

Beslutsstödet

**Sjukskrivningsmönster före och efter
införandet av specifika försäkringsmedicinska
rekommendationer för psykiska sjukdomar**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

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

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har 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 analyserar Försäkringskassan förändringar i sjukskrivningsmönstren över tid. Ökade kunskaper om sjukskrivningsmönstret för olika sjukskrivningsorsaker är en viktig del i att fortsätta utveckla sjukskrivningsprocessen och det försäkringsmedicinska beslutsstödet. En första analys av sjukskrivningsmönstret med fokus på de fysiska sjukdomarna publicerades våren 2009 (Socialförsäkringsrapport 2009:5). I denna rapport presenteras en uppföljande analys med fokus på de psykiska sjukdomarna vars särskilda rekommendationer infördes i augusti 2008.

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

Stockholm i juni 2010

Eva-Lo Ighe
Chef enheten för statistisk analys

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	7
Inledning och syfte	8
Data och metod	10
<i>Beskrivande statistik</i>	10
<i>Regressionsanalys</i>	11
Sjukskrivningstider före och efter införandet av specifika rekommendationer för psykiska sjukdomar	13
Diagnoser med och utan specifika rekommendationer	13
Sjukskrivningstider per diagnoskapitel	14
Sjukskrivningstid för specifika psykiska diagnoser inom ramen för beslutsstödet	16
Psykiska sjukdomar (F00–F99)	16
Sjukskrivningstider för kvinnor och män	17
<i>Sjukskrivningstider efter kön och diagnoskapitel</i>	17
<i>Sjukskrivningstider för kvinnor och män med psykiska sjukdomar</i>	19
Sjukskrivningstider i olika län	21
Förändringar i sjukskrivningstid – en regressionsanalys	24
Sjukfallens avslutning före och efter beslutsstödet införande	24
Referenser	27

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 en vägledning för sjukskrivning som fick namnet ”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd”. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har ett gemensamt uppdrag att följa upp och utvärdera beslutsstödet och de rekommendationer som där finns för sjukskrivning för olika sjukdomstillstånd. Som en del i utvärderingen ligger att studera förändringar i sjukskrivningsmönster och denna del av utvärderingen genomförs av Försäkringskassan. Med sjukskrivningsmönster menas här framför allt sjukskrivningslängd, men också spridning (mätt som kvartilavstånd och mellan län) och antalet sjukskrivningar över två veckors längd.

I en första studie studerades ingående de fysiska diagnoserna som fick specifika rekommendationer när beslutsstödet infördes i mars 2008 (Socialförsäkringsrapport 2009:5). Den studien visade att både längden och spridningen i sjukskrivningstiderna minskade efter införandet av beslutsstödet. Förändringarna var större för kvinnor och för diagnoser med specifika rekommendationer.

Syftet med denna andra studie är att närmare undersöka om det skett förändringar i sjukskrivningstider och spridning efter att specifika rekommendationer införts också för psykiska sjukdomar i augusti 2008. Ett särskilt fokus riktas därför i analysen mot utvecklingen för de psykiska sjukdomarna.

Sammanfattningsvis visar analysen att efter det att de specifika rekommendationerna för de psykiska diagnoserna infördes i augusti 2008 skedde vissa förändringar i sjukskrivningsmönstret. Men jämfört med den första uppföljningen för perioden efter mars 2008 är förändringarna mindre tydliga. Mellan de två jämförelseperioderna augusti–december 2007 (före) och augusti–december 2008 (efter) skedde följande förändringar:

- Antalet sjukskrivningar 15 dagar eller längre minskade med 5 procent.
- Sjukskrivningstiderna blev generellt något kortare. Medianlängden minskade från 45 till 44 dagar, eller 2 procent.
- Medianlängden för psykiska sjukdomar med specifika rekommendationer minskade från 77 till 70 dagar, eller 9 procent.
- Sjukskrivningstiderna minskade generellt för kvinnor (4 procent) men inte för män.
- Spridningen i sjukskrivningslängd minskade. Kvartilavståndet som innefattar 50 procent av sjukskrivningarnas längder minskade från 96 till 81 dagar.

- Spridningen (kvartilavståndet), minskade generellt för både kvinnor (18 procent) och män (10 procent).
- Generellt skedde ingen minskad spridning i sjukskrivningslängd för psykiska diagnoser, men för den största psykiska diagnosgruppen, ”F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress”, minskade kvartilavståndet från 136 till 105 dagar, eller 23 procent.

En fördjupad regressionsanalys över en längre tidsperiod (sjukskrivningar påbörjade december 2006 till september 2009) nyanserar dock bilden av vad som skett med sjukskrivningslängderna sedan beslutstödet infördes i mars och augusti 2008. Analysen visade att:

- En markant minskning i sjukskrivningstiderna skedde redan efter införandet av beslutstödet i mars 2008 för både kvinnor och män.
- När de specifika rekommendationerna för psykiska sjukdomar infördes i augusti 2008 skedde ingen ytterligare minskning i sjukskrivningstid jämfört med tiden före mars 2008.

Den minskning i sjukskrivningstiderna som redovisades ovan mellan augusti–december 2007 (före) och augusti–december 2008 (efter) beror därför på den större förändring som det generella införandet i mars 2008 medförde för sjukskrivningslängderna, och inte på införandet av de specifika rekommendationerna för de psykiska sjukdomarna i augusti 2008. Redan i mars 2008 omfattades nämligen alla sjukskrivningsorsaker av de nya övergripande, mer restriktiva, principerna för sjukskrivning.

Generellt har det också skett en nedgång i både antalet påbörjade sjukskrivningar och i sjukskrivningarnas längd under den studerade perioden. Denna förändring kan också bero på andra samtidiga förändringar såsom mer stringent sjukförsäkringstillämpning, införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan i juli 2008, och förändrade attityder till sjukskrivning i samhället.

Samlat tyder resultaten på att beslutstödet införande har bidragit till kortare sjukskrivningar och minskad spridning i sjukskrivningslängd. Spridningen i sjukskrivningslängd för de psykiska sjukdomarna är dock fortfarande oförändrat stor medan den minskat markant för de fysiska sjukdomar som har specifika rekommenderade sjukskrivningstider.

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 various illnesses and diseases. The two authorities also have a joint commission to follow-up and evaluate these recommendations. 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 the recommendations.

The aim of the study is to examine changes in the length of sickness absence and the spread of sickness absence lengths after the introduction of sick-listing recommendations. The focus lie on the mental and behavioural disorders encompassed by specific recommendations introduced in August 2008. Recommendations for the physical diagnosis were introduced in March 2008 and they have been analysed in detail previously (see Social Insurance Report 2009:5). The current study compare medically certified cases of sickness absence with a length of 15 days or more with onset before (August to December 2007) and after (August to December 2008) the introduction of specific sick-listing recommendations for mental and behavioural disorders.

In summary the analysis show that changes in the sick-listing pattern have occurred after the introduction of the specific recommendations. The length of sickness absence for mental disorders has been shortened with the median-length being reduced from 77 to 70 days, with a greater change for women. However, the spread in sickness absence length for mental disorders was not reduced, with the interquartile range being stable just below 150 days. Still, for the category “reaction to severe stress, and adjustment disorders” (F43), which is the most common, the interquartile range decreased from 136 to 105 days. The analysis also revealed that the observed changes in sick-listing patterns occurred already in March 2008, when the general recommendations were introduced.

Still, there has been a general decrease in the number of cases exceeding 15 days in length and in the length of such cases. This could be due to changes in attitudes in society regarding sick-listing and overall changes in the sick-listing practice other than the recommendations regarding specific diagnoses.

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.

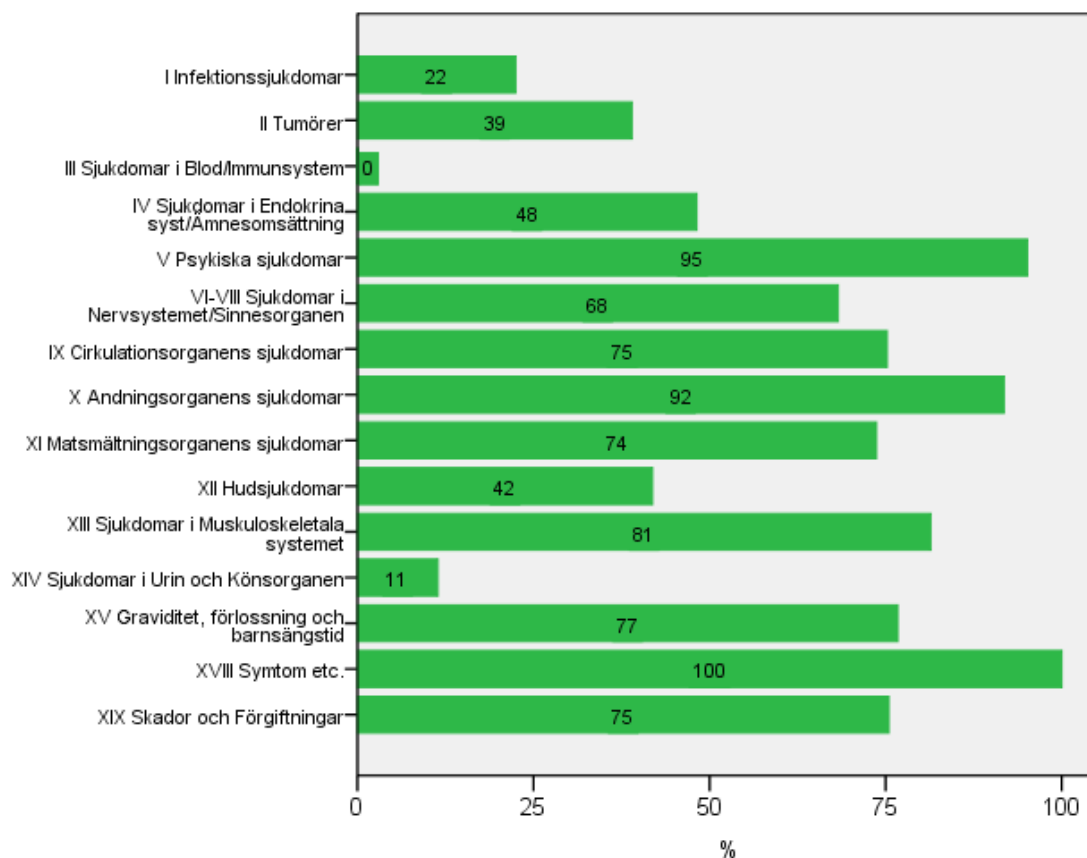
För sjukskrivningar påbörjade under 2008 som pågick i minst 15 dagar täcker de försäkringsmedicinska riktlinjerna 76 procent av sjukskrivningsorsakerna, efter den uppdatering som gjordes under 2009. I de stora sjukdomsgrupperna är en övervägande majoritet av sjukskrivningsorsakerna eller sjukdomarna 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 för symtomdiagnoser än 14 dagar ska undvikas enligt riktlinjerna vilket anges med en 100 procentig täckning i figuren. För tumörer som är en relativt vanlig sjukskrivningsorsak täcker de specifika rekommendationerna i riktlinjerna 2009 endast 39 procent av sjukskrivningarna. De specifika rekommendationerna i riktlinjerna täcker dessutom i mycket begränsad utsträckning infektionssjukdomar och sjukdomar i urin och könsorgan. Blodsjukdomar och sjukdomar i immunsystemet saknar än så länge specifika rekommendationer.

I Socialstyrelsen och Försäkringskassans senaste lägesrapport för 2009 om utvecklingen och implementeringen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, konstaterades en positiv utveckling vad gäller användande och upplevd nytta både inom Försäkringskassan och inom läkarkåren. Dock behöver både användandet av, och kvaliteten i, det försäkringsmedicinska beslutsstödet stärkas och det finns också behov av ytterligare kompetensutveckling, både i läkarkåren och bland Försäkringskassans handläggare.²

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

² Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2010.

Figur 1 Andel sjukskrivningar inom olika diagnoskapitel enligt ICD10 som omfattas av de försäkringsmedicinska riktlinjerna. Sjukfall 15 dagar eller längre påbörjade 2008.



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 som presenteras i denna rapport är att undersöka om det skett förändringar i sjukskrivningstider och spridning efter införandet av de specifika rekommendationerna för psykiska diagnoser i augusti 2008, och då med ett särskilt fokus på just de psykiska sjukdomarna. De generella rekommendationerna samt specifika rekommendationer för fysiska sjukdomar som infördes första mars 2008 följdes upp och presenterades i *Socialförsäkringsrapport 2009:5*.

En relevant fråga i sammanhanget är i vilken mån de uppmätta sjukskrivningslängderna avviker från vad som rekommenderas i beslutsstödet. Tyvärr är en sådan redovisning inte möjlig av två skäl. För det första varierar rekommenderad sjukskrivningstid beroende på den typ av arbete den försäkrade förväntas utföra och det är inte heller alltid sjukskrivningstiderna är exakt definierade i beslutsstödet. För det andra saknas i dataunderlaget både sjukskrivningar kortare än 15 dagar för anställda, och läkarkonsultationer med fastställd diagnos som inte alls leder till sjukskrivning.

Data och metod

Datamaterialet som sammanställts är från Försäkringskassans register över sjukskrivningar och diagnoser, de så kallade MiDAS- och DoA-databaserna. Diagnoserna som redovisas avser den diagnos som först registrerats i sjukfallet. Här redovisas sjukskrivningstider för de olika diagnoser som ingår i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet.³ Diagnoserna är kodade enligt Världshälsoorganisationen WHO:s internationella klassifikation av sjukdomar ICD10.⁴

Uppföljningen omfattar sjukskrivningar som pågått i 15 dagar eller längre. Sjukskrivningstiderna är räknade från sjukanmälningdagen, det vill säga sjukskrivningens första dag. Uppföljningen omfattar totalt 335 220 sjukskrivningar med 171 860 påbörjade före och 163 360 påbörjade efter införandet av specifika rekommendationer för psykiska sjukdomar. Jämförelse görs mellan påbörjade sjukskrivningar perioden augusti till december 2007 samt augusti till december 2008. Anledningen till att samma månader före och efter införandet studeras är att det finns stora säsongsvariationer i antalet pågående sjukskrivningar. I den första uppföljningen som gjordes av sjukskrivningsmönstret efter beslutsstödet införande gjordes en avgränsning vid 180 dagars sjukskrivning.⁵ För att göra resultaten jämförbara med den tidigare mätningen görs också här en avgränsning vid 180 dagars sjukskrivning. Denna avgränsning berör drygt 17 procent av sjukskrivningarna som studerats.

Beskrivande statistik

Data över sjukskrivningslängder är mycket snedfördelade med en stor majoritet av sjukskrivningarna avslutade inom en månad. Det förekommer dock mycket långa sjukskrivningar som på ett markant sätt påverkar medelvärdet för sjukskrivningslängden.⁶ Medianvärdet är okänsligt för extrema värden och är att föredra vid analys av sjukskrivningar eftersom det ger en mer rättvisande bild av var ”tyngdpunkten” för sjukskrivningslängderna ligger. Kvartilavståndet är på samma sätt ett rättvisande mått på spridningen och är tidsspannet i dagar inom vilket 50 procent av observationerna (sjukskrivningslängderna) ligger.

- **Median:** definieras som den mittersta observationen i rangordningen efter att observationerna ordnats i storleksordning. Hälften av observationerna ligger till vänster om medianen och hälften till höger.

³ Se beslutsstödet på Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

⁴ Se den svenska versionen av ICD10 på Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/sokdiagnos-ochatgardskod/icd-10>

⁵ Försäkringskassan 2009.

⁶ Ett aritmetiskt medelvärde definieras som summan av sjukskrivningsdagarna dividerat med antalet observationer. Ett aritmetiskt medelvärde är känsligt för extrema värden.

- **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 (eller 50:e percentilen).

I den beskrivande resultatdelen redovisas sjukskrivningslängder och dessas spridning enligt följande:

- Före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar, för alla sjukskrivningsorsaker och för diagnoskategorier med och utan specifika rekommenderade sjukskrivningstider (Tabell 1 och Tabell 2).
- Före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar, per diagnoskapitel (Tabell 3).
- Före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar, för specifika psykiska diagnoser med specifika rekommendationer Tabell 4.
- Före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar, per kön (Tabell 5–Tabell 9) och län (Tabell 10 och Tabell 11).

Regressionsanalys

För att kontrollera att förändringar i sjukskrivningslängderna före och efter införandet av beslutsstödet inte beror på skillnader i andra kända egenskaper hos de sjukskrivna genomförs en regressionsanalys (s.k. cox-proportional hazard regression) där sådana skillnader hålls under kontroll. Fokus i regressionsanalysen ligger på om ”sannolikheten” för att sjukfallen avslutas har förändrats och detta redovisas i Tabell 12. Dels analyseras om förändring skett efter att beslutsstödet införades i mars 2008 med specifika rekommendationer för fysiska sjukdomar och dels efter att specifika rekommendationer infördes för psykiska sjukdomar i augusti 2008. Jämförelsen görs mot sannolikheten för att sjukfallen avslutades perioden före beslutsstödet införande, det vill säga före mars 2008. Analysen görs för alla sjukskrivningsorsaker samt uppdelat per kön och psykiska eller fysiska diagnoser och om dessa omfattas av de specifika rekommendationerna eller inte. Regressionsanalysen omfattar alla sjukskrivningar påbörjade under perioden december 2006 till september 2009 som varat i minst 15 dagar, sammanlagt 1 041 287 sjukskrivningar. 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), diagnos, partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallens start, sysselsättning och sjukskrivningsmånad. Sammanlagt nio olika

regressionsanalyser har genomförts och dessa sammanfattas i Tabell 12. Övriga faktorerers betydelse för sjukskrivningslängderna redovisas dock inte.⁷

Kort om händelse-historikmodeller och relativa risker (RR)

I de regressionsmodeller som redovisas utgörs den beroende variabeln dels av om sjukfallet avslutas med friskskrivning ("händelse") och dels av den tid i dagar som går innan det sker. Enkelt uttryckt beräknas en kvot med antalet händelser i täljaren och antalet sjukskrivningsdagar i nämnaren. Sjukfall som avslutas med sjuk- eller aktivitetsersättning betraktas som icke avslutade och dessa bidrar med sjukskrivningsdagar till nämnaren men inte med någon händelse till täljaren. Som sjukskrivningsdagar räknas i detta fall dagar med någon form av sjukpenning fram till sista sjukskrivningsdagen. Ersatta dagar med sjukersättning eller aktivitetsersättning ingår inte.

I regressionen är det möjligt att pröva om en faktor eller variabel påverkar sjukfallens avslutning samtidigt som andra faktorer hålls konstanta. Att dela in faktorer i kategorier förenklar tolkningen och en kategori utgör jämförelsegrupp och får värdet ett (1). Risker i övriga kategorier relateras till jämförelsegruppen och kallas därför *relativa risker*, förkortat RR. En RR på 1,1 innebär att den relativa risken är 10 procent högre än i jämförelsegruppen.

⁷ En sådan redovisning finns i Socialförsäkringsrapport 2009:5, bilaga 2 (Försäkringskassan 2009).

Sjukskrivningstider före och efter införandet av specifika rekommendationer för psykiska sjukdomar

Nedan visas genomsnittlig sjukskrivningslängd och spridningen i sjukskrivningslängd och eventuella förändringar i dessa mått efter beslutsstödets införande.

Diagnoser med och utan specifika rekommendationer

I Tabell 1 visas sjukskrivningslängderna för de sjukskrivningsorsaker som ingick i eller låg utanför de specifika rekommendationerna i beslutsstödet i augusti 2008. Alla sjukskrivningsorsaker omfattades dock av de övergripande principerna för sjukskrivning i beslutsstödet som infördes i mars 2008. Medianlängden minskade från 45 till 44 dagar. Spridningen har också minskat från 96 till 81 dagar.

En minskning i sjukskrivningslängd har också skett i för diagnoser utan specifika rekommendationer. För de psykiska diagnoserna har generellt ingen minskning skett i spridningen av sjukskrivningslängderna oavsett om de omfattas av de specifika rekommendationerna eller inte.

Tabell 1 Genomsnittlig sjukskrivningslängd för diagnoser med eller utan specifika rekommendationer. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.

Diagnoskategori	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
Psykiska diagnoser <u>med</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	77	70	-9	146	147	1	32 118	30 675
Fysiska diagnoser <u>med</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	42	41	-2	74	67	-10	98 754	93 407
Psykiska diagnoser <u>utan</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	85	72	-16	149	150	1	1 652	1 462
Fysiska diagnoser <u>utan</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	40	38	-5	79	68	-14	39 336	37 816
Totalt alla sjukskrivningar	45	44	-2	96	81	-16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Som en jämförelse visas resultaten från den första uppföljningen av sjukskrivningsmönstret som genomfördes våren 2009 i Tabell 2. Där jämfördes sjukskrivningar påbörjade mars–juni 2008, det vill säga efter beslutsstödets införande med sjukskrivningar påbörjade motsvarande period året innan. Sjukskrivningslängderna minskade och det särskilt för de psykiska sjukdomarna som under studieperioden saknade specifika rekommendationer.

Spridningen minskade dock mest för de fysiska sjukdomarna med specifika rekommendationer. I likhet med de senare resultaten för perioden augusti–december 2008 så minskade inte spridningen för de psykiska sjukdomarna under perioden mars–juni 2008 jämfört med motsvarande period föregående år.

Tabell 2 Genomsnittlig sjukskrivningslängd och dess spridning för fall som ingår eller ej ingår i beslutsstödet fysiska diagnoser. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade mars–juni 2007 (FÖRE) och mars–juni 2008 (EFTER) beslutsstödet införande (Källa: Socialförsäkringsrapport 2009:5).

Diagnoskategori	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
Fysiska diagnoser <u>med</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	42	40	-5	72	62	-14	75584	67828
Fysiska diagnoser <u>utan</u> specifika rekommendationer i beslutsstödet	39	38	-3	69	65	-6	36083	32488
Psykiska diagnoser	73	63	-14	147	146	-1	29949	24801
Totalt alla sjukskrivningar	46	43	-6	89	73	-18	141 616	125 117

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Sjukskrivningstider per diagnoskapitel

Mellan de båda analysperioderna augusti till december 2007 respektive 2008 har antalet sjukskrivningar 15 dagar eller längre minskat från omkring 171 000 till 163 000 eller 5 procent. Sett till olika sjukdomsgrupper har det också skett en minskning av antalet sjukskrivningar, se Tabell 3. Det gäller psykiska sjukdomar, sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och symptomdiagnoser. Det finns dock undantag. Skador och förgiftningar samt tumörsjukdomarna har inte minskat medan sjukdomar i endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar ökar. Psykiska sjukdomar har tillsammans med tumörsjukdomar de längsta sjukskrivningstiderna. Kortast sjukskrivningar finns inom andningsorganens sjukdomar, infektionssjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar och sjukdomar i urin och könsorgan. Stor minskning i sjukskrivningslängden kan observeras bland psykiska sjukdomar och bland cirkulationsorganens sjukdomar, se Tabell 3.

Tabell 3 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per diagnoskapitel. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.

Diagnoskapitel	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
I Infektionssjukdomar (A00–B99)	26	26	0	26	25	–4	2 997	2 895
II Tumörer (C00–D48)	69	67	–3	147	148	1	6 845	6 820
III Sjukdomar i Blod/ Immunsystem (D50–D89)	45	40	–11	101	76	–25	513	529
IV Sjukdomar i Endokrina syst/ Ämnesomsättning (E00–E90)	41	37	–10	71	40	–44	2 415	2 773
V Psykiska sjukdomar (F00–F99)	78	70	–10	147	148	1	33 770	32 137
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/ Sinnesorganen (G00–G99, H00–H95)	39	39	0	68	53	–22	8 892	8 804
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00–I99)	56	51	–9	135	117	–13	7 777	7 033
X Andningsorganens sjukd. (J00–J99)	21	21	0	13	11	–15	9 588	8 648
XI Matsmältningsorganens sjukdomar (K00–K93)	29	29	0	29	28	–3	7 046	6 761
XII Hudsjukdomar (L00–L99)	33	33	0	54	43	–20	1 951	1 819
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet (M00–M99)	49	47	–4	111	92	–17	46 151	43 146
XIV Sjukdomar i Urin och Könnsorganen (N00–N99)	31	30	–3	21	20	–5	4 044	3 855
XV Graviditet, förlossning och barnsängstid (O00–O99)	55	54	–2	60	56	–7	9 983	9 618
XVII Medfödda missbildningar (Q00–Q99)	32	34	6	102	72	–30	332	320
XVIII Symtom etc. (R00–R99)	37	35	–5	83	68	–18	6 773	5 814
XIX Skador och Förgiftningar (S00–T98)	45	45	0	61	60	–2	20 523	20 422
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc. (Z00–Z99)	42	38	–10	89	68	–23	2 148	1 844
Totalt alla sjukskrivningar	45	44	–2	96	81	–16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MIDAS uttagsdatum 2009-11-02

I sjukskrivningssammanhang mindre diagnosgrupper med minskade sjukskrivningstider är sjukdomar i blod- och immunsystem, sjukdomar i endokrina systemet och ämnesomsättningssystemet, samt kapitel XXI de så kallade Z-diagnoserna som helst inte bör förekomma som huvuddiagnos.

Graviditetssjukskrivningarna är relativt långvariga med en median på 54 dagar att jämföra med 44 som gäller för alla sjukskrivningar. Spridningen är dock relativt liten för sjukskrivningar i samband med graviditet och kvartilavståndet är 56 dagar under perioden augusti–december 2008 jämfört med 81 dagar för alla sjukskrivningar, se Tabell 3. Spridningen har minskat avsevärt i flera stora diagnoskategorier såsom sjukdomar i muskuloskeletala systemet, sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan, cirkulationsorganens sjukdomar och symtomdiagnoserna. Mindre sjukdomsgrupper med stor minskning i spridning är endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar, hudsjukdomar och Z-diagnoserna.

Inom några stora diagnoskategorier har dock inga eller marginella förändringar skett i spridningen och det gäller psykiska sjukdomar, tumörer, skador och förgiftningar, matsmältningsorganens sjukdomar, graviditetskomplikationer, infektionssjukdomar och urin- och könnsorganens sjukdomar.

Sjukskrivningstid för specifika psykiska diagnoser inom ramen för beslutsstödet

Antalet sjukskrivningar minskade generellt med 5 procent mellan de två studerade perioderna, vilket också gäller för de psykiska sjukdomarna, se Tabell 4. Antalet sjukskrivna har minskat mest inom alkoholdiagnoserna (F10). De stora diagnoskategorierna depressioner (F32), och stressreaktioner (F43), har minskat med 7 respektive 5 procent. Andra psykiska sjukdomstillstånd har däremot ökat i antal, däribland tvångssyndrom (F42), recidiverande (återfall) depressioner (F33) och bipolär sjukdom (F30/31). Dock är det frågan om relativt litet antal sjukskrivna för dessa kategorier av psykisk ohälsa.

Psykiska sjukdomar (F00–F99)

Tabell 4 **Genomsnittlig sjukskrivningslängd för Psykiska sjukdomar med specifika rekommendationer. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.**

Diagnos	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
F10 Skadligt bruk av alkohol, Alkoholberoende	68	61	-10	138	121	-12	835	695
F20–29 Psykotiska syndrom	169	166	-2	117	127	8	525	470
F30/F31 Bipolär sjukdom	141	146	4	132	128	-3	699	800
F32 Depressiv episod	102	89	-13	139	140	1	11 184	10 391
F33 Recidiverande depression	123	119	-3	133	132	-1	1 360	1 481
F40 Fobiska syndrom (inkl. Social fobi)	121	134	11	147	139	-5	114	98
F41 Andra ångestsyndrom (inkl. Generaliserat ångestsyndrom/ Paniksyndrom)	88	75	-15	145	146	1	3 989	3 937
F42 Tvångssyndrom	128	137	8	132	133	1	134	151
F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress	55	50	-9	136	105	-23	13 175	12 521
F90/F98 Hyperaktivitetsstörningar, psyk. störn. debut barn-ungdom (inkl ADHD)	180	180	0	117	86	-26	103	131
Psykiska diagnoser med specifika rekommendationer i beslutsstödet	77	70	-9	146	147	1	32 118	30 675
Totalt alla sjukskrivningar	45	44	-2	96	81	-16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Medianlängden för psykisk sjukdom är längst för psykotiska tillstånd och bipolära sjukdomar och kortast för stressreaktioner och alkoholdiagnoser. Jämfört med sjukskrivningar generellt är dock sjukskrivningar för psykisk sjukdom betydligt mer långvariga.

Sjukskrivningslängden minskade mest för ångestsyndrom, depressioner, alkoholdiagnoser och stressreaktioner. Av de stora diagnosgrupperna minskade spridningen mest för stressreaktionerna. Däremot skedde ingen minskad spridning för depressionerna.

Sjukskrivningstider för kvinnor och män

Kvinnor har generellt något kortare sjukskrivningar än män efter beslutsstödet införande, med medianvärdet 43 dagar jämfört med 45 dagar, se Tabell 5. Spridningen är mindre hos kvinnor med ett kvartilavstånd på 80 dagar jämfört med männens 85 dagar. Efter beslutsstödet införande är förändringen större bland kvinnor än bland män. Kvinnors sjukskrivningar har minskat i medianlängd med 4 procent medan den är oförändrad bland män. Detsamma gäller spridningen där minskningen i kvartilavstånd är 18 procent bland kvinnor och 10 procent bland män.

Tabell 5 **Genomsnittlig sjukskrivningslängd för alla diagnoser för kvinnor och män. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser (med eller utan specifika rekommendationer).**

	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
Män	45	45	0	94	85	-10	66 347	63 163
Kvinnor	45	43	-4	98	80	-18	105 513	100 197
Totalt alla sjukskrivningar	45	44	-2	96	81	-16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MIDAS uttagsdatum 2009-11-02

Sjukskrivningstider efter kön och diagnoskapitel

Bland kvinnor har psykiska sjukdomar de längsta sjukskrivningstiderna med 69 dagar, följt av tumörsjukdomar med 59 dagar, att jämföra med 43 som gällde generellt för kvinnor under augusti–december 2008. Kortast sjukskrivningar finns inom grupperna andningsorganens sjukdomar, infektionsjukdomar och matsmältningsorganens sjukdomar, se Tabell 6.

Betydande minskningar har skett i sjukskrivningslängderna för kvinnor i psykiska sjukdomar och bland symtomdiagnoserna. De vanligaste symtomdiagnoserna är olika typer av smärta och värk, yrsel och svindel, samt sjukdomskänsla och trötthet.

Tabell 6 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per diagnoskapitel för Kvinnor. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.

Diagnoskapitel	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
I Infektionssjukdomar (A00–B99)	25	24	–4	23	22	–4	1 603	1 633
II Tumörer (C00–D48)	61	59	–3	148	149	1	4 413	4 380
III Sjukdomar i Blod/ Immunsystem (D50–D89)	42	38	–10	81	63	–22	383	398
IV Sjukdomar i Endokrina syst/ Ämnesomsättning (E00–E90)	39	36	–8	57	37	–35	1 706	2 025
V Psykiska sjukdomar (F00–F99)	78	69	–12	147	148	1	22 946	21 998
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/ Sinnesorganen (G00–G99, H00–H95)	39	38	–3	67	49	–27	5 583	5 523
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00–I99)	40	40	0	107	103	–4	3 164	2 817
X Andningsorganens sjukd. (J00–J99)	21	21	0	12	11	–8	6 260	5 783
XI Matsmältningsorganens sjukdomar (K00–K93)	30	29	–3	35	32	–9	3 405	3 225
XII Hudsjukdomar (L00–L99)	35	32	–9	59	49	–17	1 103	999
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet (M00–M99)	50	48	–4	121	94	–22	26 897	24 627
XIV Sjukdomar i Urin och Könsorganen (N00–N99)	30	30	0	20	20	0	3 207	3 048
XV Gravitet, förlossning och barnsängstid (O00–O99)	55	54	–2	60	56	–7	9 969	9 603
XVII Medfödda missbildningar (Q00–Q99)	27	29	7	90	49	–46	231	219
XVIII Symtom etc. (R00–R99)	37	34	–8	83	63	–24	4 531	3 901
XIX Skador och Förgiftningar (S00–T98)	45	45	0	64	57	–11	8 521	8 651
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc. (Z00–Z99)	38	35	–8	74	47	–36	1 535	1 300
Totalt alla sjukskrivningar kvinnor	45	43	–4	98	80	–18	105 513	100 197

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Spridningen har också minskat avsevärt för kvinnor i flera stora diagnoskategorier såsom sjukdomar i muskuloskeletala systemet, symtomdiagnoserna samt sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan. Mindre sjukdomsgrupper med stor minskning i spridning är endokrina systemet och ämnesomsättningssjukdomar, hudsjukdomar och Z-diagnoserna. Inom några stora diagnoskategorier har dock inga eller marginella förändringar skett i spridningen för kvinnor och det gäller psykiska sjukdomar, tumörer, sjukdomar i urin och könsorgan och cirkulationsorganens sjukdomar, se Tabell 6.

Bland män har tumörsjukdomar de längsta sjukskrivningstiderna, följt av psykiska sjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar, se Tabell 7. Kortast sjukskrivningar bland män finns liksom för kvinnor inom grupperna andningsorganens sjukdomar, infektionssjukdomar och matsmältningsorganens sjukdomar.

En minskning har skett i sjukskrivningslängderna för män i de stora diagnosgrupperna: psykiska sjukdomar, symtomdiagnoser, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar. Inga förändringar eller en svag ökning har dock skett för sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, skador och förgiftningar, tumörer och för matsmältningsorganens sjukdomar.

Tabell 7 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per diagnoskapitel för Män. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.

Diagnoskapitel	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
I Infektionssjukdomar (A00–B99)	27	27	0	27	29	7	1 394	1 262
II Tumörer (C00–D48)	77	80	4	141	143	2	2 432	2 440
III Sjukdomar i Blod/ Immunsystem (D50–D89)	56	54	–3	151	151	0	130	131
IV Sjukdomar i Endokrina syst/ Ämnesomsättning (E00–E90)	48	39	–20	135	59	–56	709	748
V Psykiska sjukdomar (F00–F99)	78	74	–5	146	147	1	10 824	10 139
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/ Sinnesorganen (G00–G99, H00–H95)	41	40	–2	72	57	–21	3 309	3 281
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00–I99)	66	61	–8	148	122	–18	4 613	4 216
X Andningsorganens sjukd. (J00–J99)	22	21	–5	14	12	–14	3 328	2 865
XI Matsmältningsorganens sjukdomar (K00–K93)	28	29	4	25	26	4	3 641	3 536
XII Hudsjukdomar (L00–L99)	31	33	6	46	39	–14	848	820
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet (M00–M99)	47	47	0	101	90	–11	19 254	18 519
XIV Sjukdomar i Urin och Könsorganen (N00–N99)	31	30	–3	39	33	–15	837	807
XVII Medfödda missbildningar (Q00–Q99)	67	63	–6	110	139	26	101	101
XVIII Symtom etc. (R00–R99)	38	36	–5	85	82	–4	2 242	1 913
XIX Skador och Förgiftningar (S00–T98)	44	45	2	59	61	3	12 002	11 771
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc. (Z00–Z99)	64	57	–11	118	95	–20	613	544
Totalt alla sjukskrivningar män	45	45	0	94	85	–10	66 347	63 163

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Spridningen har minskat avsevärt för män i flera stora diagnoskategorier såsom sjukdomar i muskuloskeletala systemet, sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan, andningsorganens sjukdomar samt cirkulationsorganens sjukdomar, se Tabell 7. Inom några stora diagnoskategorier har dock inga förändringar eller en liten ökning skett i spridningen för män och det gäller psykiska sjukdomar, skador och förgiftningar, matsmältningsorganens sjukdomar samt tumörer.

Sjukskrivningstider för kvinnor och män med psykiska sjukdomar

Med undantag för alkoholdiagnoser (F10), psykotiska syndrom (F20–29), och hyperaktivitetsstörningar och andra psykiska störningar med tidig debut (F90/F98) så är sjukskrivningar för psykiska sjukdomar betydligt vanligare bland kvinnor, se Tabell 8 och Tabell 9.

Tabell 8 **Genomsnittlig sjukskrivningslängd för Psykiska sjukdomar med specifika rekommendationer, för Kvinnor. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.**

Diagnos	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
F10 Skadligt bruk av alkohol, Alkoholberoende	73	64	-12	147	147	0	212	207
F20–29 Psykotiska syndrom	169	166	-2	118	125	6	227	224
F30/F31 Bipolär sjukdom	151	153	1	131	127	-3	406	498
F32 Depressiv episod	102	88	-14	139	140	1	7 459	6 985
F33 Recidiverande depression	125	120	-4	132	134	2	899	951
F40 Fobiska syndrom (inkl. Social fobi)	121	122	0	133	142	7	60	54
F41 Andra ångestsyndrom (inkl.Generaliserat ångestsyndrom/Paniksyndrom)	87	72	-17	145	147	1	2 579	2 619
F42 Tvångssyndrom	161	130	-19	126	133	5	80	92
F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress	55	51	-7	143	107	-25	9 823	9 312
F90/F98 Hyperaktivitetsstörningar, psyk. störn. debut barn-ungdom (inkl ADHD)	180	180	0	118	65	-45	45	58
Psykiska diagnoser med specifika rekommendationer i beslutsstödet, kvinnor	77	69	-10	147	148	1	21 790	21 000
Totalt alla sjukskrivningar kvinnor	45	43	-4	98	80	-18	105 513	100 197

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

De vanligaste psykiska sjukskrivningsorsakerna bland både kvinnor och män är depressioner (F32) och stressreaktioner (F43) med jämförelsevis mindre långvariga sjukskrivningar. En annan iakttagelse är att flera mindre psykiska sjukdomar ökat i antal, exempelvis recidiverande depressioner (F32). Både depressionerna (F33) och stressreaktionerna (F43) har minskat i längd för både kvinnor och män. Större minskningar har dock skett bland kvinnor inom andra ångestsyndrom (F41) och tvångssyndrom (F42). Den senare kategorin innehåller dock ett mindre antal sjukskrivningar. Spridningen i sjukskrivningstid har dock inte minskat lika tydligt, med undantag för stressreaktioner (F43) och hyperaktivitetsstörningar (F90/98), men den senare kategorin innehåller få sjukskrivningar.

Tabell 9 **Genomsnittlig sjukskrivningslängd för Psykiska sjukdomar med specifika rekommendationer, för Män. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.**

Diagnos	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
F10 Skadligt bruk av alkohol, Alkoholberoende	66	59	-11	125	117	-7	623	488
F20–29 Psykotiska syndrom	171	167	-2	115	129	12	298	246
F30/F31 Bipolär sjukdom	136	121	-11	133	129	-3	293	302
F32 Depressiv episod	101	91	-10	138	140	1	3 725	3 406
F33 Recidiverande depression	120	119	-1	135	129	-4	461	530
F40 Fobiska syndrom (inkl. Social fobi)	107	139	30	156	131	-16	54	44
F41 Andra ångestsyndrom (inkl.Generaliserat ångestsyndrom/Paniksyndrom)	88	81	-8	144	145	1	1 410	1 318
F42 Tvångssyndrom	112	180	61	146	142	-3	54	59
F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress	53	49	-8	116	102	-12	3 352	3 209
F90/F98 Hyperaktivitetsstörningar, psyk. störn. debut barn-ungdom (inkl ADHD)	180	180	0	109	90	-17	58	73
Psykiska diagnoser med specifika rekommendationer i beslutsstödet, män	77	74	-4	145	146	1	10 328	9 675
Totalt alla sjukskrivningar män	45	45	0	94	85	-10	66 347	63 163

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Sjukskrivningstider i olika län

Antalet sjukskrivningar 15 dagar eller längre oavsett sjukskrivningsdiagnos minskade med 5 procent mellan augusti–december 2007 och samma period 2008. De län där antalet sjukskrivningar minskat mest är Gotland, Väster-norrland och Jämtland. Minst har sjukskrivningarna minskat i Uppsala, Västerbotten, Stockholm och Jönköping.

Kortast sjukskrivningar efter beslutsstödet införande finns i Värmland och Västmanland med en medianlängd på 41 dagar, se Tabell 10. Längst sjuk-skrivningar finns i Jämtland, Västerbotten, Stockholm, Västernorrland och Uppsala. Sjukskrivningslängderna har minskat i de flesta län med undantag av Jämtland, Norrbotten, Dalarna, Jönköping och Östergötland där sjuk-skrivningslängderna är oförändrade. Största minskningarna efter augusti 2008 skedde i Västmanland, Blekinge och Kronoberg. Minst är minskning- en i Norrbotten, Jönköping, Skåne, Västra Götaland och Västmanland.

Tabell 10 Genomsnittlig sjukskrivningslängd per län, alla diagnoser.
 Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december
 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av
 specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.

Län	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
Stockholm	47	46	-2	97	83	-14	35 865	35 457
Uppsala	47	45	-4	101	85	-16	6 077	6 084
Södermanland	44	42	-4	88	72	-18	5 045	4 775
Östergötland	43	43	0	87	80	-8	6 850	6 463
Jönköping	44	44	0	93	82	-12	6 233	6 087
Kronoberg	45	43	-6	106	80	-24	3 547	3 320
Kalmar	43	42	-2	93	87	-6	4 477	4 078
Gotland	44	43	-2	86	70	-19	1 200	1 025
Blekinge	46	43	-6	103	86	-16	2 985	2 769
Skåne	45	43	-4	99	84	-15	20 709	19 792
Halland	46	44	-4	103	81	-21	5 544	5 161
Västra Götaland	44	42	-4	92	78	-15	30 579	28 533
Värmland	42	41	-2	85	72	-15	4 474	4 183
Örebro	44	42	-4	96	78	-19	5 744	5 276
Västmanland	46	41	-11	98	72	-26	5 353	5 075
Dalarna	43	43	0	88	88	0	5 079	4 882
Gävleborg	45	44	-2	96	84	-12	5 456	5 016
Västernorrland	47	45	-4	105	95	-10	4 674	4 116
Jämtland	52	52	0	118	101	-14	2 757	2 425
Västerbotten	47	46	-2	108	89	-18	4 651	4 634
Norrbottnen	42	42	0	88	78	-11	4 561	4 209
Riket	45	44	-2	96	81	-16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Sett till alla diagnoser fanns den största spridningen efter augusti 2008 i Jämtland och Västernorrland medan den minsta spridningen fanns på Gotland och i Västmanland, Södermanland och Värmland, se Tabell 10. Spridningen i sjukskrivningslängderna har minskat i alla län utom Dalarna. Störst är minskningen i Västmanland, Kronoberg och Halland medan den är mer blygsam i Kalmar, Östergötland och Västernorrland. Spannet mellan det högsta och lägsta kvartilavståndet har minskat från 33 till 31 dagar.

Antalet sjukskrivningar 15 dagar eller längre med psykisk diagnos minskade också med 5 procent mellan augusti–december 2007 och samma period 2008, se Tabell 11. De län där antalet sjukskrivningar för psykisk diagnos minskat mest är Gotland och Västernorrland. Sjukskrivningarna för psykisk diagnos har däremot ökat i Östergötland, Uppsala, Dalarna, Västerbotten och Norrbotten.

Kortast sjukskrivningar med psykisk diagnos efter beslutsstödet införande finns i Värmland och Västmanland med en medianlängd på 60 och 61 dagar, se Tabell 11. Längst sjukskrivningar med psykisk diagnos finns i Jämtland och Västerbotten med 81 dagar. Sjukskrivningslängderna för psykiska sjukdomar har minskat i 16 av 21 län men har ökat i Kalmar, på Gotland och i Västerbotten, samt är oförändrade i Gävleborg och Jönköping. Största minskningarna efter augusti 2008 för psykiska sjukdomar skedde i Västmanland, Örebro och Kronoberg.

För de psykiska diagnoserna fanns den största spridningen efter augusti 2008 i Värmland, Skåne och Östergötland medan den minsta spridningen fanns på Gotland och i Västmanland, se Tabell 11. Spridningen i sjukskrivningslängderna har minskat i endast 6 och ökat i 12 län även om ökningarna är relativt marginella. Störst är minskningen på Gotland, i Västmanland och Södermanland. Spannet mellan det högsta och lägsta kvartilavståndet har däremot minskat från 6 till 17 dagar.

Tabell 11 **Genomsnittlig sjukskrivningslängd per län, för psykiska diagnoser. Jämförelse mellan sjukskrivningar påbörjade augusti–december 2007 (FÖRE) och augusti–december 2008 (EFTER) införandet av specifika rekommendationer för psykiska diagnoser.**

Län	Median			Kvartilavstånd			Antal	
	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER	Diff%	FÖRE	EFTER
Stockholm	81	76	-6	146	145	-1	7 581	7 516
Uppsala	84	71	-16	145	148	2	1 153	1 198
Södermanland	72	67	-7	148	140	-5	937	899
Östergötland	73	68	-7	147	149	1	1 110	1 170
Jönköping	73	73	0	149	147	-1	1 159	1 088
Kronoberg	86	69	-20	144	146	1	699	665
Kalmar	67	73	9	148	148	0	865	758
Gotland	69	73	6	149	134	-10	223	171
Blekinge	85	75	-12	145	147	1	605	521
Skåne	77	66	-14	147	149	1	4 278	4 021
Halland	77	70	-9	147	148	1	1 104	956
Västra Götaland	77	68	-12	147	148	1	6 303	5 896
Värmland	61	60	-2	150	151	1	791	693
Örebro	94	74	-21	145	147	1	1 113	992
Västmanland	81	61	-25	147	140	-5	1 010	953
Dalarna	79	78	-1	147	147	0	812	841
Gävleborg	70	70	0	149	147	-1	1 097	991
Västernorrland	79	70	-11	146	148	1	851	704
Jämtland	92	81	-12	146	146	0	521	509
Västerbotten	80	81	1	146	147	1	825	849
Norrbottn	82	67	-19	144	148	3	733	746
Totalt psykiska sjukdomar	78	70	-10	147	148	1	33 770	32 137
Riket	45	44	-2	96	81	-16	171 860	163 360

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MIDAS uttagsdatum 2009-11-02

Förändringar i sjukskrivningstid – en regressionsanalys

De förändringar i sjukskrivningslängder som redovisats ovan skulle kunna bero på införandet av beslutsstödet. Införandet har skett stegvis. De övergripande principerna för sjukskrivning och specifika rekommendationer för fysiska diagnoser infördes i ett första steg den första mars 2008. I ett andra steg infördes specifika rekommendationer för psykiska diagnoser den första augusti 2008. Beslutsstödet revideras och uppdateras också löpande med ytterligare diagnoser.

Det kan dock inte uteslutas att förändringar i sjukskrivningslängderna också kan bero på mer stringent sjukförsäkringstillämpning, införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan⁸ i juli 2008 och förändrade attityder till sjukskrivning i samhället. Effekten av sådana förändringar kan dock inte mätas i denna studie. Det finns dock andra möjliga förklaringar till förändringar i sjukskrivningslängderna som rör egenskaper hos de sjukskrivna såsom ålder och sjukskrivningsorsak. I en regressionsanalys kontrolleras för sådana skillnader i de sjukskrivnas egenskaper.

Sjukfallens avslutning före och efter beslutsstödet införande

Med kontroll för en mängd faktorer har chansen för att sjukfallen avslutas ökat med 12 procent efter införandet av beslutsstödet i mars 2008 jämfört med sjukfall som påbörjades under tiden december 2006 till februari 2008, se Tabell 12. Dock fortsätter inte minskningen i sjukskrivningslängderna ytterligare när rekommendationerna för psykiska sjukdomar sedan införs i augusti 2008. I stället minskar friskskrivningen något för de sjukdomsfall som blir föremål för en sjukskrivning längre än 14 dagar.

Separata analyser för kvinnor och män var för sig visar dessutom att förändringen efter mars 2008 är tydlig för båda könen. Efter augusti 2008 har dock männens sjukskrivningar i högre grad ökat i längd.

Att sjukskrivningslängderna inte minskat ytterligare efter den första augusti 2008 kan tyckas motsägelsefullt mot bakgrund av resultaten som tidigare presenterats i de beskrivande tabellerna. Förklaringen är dock att den stora minskningen i sjukskrivningslängder skedde redan vid införandet av beslutsstödet i mars 2008 och att ingen ytterligare minskning därefter skett. Den första utvärderingen av sjukskrivningsmönstret visade också att sjukskrivningslängderna för de psykiska sjukdomarna minskade markant redan

⁸ Analys har visat att rehabiliteringskedjan minskat sjukskrivningslängderna, se Inspektionen för Socialförsäkringen 2010.

efter mars 2008 trots att de då saknade specifika rekommendationer i beslutsstödet.⁹ Alla sjukskrivningsorsaker omfattades dock av de övergripande principerna redan vid beslutsstödet införande i mars 2008. Att antalet långvariga sjukskrivningar minskar över tid kan också antas innebära att det i högre utsträckning är svårare sjukdomstillstånd som blir föremål för sjukskrivning, vilket i sin tur innebär att sjukskrivningarna i genomsnitt blir mer långvariga av rent medicinska skäl.

En indikation på att införandet av specifika rekommendationer för psykiska sjukdomar trots allt haft en viss betydelse för sjukskrivningslängderna för dessa sjukskrivningsorsaker efter augusti 2008, är att sjukskrivningslängden inte ökat för kvinnor, och för män är ökningen mindre jämfört med de fysiska diagnoserna. Ett relativt litet antal sjukskrivningar har diagnoser som saknar specifika rekommendationer i beslutsstödet för psykiska sjukdomar.¹⁰

Annars går det generella mönstret igen oavsett kön och sjukskrivningsorsak och om sjukskrivningsorsaken har specifika rekommendationer i beslutsstödet eller inte. Den stora förändringen skedde i mars 2008 och efter förändringen i augusti 2008 så ökade sjukskrivningslängderna. En avgörande svaghet i analysen ska också poängteras. Analysen kan inte ge en korrekt bild av hur sjukskrivningsmönstret förändras. Sjuklöneperioden gör att kortare sjukskrivningar än 15 dagar inte finns med i analysen. Ett ännu större bekymmer är att diagnostiserad sjukdom inom sjukvården som över huvud taget inte leder till sjukskrivning inte heller ingår i analysen. Sannolikt har beslutsstödet tillsammans med andra förändringar i sjukförsäkringen under senare år också haft betydelse för minskat inflöde till sjukskrivning likväl som det ökat utflödet ur sjukskrivning.

⁹ Se Försäkringskassan 2009.

¹⁰ Följande psykiska diagnoser saknar för närvarande specifika rekommendationer i beslutsstödet (i procent av de psykiska sjukskrivningarna utan rekommendationer i materialet, inom parentes): F51 Icke organiska sömnstörningar (41), F39 Ospecificerat förstämningssyndrom (12), F50 Åtstörningar (9), F60 Specifika personlighetsstörningar (5), F34 Kroniska förstämningssyndrom (4), F99 Ospecificerad psykisk störning (3), F48 Andra neurotiska syndrom (3) samt F45 Somatiseringssyndrom (3).

Tabell 12 Relativ sannolikhet för att ett sjukfall som pågått över 14 dagar avslutas med friskskrivning före och efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

	Kvinnor och Män			
	Kvinnor		Män	
	n	RR	n	RR
I. Alla sjukskrivningsorsaker för båda könen				
Före mars 2008	511268	1,00		
Efter mars 2008 (Beslutsstödet införs med övergripande principer och specifika rekommendationer för <u>fysiska diagnoser</u>)	148108	1,12***		
Efter augusti 2008 (Specifika rekommendationer för <u>psykiska diagnoser</u> införs)	381911	0,96***		
	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
II. Alla sjukskrivningsorsaker				
Före mars 2008	314938	1,00	196330	1,00
Efter mars 2008	90009	1,12***	58099	1,11***
Efter augusti 2008	235124	0,98***	146787	0,92***
III. Psykiska diagnoser med rekommendationer				
Före mars 2008	66734	1,00	30974	1,00
Efter mars 2008	19077	1,15***	8585	1,13***
Efter augusti 2008	47776	1,01*	21765	0,95***
IV. Psykiska diagnoser utan rekommendationer				
Före mars 2008	3306	1,00	1513	1,00
Efter mars 2008	893	1,11*	389	1,09
Efter augusti 2008	2138	0,98	947	1,06
V. Fysiska diagnoser med rekommendationer				
Före mars 2008	175981	1,00	118911	1,00
Efter mars 2008	50231	1,13***	35467	1,11***
Efter augusti 2008	131298	0,98***	88867	0,92***
VI. Fysiska diagnoser utan rekommendationer				
Före mars 2008	68917	1,00	44932	1,00
Efter mars 2008	19808	1,08***	13658	1,08***
Efter augusti 2008	53912	0,96***	35208	0,91***

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

Avser sjukskrivningar påbörjade december 2006 till och med september 2009.

I tabellen sammanfattas nio olika regressionsmodeller.

I modellerna kontrolleras för (kön), ålder, civilstånd, barn och deras ålder, bosättningslän, födelseland (-region), diagnos, partiell sjukskrivning, långvarig sjukskrivning året före (>14 dagar), sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallens start, sysselsättning och sjukskrivningsmånad.

Källa: Försäkringskassans databaser DoA/MiDAS uttagsdatum 2009-11-02

Referenser

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

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

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

Inspektionen för socialförsäkringen (2010) *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*. Rapport 2010-1. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

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