- eller aktivt ärende som sedan fortsätter att handläggas ärendet. Instruktionen om hur selektionen skulle göras gick bara

¹⁴ Handläggaren hade rätt att frånga experimentet och genomföra ett avstämningsmöte även i den icke prioriterade gruppen om den försäkrade eller annan part (t.ex. arbetsgivaren) särskilt bad om detta.

¹⁵ Sociala experiment är ovanliga inom samhällsvetenskap. En förklaring är att det brukar anses orättvist att alla inte får del av samma behandling. Experimentet som beskrivs i denna rapport har godkänts av en vetenskaplig etisk kommitté.

till de handläggare som skötte den fortsatta kontakten med den försäkrade. Denna typ av selektionsproblem bör därför vara mycket begränsat, något som vi också testar i nästa avsnitt. Vidare genomför vi även en känslighetsanalys i avsnitt 5.1.2. genom att skatta effekten baserat på en större population av alla sjukskrivningar som startade mellan 1/7 t.o.m. 30/10 2007. Denna effektskattning är inte skev eftersom den aldrig kan bero på ett selektivt urval.

4 Data och analys av utfallet av randomiseringen

Data för studien är baserat på Försäkringskassans register och uppgifter från deras ärendehanteringssystem.¹⁶ Dessa data innehåller detaljerade uppgifter om alla individers sjukfrånvaro och diagnos, men även individegenskaper såsom utbildning, kön och ålder.

I Tabell 1 ges beskrivande statistik för samtliga sjukfall i Sverige som startade under perioden 1/7 t.o.m. 30/10 2007. Denna population består av 99 074 sjukfall. Den beskrivande statistiken är uppdelat efter samma födelsedatum som ligger till grund för experimentet och har som primärt syfte att undersöka om experimentet har genomfört enligt planerna. I Tabell 2 ges motsvarande beskrivande statistik för experimentpopulationen (alla som blev aktiva ärenden under perioden 5 november till 14 december 2007).

Från Tabell 1 kan vi se att andelen individer födda en jämn dag i månaden (dvs. potentiella S-behandlade) är 48,6 % och andelen individer födda en jämn dag i en jämn månad (dvs. potentiella A-behandlade) är 49,6 %. I två avseenden är det en statistisk signifikant skillnad i medelvärden för bakgrundsvariablerna mellan de två grupperna: Andelen män är lägre bland de potentiellt S-behandlade och de potentiellt A-behandlade är yngre. De absoluta skillnaderna är dock mycket små.

Av dessa 99 074 sjukfall gjordes ett vägval för 25 861 individer under experimentperioden. I det följande benämner vi dessa 25 861 sjukskrivna individer för vägvalspopulationen. Av dessa bedömdes 15 228 individer vara ett ”aktivt ärende” (experimentpopulationen). Deskription för denna population ges i Tabell 2.

En jämförelse mellan Tabell 1 och Tabell 2 visar att det inte finns någon större skillnad mellan de två populationerna när det gäller kön, ålder och utbildning. Däremot har experimentpopulationen högre historisk sjukfrånvaro. Detta är förväntat eftersom sjukfall som beror på mindre allvarliga sjukdomar i högre utsträckning bedöms som prognosärenden vid vägval eller inte hinner genomgå vägval innan de avslutas.

¹⁶ Ett ärendehanteringssystem innehåller uppgifter i de sjukskrivnas individuella akter. Vi har använt oss av ärendehanteringssystemen Doa och Melker. I Melker (Västra Götaland och Skåne) registreras inte SASSAM och avstämningsmöte i samma utsträckning som i Doa.

Tabell 1 **Deskription för den totala populationen (alla påbörjade fall 1/7 till 30/10) 2007. Medelvärden och dess standardfel inom parentes.¹**

Variabel	S-kontroll	S-behandl.	t-test ²	A-kontroll	A-behandl.	t-test ²
Man	0,38 (0,002)	0,38 (0,002)	-2,55	0,37 (0,00)	0,38 (0,00)	0,63
Ålder	45,4 (0,05)	45,3 (0,06)	-1,70	45,2 (0,08)	45,4 (0,08)	2,03
Grundskola ³	0,18 (0,00)	0,17 (0,00)	-0,74	0,17 (0,00)	0,18 (0,00)	0,94
Gymnasium	0,54 (0,00)	0,54 (0,00)	1,15	0,54 (0,00)	0,54 (0,00)	-0,07
Postgymnasium	0,28 (0,00)	0,28 (0,00)	-0,62	0,28 (0,00)	0,28 (0,00)	-0,60
Utbildning saknas	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-0,15	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-0,79
Historisk netto-sjukskrivning ⁴	234 (1,68)	234 (1,71)	0,04	234 (2,41)	234 (2,43)	0,01
SASSAM genomfört	0,13 (0,00)	0,16 (0,00)	9,06	0,15 (0,00)	0,16 (0,00)	2,58
AM genomfört	0,11 (0,00)	0,12 (0,00)	2,97	0,11 (0,00)	0,12 (0,00)	2,17
Andel		0,486 (0,002)			0,496 (0,002)	
N	50 952	48 122		24 262	23 860	

Noter: ¹ Data är taget från två källor: Försäkringskassans centrala DOA-register (i Skåne och Västra Götaland används systemet Melker i stället), samt Försäkringskassans utbetalningsregister (STORE). I Stockholms län pågick denna datainsamling endast under 4 veckor i november. I Skåne och Västra Götaland saknas data om genomförda aktiviteter, varför dessa medelvärden endast baseras på övriga regioner.

² t-test är ett test för medelvärdesskillnader mellan grupperna. Ett värde över/under 1.96/-1.96 innebär en statistiskt säkerställd skillnad vid 5 procents risknivå.

³ Utbildningsvariablerna avser högsta uppnådda utbildning.

⁴ "Historisk nettosjukskrivning" definieras som totalt antal nettodagar med sjukpenning från 1/1 1995 till och med individens sista sjukfall innan det aktuella sjukfallet.

Tabell 2 **Deskription för experimentpopulationen (alla aktiva ärenden).**
Medelvärden med dess standardfel inom parentes.¹

Variabel	S-kontroll	S-behandl.	t-test ²	A-kontroll	A-behandl.	t-test ²
Man	0,41 (0,01)	0,38 (0,01)	-2,83	0,39 (0,01)	0,38 (0,01)	-0,49
Ålder	46,63 (0,13)	46,34 (0,14)	-1,57	46,36 (0,19)	46,32 (0,19)	-0,13
Grundskola ³	0,20 (0,00)	0,19 (0,00)	-1,77	0,20 (0,01)	0,18 (0,01)	-1,85
Gymnasium	0,52 (0,01)	0,52 (0,01)	-0,07	0,51 (0,01)	0,53 (0,01)	1,63
Eftergymnasial	0,27 (0,01)	0,28 (0,01)	1,61	0,28 (0,01)	0,28 (0,01)	-0,12
Utbildning saknas	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,26	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-0,48
Historisk netto-sjukfrånvaro ⁴	276 (4,57)	292 (4,78)	2,52	286 (6,53)	299 (6,99)	1,43
Netto sjukskrivning före vägval	26,3 (0,21)	26,7 (0,22)	1,42	26,7 (0,31)	26,7 (0,32)	0,15
SASSAM genomfört	0,28 (0,01)	0,42 (0,01)	15,46	0,41 (0,01)	0,43 (0,01)	1,71
AM genomfört	0,22 (0,01)	0,25 (0,01)	3,75	0,24 (0,01)	0,27 (0,01)	2,77
Andel		0,483 (0,004)	-0,52		0,494 (0,006)	-0,22
N	7 866	7 362		3 722	3 640	

Noter:¹ Data är taget från två källor. Försäkringskassans centrala DOA-register (i Skåne och Västra Götaland används systemet Melker i stället), samt Försäkringskassans utbetalningsregister (STORE). I Stockholms län pågick denna datainsamling endast under 4 veckor i november. I Skåne och Västra Götaland saknas data om genomförda aktiviteter, varför dessa medelvärden endast baseras på övriga regioner (N=10 797).

² t-test är ett test för medelvärdesskillnader mellan grupperna. Ett värde över/under 1,96/-1,96 innebär en statistiskt säkerställd skillnad vid 5 procents risknivå.

³ Utbildningsvariablerna avser högsta uppnådda utbildning.

⁴ "Historisk nettosjukskrivning" definieras som totalt antal nettodagar med sjukpenning från 1/1 1995 till och med individens sista sjukfall innan det aktuella sjukfallet.

Den relativa andelen S-behandlade respektive A-behandlade i Tabell 1 bör stämma överrens med motsvarande andelar i för experimentpopulationen (Tabell 2). Om experimentet fungerat ska därför andelen S-behandlade respektive A-behandlade i Tabell 2 inte vara statistiskt signifikant skilt från motsvarande andelar i Tabell 1. Det redovisade t-testet (Tabell 2) visar också att skillnaden inte är statistiskt säkerställd vilket således indikerar att experimentet fungerat så som det var tänkt.

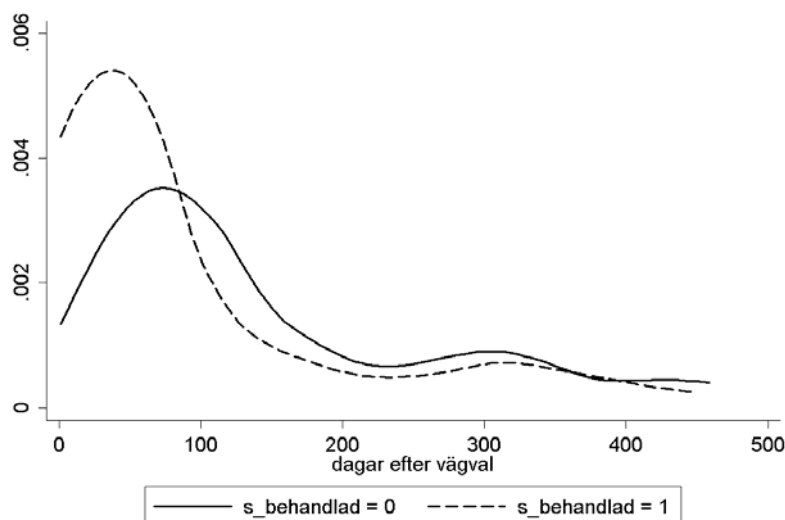
Vi kan dock konstatera att andelen kvinnor är, som i den totala populationen, högre i gruppen S-behandlade. Ett lite förvånande resultat är att den historiska sjukfrånvaron också är högre bland de S-behandlade. När det gäller det senare avstämningsmötesexperimentet finns dock inga statistiskt signifikanta skillnader bland bakgrundsvariablerna (kön, ålder och utbildning).

Från båda tabellerna kan vi också se att andelen där SASSAM och avstämningsmöte genomförts är högre i respektive behandlingsgrupp jämfört med kontrollgruppen. Detta gäller i högre grad för experimentpopulationen (Tabell 2). Experimentets syfte var endast att tidigarelägga aktiviteter i de behandlade grupperna. Men eftersom sjukfall hela tiden kan avslutas blir en ökad andel genomförda aktiviteter en naturlig följd av att ingå i en prioriterad grupp.

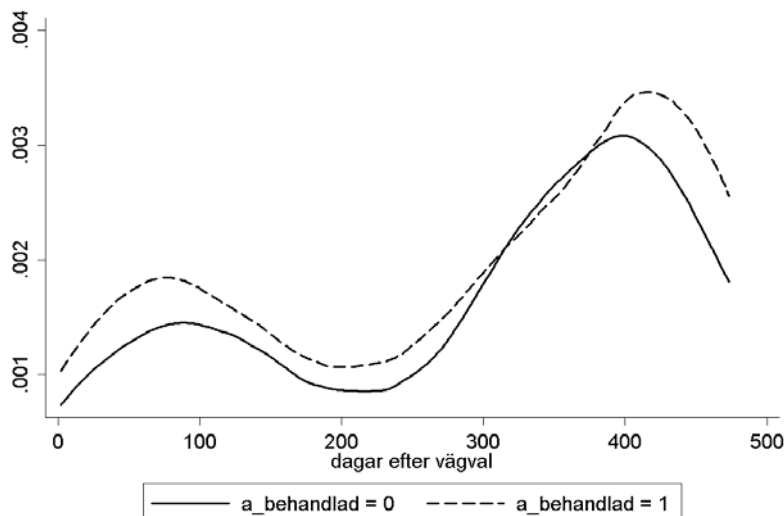
Sammantaget kan vi konstatera att randomiseringen via födelsedatum till både SASSAM och avstämningsmöte ser ut att ha lyckats; den grupp som i teorin skulle bli prioriterad blev det också i praktiken. Vi ser dock skillnader i historisk sjukskrivning och andelen män i S-experimentet, vilket potentiellt är ett bekymmer. I analysen kommer vi därför att studera om resultaten är känsliga för inkludering av dessa faktorer som kontrollvariabler. Vi genomför också en känslighetsanalys baserad på den totala populationen (Tabell 1) som inte hade problem med olikheter i historisk sjukfrånvaro för de två grupperna.

Vi såg både i Tabell 1 och Tabell 2 att de prioriterade grupperna fått både SASSAM och avstämningsmöte i större utsträckning än de som inte prioriterats. Figur 2 och Figur 3 visar sannolikheten dag för dag (från vägvalsdatum för experimentpopulationen) att få insatserna SASSAM respektive avstämningsmöte. Det framgår tydligt att de individer som skulle bli prioriterade också blivit det i praktiken.

Figur 2 Sannolikheten att få SASSAM ett visst antal dagar efter vägval för de två grupperna



Figur 3 Sannolikheten att få avstämningsmöte ett visst antal dagar efter vägval för de två grupperna



Vi har även skattat Cox-regressioner och resultaten (se Tabell 3) från dessa skattningar visar att inflödet till SASSAM ökar med ca 90 procent medan inflödet till avstämningsmöte för A-behandlade ökar med knappa 25 procent.¹⁷

Tabell 3 Parameterskattningar av effekten av behandling (ingå i prioriterad grupp) på sannolikheten att få SASSAM och/eller Avstämningsmöte (AM)

	SASSAM	AM
Effekt	0,652*** (0,033)	0,213*** (0,055)
N	10 797	5 222

Not. Skattning är genomförd med Cox-regressioner på population av aktiva ärenden. Standardfel i parentes. * Signifikant på 10 procents nivå; ** signifikant på 5 procents nivå och *** signifikant på 1 procents nivå. Att antalet observationer är lägre än vad som rapporterades i Tabell 2 beror på att vi saknar uppgifter om genomförda aktiviteter för Västra Götaland och Skåne. Effekten tolkas som att (den betingade) sannolikheten att få SASSAM och/eller avstämningsmöte en given dag är $100(e^{\text{effekt}}-1)$ procent högre för dem vars ärenden är prioriterade jämfört mot för dem vars ärenden inte prioriterats. För en skattning nära noll gäller approximativt $100(e^{\text{effekt}}-1) = 100\text{effekt}$.

¹⁷ I Cox proportionella "hazard"-regressioner (Cox-regressioner) skattas den betingade sannolikheten (hazarden) att ett pågående sjukskrivning avslutas en given dag. Den procentuella effekten fås enligt $100(\text{effekt}-1)$. För ett värde på effekter nära noll gäller approximativt $100(\text{effekt}-1) = 100\text{effekt}$. I Tabell 3 är effekterna skattade till 0,65 för SASSAM och 0,21 för avstämningsmöte, vilket motsvarar ca 90 respektive 25 procents ökat inflöde.

Tabell 4 Antal sjukskrivna dagar fr.o.m. vägval (brutto/netto) och andel sjukfall som censureras (standardfel inom parentes) för de olika grupperna i experimentpopulationen

Variabel	S-kontroll	S-behandl.	t-test ²	A-kontroll	A-behandl.	t-test ²
Brutto ¹	184,9 (1,83)	189,2 (1,89)	1,64	190,3 (2,68)	188,1 (2,68)	-0,56
Netto ¹	146,4 (1,63)	149,9 (1,69)	1,49	151,4 (2,41)	148,4 (2,38)	-0,89
Censurerad	0,15 (0,004)	0,16 (0,004)	1,24	0,17 (0,01)	0,15 (0,01)	-1,92
N	7 866	7 362		3 722	3 640	

Noter:¹ Skillnaden mellan brutto och netto är att bruttomåttet räknar en dags sjukfrånvaro oavsett vilken deltidsnivå som avses medan nettomåttet räknar t.ex. en dags sjukfrånvaro på 25 procents nivå som en fjärdedels dag.

² t-test är ett test för medelvärdeskilnader mellan grupperna. Ett värde över/under 1,96/-1,96 innebär en statistiskt säkerställd skillnad vid 5 procents risknivå.

5 Resultat

Vi utvärderar hur interventioner av SASSAM och avstämningsmöte påverkar tiden i sjukskrivning I Tabell 4 redovisas en enkel jämförelse av antalet dagar som de olika grupperna (S-kontroller och S-behandlade samt A-kontroller och A-behandlade) varit sjukskrivna i genomsnitt från och med vägvalet för experimentpopulationen. Antalet dagar mäts i nettodagar och bruttodagar. Skillnaden mellan dessa mått är att nettomåttet beaktar deltids-sjukskrivning, t.ex. räknas fyra dagars sjukfrånvaro på 25 procents nivå som en dag netto respektive fyra dagar brutto. När datainsamlingen avbröts (dvs. när vi samlade in registeruppgifter den 1/3 2009) var det ett antal sjukfall som fortfarande pågick. Dessa censureras vid detta datum.¹⁸ Från tabellen kan vi se att de S-behandlade har lite längre sjukfrånvaro jämfört med S-kontrollerna medan de A-behandlade har lite kortare sjukfrånvaro jämfört med A-kontrollerna. Skillnaderna är emellertid inte statistiskt säkerställda i något av fallen.

¹⁸ En censurering innebär här att observationen inte är avslutad inom observationsperioden. Observationen blir det antal dagar som observeras vid tidpunkten för insamlade av data. Vid överlevnadsanalysen nedan tas hänsyn till att detta är en censurerad observation,

Tabell 5 Effekten (procent) av att sjukfall prioriteras till SASSAM och avstämningsmöte på sjukfrånvarotid (bruttodagar) för experiment-populationen

	SASSAM		AM	
Effekt	0,028 (0,020)	0,021 (0,020)	-0,016 (0,029)	-0,020 (0,029)
Övriga kontroller	Nej	Ja	Nej	Ja
N	15 227	15 208	7 361	7 351

Not: Skattning med vanlig minsta kvadrat-estimator (OLS). Standardfel i parentes. * Statistisk signifikans på minst 10 procents risknivå.

I Tabell 5 redovisar vi resultat från regressionsmodeller där vi skattar den procentuella effekten av att få ökad möjlighet till SASSAM och avstämningsmöte på tiden i sjukfrånvaro.¹⁹ I kolumn 1 och 3 presenteras resultat när vi inte har inkluderat ett antal vanliga kontrollvariabler som brukar användas i sjukskrivningsstudier. Kontrollvariablerna är kön, ålder, utbildning och historisk sjukfrånvaro. I kolumn 2 och 4 presenteras motsvarande resultat när vi har kontrollerat för dessa. Resultaten från dessa skattningar konfirmerar medelvärdesjämförelserna i Tabell 4. En tidig SASSAM fördröjer utträde medan ett tidigt avstämningsmöte ökar återinträdet. Emellertid är ingen av effekterna statistiskt säkerställda. När kontrollvariablerna inkluderas påverkas effektskattningarna mycket marginellt.

Tabell 6 Effekten (procent) av att sjukfall prioriteras till SASSAM och avstämningsmöte på sannolikheten att lämna en sjukfrånvaro (bruttodagar) för experiment-populationen

	SASSAM		AM	
Effekt	-0,029 (0,018)	-0,023 (0,018)	0,029 (0,025)	0,030 (0,025)
Övriga kontroller	Nej	Ja	Nej	Ja
N	15 227	15 208	7 361	7 351

Not: Skattning med Cox-regression (partiell maximum likelihood-estimator). Standardfel inom parentes. * Statistik signifikans på minst 10 procents risknivå. För tolkning av parameterskattningarna se Tabell 3.

I de analyser som presenteras i Tabell 5 tas ingen hänsyn till att vissa fall fortfarande pågår vid uppföljningsperiodens slut; i stället behandlas fallen som om de avslutades vid denna tidpunkt. Vi genomför därför en till analys med hjälp av Cox-regressionsmodeller där censurering hanteras på ett naturligt sätt i och med att man skattar sannolikheten att lämna ett sjukfall vid en given tidpunkt betingat på att man är sjukskriven i tidpunkten innan. En negativ skattad effekt innebär en förväntad förlängning av tiden i sjukfrånvaro medan en positivt skattad effekt innebär en förväntad kortare tid. Resultat från de skattningar²⁰ som presenteras i Tabell 6 överensstämmer väl med de resultat som presenteras i Tabell 5 (kontrollvariablerna i dessa

¹⁹ Den beroende variabeln är den logaritmerade tiden i sjukfrånvaro. Skattning av parametrar sker med minsta kvadrat metoden (OLS) och effektparametern tolkas som den procentuella effekten på tiden i sjukfrånvaro.

²⁰ Skattning sker med stratifierad maximum likelihood-estimator.

Cox-regressioner är samma som ovan). Resultatet visar alltså att det inte finns några statistiskt säkerställda effekter på sjukfrånvarolängden av att tillhöra en prioriterad grupp.

Tabell 7 Effekten (procent) av att sjukfall prioriteras till SASSAM och avstämningsmöte på sannolikheten att lämna en sjukfrånvaro (bruttodagar) för experiment-populationen och för olika kategorier av individer

Kategori	SASSAM		AM	
	Effekt	Antal individer	Effekt	Antal individer
Man	-0,030 (0,028)	6 015	0,008 (0,041)	2 823
Kvinna	-0,020 (0,023)	9 198	0,045 (0,033)	4 529
Eftergymnasial utbildning	-0,008 (0,033)	4 211	0,042 (0,048)	2 080
Ej eftergymnasial utbildning	-0,032 (0,021)	10 998	0,024 (0,030)	5 272
Ålder: 18–35	-0,034 (0,039)	3 117	-0,004 (0,055)	1 547
Ålder: 36–50	-0,030 (0,029)	5 659	0,011 (0,042)	2 758
Ålder: 51–65	-0,013 (0,027)	6 433	0,066* (0,040)	3 047
Historisk sjukfrånvaro (kvartil 1)	-0,014 (0,035)	3 824	0,072 (0,050)	1 847
Historisk sjukfrånvaro (kvartil 2)	-0,015 (0,035)	3 796	-0,005 (0,051)	1 830
Historisk sjukfrånvaro (kvartil 3)	-0,039 (0,036)	3 803	0,009 (0,051)	1 838
Historisk sjukfrånvaro (kvartil 4)	-0,025 (0,036)	3 803	0,052 (0,052)	1 837

Not: Skattning med Cox-regression (partiell maximum likelihood-estimator). Standardfel inom parentes.

* Statistisk signifikans på minst 10 procents risknivå. Övriga kontroller ingår i alla skattade modeller. För tolkning av parameterskattningarna se Tabell 3.

5.1 Heterogenitetsanalys

För att insatser ska bli effektiva är det viktigt att kunna, ex ante, identifiera vilken typ av individer som är mest hjälpta av en viss typ av insats. Det kan mycket väl vara så att t.ex. män påverkas mer av att få tidigt SASSAM än kvinnor (eller tvärt om). De analyser vi hittills presenterat visar att det inte går att säkerställa några effekter av SASSAM eller avstämningsmöte, och de insatser de leder fram till, för en genomsnittlig individ. Men avsaknaden av genomsnittliga effekter skulle i princip kunna dölja positiva effekter för vissa grupper och negativa effekter för andra grupper, om totaleffekten är noll. Det är därför intressant att studera effekter för enskilda delgrupper som

går att identifiera exempelvis efter kön, ålder och utbildning. Om vi finner positiva effekter för vissa grupper och negativa effekter för andra kan Försäkringskassan bättre anpassa insatserna för olika grupperna av individer. I Tabell 7 presenteras motsvarande effektskattningar som i Tabell 6 men uppdelat för olika kategorier av individer. Resultatet från analysen sammanfaller med analysen för den totala populationen. Vi kan inte finna någon statistiskt säkerställd effekt för någon av grupperna förutom en marginellt signifikant (10 % risknivå) effekt för åldersgruppen 51 till 65 år. Resultatet från denna skattning är att om dessa får ökad tillgång till avstämningsmöte skulle de flöda ut ca 6,6 % snabbare från en sjukfrånvaro. Detta resultat måste dock tolkas mycket restriktivt. Vi genomför totalt 22 statistiska test och med en risknivå av 10 % skulle i förväntan åtminstone två test vara statistiskt säkerställda även när ingen sann effekt finns.

5.2 Känslighetsanalys baserat på det större stickprovet

Ett potentiellt problem med studien är att de S-behandlade har signifikant högre tidigare sjukfrånvaro än S-kontrollerna (se Tabell 2). Tidigare sjukfrånvaro är förstås en viktig variabel eftersom den sannolikt är korrelerad med hälsa och förväntad längd på ett sjukfall under experimentperioden. Om den grupp sjukfall som blivit prioriterade har längre förväntad sjuklängd än de som inte prioriterats, leder detta till att våra effektskattningar är skeva. För den stora populationen (se Tabell 1) finns inte detta problem eftersom grupperna har mycket lika historisk sjukfrånvaro. Vi genomför därför en känslighetsanalys baserad på denna population. Om resultatet från denna analys också visar på att det inte finns några effekter av att få tillgång till tidig insats så stärker det resultaten ovan. I Tabell 8 och Tabell 9 redovisar vi därför resultat motsvarande Tabell 3 och Tabell 6 för denna population.

Tabell 8 visar att experimentet påskyndade insatserna även för denna större population. Punktskattningarna är statistiskt säkerställda och visar att sannolikheten dag för dag att genomgå SASSAM och avstämningsmöte är drygt 25 respektive 10 procent högre i den (potentiellt) prioriterade gruppen. Dessa effekter är inte lika stora som för den mindre experimentpopulationen (jämför med Tabell 3), vilket är förväntat då merparten sjukfall i den större populationen inte ingick i experimentet. Experimentet ger en signifikant, men ”utspädd”, effekt för den större populationen när det gäller prioritet till insatser.

Den totala effekten på sjukfallens längd av att tillhöra någon av de prioriterade grupperna är inte heller statistiskt signifikant för denna utökade population. Alla punktskattningar i Tabell 9 (motsvarar Tabell 6) är negativa och mycket små. Denna känslighetsanalys bekräftar alltså resultatet från huvudanalysen: experimentet ger inte något stöd åt hypotesen att tillgång till tidiga insatser förkortar sjukfrånvaron.

Tabell 8 Parameterskattningar av effekten av potentiell behandling (ingå i potentiellt prioriterad grupp) på sannolikheten att få SASSAM och/eller Avstämningsmöte (totala populationen, dvs. alla sjukfall som påbörjades 1/7 till 30/10 2007)

Parameter	SASSAM	AM
Effekt	0,247*** (0,020)	0,099*** (0,032)
N	69 822	33 916

Not. Standardfel i parentes. * Signifikant på 10 procents nivå; ** signifikant på 5 procents nivå och *** signifikant på 1 procents nivå. För tolkning av parameterskattningarna se Tabell 3.

Tabell 9 Effekten (procent) av att sjukfall (potentiellt) prioriteras till SASSAM och avstämningsmöte på sannolikheten att lämna en sjukfrånvaro (bruttodagar) (totala population, dvs. alla sjukfall som påbörjades 1/7 till 30/10 2007)

	SASSAM		AM	
Effekt	-0,005 (0,007)	-0,006 (0,007)	-0,002 (0,010)	-0,002 (0,010)
Övriga kontroller	Nej	Ja	Nej	Ja
N	99 074	98 750	48 122	47 994

Not: Skattning med Cox-regression (partiell maximum likelihood estimator). Standardfel i parentes. * Statistik signifikans på minst 10 procents risknivå. För tolkning av parameterskattningarna se Tabell 3.

6 Avslutande diskussion

I den här studien har vi med hjälp av ett stort socialt experiment (genomfört hösten 2007 med ca 15 000 sjukskrivna individer) studerat om Försäkringskassans arbete med tidiga insatser (SASSAM och avstämningsmöte samt efterföljande rehabiliteringsinsatser) i ett sjukfall förkortar sjukskrivningens längd. Vi kan inte finna något stöd för att ökad tillgång till tidiga insatser i sjukfallen förkortar sjukfrånvaron. Resultaten från studien är bekymmersamma eftersom Försäkringskassan lägger ner stora resurser på dessa insatser.

Vid separata analyser för män, kvinnor och över olika kategorier av utbildning, ålder och historisk sjukfrånvaro har vi inte kunnat finna att sjukfrånvarolängden blir kortare av en ökad tillgång till dessa insatser.

Vi kan i denna studie inte påvisa att SASSAM eller avstämningsmöte har statistiskt säkerställda effekter på den förväntade sjukskrivningslängden. Betyder det att insatserna är verkningslösa? Den frågan är svårare att svara på. Det är principiellt möjligt att det bakom noll-effekten döljer sig motverkande deleffekter av insatserna. Exempelvis kan själva kallelsen till en insats ha en effekt och insatsen i sig en annan (motverkande) effekt. Preliminära analyser vi gjort för SASSAM visar att en kallelse till SASSAM kan ha en positiv effekt på sannolikheten att avsluta sjukfallet. För en delgrupp av sjukfallen vet vi när kallelsen till SASSAM utgick. Vi vet också när SASSAM genomfördes. Vi kan därför jämföra utflödes hastigheten för

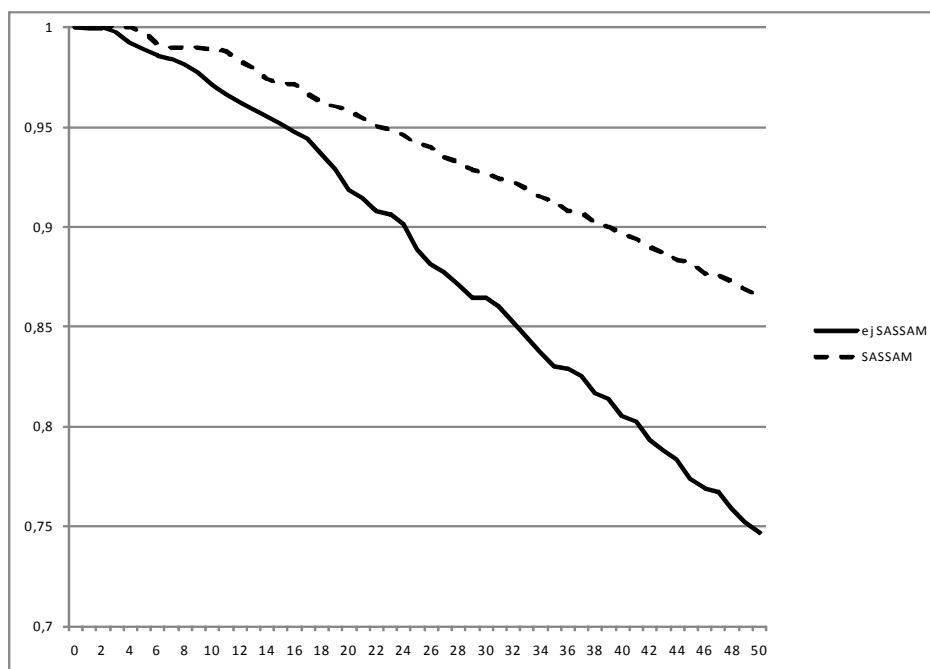
den grupp som är kallade till SASSAM – men ännu inte genomfört SASSAM – med utflödes hastigheten för dem som genomfört SASSAM. Om längden på ”väntetiden” från kallelse till SASSAM är helt slumpmässig kan vi skapa en behandlingsgrupp (de som väntar på SASSAM) och en kontrollgrupp (de som genomgått SASSAM) som är förväntningsmässigt identiska sinsemellan – det enda som skiljer dem åt är om de genomgått SASSAM eller fortfarande väntar på SASSAM.²¹

Figur 4 visar hur sannolikheten att avsluta sjukskrivningen utvecklas för de båda grupperna. Det är tydligt att de som kallats till SASSAM men ännu inte genomfört SASSAM flödar ut snabbare än de som genomfört mötet. Detta tyder på att det kan finnas en positiv kallelseffekt och – givet att den totala effekten av att prioriteras till SASSAM är noll – en negativ möteseffekt. Vi har också tagit fram motsvarande graf för avstämningmöte men där syns ingen egentlig skillnad mellan de som väntar på möte och de som redan genomfört möte. Men denna korta och lite ad hoc-mässiga analys visar att det bakom nollresultatet kan dölja sig intressanta deffekter av olika insatser något som vi planerar att studera i mer detalj i en framtida studie.

I en annan studie baserad på samma experiment finner Tollin (2010) att de prioriterade grupperna har ökad sannolikhet att genomföra andra arbetslivsinriktade åtgärder (t.ex. arbetsträning och anpassning på arbetsplatsen) men att dessa åtgärder inte påverkar självskattad hälsa och arbetsförmåga. Där- emot tyder resultaten på att individer i behandlingsgruppen har en något mer positiv inställning till Försäkringskassans bemötande. En tolkning av Tollins resultat är att det är just de åtgärder som följer av SASSAM som förlänger sjukfallen. Anderzen m.fl. (2008) har också indikerat att rehabiliterings- åtgärder kan ha avsevärda inlåsningseffekter.

²¹ Notera att grupptillhörigheten inte är konstant över tiden. Då en individ genomfört SASSAM byter hon grupp från behandlingsgrupp till kontrollgrupp.

Figur 4 Överlevnadsfunktioner för tiden i sjukfrånvaro för de som kallats men ännu inte genomgått SASSAM (heldragen linje) och de som genomgått SASSAM (streckad linje). På x-axeln visas antal dagar från kallelsen



Det finns också andra möjligheter att vidga analysen i denna studie. Det är inte självklart att effekter av tidiga insatser kan förväntas uppstå i det pågående sjukfallet. Det är fullt möjligt att den totala effekten är noll för sannolikheten att avsluta det pågående sjukfallet men att det ändå finns positiva långsiktiga effekter av insatserna. Exempelvis kan sannolikheten att åter bli sjukskriven eller individens framtida arbetsmarknadsanknytning påverkas. Dessa frågor är inte möjliga att besvara utan mer empirisk analys. För denna krävs data på återkommande sjukfrånvaro och arbetsmarknadsstatus vilket vi inte för närvarande har tillgängligt. En sådan studie av effekten av ökad tillgång på insatser på långsiktig arbetsmarknadsanknytning är dock planerad att genomföras.

Referenser

- Alexandersson K, Nordlund A. (2004) Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 12–30
- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson A-S., Johansson, P., Lindahl E. och Winblad U (2008) Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning, Rapport 2008:8, IFAU
- Andrén D & Palmer E (2004) Deltidssjukskrivning. Försäkringskassans Working Papers.
- Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. (2008) A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil.* 2008 Mar;18(1):27–34. Epub 2008 Jan 23. Review
- Bloch Franc. S., Prins Rienk, (red.), (2001) *Who Returns to Work & Why.* New Jersey: Transaction Publishers
- Elders LA, van der Beek AJ, Burdorf A. (2000) Return to work after sickness absence due to back disorders – a systematic review on intervention strategies
- Henrekson M. och Persson M. (2004) The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor Economics*, 22(1), 87–113
- Hesselius P, Johansson P and Larsson L (2005) Monitoring Sickness Insurance Claimants: Evidence from a Social Experiment, Working Paper 2005:15, Institute for Labour Market Policy Evaluation
- Hetzler A. (2009) Delaktighet under hot. Den nya förvaltningen. Malmö: Bokbox förlag
- Hägglund, P. (2010) Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna. ISF Rapport 2010:1
- Hägglund P. (2006), Anvisningseffekter – finns dom? Resultat från tre arbetsmarknadspolitiska experiment Rapport 2006:4, Institutet för Arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Johansson P and Palme M (1996) Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data, *Journal of Public Economics*, Vol, 59, pp. 195–218

- Johansson P and Palme M (2002) Assessing the effects of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, Vol. 37, No. 2, pp. 381–409
- Johansson P and Palme M (2005) Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, Vol. 89, pp. 1879–1890
- Försäkringskassan (2006) Prognosverktyget – ett stöd i det första vägvalet vid handläggning av sjukfall, Försäkringskassan Analyserar 2006:4
- Kuijer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. (2006) Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2006 Sep;16(3):439-67. Review
- Larsson L (2006) Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance, *The Scandinavian Journal of Economics*, 108, 97–113
- Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR (2010) Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life, *BMJ* 340:c1035
- OECD (2009) Sickness Disability and work: Breaking the Barriers. SWEDEN: WILL THE RECENT REFORMS MAKE IT?
- Parsons, T. (1978) *The Action Theory and the Human Conditions*, Free Press, New York
- Palmer E & Tasiran A (2001). What Determines Work Resumption from Long Sickness Spells? – An Analysis of Six Countries, i Schokkaert E (red.) Ethics and Social Security Reform, FISS International Studies in Social Security, Volume 7, Ashgate, Aldershot (England)
- Palmer, E, Svensson I, Tirmén P. och Österlund, N (2008) Sjukförmåner på deltid i L. Hartman (red.) Valfärd på deltid. Stockholm, SNS Förlag.
- Proposition 2002/03:89. Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa I arbetslivet. Stockholm: Socialdepartementet
- Sachs, L. (1987) Medicinsk antropologi. Stockholm
- SOU, (1988) Tidig och samordnad rehabilitering. Stockholm: Socialdepartementet 1988:41
- Skogman-Thoursie, P (2004) Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious? *Journal of Applied Econometrics*, vol 19, s 809–823
- Tollin, P (2007) Vad händer efter avstämningsmötet? Analyserar 2007:3. Stockholm: Försäkringskassan
- Tollin, P. (2010) Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till? Socialförsäkringsrapport 2010:8. Stockholm: Försäkringskassan

Twaddle A, Nordenfeldt L. (1994) Disease illness and sickness. Three central concepts in the theory of health. Linköping University. Linköping

van Oostrom S.H, Driessen M.T, de Vet H.C, Franche R.L, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, and Anema J.R (2009) Workplace interventions for preventing work disability. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006955. Review

van Oostrom S.H, Mechelen W, Berend T, de Vet, H.C.W, Knol, D.L and Anema J.R (2010) A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial

Veerman T & Palmer E (2000) Who Returns to Work and Why? i F S Bloch & R Prins (red.). Transaction Publishers, New Brunswick (USA)

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2010:

- 2010:1 Tidig bedömning – en analys av faktorer som påverkar tidpunkten för överlämnande av ärenden till LFC
- 2010:2 Hälsa, arbetsmarknadsanknytning och behov av stödjande insatser hos personer med sjuk- och aktivitetsersättning
- 2010:3 Föräldrars syn på Försäkringskassans information om föräldraförsäkringen. Resultat från en enkätundersökning hösten 2009
- 2010:4 Försäkringskassans kundundersökning. Riksmätning 2009:2
- 2010:5 Jämställdhetsbonusen – en effektutvärdering
- 2010:6 Global kris – Håller välfärdssystemen? Rapport från forskarseminarium i Umeå 20–21 januari 2010
- 2010:7 Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar
- 2010:8 Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till?
- 2010:9 Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?