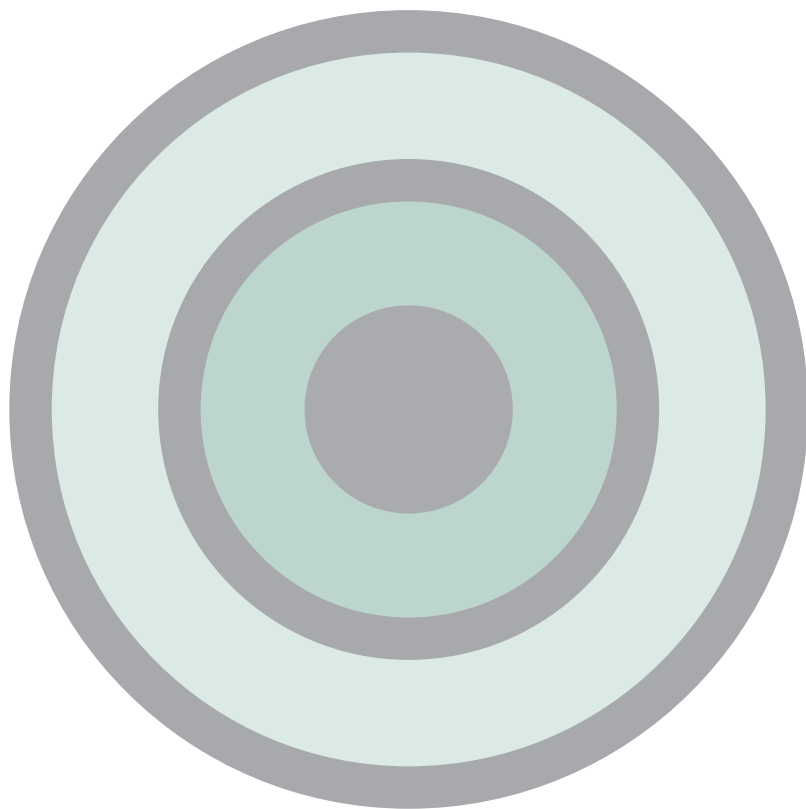


# ANALYSERAR

2007:3



Vad händer efter  
avstämningsmötet?



**Försäkringskassan**

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för analys
Upplysningar	Pernilla Tollin 08-786 93 26 pernilla.tollin@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: <a href="mailto:forlag@forsakringskassan.se">forlag@forsakringskassan.se</a> Internet: <a href="http://www.forsakringskassan.se">www.forsakringskassan.se</a>
Tryck	Edita, 2007

# Förord

Ett avstämningsmöte är ett möte där den sjukskrivne, Försäkringskassan och minst ytterligare någon part som kan påverka den sjukskrivnes situation deltar. Mötet genomförs enligt tydliga och enhetliga regler. Flerpartsmötet som form för utredning och planering är egentligen ingen nyhet i Försäkringskassans sjukfallsarbete. Avstämningsmötet kan därför betraktas som ett beprövat arbetssätt som fått mer struktur och dessutom blivit inskrivet i lagen.

Syftet med denna studie är att undersöka vad som händer i sjukfallet efter att ett avstämningsmöte ägt rum. Sammanfattningsvis visar studien att avstämningsmötet är förknippat med att olika rehabiliteringsåtgärder inleds eller att Försäkringskassan gör en förnyad bedömning av arbetsförmågan. Datamaterialet baseras på 2006 års LS-undersökning, en återkommande studie av långa sjukfall som genomförts på Försäkringskassan sedan 1999.

Pernilla Tollin har genomfört analysen och skrivit rapporten. Sten Olsson har dragit urval och tagit fram registerdata. Datainsamlingen i form av aktstudier har genomförts av Försäkringskassans medarbetare ute i länen.

Stockholm i februari 2007

Joakim Söderberg  
Chef för enheten för analys

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>9</b>
Syfte .....	10
Metod .....	11
<b>Avstämningsmötets formalia</b> .....	<b>13</b>
<b>Avstämningsmötet som metod i sjukfallsarbetet</b> .....	<b>14</b>
En beskrivning av datamaterialet.....	14
Vad händer efter ett avstämningsmöte? .....	18
Vad händer efter ett avstämningsmöte? En fördjupad analys.....	20
<b>Slutsatser</b> .....	<b>23</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>24</b>
<b>Bilaga</b> .....	<b>26</b>

# Sammanfattning

Avstämningsmötet är ett verktyg i tillämpningen av sjukförsäkringen och skrevs in i lagen år 2003. Det är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och ytterligare minst en part som kan påverka den försäkrades situation deltar (exempelvis behandlande läkare, arbetsgivare, arbetsförmedlingen eller facket). Mötet genomförs enligt tydliga och enhetliga regler.

Det övergripande syftet med avstämningsmötet är att minska sjukfrånvaron. Mer konkret ska avstämningsmötet användas för att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt för att initiera och planera olika typer av rehabiliteringsåtgärder.

I denna rapport studeras om Försäkringskassans avstämningsmöten används i enlighet med lagens intentioner. Syftet är att undersöka i vilken utsträckning avstämningsmötet leder till följande:

- Att sjukfallet avslutas helt eller delvis
- Att Försäkringskassan dokumenterar att sjukpenningen ska bytas ut till sjuk- eller aktivitetsersättning
- Att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inleds
- Att anpassning av den sjukskrivnes arbetsplats genomförs

De avstämningsmöten som studeras delas in i två kategorier: I den ena gruppen finns avstämningsmöten som ägt rum när som helst i sjukfallet i intervallet 30 dagar till och med drygt ett år. I den andra gruppen studeras enbart avstämningsmöten som ägt rum inom 90 dagar från tidpunkten för sjukfallets start.

Datamaterialet är undersökningen LS 2006 som innehåller uppgifter om 11 091 individer i åldern 20–64 år som påbörjade en sjukskrivning (som varade minst 30 dagar) under perioden 17/1–30/1 2005. När datainsamlingen gjordes hade de undersökta individerna *som längst* varit sjukskrivna i drygt ett år. Uppgifterna i LS 2006 har kompletterats med data från Försäkringskassans sjukfallsregister.

## Undersökningens huvudresultat:

- Ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten<sup>1</sup> med 40 procent att sjukskrivningsgraden ska minska.
- Ett genomfört avstämningsmöte ökar inte sannolikheten för att sjukfallet ska avslutas helt. Detta gäller oavsett när i sjukfallet avstämningsmötet ägt rum.
- Ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten med 60 procent att Försäkringskassan ska dokumentera en bedömning att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Det är framför allt tidiga avstämningsmöten som efterföljs av en dokumenterad bedömning att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning.
- Ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten 6 gånger (500 procent) att en aktiv rehabiliteringsåtgärd ska påbörjas.
- Ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten med 100 procent att anpassning på arbetsplatsen ska påbörjas.

Sammanfattningsvis visar studien att Försäkringskassans avstämningsmöten leder till såväl förnyad bedömning av arbetsförmågan som att rehabiliteringsåtgärder påbörjas. Det är oklart om avstämningsmötet på sikt kan sägas minska sjukfrånvaron. Undersökningen visar inte att avstämningsmötet leder till att sjukfallen avslutas helt och tidigare studier har inte entydigt visat att deltidssjukskrivning och rehabiliteringsåtgärder minskar sjukfrånvaron på lång sikt. Avstämningsmötet verkar förvisso påskynda processen att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning vilket i sig innebär minskade sjukskrivningar, dock inte i betydelsen att fler människor återgår i arbete. Förutom att tidiga avstämningsmöten är särskilt förknippade med bedömning om utbyte av sjukpenning till sjuk- eller aktivitetsersättning framkommer inga påfallande skillnader mellan avstämningsmöten som äger rum tidigt och sent i sjukfallsprocessen.

---

<sup>1</sup> Den statistiskt korrekta termen är egentligen ”risk” men eftersom detta kan uppfattas som värderande används genomgående i rapporten mer neutrala uttryck, exempelvis ”sannolikhet”.

# Summary

A status meeting is a tool in the application of the social insurance scheme and made part of the law in 2003. It is a meeting at which the insured, Försäkringskassan (The Swedish Social Insurance Agency) and at least one party able to influence the insured's situation participate (for instance the insured's doctor, employer, the employment office or trade union). The meeting is held in accordance with clear and uniform rules.

The overall aim of the status meeting is to reduce sick leave. More concretely, the status meeting shall be used to assess the insured's medical condition and work capacity and to initiate and plan various types of rehabilitation measures.

This report contains a study of whether Försäkringskassan's status meetings are used in accordance with the intentions of the law. The purpose is to investigate to what extent the status meeting leads to the following:

- Full or partial termination of the sick leave
- The production of a documentary basis by Försäkringskassan for sickness benefit to be replaced by sickness compensation or activity compensation
- The initiation of work-focused rehabilitation measures
- The adaptation of the sick person's workplace

The status meetings studied are divided into two categories: One group consists of meetings that took place at any time during the sick leave in the interval 30 days to just over a year. The other group consists only of status meetings that took place within 90 days of the start of the period of sick leave.

The data material is the study LS 2006 that contains information about 11,091 individuals aged between 20 and 64 who started a sick leave (with a duration of at least 30 days) between 17 and 30 January 2005. When the data were collected, the investigated individuals had been on sick leave for at the longest just over a year. Information in LS has been complemented with data from Försäkringskassan's sick leave register.

The main findings of the study:

- Holding a status meeting increases the probability<sup>2</sup> of a reduction in the extent of sick leave by 40 per cent
- Holding a status meeting does not increase the probability of the sick leave being entirely terminated. This is the case regardless of at what point during the sick leave that the status meeting takes place.
- Holding a status meeting increases the probability by 60 per cent that Försäkringskassan will produce documentation for the replacement of sickness benefit by sickness compensation or activity compensation. It is, in particular, early status meetings that are followed by a documented assessment that sick leave is to be replaced by sickness or activity compensation.
- Holding a status meeting increases the probability six times (500 per cent) of an active rehabilitation measure being initiated.
- Holding a status meeting increases the probability by 100 per cent that adaptation at the workplace will be started.

To sum up, the study shows that Försäkringskassan's status meetings lead to both a renewed assessment of work capacity and a start on rehabilitation measures. It is unclear whether status meetings can be said to reduce sick leave in the long run. The study does not show that the status meeting leads to the sick leave being wholly terminated and previous studies have not clearly shown that part-time sick leave and rehabilitation measures reduce sick leave in the long run. However, the status meeting does seem to accelerate the process of replacing sick leave by sickness or activity compensation which *per se* reduces sick leave periods although not in the sense that more people return to work. Besides early status meetings being especially associated with replacement of sickness benefit by sickness or activity compensation, no evident differences emerge between status meetings held early or late in the sick leave process.

---

<sup>2</sup> The statistically correct term is really "risk" but since this can be understood normatively, the more neutral term "probability" is used throughout the report.



# Inledning

Avstämningsmötet infördes i sjukförsäkringen för snart fyra år sedan och är i dag ett av de grundläggande verktygen i Försäkringskassans sjukfallsarbete. Avstämningsmötet är reglerat i lag och omgärdat av en hel del formalia, till skillnad från de flerpartsmöten som Försäkringskassan deltagit i tidigare. Innan avstämningsmötet infördes brukade Försäkringskassans flerpartsmöten benämnas ”rehabmöten” och initierades just främst i avsikt att med alla berörda parter planera olika typer av rehabiliteringsåtgärder.

Det finns stora förhoppningar på avstämningsmötet som metod i sjukförsäkringen. Exempelvis framhålls i propositionen att avstämningsmötet är till gagn för den försäkrade och bör kunna leda till lägre sjukfrånvaro.<sup>3</sup> Även Läkarförbundet beskriver avstämningsmötet som ett konstruktivt sätt att förändra situationen för den sjukskrivne.<sup>4</sup> Enligt Försäkringskassans vägledning är ”syftet med mötet att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Syftet är också att tidigt fånga upp individens möjligheter att återgå i arbete och behov av stöd för att underlätta detta. Vid mötet bör det också klargöras i vilken mån det eventuellt är annat än sjukdom som föranleder frånvaron från arbetet.”<sup>5</sup> En viktig skillnad mellan ett avstämningsmöte och Försäkringskassans tidigare rehabmöten är alltså att syftet med ett avstämningsmöte är mer omfattande. Enligt lagens förarbeten bör avstämningsmötet kunna fylla samma funktion som en multidisciplinär utredning hos företagshälsovården.<sup>6</sup>

Försäkringskassan har under 2006 satsat intensivt på att öka antalet avstämningsmöten. Målet var att 90 000 avstämningsmöten skulle hållas under året och att hälften av dessa skulle äga rum inom 90 dagar från sjukfallets start. Resultatet visar att målet delvis är uppfyllt: Över 100 000 avstämningsmöten har hållits (vilket är en fördubbling gentemot föregående år) men endast 8 procent av dessa hölls inom 90 dagar.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Regeringens proposition 2002/03:89.

<sup>4</sup> Sveriges Läkarförbund (2005).

<sup>5</sup> Försäkringskassan (2006 a) s. 49.

<sup>6</sup> Regeringens proposition 2002/03:89.

<sup>7</sup> Försäkringskassans årsredovisning 2006.

Kunskapen om vad avstämningsmöten leder till är dock begränsad. En undersökning genomförd av Riksförsäkringsverket år 2001 visade att i de sjukfall där Försäkringskassan deltagit i ett flerpartsmöte var det vanligare med partiell sjukskrivning än i de fall där inga sådana möten ägt rum.<sup>8</sup> Innan avstämningsmötet reglerades i lag saknades formella kriterier för Försäkringskassans möten men i denna studie definierades flerpartsmötet som ett möte ”där flera aktörer (till exempel den försäkrade, arbetsgivare och behandlande läkare) gemensamt diskuterar lämpliga rehabiliteringsåtgärder och andra insatser för att återskapa arbetsförmågan”.<sup>9</sup> Studien visade dock att partiell sjukskrivning som resultat av ett flerpartsmöte oftare förknippades med misslyckande än övriga fall med partiell sjukskrivning, det vill säga att individen återgick i hel sjukskrivning.

En svensk forskarstudie av ett samverkansprojekt mellan olika myndigheter pekade på att sannolikheten för ett lyckat utfall av arbetslivsinriktad rehabilitering var signifikant högre om rehabiliteringsprocessen systematiskt involverade flerpartsmöten av multidisciplinär karaktär än om sådana mötena skedde mer planlöst och icke-formaliserat. Definitionen av ett lyckat utfall i denna studie var att individen hade återgått i arbete.<sup>10</sup>

Den tidigare nämnda enkätundersökning riktad till handläggare på Försäkringskassan visade att 9 av 10 handläggare som arbetar med sjukförsäkringen anser att avstämningsmötet är ett effektivt verktyg i arbetet med att minska sjukskrivningarna och att driva ärenden framåt.<sup>11</sup>

Mot bakgrund av den starka inriktning på avstämningsmötet som verktyg i sjukfallsarbetet är det angeläget att öka kunskaperna om vad avstämningsmöten leder till.

## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om Försäkringskassan använder avstämningsmötet på ett sätt som överensstämmer med lagstiftningens intentioner. Det övergripande målet med avstämningsmötet som metod i sjukfallsarbetet är att minska sjukfrånvaron. Avstämningsmötet så som det beskrivs i lagar och förarbeten kan mer konkret ges två huvudsyften, nämligen att a) utgöra ett underlag för bedömning av det medicinska tillståndet och arbetsförmågan samt b) att initiera och planera rehabiliteringsåtgärder. Som ett mått på detta kommer följande att undersökas:

---

<sup>8</sup> Bergendorff (2001).

<sup>9</sup> Ibid. sidan 6.

<sup>10</sup> Jakobsson m.fl. (2005).

<sup>11</sup> Khaledi (2006).

Om avstämningsmötet ökar sannolikheten för:

- att sjukfallet avslutas helt eller delvis
- att Försäkringskassan dokumenterar att sjukpenningen ska bytas ut till sjuk- eller aktivitetsersättning
- att aktiva rehabiliteringsåtgärder inleds
- att anpassning av den sjukskrivnes arbetsplats genomförs.

De två förstnämnda parametrarna betraktas i denna studie som ett resultat av att avstämningsmötet använts för att bedöma det medicinska tillståndet och arbetsförmågan medan de två sistnämnda ses som ett utslag av att avstämningsmötet använts för att initiera och planera rehabiliteringsåtgärder.

I studien görs åtskillnad mellan aktiva rehabiliteringsåtgärder och anpassning på arbetsplatsen. Med aktiv rehabiliteringsåtgärd avses arbetsträning, aktivering, utbildning eller ”annan aktiv rehabiliteringsåtgärd”. Anpassning på arbetsplatsen kan exempelvis innebära inköp av arbetshjälpmiddel eller förändrade arbetsuppgifter. I vissa avsnitt används dock begreppet rehabilitering i mer allmän betydelse och inkluderar då också anpassning på arbetsplatsen.

Tidpunkten från Försäkringskassans beslut att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning fram till att beslutet träder i kraft är vanligtvis lång, ofta flera månader. Datamaterialet innehåller endast information om sjukfall under det första året och av det skälet valdes den dokumenterade bedömningen som mät punkt i stället för det verkställda beslutet.

## Metod

Datamaterialet är undersökningen LS 2006 som innehåller uppgifter om 11 091 individer i åldern 20–64 år som påbörjade en sjukskrivning (som varade minst 30 dagar) under perioden 17/1–30/1 2005. Uppgifter om dessa sjukfall baseras på vad som är dokumenterat i Försäkringskassans sjukfallsakter. Det är en totalundersökning av de individer som uppfyller dessa kriterier. Totalurvalet består av 11 671 individer och undersökningen hade en svarsfrekvens på 95 procent.

Data samlades in via ett webbaserat frågeformulär som skickades ut till länen på Försäkringskassan i februari 2006. Frågorna har besvarats av personal på Försäkringskassan. När datainsamlingen gjordes hade de undersökta individerna *som längst* varit sjukskrivna i drygt ett år. Uppgifterna i LS 2006 har kompletterats med data från Försäkringskassans sjukfallsregister.

I studien används enkätdata för att besvara frågan om bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning ägt rum, samt om arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och anpassning av arbetsplatsen påbörjats. För undersökning av

antalet ersatta dagar tills dess att sjukfallet avslutades helt eller att sjukskrivningsgraden minskade används registerdata. Det är den *första* minskningen i sjukfallet som ingår i analysen och det är endast varaktiga minskningar som inkluderats. Med varaktig menas att sjukskrivningsgraden minskade och heller inte utökades under mätperioden, det vill säga så länge sjukfallet pågick eller som längst drygt ett år.

# Avstämningsmötets formalia

Avstämningsmötet är reglerat i lagen om allmän försäkring. I lagen framgår att Försäkringskassan ska kalla till avstämningsmöte senast två veckor efter att rehabiliteringsutredningen inkommit när den försäkrade har en arbetsgivare. Om den försäkrade saknar arbetsgivare ska Försäkringskassan kalla till ett avstämningsmöte senast tio veckor efter sjukanmälningdagen.<sup>12</sup> I skrivande stund finns dock ett lagförslag på remiss som går ut på att avskaffa arbetsgivarens rehabiliteringsutredning samt de tidsfrister som finns för kallande till avstämningsmöte.

Enligt Försäkringskassans vägledning<sup>13</sup> ska följande vara uppfyllt för att ett möte ska kallas ett avstämningsmöte:

- Det är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och någon ytterligare part deltar (exempelvis behandlande läkare eller arbetsgivaren).
- Försäkringskassan ska kalla till mötet.
- I kallelsen ska syftet med mötet framgå samt vilka som ska delta.
- Försäkringskassan ska inför mötet få den försäkrades samtycke att lämna ut information om den försäkrade till övriga mötesdeltagare.
- Försäkringskassan ska dokumentera vad som kommer fram under mötet och skicka dokumentationen till övriga mötesdeltagare.

Under 2006 har Försäkringskassan tagit fram ett metodstöd för handläggarna i arbetet med avstämningsmöten. Metodstödet förändrar inte riktlinjerna för hur arbetet med avstämningsmöten ska bedrivas, utan förtydligar dessa med utgångspunkt från gällande lagstiftning. I metodstödet framhålls att avstämningsmötet ska ge Försäkringskassan ett bättre beslutsunderlag och därmed leda till bättre bedömningar av arbetsförmågans nedsättning och behovet av rehabilitering.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Lagen (1962:381) om allmän försäkring.

<sup>13</sup> Försäkringskassan (2006 a).

<sup>14</sup> Försäkringskassan (2006 c).

# Avstämningsmötet som metod i sjukfallsarbetet

I detta avsnitt presenteras undersökningens resultat. Avsnittet inleds med en kort redogörelse för datamaterialet med utgångspunkt från aktiviteten avstämningsmöte. Därefter följer en beskrivning av vad som har hänt i de studerade sjukfallen med avseende på om Försäkringskassan genomfört ett avstämningsmöte eller inte. I studien medräknas bara avstämningsmöten där både den försäkrade och Försäkringskassan uppges ha deltagit.

Slutligen görs en fördjupad analys av resultaten av ett avstämningsmöte. Här används en statistisk metod (*cox regression*) som gör det möjligt att studera sambandet mellan olika variabler i ett tidsperspektiv.<sup>15</sup> Ju längre ett sjukfall pågår desto högre är sannolikheten att Försäkringskassan har hunnit hålla ett avstämningsmöte, samtidigt som sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas med att den försäkrade blir arbetsför minskar. Detta är en aspekt som metoden *cox regression* tar hänsyn till. Vidare är det sannolikt en selektion av individer som får ett avstämningsmöte, egenskaper som i sig kan ha betydelse för det utfall som mäts. Metoden gör det möjligt att konstanthålla effekten av flera förklaringsvariabler samtidigt, även om det naturligtvis kan föreligga en selektion av egenskaper som är svåra att mäta kvantitativt. Avsikten är att så långt det är möjligt avgränsa betydelsen av själva avstämningsmötet.

De förklaringsvariabler som används i denna studie är faktorer som i en tidigare studie av långa sjukfall visade sig ha signifikant effekt på sannolikheten att bli arbetsför och/eller att få en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd: Ålder, kön, diagnos, sysselsättning, sjukskrivande instans, sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början, partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början samt förekomst av långt sjukfall året före den aktuella sjukskrivningen.<sup>16</sup>

## En beskrivning av datamaterialet

Tabell 1 visar att Försäkringskassan genomfört ett avstämningsmöte i en relativt liten andel (10 procent) av de sjukfall som pågått mellan 60 dagar och drygt ett

---

<sup>15</sup> Metoden *cox regression* beskrivs mer i inledning av bilagan.

<sup>16</sup> Lidwall (2006 a).

år. När de väl hålls är det också sent i sjukfallet, i genomsnitt efter 200 dagar. Man ska då ha i minnet att detta gäller sjukfall som pågått som längst ett år. Försäkringskassans statistik över samtliga avstämningsmöten som var registrerade tredje kvartalet 2006 visar att dessa enligt medelvärdet hållits efter 421 dagar och i median efter 280 dagar i sjukfallet.<sup>17</sup>

**Tabell 1 Uppgifter om avstämningsmöten som påbörjades i januari 2005**

Totalt antal avstämningsmöten som studeras	731	
Totalt antal avstämningsmöten inom 90 dagar som studeras	121	
Genomsnittlig sjukfallslängd i dagar (medelvärde) när avstämningsmötet hölls	200	
Andel av samtliga studerade sjukfall där ett avstämningsmöte ägt rum	7	n=11091
Andel sjukfall (> 60 dagar) där ett avstämningsmöte ägt rum	10	n=6834
Andel sjukfall (> 90 dagar) där ett avstämningsmöte ägt rum	13	n=5288
Andel sjukfall (> 90 dagar) där ett avstämningsmöte ägt rum inom 90 dagar	2	n=5288

Källa: LS 2006

Endast två procent av de sjukfall som blev minst 90 dagar hade inom denna tidsram fått ett avstämningsmöte, vilket framgår av tabell 1. Detta överensstämmer med de uppgifter som redovisas i Försäkringskassans återrapportering enligt regleringsbrev och som baseras på Försäkringskassans register (DoA) för ungefär samma period.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Enligt DoA (Diagnos- och arbetsgivarinformation) 2006-10-18.

<sup>18</sup> Försäkringskassan (2006 b).

**Tabell 2 Avstämningsmöte och egenskaper hos individen (procent)**

	Andel där Försäkringskassan genomfört ett avstämningsmöte	Andel där Försäkringskassan inte genomfört ett avstämningsmöte	
<b>Ålder</b>			
20–29 år	4	96	100
30–44 år	7	93	100
45–54 år	7	93	100
55–65 år	6	94	100
<b>Kön*</b>			
Kvinna	7	93	100
Man	6	94	100
<b>Diagnos</b>			
Psykiska sjukdomar	11	89	100
Sjukdomar i rörelseorganen	8	92	100
Cirkulationsorganens sjukdomar	6	94	100
Skador och förgiftningar	2	98	100
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	12	88	100
Övriga sjukdomar	3	97	100
<b>Sysselsättning</b>			
Arbetslös	7	93	100
Anställd i privat sektor	6	94	100
Anställd i offentlig sektor	8	92	100
Egen företagare	1	99	100
Annat (t.ex. studerande)	7	93	100
<b>Sjukskrivande instans</b>			
Läkare inom primärvården	8	92	100
Företagsläkare	19	81	100
Privatpraktiserande läkare	6	94	100
Specialist på sjukhus	3	97	100
<b>Födelseland**</b>			
Inrikesfödd	7	93	100
Utrikesfödd	6	94	100
			n=11 091

\* Skillnaden i könsfördelning med avseende på genomfört avstämningsmöte är signifikant på 5 %-nivån.

\*\* Skillnaden i fördelning av inrikes- respektive utrikesfödda med avseende på genomfört avstämningsmöte är inte signifikant.

Källa: LS 2006



Av tabell 2 framgår att det är en marginellt – dock signifikant – större andel kvinnor som fått ett avstämningsmöte jämfört med män. Vidare framgår i tabell 2 att det framför allt är individer med psykiska diagnoser och så kallade z-diagnoser<sup>19</sup> som får ett avstämningsmöte. Även inom gruppen sjukdomar i rörelseorganen har en högre andel fått ett avstämningsmöte jämfört med kategorierna skador och förgiftningar respektive övriga sjukdomar, de senare med tydliga och väl avgränsade diagnoser. Detta mönster överensstämmer med vad som framkommit i tidigare studier. Undersökningar har visat att Försäkringskassan prioriterar individer inom just dessa diagnosgrupper när det gäller rehabiliteringsåtgärder.<sup>20</sup> Det har också visat sig att sjukskrivna med psykiska diagnoser i större utsträckning än individer med övriga diagnoser upplever att Försäkringskassan vidtar åtgärder för att de ska kunna återgå i arbete.<sup>21</sup> Det tyder på att Försäkringskassan gör en professionell bedömning eftersom individer med mångfasetterad problematik, ofta kopplad till arbetssituationen, framför allt finns inom de nämnda diagnosgrupperna. Detta bekräftas också av det faktum att det främst är sjukskrivna med dessa diagnoser som får en rehabiliteringsutredning av sin arbetsgivare.<sup>22</sup>

Det framgår också att det är en något större andel anställda i offentlig sektor som får ett avstämningsmöte. Enligt en tidigare studie är det främst anställda i kommun och landsting som anser att deras arbetsgivare vidtar åtgärder för att de ska kunna återgå i arbete.<sup>23</sup> Tabell 2 visar vidare att avstämningsmöten är betydligt vanligare för individer som har sjukskrivits av företagshälsovården jämfört med andra sjukskrivande instanser. Det är förväntat att den sjukskrivande instans som har närmast koppling till arbetsplatsen också är mest aktiv i att försöka få individen tillbaka till arbete, ett förhållande som framkommit även i andra studier.<sup>24</sup>

Resultaten visar ingen signifikant skillnad i fördelning av inrikes- och utrikesfödda med avseende på om Försäkringskassan genomfört ett avstämningsmöte eller inte.

---

<sup>19</sup> Z-diagnoser ställs vid ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården” och inbegriper således andra tillstånd än sjukdom och skada.

<sup>20</sup> Hetzler m.fl. (2005) Lidwall (2006 a).

<sup>21</sup> Eklund & Ossowicki (2004).

<sup>22</sup> Khaledi (2005).

<sup>23</sup> Eklund & Ossowicki (2004).

<sup>24</sup> Hetzler m.fl. (2005).

## Vad händer efter ett avstämningsmöte?

I tabell 3 görs en jämförelse mellan ärenden där ett avstämningsmöte har ägt rum och där ett avstämningsmöte inte har ägt rum, med avseende på olika händelser i sjukfallet. Här studeras endast sjukfall som pågått längre än 60 dagar. Skälet därtill är att en stor andel av sjukfallen avslutas inom 60 dagar samtidigt som väldigt få avstämningsmöten hålls inom denna tidsram. En jämförelse av samtliga sjukfall skulle därför bli mycket skev. Tabell 4 visar däremot vad som hänt i hela sjukfallet.

**Tabell 3 Vad har hänt i sjukfallen? Andel av sjukfall (> 60 dagar) med respektive utan avstämningsmöte**

Händelse	Andel av sjukfall >60 dagar där avstämningsmöte inte ägt rum	n=	Andel av sjukfall >60 dagar där ett avstämningsmöte ägt rum*	n=
Sjukfallet avslutades med att den försäkrade blev arbetsför	58	6303	30	531
Sjukskrivningsgraden har minskat**	38	6303	36	531
Försäkringskassan har dokumenterat bedömningen att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning	7	6303	11	531
En aktiv arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats	8	6303	40	531
Anpassning av arbetsplatsen/ arbetsuppgifterna har genomförts (endast anställda)	12	5366	21	465

\* Här avses vad som hänt i ärendet efter att avstämningsmötet ägt rum. I denna tabell inkluderas bara avstämningsmöten som ägt rum under perioden 2005-01-18---2005-10-31.

\*\* Sjukskrivningsgraden har minskat och inte ersatts av sjuk- eller aktivitetsersättning i samma utsträckning.

Källa: LS 2006

Resultaten åskådliggör en del olikheter mellan de fall där ett avstämningsmöte ägt rum respektive inte ägt rum. Det är en nästan dubbelt så stor andel sjukfall som avslutats med att den försäkrade blev arbetsför i de fall där ett avstämningsmöte inte ägt rum i jämförelse med de fall där ett sådant ägt rum, enligt tabell 3. Däremot är det nästan en dubbelt så stor andel sjukfall där anpassning av arbetsplatsen genomförts i gruppen med avstämningsmöten jämfört med gruppen utan avstämningsmöte. Den mest påfallande skillnaden är dock andelen fall med påbörjad arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Tabell 3 visar att i gruppen med avstämningsmöte har detta skett i 40 procent av fallen medan detta endast skett i 8 procent av fallen utan avstämningsmöte. Enligt en regeringsrapport efterföljs avstämningsmöten i 43 procent av en upprättad rehabiliter-

ingsplan<sup>25</sup>, en siffra som alltså väl överensstämmer med resultatet i denna undersökning. Att fall med avstämningsmöten i mindre utsträckning är förknippade med återgång i arbete kan ha flera orsaker. Som nämndes tidigare är det troligtvis en selektion av individer som får ett avstämningsmöte, vilket kan påverka utfallet. Det är också känt sedan tidigare att rehabiliteringsåtgärder låser in individen i sjukskrivning, både i väntan på att åtgärden ska komma igång och medan åtgärden pågår.<sup>26</sup> Detta skulle också kunna vara en förklaring till de skillnader som ses här. I den tidigare nämnda regeringsrapporten nämns också att en större andel av de sjukskrivna har ökad arbetsförmåga vid avstämningsmöten utan upprättad rehabiliteringsplan än vid avstämningsmöten med upprättad rehabiliteringsplan.<sup>27</sup>

I gruppen med avstämningsmöte är det vidare en något större andel dokumenterade bedömningar att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med gruppen utan avstämningsmöte. I tabell 3 framgår slutligen att det knappt är någon skillnad ifråga om minskad sjukskrivningsgrad mellan de två grupperna.

**Tabell 4 Vad har hänt i sjukfallen? Andel av sjukfall med respektive utan avstämningsmöte inom 90 dagar från sjukfalllets start**

Händelse	Andel av sjukfall där avstämningsmöte inte ägt rum inom 90 dagar	n=	Andel av sjukfall där ett avstämningsmöte ägt rum inom 90 dagar*	n=
Sjukfallet avslutades med att den försäkrade blev arbetsför	69	10 970	44	121
Sjukskrivningsgraden har minskat**	30	10 970	39	121
Försäkringskassan har dokumenterat bedömningen att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning	5	10 970	15	121
En aktiv arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats	7	10 970	41	121
Anpassning av arbetsplatsen/ arbetsuppgifterna har genomförts (endast anställda)	9	9 500	28	103

\* Här avses vad som hänt i ärendet efter att avstämningsmötet ägt rum.

\*\* Sjukskrivningsgraden har minskat och inte ersatts av sjuk- eller aktivitetsersättning i samma utsträckning.

Källa: LS 2006

<sup>25</sup> Försäkringskassan (2006 b).

<sup>26</sup> Bergendorff m.fl. (2001), Tollin (2005).

<sup>27</sup> Försäkringskassan (2006 b).

Tabell 4 redovisar samma uppgifter som tabell 3, med den skillnaden att här jämförs sjukfall med ett avstämningsmöte inom 90 dagar med övriga sjukfall. Mönstret är likartat det som åskådliggjordes i tabell 3: Gruppen med avstämningsmöte utmärks av en mindre andel sjukfall som avslutats helt men en högre andel som får rehabiliteringsåtgärder och anpassning på arbetsplatsen. I tabell 4 syns också vissa skillnader mellan grupperna som inte fanns i tabell 3: Det är en högre andel sjukfall med minskad sjukskrivningsgrad i gruppen med tidiga avstämningsmöten i jämförelse med gruppen utan avstämningsmöte. Den mest framträdande egenskapen bland de tidiga avstämningsmötena är dock den stora andelen med bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning. Tabell 4 visar att i 15 procent av de undersökta fallen med tidigt avstämningsmöte har mötet efterföljts av en bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning mot endast 5 procent i gruppen utan ett tidigt avstämningsmöte.

## Vad händer efter ett avstämningsmöte? En fördjupad analys

För att kunna ta hänsyn till tidsaspekten samt andra bakomliggande faktorerers betydelse för utfallet av ett avstämningsmöte används i detta avsnitt analys med cox regression. Regressionsanalyserna som helhet redovisas i bilaga (tabell B1–B5) medan huvudresultaten kan utläsas i tabell 5.

I enlighet med resultaten i föregående avsnitt visar det sig att avstämningsmötet framför allt är ett verktyg för att planera och initiera rehabiliteringsåtgärder. Ett avstämningsmöte ökar sannolikheten drygt 6 gånger för att en aktiv rehabiliteringsåtgärd ska påbörjas i sjukfallet, allt annat lika (tabell 5 och tabell B4). Om avstämningsmötet äger rum inom 90 dagar ökar sannolikheten 3 gånger, allt annat lika (tabell 5 och tabell B4). Vidare är det en fördubblad sannolikhet att anpassning på arbetsplatsen ska genomföras om ett avstämningsmöte ägt rum (tabell 5 och tabell B5). Siffrorna pekar i samma riktning i gruppen avstämningsmöten inom 90 dagar även om resultatet inte är signifikant (tabell 5 och tabell B5). Detta beror sannolikt på att antalet studerade fall är för få.

Regressionsanalysen visar också – till skillnad från de deskriptiva uppgifterna – att avstämningsmötet dessutom används i enlighet med det andra syftet, nämligen att få underlag för bedömning av arbetsförmågan. För att kunna utläsa att det faktiskt sker en förändring i bedömning av arbetsförmågan måste effekten av aktiv åtgärd vägas in i analysen eftersom en påbörjad aktiv åtgärd i sig förlänger sjukfallet.

Enligt de tidigare uppgifterna verkar avstämningsmöten i mindre utsträckning vara förknippat med att sjukfallet avslutas (se tabell 3 och 4). Tabell B1 (modell 1) visar också att sannolikheten för att sjukfallet ska avslutas minskar med 30 procent om ett avstämningsmöte ägt rum, detta gäller även avstämningsmöten

inom 90 dagar (tabell B1, modell 3). Vid kontroll för påbörjad aktiv åtgärd försvinner den negativa effekten av avstämningmötet. Den negativa effekten kan nu i stället hänföras till att en aktiv åtgärd har påbörjats. Sannolikheten att sjukfallet ska avslutas minskar med 80 procent om en aktiv åtgärd påbörjats, allt annat lika (modell 2 och 4). Som nämndes tidigare beror detta sannolikt på att aktiva åtgärder förlänger sjukskrivningen.

Ett avstämningmöte verkar alltså inte leda till att sjukfallet avslutas helt, däremot ökar det sannolikheten för att sjukskrivningsgraden ska minska (med 40 procent visar tabell 5). Detta gäller när hänsyn tas till påbörjad aktiv åtgärd, som i sin tur minskar sannolikheten för utökad arbetsförmåga med 50 procent (tabell B2, modell 2 och 4). Resultaten överensstämmer med den tidigare studie som visade att Försäkringskassans flerpartssamtal ofta leder till partiell sjukskrivning<sup>28</sup> och får också stöd av en kvalitativ bedömning av Försäkringskassans handläggare, enligt vad som framkommit i en enkätundersökning.<sup>29</sup> Resultaten visar dock ingen signifikant effekt av tidiga avstämningmöten enbart, även om siffrorna även här pekar i rätt riktning (tabell B2, modell 3 och 4). Liksom tidigare beror detta antagligen på att antalet studerade fall med tidiga avstämningmöten är få. De deskriptiva uppgifterna tydde trots allt på att tidiga avstämningmöten faktiskt är förknippade med minskad sjukskrivningsgrad (tabell 4).

Den fördjupade analysen visar även att ett avstämningmöte signifikant ökar sannolikheten för bedömningen att sjukpenningen ska bytas ut till sjuk- eller aktivitetsersättning. Denna effekt blir ännu starkare om avstämningmötet äger rum tidigt (se tabell B3 modell 2 och 4), vilket överensstämmer med uppgifterna i tabell 4. Likaså i detta fall framträder effekten bara om påbörjad aktiv åtgärd inkluderas i analysen. Påbörjad aktiv åtgärd minskar sannolikheten signifikant att en bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning ska göras (tabell B3, modell 2 och 4).

De tidiga avstämningmötena utmärks alltså av att de i högre utsträckning efterföljs av en bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning i jämförelse med avstämningmöten för övrigt. För övrigt verkar inte de tidiga avstämningmötena karakteriseras av något särskilt kännetecken. Den fördjupade analysen gav visserligen inget signifikant utfall beträffande minskad sjukskrivningsgrad och påbörjad anpassning på arbetsplatsen. Resultaten för övrigt tyder dock på att detta är ett utslag av det begränsade antalet studerade fall snarare än att de tidiga avstämningmötena skulle vara mindre lyckade.

---

<sup>28</sup> Bergendorff (2001).

<sup>29</sup> Runnerstedt & Ståhl (2005).

**Tabell 5 Relativ risk för olika händelser i sjukfallet**

Händelse	Sannolikhet givet att ett avstämningsmöte ägt rum*	Risk givet att ett avstämningsmöte ägt rum inom 90 dagar**
Sjukfallet avslutas med att den försäkrade är helt arbetsför	Inte signifikant	Inte signifikant
Sjukskrivningsgraden har minskat	+ 40 procent	Inte signifikant
Försäkringskassan har dokumenterat bedömningen att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning	+ 60 procent	+ 80 procent
En aktiv rehabiliteringsåtgärd har påbörjats	+ 520 %	+ 240 %
Anpassning av arbetsplatsen/ arbetsuppgifterna har genomförts (endast anställda)	+100 %	Inte signifikant

\* I jämförelse med att ett avstämningsmöte inte ägt rum.

\*\* I jämförelse med att ett avstämningsmöte inte ägt rum inom 90 dagar.

Anm. Uppgifterna i denna tabell baseras på analyser med cox regression (tabell B1–B5 i bilaga).

Källa: LS 2006

Sammanfattningsvis tyder analysen på att avstämningsmötet som verktyg i sjukfallsarbetet till viss del är framgångsrikt. Avstämningsmötet efterföljs både av att Försäkringskassan gör en förnyad bedömning av arbetsförmågan och att olika typer av rehabiliteringsåtgärder inleds. I sammanhanget är det värdefullt att också återknyta till det övergripande syftet med avstämningsmötet. Kan avstämningsmötet bidra till minskad sjukfrånvaro? Med utgångspunkt från resultaten i den här studien skulle frågan kunna besvaras ”ja” under förutsättning att deltidssjukskrivning och rehabiliteringsåtgärder leder till minskad sjukfrånvaro. Föreliggande studie gör inte anspråk på att utröna om så är fallet och resultaten av tidigare undersökningar ger heller inga entydiga svar. En studie baserad på ett motsvarande datamaterial från 1999–2001 (RFV-LS) tyder på att deltidssjukskrivning fyller sin funktion att förkorta sjukfallen i längre sjukfall medan det är tvärtom i korta fall.<sup>30</sup> Rehabiliteringsåtgärder har utvärderats i ett flertal rapporter och resultaten är alltifrån negativa till försiktigt positiva.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Palmer (2004).

<sup>31</sup> Frölich m.fl. (2004), Hetzler m.fl. (2005), Lidwall (2006 a).

# Slutsatser

Resultaten i denna studie tyder på att avstämningsmötet i viss utsträckning uppfyller de syften som kommer till uttryck i lagstiftningen. Ett genomfört avstämningsmöte kan förknippas både med en förnyad bedömning av arbetsförmågan och att rehabiliteringsåtgärder inleds. Det är dock en stark betoning på det sistnämnda – avstämningsmötet är framför allt ett rehabiliteringsmöte.

I studien framkommer att avstämningsmötet leder till minskad sjukskrivningsgrad, ett resultat som är i överensstämmelse med tidigare undersökningar. Dock verkar inte avstämningsmötet resultera i att sjukfallet avslutas helt på kort sikt. På längre sikt är det möjligt att avstämningsmötets koppling till minskad sjukskrivningsgrad och rehabilitering kan bidra till att sjukfallen avslutas, men att studera detta ligger utanför ramen för denna studie och kräver dessutom en längre mätperiod. Tidigare studier har inte otvetydigt visat att just dessa faktorer leder till minskad sjukfrånvaro på lång sikt. Avstämningsmötet ökar också sannolikheten för en bedömning om utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning, en omständighet som naturligt leder till att sjukfallen minskar, dock inte med innebörden att fler människor återgår i arbete.

Det visar sig att det framför allt är tidiga avstämningsmöten som leder till bedömningen att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Här framträder en selektion i handläggningen som förmodligen avspeglas i karaktären på avstämningsmötet. Försäkringskassan (eller någon annan aktör) tar antagligen initiativ till ett avstämningsmöte när en varaktig nedsättning av arbetsförmågan verkar föreligga redan från början. Syftet med mötet blir då snarast att verifiera denna bedömning så att processen med att byta ut sjukpenningen till sjuk- eller aktivitetsersättning kan påbörjas så fort som möjligt. För övrigt visade inte studien inga märkbara skillnader mellan tidiga och sena avstämningsmöten.

Frågan om vilken tidpunkt i sjukfallet som är mest lämplig för olika insatser och åtgärder återkommer ofta i diskussionen om sjukfall och rehabilitering. Denna studie tyder på att avstämningsmötet kan användas för olika syften i olika delar av sjukfallsprocessen, något som gör det svårt att bedöma vilken tidpunkt som egentligen är optimal. Det vore intressant att studera om sättet att arbeta med avstämningsmöten förändrats parallellt med den målinriktade satsning på avstämningsmöten som ägt rum under 2006. En uppföljning av denna studie skulle därför vara värdefull.

# Referenser

Bergendorff, S.(2001), Partiell sjukskrivning – förekomst och utfall, RFV Redovisar 2001:4. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Bergendorff, S., Hansson, E., Hansson, T & Jonsson, R. (2001), Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning? Prediktorer för återgång i arbete och förändring av hälsotillstånd, Rygg och Nacke 8. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Eklund, M. & Ossowicki, M. (2004), Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser, RFV Analyserar 2004:8, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Frölich, F., Heshmati, A. & Lechner, M. (2004), A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden. *Journal of Applied Econometrics*, 19, 375-396.

Försäkringskassans årsredovisning 2006. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 a), Sjukpenning och samordnad rehabilitering, Vägledning 2004:2, version 5. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 b), Återrapportering enligt regleringsbrev 2006, Verksamhetsområde Ersättning vid arbetsoförmåga, Mål 2, Dnr 48521-2006. Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2006 c, internt material), Metodstöd Avstämningsmöte, 2006-05-04. Avdelningen för sjukförmåner, Försäkringskassan, Stockholm.

Hetzler, A., Melén, D., Bjerstedt, D. (2005), Sjuk-Sverige, Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden. B. Östlings förlag Symposium, Stockholm.

Jakobsson, B., Bergroth, A., Schüldt, K., & Ekholm, J. (2005), Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work*, vol. 24, 3, 279-290.

Khaledi (2005), Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Försäkringskassan, Stockholm.



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

Lagen (1962:381) om allmän försäkring.

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

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

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

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

Runnerstedt, J. & Ståhl, J. (2006), Handläggarnas upplevelser och användning av metoder och aktiviteter, Försäkringskassans metodundersökning 2005, Analyserar 2006:23. Försäkringskassan, Stockholm.

Sveriges Läkarförbund (2005), Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund, Stockholm.

Tollin (2005), Köp av aktiva tjänster – mål och resultat, Analyserar 2005:21. Försäkringskassan, Stockholm.

# Bilaga

## **Cox regression**

Cox regression är en statistisk metod för att mäta tiden fram till en viss händelse, till exempel att en person blir arbetsför eller påbörjar en rehabiliteringsåtgärd. Denna analys används när den undersökta händelsen inte inträffat i alla de studerade fallen (så kallade censurerade fall) och när den beroende variabeln är kontinuerlig (till exempel tid). Resultaten redovisas i form av oddskvoter (hazard ratios) som visar hur den förklarande variabeln påverkar risken att den undersökta händelsen ska inträffa under en given dag i sjukfallet. Jämförelsen görs mellan referensgruppen vars värde är 1 och övriga kategorier i den förklarande variabeln

**Tabell B1 Relativ risk att sjukfallet avslutas med att den försäkrade är helt arbetsför. Hazard ratios beräknade med cox regression**

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Alder</b>				
20–29 år	1,2***	1,2***	1,2***	1,2***
30–44 år	1,1***	1,2***	1,2***	1,1***
45–54 år	1,2***	1,2***	1,2***	1,2***
55–65 år	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
<b>Kön</b>				
Kvinna	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Man	1,1***	1,1***	1,1***	1,1***
<b>Diagnos</b>				
Psykiska sjukdomar	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Sjukdomar i muskulo- skeletala systemet	1,2***	1,1***	1,2***	1,2***
Cirkulationsorganens sjukdomar	1	1	1	1
Skador och förgiftningar	1,7***	1,6***	1,7***	1,6***
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	1	0,9	1	1
Övriga sjukdomar	1,2***	1,1***	1,2***	1,1***
Uppgift saknas	1,3**	1,3**	1,3**	1,3**
<b>Sysselsättning</b>				
Arbetslös	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Anställd i privat sektor	1,5***	1,5***	1,5***	1,5***
Anställd i offentlig sektor	1,5***	1,5***	1,4***	1,5***
Anställd övrigt	2,7***	2,5***	2,7***	2,5***
Egen företagare	1,4***	1,3***	1,4***	1,3***
Annat (t.ex. studerande)	1	1	1	1

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Sjukskrivande instans</b>				
Läkare inom primärvården	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Företagsläkare	0,8***	0,8***	0,8***	0,8***
Privatpraktiserande läkare	1	1	1	1
Specialist på sjukhus	1,2***	1,1***	1,2***	1,1***
Uppgift saknas	1,6**	1,6**	1,6**	1,6**
<b>Födelseland</b>				
Inrikesfödd	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Utrikesfödd	0,9*	0,9**	0,9*	0,9**
<b>Finns minst ett sjukfall &gt; 60 dagar året före?</b>				
Ja	0,8***	0,8***	0,8***	0,8***
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början</b>				
Hel	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Partiell	0,8***	0,8***	0,8***	0,8***
<b>Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början?</b>				
Ja	0,8***	0,8***	0,8***	0,8***
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Aktiv rehabiliterings-åtgärd har påbörjats</b>				
Ja		0,2***		0,2***
Nej		1 (referens-kategori)		1 (referens-kategori)
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum</b>				
Ja	0,7***	1		
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)		

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum inom 90 dagar</b>				
Ja			0,7**	0,9
Nej			1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
	Antal helt arbetsföra: 7591 n=11083	Antal helt arbetsföra: 7591 n=11083	Antal helt arbetsföra: 7592 n=11089	Antal helt arbetsföra: 7592 n=11089

\*\*\*Signifikant på 0,1 %-nivån \*\*Signifikant på 1 %-nivån \*Signifikant på 5 %-nivån.

Anm. Variabeln "avstämningsmöte" är en så kallad tidsvarierande kovariat.

Källa: LS 2006

**Tabell B2 Relativ risk att den försäkrade får utökad arbetsförmåga (minskad sjukskrivningsgrad). Hazard ratios beräknade med cox regression**

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Alder</b>				
20–29 år	0,9	0,9	0,9	0,9
30–44 år	1,2**	1,2**	1,2**	1,2***
45–54 år	1,3***	1,3***	1,3***	1,3***
55–65 år	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
<b>Kön</b>				
Kvinna	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Man	0,9***	0,8***	0,9***	0,8***
<b>Diagnos</b>				
Psykiska sjukdomar	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Sjukdomar i muskulo- skeletala systemet	1	1	1	1
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,9	0,9	0,9	0,9
Skador och förgiftningar	1,1*	1,1	1,1*	1,1
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	1	1	1	0,9
Övriga sjukdomar	0,8***	0,7***	0,8***	0,7***
Uppgift saknas	0,9	0,8	0,9	0,8
<b>Sysselsättning</b>				
Arbetslös	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Anställd i privat sektor	3,9***	3,9***	3,9***	3,9***
Anställd i offentlig sektor	3,9***	4***	4***	4,1***
Anställd övrigt	4,2***	4***	4,2***	4***
Egen företagare	3,6***	3,6***	3,6***	3,6***
Annat (t.ex. studerande)	1,7***	1,7**	1,7***	1,7**

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Sjukskrivande instans</b>				
Läkare inom primärvården	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Företagsläkare	1,1**	1,2**	1,1*	1,2***
Privatpraktiserande läkare	0,9	0,9	0,9	0,9
Specialist på sjukhus	0,9**	0,9**	0,9**	0,9**
Uppgift saknas	0,6	0,6	0,6	0,6
<b>Födelseland</b>				
Inrikesfödd	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Utrikesfödd	0,7***	0,7***	0,7***	0,7***
<b>Finns minst ett sjukfall &gt; 60 dagar året före?</b>				
Ja	0,9**	0,9**	0,9**	0,9**
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början</b>				
Hel	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Partiell	0,4***	0,4***	0,4***	0,4***
<b>Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början?</b>				
Ja	0,3***	0,3***	0,3***	0,3***
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Aktiv rehabiliterings-åtgärd har påbörjats</b>				
Ja		0,5***		0,5***
Nej		1 (referens-kategori)		1 (referens-kategori)
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum</b>				
Ja	1,2	1,4***		
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)		

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum inom 90 dagar</b>				
Ja			1	1,3
Nej			1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
	Antal fall med minskad sjukskrivnings grad: 3346 n= 11083	Antal fall med minskad sjukskrivnings grad: 3346 n= 11083	Antal fall med minskad sjukskrivnings grad: 3349 n= 11089	Antal fall med minskad sjukskrivnings grad: 3349 n= 11089

\*\*\*Signifikant på 0,1 %-nivån \*\*Signifikant på 1 %-nivån \*Signifikant på 5 %-nivån.  
Anm. Variabeln "avstämningsmöte" är en så kallad tidsvarierande kovariat.

Källa: LS 2006



**Tabell B3** Relativ risk att Försäkringskassan bedömer att sjukpenningen ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Hazard ratios beräknade med cox regression

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Alder</b>				
20–29 år	0,3***	0,3***	0,3***	0,3***
30–44 år	0,3***	0,4***	0,3***	0,4***
45–54 år	0,5***	0,5***	0,5***	0,5***
55–65 år	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
<b>Kön</b>				
Kvinna	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Man	1,2	1,2	1,2	1,2
<b>Diagnos</b>				
Psykiska sjukdomar	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Sjukdomar i muskulo- skeletala systemet	1,5**	1,4**	1,4**	1,4**
Cirkulationsorganens sjukdomar	1,7*	1,6*	1,6*	1,6*
Skador och förgiftningar	1	1	1	1
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	1,2	1,2	1,2	1,2
Övriga sjukdomar	1,5**	1,5**	1,5**	1,5**
Uppgift saknas	1,5	1,5	1,5	1,4
<b>Sysselsättning</b>				
Arbetslös	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
Anställd i privat sektor	0,4***	0,4***	0,4***	0,4***
Anställd i offentlig sektor	0,4***	0,4***	0,4***	0,4***
Anställd övrigt	0,2	0,2	0,1	0,1
Egen företagare	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*
Annat (t.ex. studerande)	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Sjukskrivande instans</b>				
Läkare inom primärvården	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Företagsläkare	1,4*	1,5**	1,4**	1,5**
Privatpraktiserande läkare	1,1	1,1	1	1
Specialist på sjukhus	0,8	0,8	0,8	0,8
Uppgift saknas	0,6	0,7	0,6	0,6
<b>Födelseland</b>				
Inrikesfödd	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Utrikesfödd	1,1	1,1	1,1	1,1
<b>Finns minst ett sjukfall &gt; 60 dagar året före?</b>				
Ja	1,2	1,2	1,2	1,2
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början</b>				
Hel	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
Partiell	2,3***	2,2***	2,3***	2,2***
<b>Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början?</b>				
Ja	3,3***	3,1***	3,2***	3,1***
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)
<b>Aktiv rehabiliterings-åtgärd har påbörjats</b>				
Ja		0,4***		0,5***
Nej		1 (referens-kategori)		1 (referens-kategori)
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum</b>				
Ja	1,3	1,6**		
Nej	1 (referens-kategori)	1 (referens-kategori)		

	Hazard ratios			
	Modell 1: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet	Modell 2: Avstämnings- möte någon gång under sjukfallet – kontroll för aktiv åtgärd	Modell 3: Avstämnings- möte inom 90 dagar	Modell 4: Avstämnings- möte inom 90 dagar – kontroll för aktiv åtgärd
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum inom 90 dagar</b>				
Ja			1,5	1,8*
Nej			1 (referens- kategori)	1 (referens- kategori)
	Antal fall med SA-bedöm- ning: 514 n=11077	Antal fall med SA-bedöm- ning: 514 n=11077	Antal fall med SA-bedöm- ning: 517 n=11 083	Antal fall med SA-bedöm- ning: 517 n=11 083

\*\*\*Signifikant på 0,1 %-nivån \*\*Signifikant på 1 %-nivån \*Signifikant på 5 %-nivån.

Anm. Variabeln "avstämningsmöte" är en så kallad tidsvarierande kovariat.

Källa: LS 2006

**Tabell B4 Relativ risk att en aktiv rehabiliteringsåtgärd påbörjas. Hazard ratios beräknade med cox regression**

	Hazard ratios	
	Avstämningsmöte någon gång under sjukfallet	Avstämningsmöte inom 90 dagar
<b>Alder</b>		
20–29 år	1,3	1,4*
30–44 år	1,8***	1,8***
45–54 år	1,2	1,2
55–65 år	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Kön</b>		
Kvinna	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Man	0,9	0,9
<b>Diagnos</b>		
Psykiska sjukdomar	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	0,8**	0,8*
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,9	0,9
Skador och förgiftningar	1	1
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	0,8	0,8
Övriga sjukdomar	0,7***	0,6***
Uppgift saknas	0,8	0,7
<b>Sysselsättning</b>		
Arbetslös	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Anställd i privat sektor	1	1,1
Anställd i offentlig sektor	1	1,2
Anställd övrigt	0	0
Egen företagare	0,6*	0,5*
Annat (t.ex. studerande)	0,7	0,8
<b>Sjukskrivande instans</b>		
Läkare inom primärvården	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Företagsläkare	1,4***	1,6***
Privatpraktiserande läkare	0,8	0,8
Specialist på sjukhus	1	0,9
Uppgift saknas	2,3	2

	Hazard ratios	
	Avstämningsmöte någon gång under sjukfallet	Avstämningsmöte inom 90 dagar
<b>Födelseland</b>		
Inrikesfödd	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Utrikesfödd	0,8*	0,8*
<b>Finns minst ett sjukfall &gt; 60 dagar året före?</b>		
Ja	1,2	1,2
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början</b>		
Hel	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Partiell	0,6***	0,6***
<b>Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början?</b>		
Ja	0,7**	0,7**
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum</b>		
Ja	6,2***	
Nej	1 (referenskategori)	
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum inom 90 dagar</b>		
Ja		3,4***
Nej		1 (referenskategori)
	Antal fall med påbörjad aktiv åtgärd: 753 n=11059	Antal fall med påbörjad aktiv åtgärd: 754 n=11 065

\*\*\*Signifikant på 0,1 %-nivån \*\*Signifikant på 1 %-nivån \*Signifikant på 5 %-nivån.  
Anm. Variabeln "avstämningsmöte" är en så kallad tidsvarierande kovariat.

Källa: LS 2006

**Tabell B5 Relativ risk att anpassning på arbetsplatsen påbörjas (anställda och egna företagare). Hazard ratios beräknade med cox regression**

	Hazard ratios	
	Avstämningsmöte någon gång under sjukfallet	Avstämningsmöte inom 90 dagar
<b>Alder</b>		
20–29 år	1,1	1,1
30–44 år	1,3**	1,3**
45–54 år	1,2	1,2
55–65 år	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Kön</b>		
Kvinna	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Man	1,3**	1,3**
<b>Diagnos</b>		
Psykiska sjukdomar	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Sjukdomar i muskuloskeletal systemet	1,1	1
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,9	0,9
Skador och förgiftningar	0,9	0,9
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet (z-diagnoser)	0,4*	0,4*
Övriga sjukdomar	0,7***	0,7***
Uppgift saknas	0,5	0,5
<b>Anställd i offentlig sektor</b>		
Ja	1,4	1,4
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Anställd i privat sektor</b>		
Ja	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Nej	1,1	1,1
<b>Egen företagare</b>		
Ja	0,2***	0,2***
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Sjukskrivande instans</b>		
Läkare inom primärvården	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Företagsläkare	1,8***	1,8***
Privatpraktiserande läkare	1	1
Specialist på sjukhus	0,9	0,9
Uppgift saknas	0,7	0,6
<b>Födelse land</b>		
Inrikesfödd	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Utrikesfödd	0,7**	0,7**

	Hazard ratios	
	Avstämningsmöte någon gång under sjukfallet	Avstämningsmöte inom 90 dagar
<b>Finns minst ett sjukfall &gt; 60 dagar året före?</b>		
Ja	0,9	0,9
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Sjukskrivningsgrad vid sjukfallets början</b>		
Hel	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
Partiell	1,2	1,2
<b>Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning vid sjukfallets början?</b>		
Ja	0,8	0,8
Nej	1 (referenskategori)	1 (referenskategori)
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum</b>		
Ja	2***	
Nej	1 (referenskategori)	
<b>Avstämningsmöte* har ägt rum inom 90 dagar</b>		
Ja		1,5
Nej		1 (referenskategori)
	Antal fall med påbörjad anpassning: 794 n=9537	Antal fall med påbörjad anpassning: 796 n=9542

\*\*\*Signifikant på 0,1 %-nivån \*\*Signifikant på 1 %-nivån \*Signifikant på 5 %-nivån.

Anm. Variabeln "avstämningsmöte" är en så kallad tidsvarierande kovariat. I tabellen redovisas bara anställda och egna företagare.

Källa: LS 2006

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2007:

- 2007:1      Nej till sjukpenning. Vad hände sen?
- 2007:2      Att säga nej på ett bra sätt. Intervjuer med personer som blivit nekade sjukpenning – om beslut, bemötande och information
- 2007:3      Vad händer efter avstämningsmötet?



## Vad händer efter avstämningsmötet?

I det fortsatta arbetet med att minska sjukfrånvaron är avstämningsmötet ett av de verktyg som Försäkringskassan satsar mest på i dag. Även Läkarförbundet sätter stor tilltro till avstämningsmötet som form för att främja återgång i arbete för individen. Kunskapen om vad avstämningsmötet leder till i praktiken har dock varit begränsad. Syftet med den här undersökningen är att öka kunskaperna om avstämningsmötet som metod i sjukfallsarbetet. Studien baseras på rikstäckande data om drygt 11 000 sjukfall som påbörjades år 2005.

Undersökningen visar att avstämningsmötet framför allt är ett rehabiliteringsmöte. En stor andel av de avstämningsmöten som genomförs efterföljs av att någon rehabiliteringsåtgärd påbörjas. Det framkommer vidare ett samband mellan ett genomfört avstämningsmöte och att Försäkringskassan gör en förnyad bedömning av arbetsförmågan. Ett avstämningsmöte ökar sannolikheten för att sjukskrivningsgraden ska minska och att Försäkringskassan ska påbörja processen med att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning.