



IFAU – INSTITUTET FÖR
ARBETSMARKNADSPOLITISK
UTVÄRDERING

Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden

Laura Hartman
Per Johansson
Staffan Khan
Erica Lindahl

RAPPORT 2009:1

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknadspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt, arbetsmarknadseffekter av åtgärder inom utbildningsväsendet och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagar sidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Rapporterna finns även i tryckt format. Du kan beställa de tryckta rapporterna via telefon eller mejl. Se nedanstående kontaktinformation.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala
Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala
Telefon: 018-471 70 70
Fax: 018-471 70 71
ifau@ifau.uu.se
www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*

av

Laura Hartman*, Per Johansson♦, Staffan Khan♥ och Erica Lindahl^

2009-01-02

Sammanfattning

Den så kallade Sjukvårdsmiljarden infördes 2006. Avsikten var att stimulera landstingen till att, i samarbete med Försäkringskassan, minska sjukfrånvaron. Under en treårsperiod (2007–2009) avsätts varje år en miljard kronor till landstingen. Landsting får två typer av bidrag. En fjärdedel går till landstingen i form av ett fast bidrag som fördelas i proportion till befolkningens mängd. Resterande 750 miljoner fördelas beroende på hur mycket respektive landsting lyckats minska sjukfrånvaron från ett år till ett annat. Den här rapporten är en slutrapportering av IFAU:s uppdrag att utvärdera Sjukvårdsmiljarden. I rapporten sammanfattar vi fyra studier som genomförts inom ramen för vårt uppdrag. Vi beskriver också statsbidragets bestämningsfaktorer och studerar empiriskt konsekvenserna av dess utformning. Slutligen genomför vi en detaljerad analys av sjukfrånvaron på länsnivå från och med 1998 till andra kvartalet 2008. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion om vilka lärdomar som kan dras från satsningen.

* Vi tackar Peter Fredriksson för mycket värdefulla synpunkter.

♦ Statskontoret, e-post: laura.hartman@statskontoret.se

♥ IFAU, e-post: per.johansson@ifau.uu.se

♥ IFAU, e-post: staffan.khan@ifau.uu.se

^ IFAU, e-post: erica.lindahl@nek.uu.se

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden	5
2.1	Prioriterade åtgärder	5
2.2	Överenskomna åtgärder.....	6
2.3	Genomförda åtgärder.....	7
3	Statsbidraget	9
3.1	Bestämningsfaktor för bidraget	9
3.2	Konsekvenser av bidragets utformning	10
3.3	Utbetalningar 2007–2008	10
4	Sjukfrånvaro på länsnivå	11
4.1	Utvecklingen sedan 1998.....	12
4.2	Förutsättningar för minskad sjukfrånvaron	15
4.3	Utvecklingen före och efter 2006	17
4.4	Utvecklingen bland prioriterade grupper.....	21
4.4.1	Andelen långtidssjukskrivna.....	22
4.4.2	Andelen med psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen	23
4.4.3	Andelen kvinnor	24
4.5	Sammanfattning.....	25
5	Effekter av olika åtgärder	27
5.1	Potentiella framgångsfaktorer av samverkan.....	27
5.2	Samverkan i resursteam.....	28
5.3	Sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro	29
6	Slutsatser.....	30
	Referenser	33
	Appendix.....	36

1 Inledning

År 2006 tecknade staten och Landstingsförbundet¹ en överenskommelse för att minska sjukfrånvaron. Överenskommelsen syftar till att via ekonomiska incitament skapa drivkrafter för landstingen att tillsammans med Försäkringskassan arbeta för att minska sjukfrånvaron. Under perioden 2007–2009 ska staten betala ut 1 miljard kronor per år fördelat utifrån hur mycket sjukfrånvaron har minskat i respektive landsting.

Bakgrunden till satsningen är den kraftiga ökningen i sjukfrånvaron under slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet. Staten har initierat flera studier med syfte att klargöra troliga orsaker till denna ökning (Socialstyrelsen 2005, Alexandersson m.fl. 2005, SBU 2003). Resultaten från dessa pekar på brister i sjukskrivningsprocessen. Bland annat påtalas att sjukskrivningsfrågan inte har tillräckligt hög prioritet inom hälso- och sjukvården.

I en skrivelse till regeringen i april 2005 framhöll Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges Läkarförbund (SLF), Socialstyrelsen (SoS), och Försäkringskassan (FK) att det krävs drivkrafter för landstingen för att prioritera sjukskrivningsfrågan.² I budgetpropositionen för 2006 presenterade regeringen riktlinjerna för Sjukvårdsmiljarden. Det övergripande syftet med satsningen är att nå det nationella målet att halvera sjukfrånvaron till 2008.

En förutsättning för att få del av statsbidraget är att varje landsting träffar en överenskommelse med Försäkringskassan i respektive län³ om vilka åtgärder som ska vidtas.⁴ Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att dessa överenskommelser ska innebära ett åtagande för landstingen att vidta strukturella åtgärder inom områdena *ledning*, *kompetens* och *samverkan* samt att göra sjukskrivningsfrågan till en prioriterad uppgift och uppmärksamma kvinnors ohälsa.

Syftet med denna slutrapport är att försöka svara på frågan: Har Sjukvårdsmiljarden bidragit till att minska sjukfrånvaron? Upplägget på satsningen gör det dock svårt att utvärdera effekten på nationell nivå. För att skatta effekten av Sjukvårdsmiljarden på nationell nivå skulle vi behöva veta hur sjukfrånvaron skulle ha utvecklats om inte Sjukvårdsmiljarden⁵ hade funnits. Det

¹ Numera Sveriges kommuner och landsting (SKL).

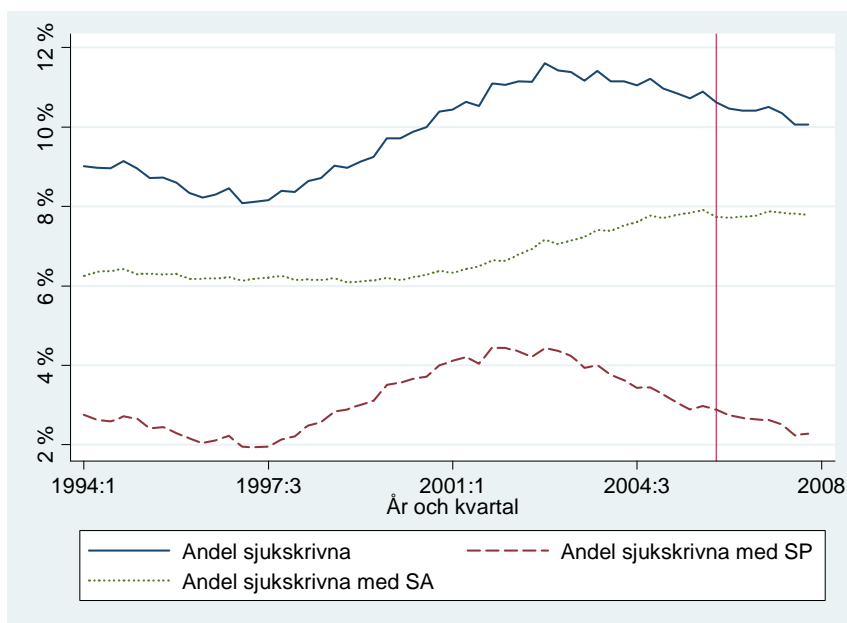
² SKL (2005) refererar till denna skrivelse.

³ Det är 19 län samt två regioner (region Skåne och Västra Götalandsregionen). För att underlätta läsningen använder vi endast benämningen län.

⁴ Samtliga 19 län samt de båda regionerna har slutit avtal med Försäkringskassan.

⁵ Satsningen kallas även Landstingsmiljarden.

är mycket svårt att skapa sig en uppfattning om detta eftersom satsningen trädde i kraft i samtliga landsting vid samma tidpunkt. Huvudproblemet är att så många andra faktorer än satsningen påverkar utvecklingen av sjukfrånvaron. Figur 1 illustrerar problematiken genom att visa sjukfrånvarons utveckling sedan 2004.



Figur 1 Andel av försäkrade som är sjukskrivna (med antingen SP eller SA), sjukskrivna med SP och sjukskrivna med SA

Anm.: SP = sjukpenning; SA = sjuk- och aktivitetsersättning.

Figuren visar också andelen (av samtliga försäkrade som är) sjukskrivna med sjukpenning (SP) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA) över tid. Året då Landstingmiljarden infördes (2006) är markerat med en vertikal linje. Andelen sjukskrivna med SA började öka i början av 2000-talet. Sedan 2005 har den legat kvar på ungefär samma nivå. Sjukskrivningar med SP ökade kraftigt mellan 1997 och 2003. Därefter har de sjunkit för att 2006 vara tillbaka på nästan samma nivå som i slutet av 1990-talet. Det betyder att vid införandet av Sjukvårdsmiljarden (2006) hade andelen sjukskrivna med SP minskat tre år i följd. Flera reformer som rimligen påverkat sjukfrånvaron har genomförts både före och efter införandet av

Sjukvårdsmiljarden.⁶ På nationell nivå är det inte möjligt att särskilja effekten av Sjukvårdsmiljarden från effekterna av de andra reformerna.

För att ändå försöka studera om Sjukvårdsmiljarden har bidragit till att minska sjukfrånvaron har vi gått tillväga på följande sätt. Vi utnyttjar det faktum att olika landsting har vidtagit olika åtgärder inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Vår kartläggning av dessa åtgärder (se Sibbmark och Chirico 2008) används sedan för att studera om sjukfrånvaron på ett systematiskt sätt varierar mellan länen beroende på vilka åtgärder som funnits.

Denna slutredovisning är disponerad på följande sätt. Nästa avsnitt beskrivs de åtgärder som har vidtagits inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. I avsnitt 3 presenteras och diskuteras bestämningsfaktorerna för statsbidraget. Avsnitt 4 visar utvecklingen av sjukfrånvaron i de olika länen före och efter införandet av Sjukvårdsmiljarden. Vi diskuterar möjliga orsaker till förändringar i sjukfrånvaron utifrån de åtgärder som länen vidtagit. I avsnitt 5 sammanfattas resultaten av tre studier: Chirico och Nilsson (2009) studerar framgångsfaktorer för samverkan; Anderzén m.fl. (2008) studerar effekten av multidisciplinära team och Johansson och Nilsson (2008) studerar betydelsen av sjukintygens kvalitet för sjukfrånvaron. Avsnitt 6 sammanfattar hela utvärderingens slutsatser.

2 Åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden

I detta avsnitt presenterar vi bakgrunden till varför vissa åtgärder skulle prioriteras. Dessutom redovisar vi vilka åtgärder som förekommer i överenskommelserna mellan landstingen och Försäkringskassan samt vilka åtgärder som faktiskt har genomförts i respektive län.

2.1 Prioriterade åtgärder

Underlaget till vilka åtgärder som skulle prioriteras inom ramen för Sjukvårdsmiljarden kommer från en rapport av Alexandersson m.fl. (2005). I rapporten identifierar författarna följande problemområden inom hälso- och sjukvården som försvårar handläggningen av sjukskrivningsärendena 1) *ledning*,

⁶Exempel på reformer som troligen påverkat sjukfrånvaron de senaste åren är följande: Försäkringskassans nationella fempunktsprogram som infördes 2003 (Försäkringskassan 2007b); förändringar i sjuklöneperioden 2003 och 2005; förändringar i ersättningsnivån 1998, 2003 och 2005. Mer information om de senare reformerna finns i Försäkringskassan (2007a).

2) *kompetens* och 3) *samverkan*. Dessa brister kan kort sammanfattas enligt följande:

- 1) Problemen med ledning handlar till stor del om att sjukskrivningsärenden inte är en prioriterad uppgift i landstingen och att det ofta saknas en strategi för hur dessa ska hanteras. Gemensamma strategier behövs för att kvalitetssäkra arbetet med sjukskrivningsärenden och för att generera och sprida kunskap inom området.
- 2) Kompetensen om sjukskrivningar är bristande i flera avseenden. Bland annat saknas kunskap om konsekvenserna av att vara sjukskriven, lämplig behandling och rehabilitering av stora diagnosgrupper, t.ex. rörelseorganens sjukdomar och psykiska besvär samt bra instrument för bedömning av arbetsförmågan.
- 3) Det finns samverkansproblem både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, försäkringskassa och arbetsförmedling.

2.2 Överenskomna åtgärder

Sibbmark och Chirico (2008) innehåller en beskrivning av överenskomna åtgärder inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Åtgärdsplanerna utarbetades under 2006 och har sedan dess kompletterats eller reviderats över tid.

Under 2006 var det många landsting som introducerade åtgärder inom områdena *samverkan* och *kompetens*. Däremot saknade en tredjedel av landstingen tydliga åtgärder inom området *ledning/styrning* och ännu färre hade åtgärder riktade mot *kvinnors ohälsa* (Paavo 2006). Kompletteringar av åtgärdsplaner innebar att nästan alla landsting 2007 hade åtgärder relaterade till *ledning/styrning* och drygt hälften uppgav aktiviteter inom området *kvinnors ohälsa* (Paavo 2007).

Inom området *ledning/styrning* har vanliga åtgärder varit att kartlägga och kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen samt att utarbeta lokala handlingsplaner. Ansträngningar för att förankra sjukskrivningsarbetet inom landstingets ledningsorganisation har också betonats.

Under området *kompetens* är det vanligast att erbjuda olika typer av utbildningar, oftast försäkringsmedicinsk utbildning. *Kvinnors ohälsa* ska uppmärksammas men många landsting har haft svårt att finna konkreta åtgärder under den punkten.

De *samverkansproblem* som har uppmärksammas rör främst kontakten mellan landstingen och den lokala Försäkringskassan. Båda dessa parter har upplevt det

svårt att samverka. Samverkan mellan olika enheter inom sjukvården har också lyfts fram.

2.3 Genomförda åtgärder

Sibbmark och Chirico (2008) har kartlagt de genomförda åtgärderna. Deras kartläggning utgår från sjukskrivningsprocessen och klassificerar åtgärderna antingen efter den huvudaktör som åtgärden riktar sig till, eller när i sjukskrivningsprocessen åtgärden äger rum. Syftet med detta upplägg är att klargöra vilken del av sjukskrivningsprocessen som landstingen har prioriterat. En sådan analys ger en bild av *var* i sjukskrivningsprocessen landstingen bedömer att de största hindren för en effektiv och kvalitativ hantering finns.

Åtgärderna delas in i sex grupper: åtgärder som inriktar sig mot arbetet på vårdcentraler och kliniker; åtgärder specifikt riktade mot läkare; åtgärder som syftar till att underlätta samverkan med Försäkringskassan; åtgärder som involverar den sjukskrivnes arbetsgivare; samt åtgärder som syftar till bättre bedömningar av arbetsförmågan. Slutligen presenteras också ett antal åtgärder som inte självklart riktar sig mot ett enskilt moment i sjukskrivningsprocessen. Nedan följer en sammanfattning av slutsatserna. För en mer utförlig beskrivning hänvisas till Sibbmark och Chirico (2008).

Flera landsting har försökt väcka medvetenhet om sjukskrivningsfrågan på vårdcentraler och kliniker genom att skapa dialog om hur arbetet bedrivs och genom att upprätta lokala handlingsplaner. Vissa landsting har även beviljat ersättning till de enheter som upprättat sådana handlingsplaner.

Olika kompetenshöjande insatser till både läkare och andra personalgrupper är vanligt förekommande, liksom insatser riktade till vissa patientgrupper. I princip har samtliga landsting gett försäkringsmedicinsk utbildning till läkare. I flera landsting har även andra yrkesgrupper erbjudits motsvarande utbildning. Utbildningarna kan bedrivas via sjukskrivningskommittéer som också kan ha till syfte att fungera som rådgivande och stödjande resurs för läkarna i sjukskrivningsfrågor. De flesta landsting har en sådan kommitté eller ett annat organ med motsvarande funktion. Några landsting har även satsat på att förbättra kvalitén i läkarintygen.

Många landsting har också i högre grad börjat arbeta i multiprofessionella team och/eller inrättat koordinators- eller samordnarfunktioner. Syftet är att snabbare och effektivare utnyttja en bred kompetens i sjukskrivningsprocessen. Många landsting hade emellertid denna typ av verksamhet redan innan Sjukvårdsmiljarden inrättades; i dessa fall har verksamheten i stället analyserats och

utvecklats. Vad gäller insatser riktade till vissa patientgrupper verkar personer med smärtproblematik, stressrelaterad eller psykisk ohälsa vara de vanligaste målgrupperna.

Åtgärder som involverar arbetsgivare förekommer endast i två landsting: Kalmar och Skåne. I båda dessa fall har en modell med ekonomiska stimulansmedel skapats för att få till stånd möten mellan den sjukskrivne, dennes arbetsgivare samt läkaren (eller vårdcentralen).

Det är också ovanligt med projekt som riktar sig mot läkares bedömning av patientens arbetsförmåga. I de fall sådana satsningar har gjorts handlar det om att köpa in bedömningar eller att erbjuda sådan utbildning. Tabell 1 sammanfattar de olika åtgärder som har införts i respektive landsting.

Tabell 1 Åtgärder inom ramen för Sjukvårdsmiljarden

Län	Arbetet på VC/klinik			Åtgärder till läkare			Samverkan med FK		Patientgrupper
	Handlingsplan	Statistik	Team/coach/koord.	Stödresurs	Kompetens	Intyg	Samlok./kontakt-person	Avstämningsmöte	
Blekinge				X	X		X		
Dalarna	X			X	X				
Gotland		X		X	X		X		X
Gävleborg		X	X	X	X		X	X	
Halland			X	X	X	X		X	X
Jämtland	X		X	X	X			X	
Jönköping			X	X	X		X		X
Kalmar	X	X	X	X	X			X	X
Kronoberg			X	X	X		X		
Norrbottn	X			X	X				X
Skåne	X			X	X				
Stockholm	X	X		X	X	X			X
Sörmland			X	X	X	X			X
Uppsala			X	X	X	X	X		
Värmland	X		X	X	X				X
Västerbotten	X	X	X	X	X				
Västernorrland	X	X	X	X	X			X	
Västmanland			X	X	X		X		X
V Götaland	X		X	X	X		X	X	
Örebro				X	X	X	X		X
Östergötland			X	X	X	X		X	

Anm.: För en närmare beskrivning av vad enskilda åtgärder innebär hänvisas till Sibbmark och Chirico (2008).

3 Statsbidraget

I detta avsnitt sammanfattar vi bestämningsfaktorerna för bidraget, diskuterar konsekvenserna av dessa och presenterar hur utbetalningarna sett ut hittills under utbetalningsåren 2007 och 2008.

3.1 Bestämningsfaktor för bidraget

Statsbidraget kopplat till Sjukvårdsmiljarden består av en fast och en rörlig del. Det fasta bidraget fördelas utifrån respektive läns folkmängd. Det rörliga bidraget fördelas efter hur stor minskningen i antalet utbetalda sjukpenningdagar har varit i länet under det senaste året jämfört med året innan. Antalet sjukpenningdagar justeras för deltid; två dagar på halvtid räknas med andra ord som en dag på heltid. Dessa justerade sjukpenningdagar kallas nettodagar.

När det första bidraget skulle beräknas 2007, jämfördes antalet utbetalade nettodagar i respektive län mellan åren 2005 och 2006. Varje nettodag ”prissattes” genom att använda medelvärdet av ersättningen per nettodag i riket. Detta medelvärde kallas medelersättning. Inför varje utbetalning används medelersättningen två år före utbetalningsåret. När bidraget för 2007 beräknades användes således 2005 års medelersättning.

Storleken på det rörliga bidraget beräknas i två intervall. Det första intervallet omfattar en minskning av antalet nettodagar om upp till 5 procent; det andra intervallet gäller minskningar utöver dessa 5 procent. Inom varje intervall har andelen av medelersättningen som ersätts ändrats mellan utbetalningarna 2007 och 2008. I det första intervallet erhöll respektive landsting 15 procent av medelersättningen per dag vid 2007 års utbetalning. Från och med utbetalningen 2008 ändrades ersättningsnivån i detta intervall till 20 procent. I det andra intervallet erhöll respektive landsting 25 procent av medelersättningen per dag vid 2007 års utbetalning; och från och med 2008 ersätts landstingen med 50 procent av medelersättningen. Den slutgiltiga storleken på det rörliga bidraget räknas fram genom att multiplicera antalet minskade dagar med den andel av medelersättningen som är aktuell.

Ovanstående modell gäller bara så länge antalet nybeviljade SA i länet inte ökar. Vid en ökning av nya SA fall minskas bidraget på följande vis. Det rörliga bidraget multipliceras med en kvot vars storlek bestäms av utvecklingen av antalet nybeviljade SA. Vid beräkning av 2007 års bidrag utgjordes kvotens täljare av antalet nybeviljade SA i länet under 2005. Kvotens nämnare utgjordes av antalet

nybeviljade SA i länet under 2006. Denna konstruktion innebär att ju större ökning i antalet nybeviljade SA, desto mindre rörligt bidrag.⁷

3.2 Konsekvenser av bidragets utformning

Utformningen av bidraget ger ekonomiska drivkrafter för landstingen att minska sjukfrånvaron. Fokus ligger på att få ner den absoluta nivån på antalet sjukpenningdagar. Om alla län lyckas få ner antalet sjukpenningdagar får alla län bidrag. En nationell nedåtgående trend – som är helt oberoende av Sjukvårdsmiljarden – kan alltså göra att län som inte har infört effektiva åtgärder för att minska sjukfrånvaron ändå belönas med bidrag.

Bidragsbeloppen ökar med storleken på minskningen av antalet utbetalda sjukpenningdagar så länge antalet nybeviljade SA inte ökar. Det innebär att det finns ekonomiska drivkrafter att minska antalet utbetalda sjukpenningdagar men *inte* att försöka minska antalet nybeviljade SA. Detta gäller även om antalet utbetalda sjukpenningdagar ligger på en relativt låg nivå och antalet nybeviljade SA ligger på en relativt hög nivå. Under vissa förutsättningar kan det till och med vara ekonomiskt lönsamt (åtminstone på kort sikt) att tillåta en ökning av antalet nybeviljade SA för att minska antalet utbetalda sjukpenningdagar. Till exempel kan det vara frestande för ett län som tror sig ha svårt att komma över 5-procentströskeln för minskningen i sjukpenningdagar att låta sjukpenningfall övergå till SA för att faktiskt komma över tröskeln och därmed få en högre ersättning.

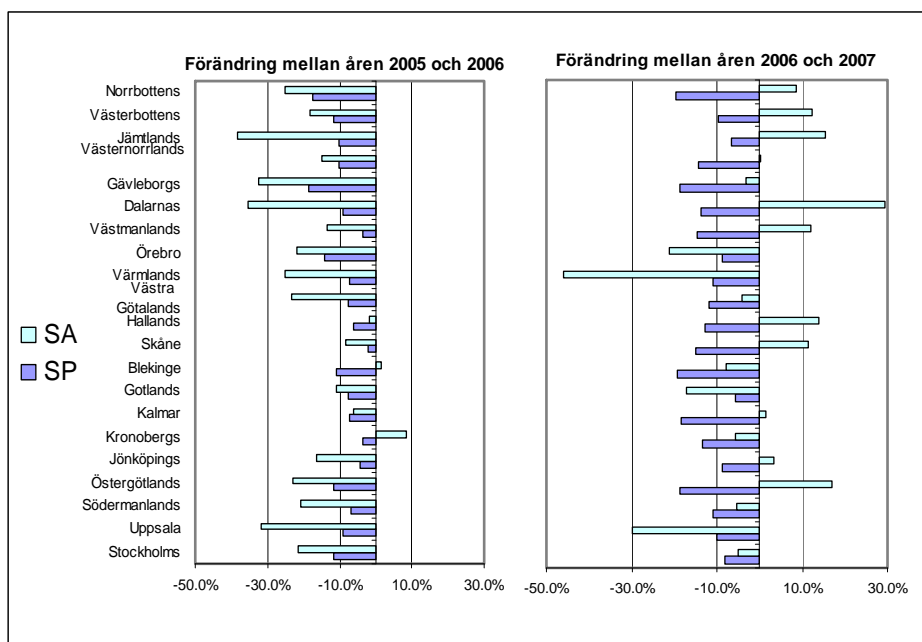
3.3 Utbetalningar 2007–2008

Figur 2 visar den procentuella förändringen i antalet utbetalda sjukpenningdagar (justerade för deltid) och antalet nybeviljade SA mellan de år som utbetalningarna 2007 och 2008 baserades på. Inför första utbetalningen baserades utbetalningen på förändringen mellan 2005 och 2006. Mellan dessa år minskade samtliga län antalet utbetalda sjukpenningdagar. Endast fyra län minskade antalet med mindre än 5 procent. I bara två län ökade antalet nybeviljade SA.

Inför nästa utbetalning minskade samtliga län sina utbetalda sjukpenningdagar med mer än 5 procent. Antalet nybeviljade SA ökade i 10 län. Att antalet nybeviljade SA ökade i fler län samtidigt som antalet utbetalda sjukpenningdagar minskade i samtliga län inför andra utbetalningen är i enlighet med resonemanget i föregående avsnitt: Konstruktionen av det rörliga bidraget gör att det kan finnas ekonomiska drivkrafter att minska antalet sjukpenningdagar på bekostnad av en

⁷ En mer utförlig redogörelse av bestämningsfaktorerna finns i SKL (2005).

ökning i antal nybeviljade SA. Huruvida det är förklaringen till mönstret i Figur 2 kan vi dock inte svara på utifrån denna analys.



Figur 2 Procentuell förändring i utbetalda SP-dagar och antal nybeviljade SA mellan de perioder som utbetalningarna 2007 och 2008 baserades på.

Källa: Bearbetning av data från forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2008/pm02_08/
 Anm.: SP = sjukpenning; SA = sjuk- och aktivitetsersättning.

4 Sjukfrånvaro på länsnivå

I detta avsnitt studerar vi förändringar i sjukfrånvaron mellan länen från och med första kvartalet 1998 till och med andra kvartalet 2008. Sjukfrånvaro syftar här både på sjukskrivna med SP och sjukskrivna med SA och är justerad för deltidssjukskrivning.⁸ Syftet är att undersöka om det finns län som utmärkt sig och om eventuella avvikelser på länsnivå efter 2006 kan förklaras av åtgärder gjorda inom ramen för Sjukvårdsmiljarden.

⁸ Sjukfrånvaron beräknas som kvoten mellan (antal utbetalda nettodagar med SP och SA per län och kvartal) och (antal möjliga dagar att betala ut).

Vi börjar med att i avsnitt 4.1 studera sjukfrånvaron i respektive län i förhållande till den genomsnittliga utvecklingen i landet. Detta innebär att län med värden över 1 har högre sjukfrånvaro än riksgenomsnittet medan län med värden under 1 har lägre sjukfrånvaro än riksgenomsnittet. Om det i vissa län finns nedåtgående trender i sjukfrånvaron efter januari 2006 kan dessa potentiellt härröra från olikheter i satsningar inom ramen för Sjukvårdsmiljarden.

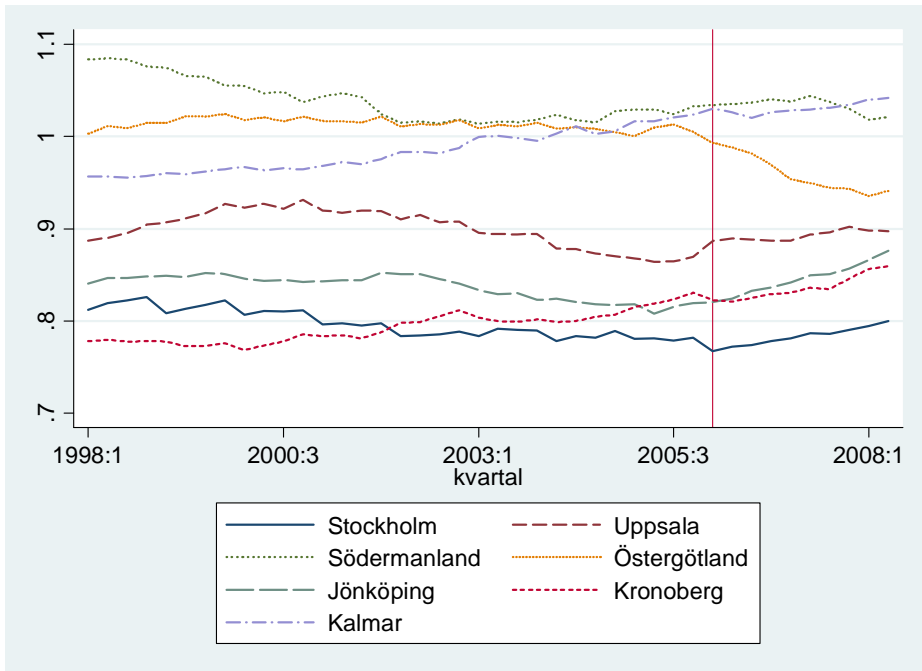
Ett problem med denna jämförelse är att länen kan ha haft olika förutsättningar för att minska sjukfrånvaron, t.ex. kan nivån på sjukfrånvaron innan Sjukvårdsmiljarden infördes ha betydelse för hur mycket sjukfrånvaron är möjlig att påverka. I avsnitt 4.2 studeras hur förändringen i sjukfrånvaron mellan 2005 och 2006 är korrelerad med sjukfrånvaron och åldersstrukturen 2005.

I avsnitt 4.3 studerar vi på nytt den relativa utvecklingen av sjukfrånvaron i respektive län men rensar denna gång bort potentiella olikheter i förutsättningarna för att minska sjukfrånvaron. Om det fortfarande finns län som utmärker sig (relativt andra län) indikerar detta vilka åtgärder som är mer effektiva än andra. I detta avsnitt studerar vi också utvecklingen för olika grupper som särskilt har uppmärksammats inom ramen för Sjukvårdsmiljarden: långtidssjukskrivna, sjukskrivna tillhörande de två största diagnosgrupperna (besvär i rörelseorganen och psykiska besvär) samt kvinnor.

I alla figurer markerar vi tidpunkten då Sjukvårdsmiljarden infördes (januari 2006) med en vertikal linje. Analysen baseras på registerdata från SCB och Försäkringskassan. För en mer utförlig beskrivning av databearbetningen hänvisas till appendix.

4.1 Utvecklingen sedan 1998

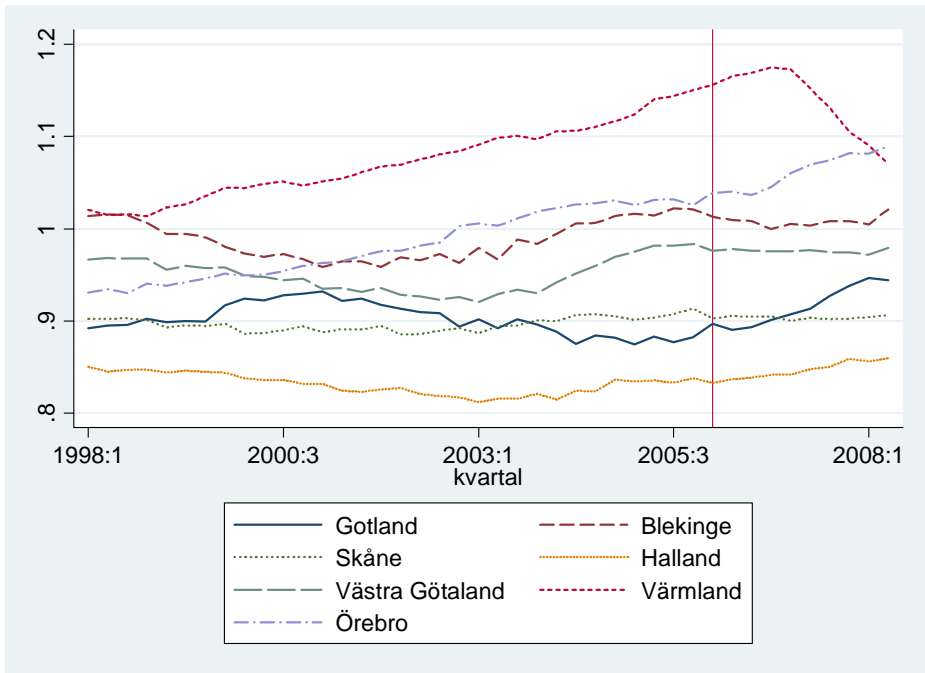
Figur 3 visar att åren innan Sjukvårdsmiljarden infördes låg Södermanland, Östergötland och Kalmar nära riksgenomsnittet medan Uppsala, Jönköping, Kronoberg och Stockholm låg något under. Efter 2006 sjönk sjukfrånvaron relativt mer i Östergötland än i övriga län. Jönköping, Kronoberg och Stockholm har haft motsatt utveckling, d.v.s. sjukfrånvaron ökade mer än i övriga län.



Figur 3 Andelen sjukskrivna av samtliga försäkrade för län i östra och sydöstra Sverige i förhållande till riksgenomsnittet.

Källa: Egna beräkningar.

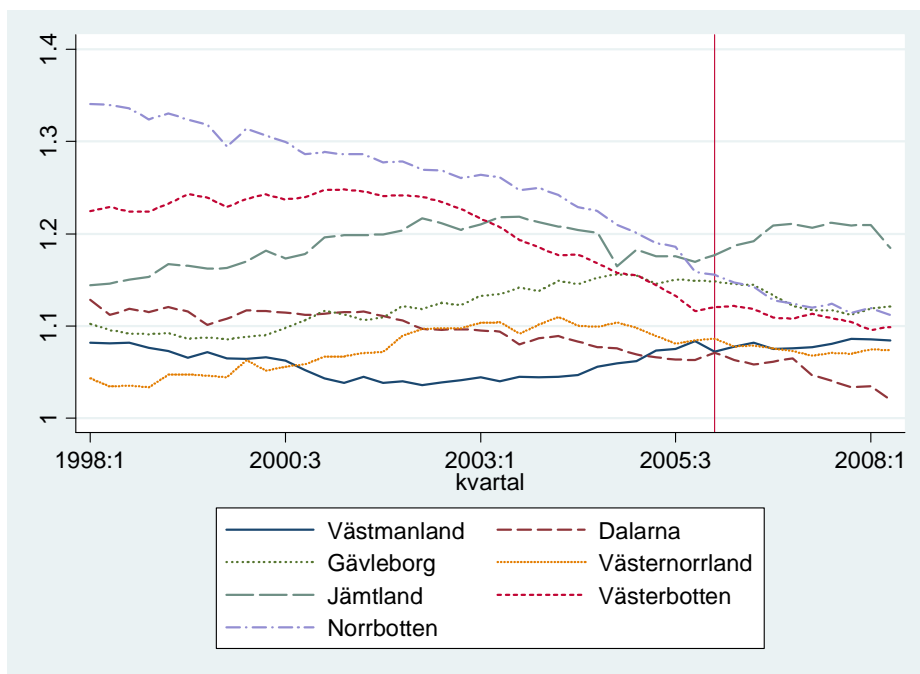
I Figur 4 ser vi att Blekinge, Örebro, Gotland, Västra Götaland, Skåne och Halland alla ligger runt riksgenomsnittet eller strax under mellan 1998 och 2006. Värmland ligger däremot över snittet, framförallt under andra halvan av denna period. Sjukfrånvaron i Värmland ökade från en genomsnittlig nivå 1998 till 15 procent över riksgenomsnittet 2006. Efter 2006 ökade sjukfrånvaron mer i Örebro och Gotland än i övriga län. I Värmland, däremot, sjönk den under samma period mer än i övriga landet.



Figur 4 Andelen sjukskrivna av samtliga försäkrade i södra och västra Sverige i förhållande till riksgenomsnittet.

Källa: Egna beräkningar.

Utvecklingen i norrlandslänen beskrivs i Figur 5. Samtliga dessa län har legat över riksgenomsnittet under hela perioden. De två län som i slutet av 1990-talet hade relativt högst sjukfrånvaro, Norrbotten och Västerbotten, har dock haft en betydligt snabbare minskning av sjukfrånvaron än övriga län under 2000-talet. Efter 2006 är det två län som utmärker sig: Jämtland som har haft en relativt sämre utveckling och Dalarna som har haft en betydligt bättre utveckling.



Figur 5 Andelen sjukskrivna av samtliga försäkrade i norra Sverige i förhållande till riksgenomsnittet.

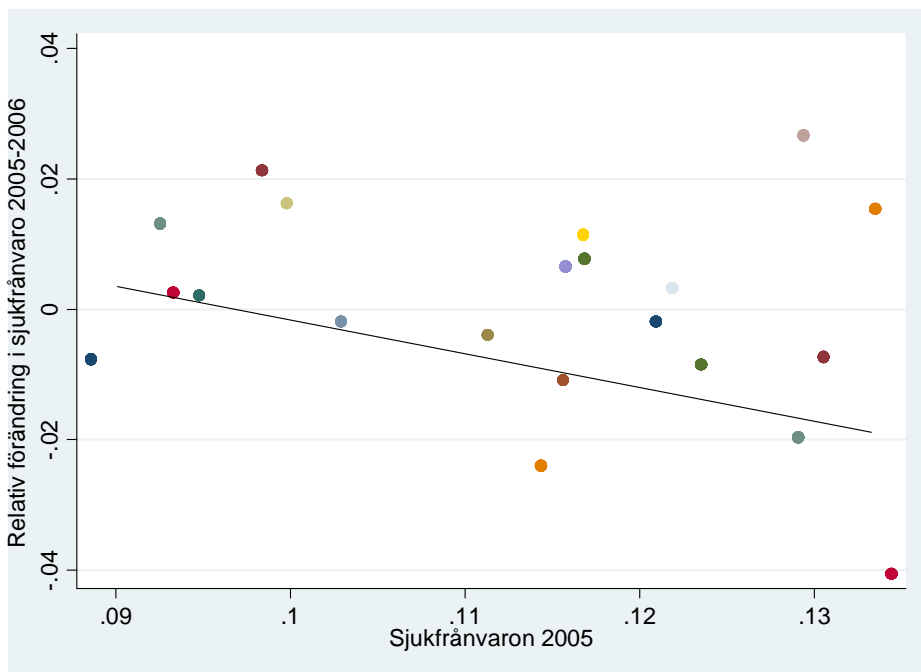
Källa: Egna beräkningar.

4.2 Förutsättningar för minskad sjukfrånvaron

Vi börjar med att studera sambandet mellan förändringen i sjukfrånvaron och *nivån* på sjukfrånvaron år 2005. Vår hypotes är att ju högre sjukfrånvaron i länet är initialt, desto enklare kan den minskas. Anledningen är att en relativt låg sjukfrånvaro troligtvis betyder att effektiva åtgärder för att bekämpa sjukfrånvaro i högre grad redan har införts och att det därmed är svårare att införa ytterligare effektiva åtgärder. Om detta resonemang stämmer bör man konstanthålla för initial sjukfrånvaro för att kunna studera om vissa typer av åtgärder är associerade med minskad sjukfrånvaro.

Sambandet mellan förändringen av sjukfrånvaron och initial sjukfrånvaro visas i Figur 6. Varje län utgör en punkt i figuren. I ett flertal län skedde ingen betydande förändring av sjukfrånvaron mellan 2005 och 2006. Bland de län där sjukfrånvaron förändrades ser vi ett svagt negativt samband; län som initialt hade

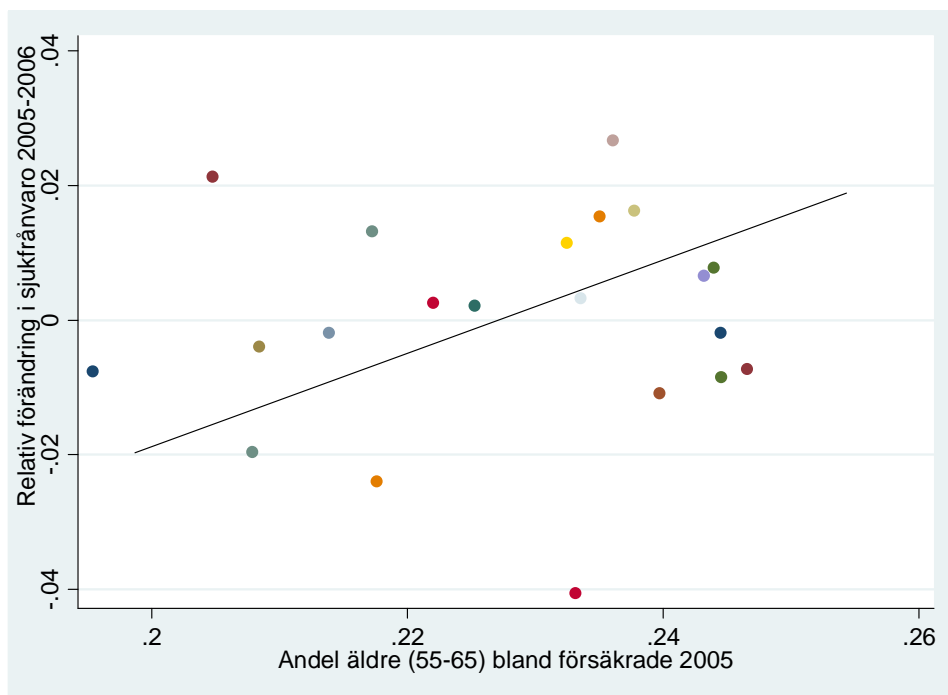
en hög (låg) sjukfrånvaro har minskat (ökat) sjukfrånvaron mer jämfört med övriga län. Sambandet är statistiskt säkerställt (det s.k. p-värdet är mindre än 0,05). Tolkningen av regressionslinjen är att om sjukfrånvaron 2005 var t.ex. 13 procent i stället för 10 procent skulle den förväntade *minskningen* i sjukfrånvaron vara 2 procent i stället för 0 procent.



Figur 6 Relativ förändring i andelen sjukskrivna 2005--2006 och andelen sjukskrivna år 2005.

Källa: Egna beräkningar.

En ytterligare förutsättning som kan påverka möjligheterna att få ner sjukfrånvaron är demografien. I Figur 7 visas sambandet mellan förändringen i sjukfrånvaro och andelen försäkrade som var mellan 55 och 65 år 2005. Sambandet är positivt; län som initialt hade en stor andel äldre har ökat sina sjukskrivningar mer än län som initialt hade en liten andel äldre. Sambandet är dock långt ifrån statistiskt säkerställt (p-värde = 0,675).



Figur 7 Relativ förändring i andelen sjukskrivna 2005–2006 och andelen äldre (55–65) bland försäkrade år 2005.

Källa: Egna beräkningar.

4.3 Utvecklingen före och efter 2006

I Figur 3–5 såg vi att några län efter 2006 har haft en mer gynnsam sjukfrånvaroutveckling än andra län. Dessa är Östergötland, Värmland och Dalarna. Örebro, Gotland och Jämtland har däremot haft en relativt sämre utveckling i jämförelse med övriga län. För att studera hur stor del av dessa skillnader som kan härledas till insatser gjorda inom ramen för Sjukvårdsmiljarden, studerar vi utvecklingen mellan länen över tid och konstanthåller för följande faktorer: andel sysselsatta, andel gifta i befolkningen samt ålders- och branschstruktur. Eftersom förutsättningarna för att minska sjukfrånvaron också kan förklaras av hur förhållandena i länet såg ut *innan* införandet av Sjukvårdsmiljarden, konstanthåller vi även för 2005 års nivåer på följande variabler: andel sjukskrivna; andel långtidssjukskrivna; andel kvinnor som är sjukskrivna; samt andel sjukskrivna i respektive åldersgrupp och med olika ersättningstyper (SP eller SA).

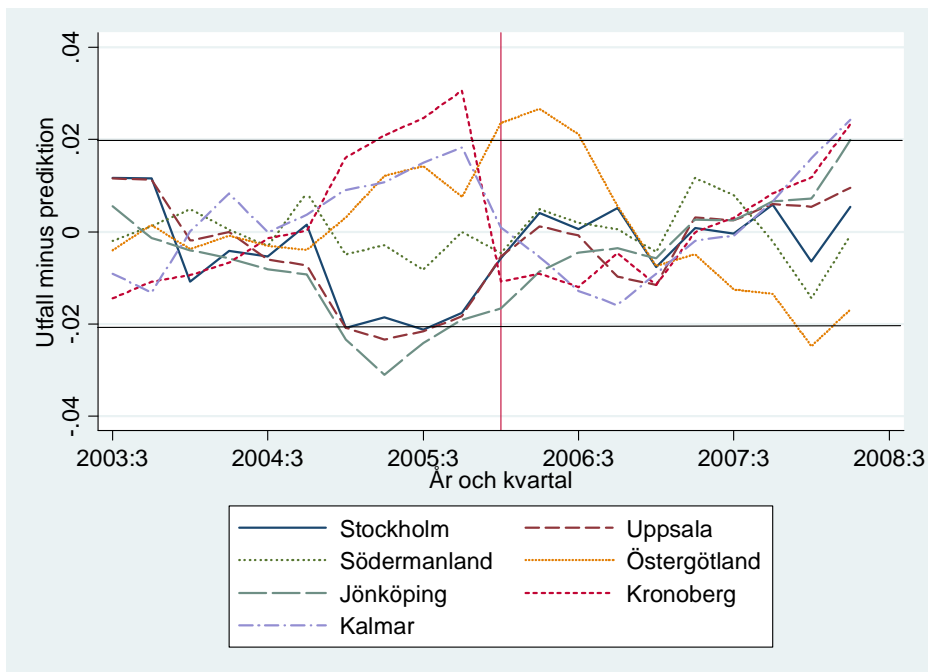
Vi skattar regressionsmodeller och predicerar sjukfrånvaron. Dessa prediktioner jämförs sedan med den faktiska sjukfrånvaron. Differensen mellan utfall och prediktion presenteras i Figur 8–10. Ett negativt värde innebär att sjukfrånvaron har minskat mer än vad man förväntar sig utifrån de faktorer som vi kontrollerar för.

Det mest slående resultatet är att väldigt få värden ligger utanför konfidensintervallet efter 2006.⁹ Vi tolkar detta som att det skett en samordning mellan de olika lanstingen i hur man ska jobba. Våra kontakter med SKL stödjer denna tolkning.¹⁰ Detta innebär att det fanns en större spridning i olika åtgärder innan 2006; likriktningen efter 2006 gör det svårare att identifiera en eventuell effekt av enskilda åtgärder.

I Figur 8 är det i princip bara ett län som utmärker och det är, precis som tidigare, Östergötland. Under 2006 var sjukfrånvaron i Östergötland högre än förväntat men från och med 2007 har den i stället minskat mer än förväntat. I Kalmar och Kronoberg har sjukfrånvaron ökat kraftigt under senare delen av 2008.

⁹ För att få en uppfattning om avvikelserna är statistiskt säkerställda har vi genomfört motsvarande analys med sjukfrånvaro för en dryg tvåårsperiod innan Sjukvårdsmiljarden infördes (fr.o.m. tredje kvartalet 2003 till slutet av 2005). För denna jämförelseperiod använder vi nivåer från 2002 och 2003 på faktorer som kan påverka förutsättningarna att minska sjukfrånvaron. De horisontella linjerna i figurerna visar på det approximativa 90 procentiga konfidensintervall som följer av denna analys. Avvikelser som är större än 0,02 i absolutvärde är statistiskt signifikanta, d.v.s de är skilda från noll på 10-procentsnivån.

¹⁰ SKL har genomfört en mängd aktiviteter, exempelvis har det förekommit träffar för de projektansvariga i landstingen. Se <http://www.skl.se/artikel.asp?A=48433&C=4761> för en beskrivning av aktiviteter under 2008.



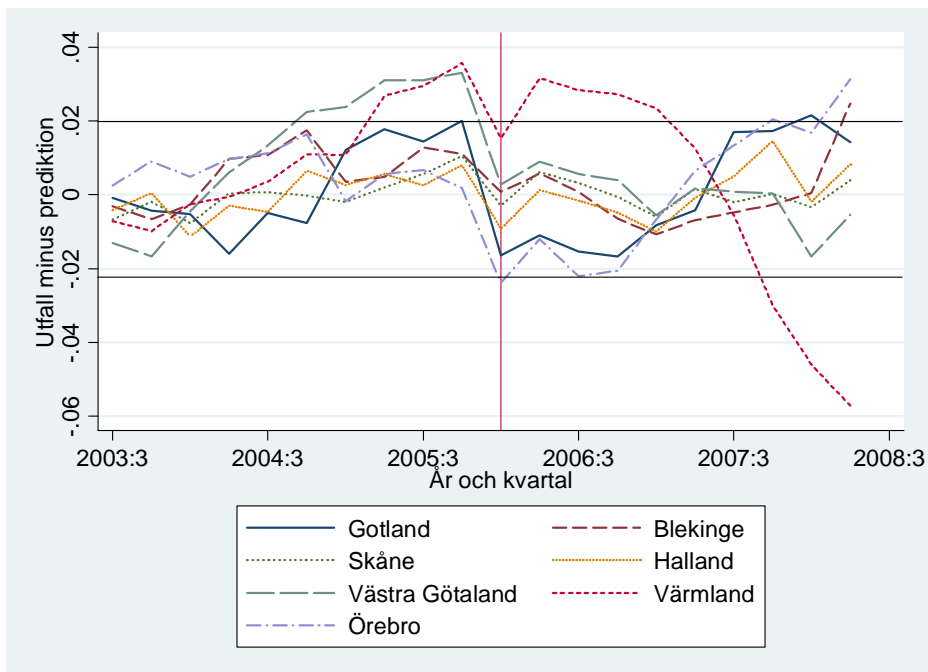
Figur 8 Skillnaden mellan faktisk och skattad sjukfrånvaro för län i östra och sydöstra Sverige.

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: De horisontella linjerna i figurerna visar på ett approximativt 90 procentigt konfidensintervall. Avvikelser som är större än 0,02 i absolutvärde är statistiskt signifikanta (de är skilda från noll på 10-procentsnivån). Konfidensintervallet har skapats utifrån en jämförelseperiod (d.v.s. kvartal 3 2003 – kvartal 4 2005).

I Figur 9 är det framförallt Värmland som utmärker sig. Värmland har en högre sjukfrånvaro än förväntat under 2006 och en lägre än förväntat under slutet av 2007. Det är intressant att Värmland avviker även när vi kontrollerat för eventuella skillnader i förutsättningar för att minska sjukfrånvaron. Värmland hade innan Sjukvårdsmiljarden en betydligt högre sjukfrånvaro än övriga län (se Figur 4), vilket skulle kunna innebära bättre förutsättningar för att minska sjukfrånvaron. Figur 9 visar dock att den initialt höga sjukfrånvaron i Värmland inte kan förklara hela minskningen av sjukfrånvaron under 2007. De åtgärder som genomförts (eller inte genomförts) i Värmland verkar ha varit relativt mer effektiva i jämförelse med de åtgärder som genomförts i övriga län.

Figur 9 visar också att Örebro och Blekinge under början av 2008 har haft en högre sjukfrånvaro än förväntat.

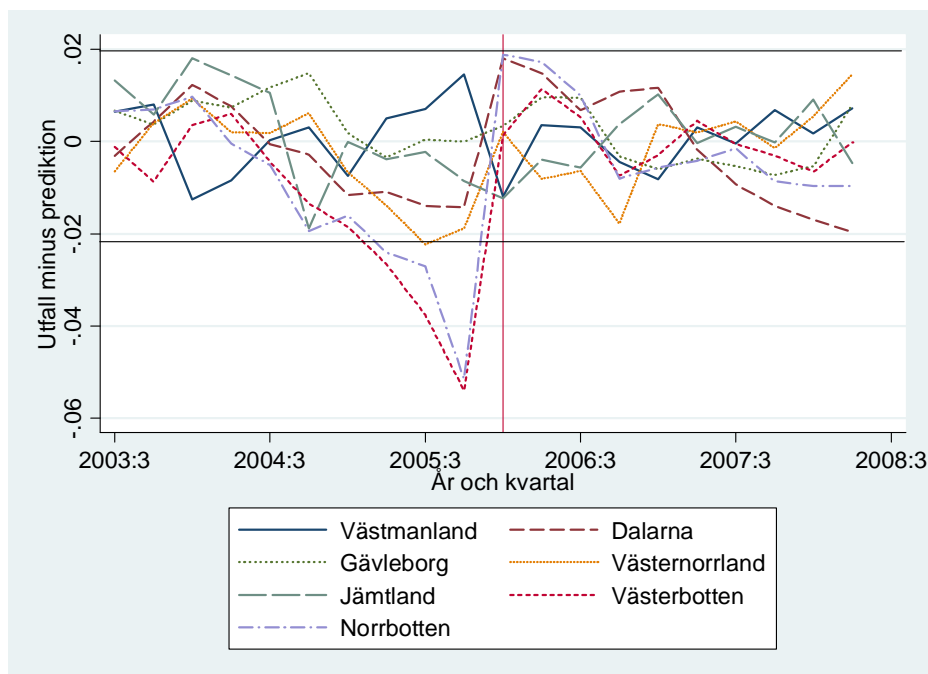


Figur 9 Skillnaden mellan faktisk och skattad sjukfrånvaro för län i södra och västra Sverige.

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: De horisontella linjerna i figurerna visar på ett approximativt 90 procentigt konfidensintervall. Avvikelser som är större än 0,02 i absolutvärde är statistiskt signifikanta (de är skilda från noll på 10-procentsnivån). Konfidensintervallet har skapats utifrån en jämförelseperiod (d.v.s. kvartal 3 2003 – kvartal 4 2005).

Figur 10 redovisar slutligen utvecklingen för länen i norra Sverige. Det mest slående resultatet är den betydande konvergensen som skett efter 2006. Sjukfrånvaron avviker inte i något län från det förväntade mönstret efter att Sjukvårdsmiljarden införts.



Figur 10 Skillnaden mellan faktisk och skattad sjukfrånvaro för län i norra Sverige

Källa: Egna beräkningar.

Anm.: De horisontella linjerna i figurerna visar på ett approximativt 90 procentigt konfidensintervall. Avvikelser som är större än 0,02 i absolutvärde är statistiskt signifikanta (de är skilda från noll på 10-procentsnivån). Konfidensintervallet har skapats utifrån en jämförelseperiod (d.v.s. kvartal 3 2003 – kvartal 4 2005).

4.4 Utvecklingen bland prioriterade grupper

För att närmare undersöka om satsningar gjorda inom ramen för Sjukvårdsmiljarden kan förklara de länsspecifika avvikelser vi funnit ovan, undersöker vi sjukfrånvaroutvecklingen separat för några av de grupper som särskilt har uppmärksamats i satsningen. Dessa grupper är långtidssjukskrivna, sjukskrivna tillhörande de två största diagnosgrupperna (besvär i rörelseorganen och psykiska besvär) samt kvinnor. Vi studerar hur stor andel bland sjukskrivna som tillhör dessa grupper. Idén är följande: Om sjukfrånvaron har minskat samtidigt som t.ex. andelen långtidssjukskrivna har minskat, har troligen effektiva åtgärder riktade just till långtidssjukskrivna införts; om sjukfrånvaron har minskat samtidigt som andelen långtidssjukskrivna har ökat kan vi däremot dra slutsatsen att sjukfrånvaron har minskat till följd av effektiva insatser till andra grupper. Denna

analys görs för de sex län som i föregående avsnitt uppvisade stora avvikelser mellan faktisk och förväntad sjukfrånvaro (Värmland, Östergötland, Blekinge, Kalmar, Kronoberg och Örebro). Vi kontrollerar för samma bakgrundsfaktorer som ovan och precis som tidigare presenterar vi andelarna i förhållande till riksgenomsnittet eftersom vi vill rensa bort de nationella trenderna.

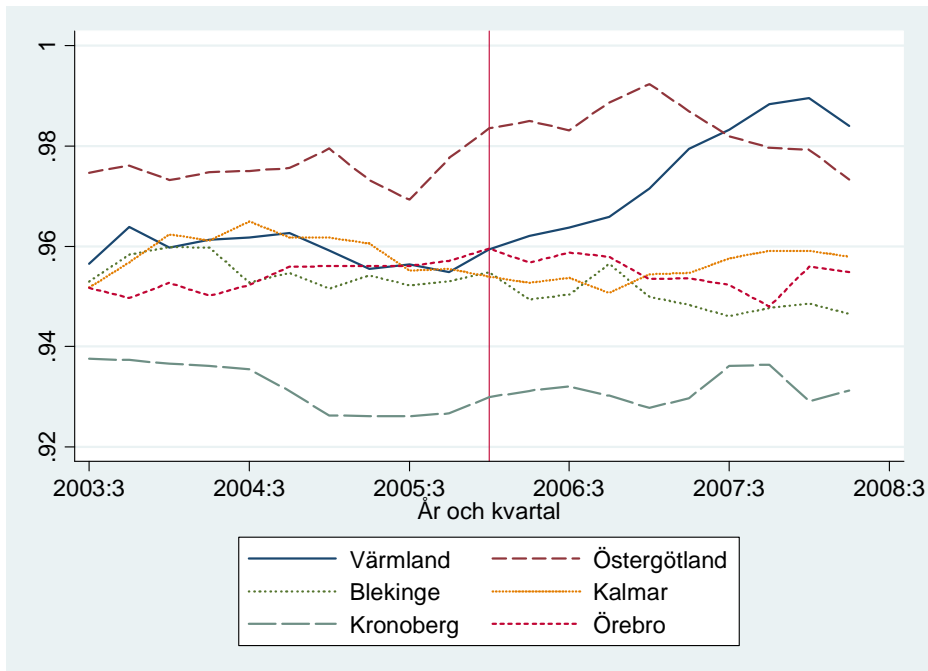
4.4.1 Andelen långtidssjukskrivna

Figur 11 visar att andelen långtidssjukskrivna¹¹ har ökat relativt mycket i Värmland jämfört med övriga län sedan 2006. Samtidigt visar den tidigare analysen att (den totala) sjukfrånvaron har sjunkit relativt mycket i Värmland sedan 2006 (se Figur 9). Det betyder att åtgärder som vidtagits i Värmland inte verkar ha varit effektiva för just långtidssjukskrivna. Minskningen av sjukfrånvaron i Värmland verkar alltså främst drivas av andra grupper.

I Östergötland, där sjukfrånvaron också minskat relativt mycket, har andelen långtidssjukskrivna sjunkit under 2007. Det betyder att Östergötland verkar ha haft särskilt effektiva insatser för just denna grupp.

För övriga län har andelen långtidssjukskrivna legat någorlunda konstant. I dessa län har sjukfrånvaron bland långtidssjuka alltså förändrats i samma takt som för övriga grupper. Utvecklingen för långtidssjukskrivna kan med andra ord bara delvis förklara förändringen i sjukfrånvaron i dessa län.

¹¹ Långtidssjukskriven definieras som sjukskriven längre än 365 dagar. Både sjukfall med SP och SA inkluderas.



Figur 11 Andelen långtidssjukskrivna bland sjukfrånvarande i förhållande till riksgenomsnittet.

Källa: Egna beräkningar.

4.4.2 Andelen med psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen

Figur 12 visar andelen sjukskrivna med besvär i rörelseorganen eller med psykiska besvär. Variationen för denna grupp är större än bland långtidssjukskrivna. Om vi koncentrerar oss på förändringar mellan 2006 och 2008 kan vi konstatera att i Värmland har andelen med dessa besvär varit någorlunda konstant, vilket betyder att denna grupp har följt utvecklingen för övriga sjukskrivna. I Östergötland har andelen med dessa besvär sjunkit betydligt i jämförelse med övriga landet. Det betyder att sjukfrånvaron har minskat särskilt för denna grupp precis som i fallet med långtidssjukskrivna.¹²

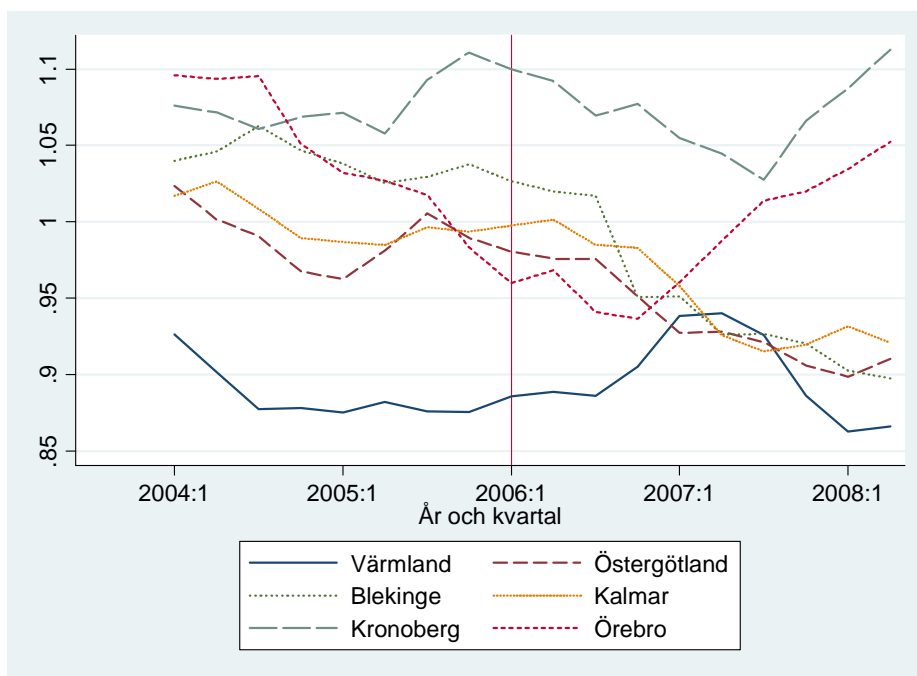
Även i Kalmar och i Blekinge har andelen med dessa besvär minskat men sjukfrånvaron har i stället ökat sedan 2006 i dessa län. Det betyder att gruppens

¹² Både besvär i rörelseorganen och psykiska besvär predicerar långtidssjukskrivning (Anderzén m.fl., 2008). Således kan många sjukskrivna med dessa besvär också vara långtidssjukskrivna.

absoluta storlek kan ha varit oförändrad. Ökningen i den totala sjukfrånvaron måste i så fall förklaras av förändringar i andra gruppers sjukfrånvaro.

I Kronoberg har andelen med psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen varit någorlunda konstant, vilket betyder att ökningen i sjukfrånvaron gäller denna grupp såväl som övriga.

Slutligen, i Örebro har dessa gruppers andel av sjukfrånvaron ökat relativt mycket samtidigt som sjukfrånvaron har stigit. Det betyder att i Örebro är besvär i rörelseorgan och psykiska besvär ett växande problem precis som sjukskrivning på grund av andra diagnoser.



Figur 12 Andelen med besvär i rörelseorganen eller psykiska besvär bland sjukfrånvarande i förhållande till riksgenomsnittet.

Källa: Egna beräkningar.

4.4.3 Andelen kvinnor

Vi har även gjort motsvarande analys för andelen sjukskrivna kvinnor. Resultaten visar att andelen kvinnor har varit någorlunda konstant i samtliga analyserade län sedan 2006 och vi har därför valt att inte presentera denna utveckling. Slutsatsen

vi drar är att de åtgärder som har införts verkar ha haft samma effekt på kvinnor som på män.

4.5 Sammanfattning

I förhållande till det förväntade mönstret har sjukfrånvaron minskat relativt mycket i Värmland och i Östergötland sedan 2006. I Östergötland har framförallt gruppen med problem i rörelseorganen eller med psykiska besvär samt gruppen långtidssjukskrivna minskat. I Värmland är det snarast frågan om en generell minskning av sjukfrånvaron; andelen långtidssjukskrivna ökar i själva verket som andel av det totala antalet sjukfrånvarande.

I Blekinge, Kalmar, Kronoberg och Örebro har den faktiska sjukfrånvaron ökat i relation till det förväntade. I Kalmar, Blekinge och Kronoberg verkar denna utveckling främst förklaras av andra grupper än de som prioriterats inom Sjukvårdsmiljarden. I Örebro verkar däremot andelen med problem i rörelseorganen eller psykiska besvär vara ett växande problem precis som övriga grupper sjukskrivna.

Kan vi härleda dessa förändringar till enskilda åtgärder? I Tabell 2 har vi kondenserat informationen i Tabell 1 genom att särskilt fokusera på de sex län som vi analyserat i detta avsnitt; dessutom har vi utelämnat alla åtgärder som samtliga eller inga län har vidtagit.

Det verkar inte finnas något tydligt samband mellan vilka typer av åtgärder som har vidtagits och hur sjukfrånvaron har utvecklats i de olika länen. Möjligen kan vi konstatera att varken Östergötland eller Värmland (där sjukfrånvaron har sjunkit relativt mycket) har infört åtgärder under rubriken ”Samlokalisering/kontaktperson”, vilket innebär att en Försäkringskassehandläggare finns tillgänglig ute på vårdcentralerna. Det har däremot tre av fyra län där sjukfrånvaron har stigit relativt mycket. Detta skulle med andra ord antyda att samlokaliseringen, i motsats till sitt syfte, ökar sannolikheten för sjukskrivning och/eller försenar återgången till arbete.

Om vi kombinerar analysen av den totala sjukfrånvaroutveckling med sjukfrånvaroutvecklingen för enskilda grupper kan vi konstatera att minskningen av sjukfrånvaron i Värmland inte har drivits av långtidssjukskrivna, de två största diagnosgrupperna eller av kvinnor. I Värmland har andelen långtidssjuka i stället ökat relativt övriga landet. Sjukfrånvarominskningen i Värmland verkar alltså ha drivas av andra grupper. En möjlig förklaring skulle kunna vara att man i Värmland har infört effektiva åtgärder som påverkat i stort sett alla sjukskrivna förutom långtidssjukskrivna. Ett exempel på en sådan åtgärd är att man infört en

handlingsplan för sjukskrivningsarbetet (men då inte speciellt för långtids-sjukskrivna).

Tabell 2 Sammanfattning av åtgärder för de län som urskiljer sig

Län	Arbetet på VC/klinik			Åtgärder till läkare Intyg	Samverkan med Fk		Patientgrupper
	Handl. plan	Statistik	Team/coach/koord.		Samlok./kontakt-pers.	Avstämningsmöte	
Värmland	X		X				X
Östergötland			X	X		X	
Blekinge					X		
Kalmar	X	X	X			X	X
Kronoberg			X		X		
Örebro				X	X		X

Anm.: För en närmare beskrivning av vad enskilda åtgärder innebär hänvisas till Sibbmark och Chirico (2008).

I Blekinge, Kalmar och Kronoberg har sjukfrånvaron ökat relativt mycket men inte särskilt för någon grupp som vi har studerat. Det kan betyda att dessa län har misslyckats med det Värmland verkar ha lyckats med, nämligen generella åtgärder.

I Örebro har sjukfrånvaron särskilt ökat bland långtidssjukskrivna och bland sjukskrivna med psykiska besvär eller med problem i rörelseorganen. Av Tabell 1 framgår att Örebro inte har infört speciella åtgärder mot just dessa grupper men däremot åtgärder mot "patientgrupper". Av kartläggningen i Sibbmark och Chirico (2008) framgår att den "patientgrupp" Örebro satsat på är personer med smärtproblematik; man har alltså inte satsat på särskilda åtgärder för långtids-sjukskrivna och sjukskrivna med psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen.

Östergötland har minskat sin sjukfrånvaro och särskilt stor har minskningen varit bland långtidssjukskrivna och bland dem med psykiska besvär eller med besvär i rörelseorganen. Dessa båda grupper är ofta målgruppen för verksamhet i multidisciplinära team (Sibbmark och Chirico, 2008). Enligt Tabell 1 har man i Östergötland jobbat i team. I bilagan till rapporten av Sibbmark och Chirico (2008) framgår att man i Östergötland arbetar i så kallade resursteam. Andra vidtagna åtgärder i Östergötland som riktar sig till dessa grupper och som nämns i bilagan är ett projekt kring psykisk ohälsa och internetbaserad kognitiv beteendeterapi.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att denna analys ger stöd för både generella åtgärder och åtgärder riktade mot särskilda grupper som t.ex. ofta är fallet med multidisciplinära team. Men på detta övergripande plan är det svårt att närmare förstå varför vissa typer av åtgärder verkar ha påverkat sjukfrånvaron i vissa län men inte i andra. För en sådan förståelse krävs mer detaljerad studie av enskilda åtgärder. I nästa avsnitt presenterar vi tre sådana studier.

5 Effekter av olika åtgärder

Inom ramen för uppdraget har tre studier genomförts för att studera effekten av enskilda satsningar gjorda inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Här sammanfattas slutsatser från dessa tre studier. För en utförligare redovisning hänvisas till respektive rapport.

5.1 Potentiella framgångsfaktorer av samverkan

Chirico och Nilsson (2009) är den mest övergripande av dessa tre studier. Den undersöker om vissa åtgärder eller kombinationer av åtgärder är associerade med större förändringar i sjukfrånvaron i jämförelse med andra åtgärder.

Tidigare forskning visar att samverkan är förknippade med svårigheter, eftersom arbetsformen kräver att olika yrkesgrupper – med olika sätt att förstå och lösa problem – samarbetar med varandra. Det finns dock exempel på samverkan som har varit framgångsrik i bemärkelsen att den har blivit av, trots svårigheter. Det är utifrån dessa erfarenheter som ett antal potentiella framgångsfaktorer för samverkan har identifierats. Flera sådana samverkansåtgärder återfinns också i utformningen av Sjukvårdsmiljarden.

Resultaten är inte helt entydiga men antyder att åtgärder för att samordna sjukskrivningsprocessen på ledningsnivå samvarierar med större minskningar av sjukfrånvaron. Samverkan på ledningsnivå handlar främst om sjukskrivningskommittéer eller motsvarande samarbetsorgan som inrättats inom landstingen. Vidare kan resultaten från regressionsanalysen, med försiktighet, tolkas som att åtgärder som underlättar för (eller indikerar att det har skett) samverkan kring bedömning och rehabilitering av patienter är associerade med *mindre* minskningar av sjukfrånvaron. Med andra ord verkar samverkan på ledningsnivå bidra till att minska sjukfrånvaron medan samverkan på operativ nivå snarare tenderar att förlänga sjukskrivningarna. En förklaring kan vara att handläggningstiden för ett sjukskrivningsärende förlängs när fler parter blir involverade, t.ex. genom multi-

disciplinära team. En annan förklaring är att sjukskrivningstiden förlängs om individens rehabiliteringsprogram innehåller åtgärder med väntetid.

I landsting där de långa sjukskrivningarna har minskat relativt mycket har det också förekommit samverkan på operativ nivå i länet. Detta skulle kunna innebära att den ”inläsningseffekt” som uppstår inledningsvis försvinner över tid. För att undersöka detta närmre skulle det dock krävas att utvecklingen av sjukfrånvaron studeras under Sjukvårdsmiljardens alla tre år, d.v.s. 2006–2009.

Sammanfattningsvis verkar endast samverkan på ledningsnivå bidra till att minska sjukfrånvaron. Att just denna faktor faller ut som framgångsrik kan förklaras med att det tidigare saknats samordning kring sjukskrivningsfrågan.

5.2 Samverkan i resursteam

Anderzén m.fl. (2008) studerar ett lokalt samverkansprojekt. I ett försök att minska andelen långtidssjukskrivna i Uppsala initierade Försäkringskassan och landstinget i Uppsala län våren 2004 ett samverkansprojekt via Resursteam på länets 32 husläkarmottagningar. Projektet var alltså igång redan innan Sjukvårdsmiljarden infördes. Att studera dess effekter som en del av IFAU:s uppdrag att utvärdera Sjukvårdsmiljarden är ändå intressant eftersom projektet har stora likheter med de projekt som infördes i andra landsting inom ramen för miljardsatsningen.

Ett Resursteam (RT) innebär att en grupp bestående av handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare, vid regelbundna möten bedömer sjukskrivna personers rehabiliteringsbehov och ger förslag på åtgärder. Målgruppen för Resursteam är personer som löper risk för långtidssjukskrivning, utifrån husläkarens eller försäkringskassehandläggares bedömning. En majoritet har besvär i rörelseorganen eller psykiska besvär.

Studien skattar effekten av Resursteam på de deltagande personernas sjukskrivning och deras självskattade hälsa. Utvärderingen baseras på ett experiment som genomfördes under våren 2006 på uppdrag av Försäkringskassan i Uppsala. 50 personer ingick i experimentet där 22 slumpmässigt utvalda personer fick delta i Resursteam medan 28 personer inte fick tillgång till Resursteam. Eftersom detta urval är litet har författarna även gjort en mer traditionell utvärdering baserad på registerdata om personers deltagande i Resursteam. Självskattad hälsa har undersökts via en enkätundersökning där man tillfrågat både RT-personer och icke RT-personer ca fyra veckor in i sjukskrivningen om deras hälsa. En uppföljning skedde sedan efter ca sex månader.

Utvärderingen inkluderar också en undersökning av personalens inställning till Resursteam.

Resultaten från de två effektstudierna är entydiga och visar på negativa effekter av Resursteam. Författarna finner inga skillnader mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp med avseende på självrapporterad hälsa. Däremot finner författarna att sjukskrivningslängden förlängdes för dem som deltog i Resursteam.¹³ Deltagande i Resursteam minskar sannolikheten att avsluta en sjukskrivning med 20 procent. Denna effekt motsvarar en ökning av sjukskrivningstiden med igenomsnitt ca 60 dagar.

5.3 Sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro

Johansson och Nilsson (2008) undersöker läkarintygens betydelse för sjukskrivningsprocessen. Dessa intyg spelar en central roll i och med att Försäkringskassan baserar sitt beslut om sjukskrivning på läkarintyget. Ett dåligt intyg innebär både att Försäkringskassans bedömning fördröjs och skapar ett merarbete för såväl Försäkringskassans handläggare som den intygsskrivande läkaren (som måste komplettera intyget). Flera landsting har valt att satsa en del av de tilldelade medlen från Sjukvårdsmiljarden på insatser för att förbättra kvalitén i intygen.

Johansson och Nilsson (2008) studerar om sjukperiodens längd påverkas av om sjukintyget återremitterats till läkare för komplettering. Vidare undersöks om olika socioekonomiska faktorer såsom ålder, kön och utbildningsnivå påverkar sannolikheten att intyg kompletteras.

Resultaten visar att en begäran om komplettering spelar en viktig roll för hur lång sjukperioden blir: en begäran om komplettering av intyget förlänger sjukperioden med ca 30 procent. Författarna presenterar två potentiella förklaringar till effekten. För det första kan kompletteringen fungera som en bromskloss för hela sjukskrivningsprocessen; beslut om eventuell rehabilitering eller anpassning av arbetsplatsen kan inte tas förrän Försäkringskassan har styrkt den försäkrades sjukdom. För det andra kan fördröjningen i beslutet om sjukskrivning innebära ett stressmoment för den försäkrade. Stressen kan förvärra sjukdomstillståndet och därmed förlänga sjukskrivningsperioden. Denna förklaring torde ha störst effekt på de individer som är sjukskrivna för stresssymptom eller andra psykiska besvär. Författarna undersöker det empiriskt stödet för dessa två förklaringar men (sannolikt p.g.a. ett relativt litet datamaterial) kan de inte dra statistiskt säkerställda slutsatser om varför sjukskrivningslängden förlängs.

¹³ Den sjukskrivne själv deltog inte i teamet. Deltagande syftar här på personens ärende.

Vidare finner författarna att skillnader i sannolikheten att sjukintyget skickas tillbaka till läkaren för komplettering skiljer sig åt mellan diagnoser. De finner också stöd för att behovet av komplettering, *givet diagnos*, förekommer oftare bland personer med låg utbildning jämfört med personer med hög utbildning, vilket är oroande ur ett rättsäkerhetsperspektiv.

Ska resultaten tolkas som att man bör ställa lägre krav på sjukintygen för att på så sätt förkorta sjukskrivningslängden? Knappast. Resultaten tyder på att intygskvalitén i dagsläget är dålig och dessutom i genomsnitt sämre för lågutbildade personer. I ett längre perspektiv leder sannolikt kvalitetshöjande insatser till högre intygskvalitet och färre kompletteringar, vilket i förlängningen ger kortare sjukskrivningar.

6 Slutsatser

Sjukvårdsmiljardens upplägg gör det omöjligt att på nationell nivå utvärdera miljardsatsningens effekt på sjukfrånvaron. Problemet är att samtliga län mötte samma incitamentsstruktur vid samma tillfälle. För att ändå utreda om Sjukvårdsmiljarden har påverkat sjukfrånvaron har vi utnyttjat att olika landsting har satsat på olika typer av åtgärder.

Sibbmark och Chirico (2008) kartlägger och beskriver de åtgärder som genomförts i de olika landstingen. Chirico och Nilsson (2009) konstaterar att åtgärder för att samordna sjukskrivningsprocessen på ledningsnivå samvarierar med större minskningar av sjukfrånvaron. Samverkan på ledningsnivå handlar främst om sjukskrivningskommittéer eller motsvarande samarbetsorgan inom landstingen. Åtgärder som underlättar för samverkan kring bedömning och rehabilitering av patienter är däremot associerade med *lägre* minskningar av sjukfrånvaron

Från vår analys av de olika länens sjukfrånvaroutveckling före och efter införandet av Sjukvårdsmiljarden kunde vi se att sjukfrånvaron i Värmland och i Östergötland minskade betydligt mer än i övriga län under 2007. I Blekinge, Kalmar, Kronoberg och Örebro har i stället sjukfrånvaron ökat mer än i övriga riket under samma period.

En närmare analys av sjukfrånvaroutvecklingen för särskilda grupper tyder på att man i Östergötland har infört effektiva åtgärder riktade mot långtids-sjukskrivna och sjukskrivna med psykiska problem eller problem i rörelseorganen. Exempel på åtgärder införda i Östergötland är multidisciplinära team och

internetbaserad kognitiv beteendeterapi. Värmland har enligt vår analys infört generella åtgärder (riktade mot alla sjukskrivna) som bidragit till att minska den totala sjukfrånvaron. Blekinge, Kalmar och Kronoberg verkar däremot sakna effektiva åtgärder som är generella. Ett exempel på en generell åtgärd är handlingsplan för sjukskrivningsarbetet. I Örebro växer andelen långtidssjukskrivna och sjukskrivna med psykiska besvär och besvär i rörelseorganen. I Örebro verkar det alltså saknas effektiva insatser för dessa grupper.

På den aggregerade länsnivån är det mycket svårt att identifiera åtgärder som kan vara framgångsfaktorer. En anledning till detta är att länens åtgärdspaket har blivit mer lika varandra efter att Sjukvårdsmiljarden införts (se avsnitt 4). Landstingen har lärt av varandra och har infört likartade åtgärder i förhoppningen att dessa åtgärder är bra för de sjukskrivna. Detta är naturligtvis bra om förhoppningen visar sig vara sann. Nackdelen är att det blivit svårare att finna arketypiska län och att identifiera framgångsrika (samverkans)åtgärder.

För att få kunskap om effekten av enskilda satsningar är det nödvändigt att använda individdata. I Anderzén m.fl. (2008) fann vi att multidisciplinära team förlängde sjukfrånvaron. En trolig förklaring är att handläggningstiden för ett sjukskrivningsärende förlängs när fler parter blir involverade. En annan är att sjukskrivningstiden förlängs om individens rehabiliteringsprogram innehåller åtgärder med väntetid. Johansson och Nilsson (2008) fann att sjukfrånvaron förlängdes av att sjukintyget återremitterades till läkare för komplettering. En förklaring till resultatet kan vara att beslut om eventuell rehabilitering eller anpassning av arbetsplatsen inte kan tas förrän Försäkringskassan har styrkt den försäkrades sjukdom; en annan förklaring är att komplettering innebär ett stressmoment för den försäkrade, vilket i sin tur förlänger sjukskrivningen.

En slutsats från vår utvärdering är att den incitamentsstruktur som finns i Sjukvårdsmiljarden inte är optimal (se avsnitt 3) eftersom den kan ge drivkrafter att föra över sjukskrivna personer med sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning.¹⁴

En annan lärdom är att incitament kopplade till minskningar av sjukfrånvaron inte är helt ändamålsenliga. Det finns två orsaker till detta. För det första gynnas landsting med hög tidigare sjukfrånvaro av systemet;¹⁵ för det andra finns det lite empiriskt stöd för att åtgärder som landstingen kan styra över minskar sjuk-

¹⁴ Landstingen beslutar inte om sjuk- och aktivitetsersättning. Beslut tas av Försäkringskassan men eftersom beslutet fattas på basis av ett sjukintyg utfärdat av en läkare inom Landstinget kan denna situation ändå uppkomma.

¹⁵ Det kan naturligtvis vara angeläget att ge mer resurser till de län som har en hög sjukfrånvaro. Det förefaller dock varken vara rättvist eller långsiktigt effektivt.

frånvaron. Det finns ett starkt empiriskt stöd för att ekonomiska incitament, kontroll och normer är betydelsefulla för sjukfrånvarobeslutet.¹⁶ Däremot finns mycket svagt stöd för att yrkesmedicinsk rehabilitering har positiva effekter.¹⁷ Eftersom landstingen inte kan styra över självrisk, graden av kontroll eller normer kan de inte heller medvetet påverka sjukfrånvaron. Ska man ha ekonomiska incitament med avsikt att minska sjukfrånvaron bör detta istället vara knutet till intermediära faktorer som landstingen har kontroll över. Ekonomiska incitament för att t.ex. förkorta vårdköer, minska andelen återremitterade sjukintyg, och medverka i avstämningsmöten¹⁸ är i detta perspektiv betydligt ändamålsenligare. En av våra delstudier (Johansson och Nilsson 2008) ger empiriskt stöd för att incitament riktade mot att minska andelen återremitterade sjukintyg skulle kunna leda till minskad sjukfrånvaro; det empiriska stödet för att förkortade vårdköer och avstämningsmöten har positiva effekter är svagare men det verkar ändå rimligt att tro att dessa åtgärder skulle minska sjukfrånvaron.

En tredje och sista lärdom är att en tydligare målfunktion också skulle underlätta en uppföljning och utvärdering av satsningen. T.ex. skulle man tämmligen enkelt kunna undersöka betydelsen av incitament kopplade till kvalitén på läkarintygen eftersom antalet återremitterade sjukintyg, sjukintygslängd och sjukfrånvaro finns i Försäkringskassans register.

¹⁶ Se t.ex. Johansson och Palme (1996, 2002, 2005), Henrekson och Persson (2004), Hesselius m.fl. (2006, 2008), Ichino och Maggi (2000), samt Lindbeck m.fl. (2007).

¹⁷ Det finns ett begränsat empiriskt stöd för att bedriva medicinsk rehabilitering för de dominerande diagnoserna (Alexandersson och Nordlund 2004). Det finns ett mycket svagt stöd för att s.k. ”terapeutisk” återgång i arbete (inkluderande deltidssjukskrivning och utbildningsinsatser) kan medföra en snabbare och också en mer varaktig återgång i arbete efter en längre sjukskrivning (Veerman och Palmer 2000; Palmer och Tasiran 2001; Tollin 2005; Palmer m.fl. 2008). Yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser har visat sig ha både negativa (Andrén och Palmer 2004) och positiva effekter (Jensen m.fl. 2005, 2006) på återgång i arbete.

¹⁸ Vid ett avstämningsmöte medverkar en person som är sjukskriven och har en anställning, en handläggare från Försäkringskassan och minst ”en annan part som kan påverka den sjukskrivnes situation” (t.ex. personens arbetsgivare eller läkare). Syftet med mötet är att ta fram en plan för arbetsåtergång (Försäkringskassan, 2008).

Referenser

- Alexandersson, K och Nordlund, A (2004) "Sickness absence - causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care", *Scand J Public Health* 32 (Suppl 63), 1-263.
- Alexandersson, K, Brommels, M, Ekenvall, L, Karlsryd, E, Löfgren, A, Sundberg, L, och Österberg, M (2005), "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning" Sektionen personskadeprevention, Institutet för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME Karolinska institutet, Stockholm.
- Anderzén, I, Demmelmaier, I, Hansson, A-S, Johansson, P, Lindahl, E och Winblad, U (2008), "Samverkan i resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning", IFAU rapport 2008:8.
- Andrén, D och Palmer, E (2004) "Deltidssjukskrivning", Försäkringskassans Working papers.
- Chirico, G och Nilsson, M (2009), "Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden", IFAU rapport 2009:2.
- Försäkringskassan (2007a), "Försäkringskassans omfattning och finansiering 2005–2008". Försäkringskassan analyserar 2007:5.
- Försäkringskassan (2007b), "De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det", Försäkringskassan redovisar 2007:8
- Försäkringskassan (2008), Faktblad: *Avstämningsmöte – för snabbare återgång i arbete.*
- Henrekson, M och Persson, M (2004) The Effect on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor Economics*, 22, 87-113.
- Hesselius, P, Johansson, P och Larsson, L (2006) Hur påverkar kravet på läkarintyg sjukfrånvaron? Erfarenheter från ett socialt experiment *Ekonomisk Debatt* 2, 5-16.
- Hesselius, P, Johansson, P, Vikström J (2008) Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro? IFAU rapport 2008:11.

- Ichino, A och Maggi, G (2000) "Work environment and individual background: explaining regional shirking differentials in large Italian firm" *The Quarterly Journal of Economics* 115, 1057-1090.
- Jensen, I, Bergström, G, Ljungquist, T och Bodin, L (2005) "A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain", *Pain* 115, 273-283.
- Jensen, I , Bergström, G, Bodin, L Ljungquist, T och Nygren, A (2006) "Effekter av rehabilitering efter sju år", *läkartidningen* 23, 1829-1839.
- Johansson, P och Nilsson, M. (2008), "Finns det något samband mellan sjukintygens kvalitet och sjukfrånvaro?" IFAU rapport 2008:27.
- Johansson, P och Palme, M (1996) "Do economic incentives affect worker absence? Empirical evidence using Swedish data, *Journal of Public Economics*, 59, 195-218.
- Johansson P och Palme, M (2002) "Assessing the effect of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, 37, 381-409.
- Johansson, P och Palme, M (2005) "Moral hazard and sickness insurance", *Journal of Public Economics* 89, 1879-1890.
- Lindbeck A, Palme, M och Persson, M (2007) "Social interaction and sickness absence". IFN Working Paper 725.
- Palmer, E och Tasiran, A (2001) "What determines work resumption from long sickness spells? – An analysis of six countries", i Schokkaert E (red.) *Ethics and Social Security Reform*, FISS International Studies in Social Security, Volume 7, Ashgate, Aldershot (England).
- Palmer, E, Svensson I, Tirmén P, och Österlund, N (2008) Sjukförmåner på deltid i L. Hartman (red.) *Välfärd på deltid*. Stockholm, SNS Förlag.
- Paavo, S (2006), "Delrapport november 2006. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården (projekt C:1)" Försäkringskassan, Stockholm.
- Paavo, S (2007), "Delrapport november 2007. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården" Försäkringskassan, Stockholm.
- SBU (2003) "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis – en systematisk litteraturöversikt", SBU-rapport (2003:167), Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

- Sibbmark, K och Chirico, G (2008), "Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden", IFAU rapport 2008:29.
- SKL (2005) "Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron", Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen (2005), "Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004".
- Tollin, P (2005) "Köp av aktiva tjänster – mål och resultat". Försäkringskassan analyserar 2005:21, Försäkringskassan, Stockholm.
- Veerman T och Palmer E (2000) "Work resumptions and the role of interventions" i F S Bloch & R Prins (red.) *Who Returns to Work and Why?* Transaction Publishers, New Brunswick (USA).

Appendix

Data bygger på den population som finns i SCB:s databas Louise under åren 1998 till 2006. I Louise finns alla personer mellan 16–64 år som är folkbokförda år i Sverige den sista december. För åren 2007 och 2008 används Louise 2006.

Från Louise hämtas uppgifter om personers födelsedatum, kön, civilstatus, sysselsättning och branschtillhörighet. Följande åldersgrupper konstrueras efter uppnådd ålder respektive år: 16–25, 26–34, 35–44, 45–54, 55–56 och 60–64. Eftersom vi utgår från Louise 2006 men skattar sjukfrånvaro även för 2007 och 2008, får vi en över- och undertäckning. Detta får störst effekt i den yngsta ålderskategorin, 16–25 år, där antalet individer som fyller 16 år under 2007 och 2008 saknas. Effekten av denna undertäckning antas ha en mindre betydelse eftersom det i denna rapport är andelar som undersöks.

Data över sjukfall är hämtade från Försäkringskassans databas Midas och baseras på utbetalda ersättningar. Ersättningarna består av sjuk-, rehabiliterings- och arbetsskadesjukpenning, d.v.s. sjukpenning (SP) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA).¹⁹ För varje kvartal beräknas andelen pågående sjukfall. Alla sjukfall som startade senast den sista dagen i kvartalet och som avslutats tidigast dagen efter den sista dagen i kvartalet, räknas som pågående sjukfall.

Ersättningen i sjukfall kan ske partiellt vilket innebär att individen samtidigt kan arbeta, vara arbetslös eller ha annan förmån på deltid. Antalet pågående sjukfall har därför räknats om till nettosjukfall, vilket innebär att antalet sjukfall med partiell ersättning har reducerats till ett antal sjukfall med hel ersättning. Till exempel reduceras två sjukfall med halv ersättning till ett sjukfall med hel ersättning.

Perioder med sjuklön från arbetsgivare ingår inte sjukfallen. Arbetslösa med rätt till sjukpenning, egenföretagare etc. ersätts av Försäkringskassan från sjukfalllets andra dag (första dagen är karensdag).

Sjukfall med SP delas in efter antal hela dagar med ersättning (d.v.s. nettodagar). Följande indelning används: 1–29, 30–59, 60–89, 90–179, 180–364 samt 365 dagar eller längre. Falllängderna beräknas från och med sjukfalllets start till och med sista dagen i kvartalet. Sjukfall med SA läggs i en separat längdklass oavsett längd på fallet. I det fall en individ har både pågående fall med SP och fall med SA vid ett kvartalsslut, så räknas fallet som ett fall med SP.

¹⁹ Fram till 2003 kallades SA förtidspension och sjukbidrag.

Sjukfallens diagnoskoder är hämtade från Försäkringskassans register över diagnos- och arbetsgivarinformation. Registret innehåller diagnoskoder för sjukfall med sjuk- rehabiliterings och arbetsskadesjukpenning. Endast sjukfallets första registrerade huvuddiagnos har tagits med. Diagnoskoderna för beviljandet av sjuk- eller aktivitetsersättning saknas i detta material.

Koder för diagnos har delats in efter klassificeringen ICD-10 i grupperna psykiska besvär, problem i rörelseorganen, övriga och saknas enligt följande:

Psykiska besvär:	Kap 5: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)
Rörelseorganen:	Kap 13: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00-M99)
Övriga:	Övriga kapitel enligt ICD-10
Saknas:	Diagnos saknas, är inte tolkningsbar eller specialdiagnos (U00-U89).

En del sjukfall saknar registrerade diagnoser. Detta kan till viss del bero på att sjukfallet inte är längre än en vecka och läkarintyg därför inte krävs. Det kan också bero på att registret över diagnos och arbetsgivarinformation och registren över sjukfall har olika källor och inte alltid kan jämföras.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2008:24** Dahlberg Matz, Kajsa Johansson och Eva Mörk ”Effekter av aktiveringskrav på socialbidragstagare i Stockholms stadsdelar”
- 2008:25** Grönqvist Erik och Jonas Vlachos ”Hur lärares förmågor påverkar elevers studieresultat”
- 2008:26** von Below David och Peter Skogman Thoursie ”Sist in först ut? En utvärdering av undantagsregeln”
- 2008:27** Johansson Per och Martin Nilsson ”Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?”
- 2008:28** Holmlund Bertil och Martin Söderström ”Hur påverkas inkomsterna av skatteförändringar?”
- 2008:29** Sibbmark Kristina och Gabriella Chirico ”Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden”
- 2008:30** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd ”Effekter av barnomsorgsavgifter på barnafödandet”
- 2009:1** Hartman Laura, Per Johansson, Staffan Khan och Erica Lindahl, ”Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden”

Working papers

- 2008:24** Dahlberg Matz, Kajsa Johansson och Eva Mörk “On mandatory activation of welfare receivers”
- 2008:25** Grönqvist Erik och Jonas Vlachos “One size fits all? The effects of teacher cognitive and non-cognitive abilities on student achievement”
- 2008:26** van den Berg Gerard, Annette Bergemann och Marco Caliendo “The effect of active labor market programs on not-yet treated unemployed individuals”
- 2008:27** von Below David och Peter Skogman Thoursie “Last in, first out? Estimating the effect of seniority rules in Sweden”
- 2008:28** Holmlund Bertil och Martin Söderström “Estimating dynamic income responses to tax reforms: Swedish evidence”
- 2008:29** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd “Cheaper child care, more children”

Dissertation series

2008:1 Andersson Christian “Teachers and student outcomes: evidence using Swedish data”