



IFAU – INSTITUTET FÖR
ARBETSMARKNADSPOLITISK
UTVÄRDERING

Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag

Hans Goine
Elsy Söderberg
Per Engström
Edward Palmer

RAPPORT 2009:14

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 arbetstagersidan 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.

Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag*

av

Hans Goine^a, Elsy Söderberg^b, Per Engström^c och Edward Palmer^d

Juni 2009

Sammanfattning

I rapporten studeras effekterna av en riktad informationsinsats till primärvårdens läkare om Försäkringskassans behov av fullständiga medicinska underlag för att säkerställa rätten till sjukpenning. Inom ramen för ett randomiserat experiment undersöker vi hur informationsinsatsen påverkar dels behovet av kompletteringar av intygen och dels kvaliteten på de medicinska underlagen. Studien svarar på två frågor: Påverkas handläggarens behov av att komplettera intyget av informationsinsatsen? Påverkas intygens kvalitet av samma insats?

Mot förväntan har Försäkringskassans information till vårdcentralen om en riktad uppföljningsinsats en negativ effekt på intygens kvalitet. Den patientgrupp som läkarna tycks ha svårast att beskriva med hög kvalitet i läkarintygen är individer som sjukskrivs på grund av psykiska besvär.

* Författarna vill tacka Lars Englund, Erik Grönqvist, Per Johansson, Patrik Hesselius och Erica Lindahl för kommentarer under arbetets gång. Patric Tirmén och Niklas Österlund har bidragit med värdefull hjälp i upprättandet av databasen. Vi vill också tacka de två anonyma försäkringsöverläkare som medverkat i granskningen av medicinska underlag. Under arbetets gång har vi fått värdefulla kommentarer från seminariedeltagare på Försäkringskassan, IFAU och Socialdepartementet.

^a hans.goine@forsakringskassan.se

^b elsy.soderberg.holberg@forsakringskassan.se

^c per.engstrom@ifau.uu.se

^d edward.palmer@forsakringskassan.se

Innehållsförteckning

1	Introduktion	3
1.1	Tidigare angränsande studier - sedan 2004	6
2	Syfte och hypoteser	8
3	Metod.....	9
3.1	Expertbedömning – kvalitet.....	10
3.2	Analys.....	11
4	Resultat från experimentet.....	12
4.1	Minskar behovet av komplettering när försäkringskassan skickar ett brev till vårdcentralen?	13
4.2	Experimentets effekt på de medicinska underlagens kvalitet.....	14
4.3	Multivariat analys	16
5	Diskussion	18
5.1	I studien prövades två hypoteser:	18
5.2	Metodologiska överväganden.....	21
5.3	Bortfall.....	22
5.4	Slutsatser.....	22
	Referenser	24
	Bilaga 1: Läkarintyg	26
	Bilaga 2: Brevet till vårdcentralerna	28
	Bilaga 3: Granskningsmall.....	29
	Bilaga 4: Inkomna medicinska underlag per kommun	30
	Bilaga 5: Medelvärden för bakgrundsvariabler	31
	Bilaga 6: Fullständiga regressionsresultat motsvarande Tabell 6-8.....	32

1 Introduktion

Ett beslut om rätt till sjukpenning från Försäkringskassan bygger på att handläggaren har ett så fullgott beslutsunderlag som möjligt. Till grund för beslut om sjukpenning finns förutom sjukhistorik i princip två olika dokument, en försäkrans för sjukpenning och ett medicinskt underlag (läkarintyget). Syftet med det medicinska underlaget är att ge försäkringshandläggaren en tillräckligt bra bild av kopplingen mellan den försäkrades sjukdom eller skada och förmågan att utföra sitt normala arbete under den sjukskrivningstid som föreslås av läkaren. Tidigare studier har visat att de medicinska underlagen i stor utsträckning är bristfälliga och att de därför behöver kompletteras med ytterligare uppgifter eller med svar på riktade frågor till sjukskrivande läkare.

De medicinska underlagen baseras på ett standardiserat formulär som innehåller ett antal fält som läkaren ska fylla i och som tillsammans ska ge en tillräcklig bild av kopplingen mellan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga (bilaga 1). Utan ett tillräckligt beslutsunderlag kan Försäkringskassan inte bedöma rätten till sjukpenning. Bristfälliga underlag, som saknar viktiga uppgifter eller ger en ofullständig bild, leder sålunda till merarbete i handläggning hos Försäkringskassan och kan även medverka till att både beslut och utbetalning till den enskilde fördröjs. Om utbetalning av sjukpenning sker på basis av bristfälliga underlag minskar dessutom rättssäkerheten och därmed tilltron till sjukförsäkringen och Försäkringskassan. Därför är det av största vikt att beslutsunderlagen är så kompletta som möjligt när de kommer från sjukskrivande läkare samt att de håller god kvalitet.

Läkarintygens kvalitet har diskuterats ungefär lika länge som intygen har funnits. I början av 1990-talet genomfördes systematiska studier där det framkom att ”läkarna ofta fyller i läkarintygen på ett slentrianmässigt sätt” och att man kan spåra en ”okunskap om uppgiftens värde” (Karlsryd 1991). Sedan dess har intygen genomgått förändringar, men trots det ansågs situationen fortfarande minst lika problematisk tio år senare. Exempelvis konstaterar Askergren (2001) att ”den försäkrade har en självklar rätt till rättssäker tillämpning av försäkringssystemet. Mot den bakgrunden är det alldeles för många beslut som är alldeles för dåliga, till följd av att alldeles för mycket av beslutsunderlaget är alldeles för bristfälligt och att alldeles för många av aktörerna är alldeles för okunniga.” Askergren (2001). SBU konstaterar i en omfattande genomgång av litteraturen kring sjukskrivningar – orsaker, konsekvenser och praxis att det finns begränsad evidens för att läkarintygen ofta är otillräckligt

ifyllda vilket försvårar bl.a. Försäkringskassans möjligheter att fatta beslut om sjukpenning Alexandersson (2003).

Intyget fick en ny utformning från 2003 och Försäkringskassan har sedan dess organiserat utbildningar till läkare samt genomfört andra insatser i syfte att förbättra kvaliteten i de medicinska underlagen. Trots alla förändringar i intyget och olika insatser från Försäkringskassan visar senare studier att det fortfarande finns problem.

Såvitt känt är detta den första svenska nationella studien av medicinska underlag. De regionala studier som finns visar att läget fortfarande är otillfredsställande. Studier baserade på underlag i Östergötland (Söderberg 2004, 2005, 2009) och Uppsala (Einarsson 2007) kommer fram till att mellan 40 och 70 procent av intygen ger ofullständig information om hur patientens sjukdom påverkar funktionsförmågan. En studie som jämför underlag 2004 och 2007 visade en förbättring beträffande förekomsten av uppgifter om arbetsförmåga och aktivitet i läkarintyg i Östergötland från 50 % år 2004 till 67 % år 2007 (Söderberg m.fl. 2009). Mycket tyder på att det så sent som 2007 fortfarande fanns stora brister i användningen av läkarintyget som kommunikationsmedel mellan läkaren och försäkringsgivaren.

Syftet med den nuvarande studien är att undersöka om det är möjligt att öka kvaliteten i de medicinska underlagen genom en informationsinsats om att Försäkringskassan genomför en systematisk kontroll och uppföljning av läkarintygen som kan leda till fler kompletteringar. I Engström m.fl. (2009) studeras samma experiment som i denna rapport men där ligger fokus på experimentets påverkan på sjukskrivningstiden.

Läkarintygens kvalitet kan mätas på minst tre sätt. Det enklaste måttet, som exempelvis använts i en studie av Johansson & Nilsson (2008), är att alla fält som är obligatoriska enligt försäkringskassans vägledning ska innehålla en uppgift från läkaren. Men även om alla frågor är besvarade leder oklara och för övrigt bristfälliga svar till att Försäkringskassan ändå måste ta kontakt med läkaren för att få mer information. Följaktligen utgör behovet att göra mer substantiella kompletteringar ett andra möjligt mått. Här kan man även skilja mellan vad som behövs kompletteras. En mer ambitiös, tredje ansats är att låta externa experter bedöma kvaliteten i underlaget med hänsyn till om underlaget är tillräckligt bra för att bedöma rätt till sjukpenning. Experterna kan vara andra handläggare eller, som i denna studie försäkringsläkare.

För att undersöka om en enkel kontrollinsats skulle kunna leda till att läkare producerar bättre underlag för försäkringsbedömningar designade Försäkrings-

kassan ett experiment där information om en systematisk uppföljning och kontroll av läkarintygen skickades till ett urval av vårdcentraler inom primärvården. I brevet som skickades ut (bilaga 2) förklarades att erfarenhetsmässigt har en stor procent av läkarintygen inte tillräckligt bra information för Försäkringskassan att fatta ett beslut om rätt till sjukpenning. Vidare annonserades att Försäkringskassan under en avgränsad tid skulle intensifiera sina kontroller av de medicinska underlagen och ta kontakt med läkaren vid behov av kompletteringar. Tanken bakom experimentet var att en enkel åtgärd av detta slag, alltså att avisera om en systematisk uppföljning med kontroll av läkarintyg, skulle kunna leda till att läkare på de vårdcentraler som fick brevet höjer kvaliteten i de underlag de lämnar till Försäkringskassan. Behovet av kompletteringar skulle på så sätt minska från Försäkringskassan. I både behandlingskommuner, det vill säga kommuner där vårdcentralcheferna fick brevet, och i kontrollkommunerna höjde Försäkringskassan ambitionsnivån för kontroll av underlagen för utbetalning av sjukpenning under experimentperioden.

Den ökade kontrollen förväntades å ena sidan öka antalet kompletteringar i båda grupperna samtidigt som brevet med information om kontroll och en vädjan om mer fullständiga medicinska underlag förväntades minska behovet av kompletteringar i behandlingsgruppen.

Läkare inom primärvården valdes för detta experiment eftersom de svarar för en mycket stor andel av de medicinska underlagen och i synnerhet svarar de enligt normalt praxis inom hälso- och sjukvården för de första intygen i ett sjukfall. Dessutom rapporterar primärvårdsläkare oftare än läkare vid andra kliniker problem t.ex. att bedöma funktionsförmåga och att utfärda läkarintyg till andra myndigheter (Löfgren 2007). Informationsbrevet skickades till vårdcentraler i ett urval av medelstora kommuner i hela landet, ett i varje län, utom Gotland. Kontrollkommuner valdes i varje län enligt samma kriterier. Med detta upplägg är studien också den första mer omfattande studien av kvaliteten på medicinska underlag som genomförts i Sverige. Rapporten inleds med en genomgång av några angränsande studier om läkarintyg och sjukskrivningsproblematik. I avsnitt 2 och 3 redovisas syftet med studien och de metoder vi använt för att bedöma de medicinska underlagens kvalitet. Under avsnitt 4 redovisar vi resultaten från experimentet. Rapporten avslutas med en diskussion av resultaten och tänkbara förklaringar till de något oväntade resultaten.

1.1 Tidigare angränsande studier - sedan 2004

I en jämförande studie mellan två län - Östergötland och Jämtland framkom att information om arbetsuppgifter och sysselsättning intar en undanskymd plats på de medicinska underlagen. I en tredjedel av läkarintygen har frågor som ska besvaras i samband med att hel sjukskrivning utfärdas inte besvarats eller besvarats motsägelsefullt. Detta kan tyda på att det råder osäkerhet inom läkarkåren hur dessa frågor ska besvaras (Söderberg & Marnetoft 2004).

Enligt en enkätstudie av Löfgren (2007) utfärdade 85 % av de 5 455 tillfrågade läkarna intyg mer än en gång i veckan och 33 % av dessa ansåg att de hanterar problematiska sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan. Frekvensen av rapporterade problem var högst bland primärvårdsläkare och ortopedier och lägst bland internmedicinare och kirurger. De sjukskrivningsärenden där patienten och läkaren har olika uppfattning om behovet av sjukskrivning upplevs som de mest problematiska.

I en enkätstudie undersökte Arrelöv *et al.* (2007) vilka problem och s.k. *coping*-strategier som primärvårdsläkare och ortopedier använde i samband med sjukskrivningsärenden. 53 % av ortopederna och 61 % av allmänläkarna rapporterade problem med att hantera sjukskrivningar för patienter varje vecka. Fler primärvårdsläkare än ortopedier upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska beroende på konflikter med patienten kring behovet av sjukskrivning (OR¹ 1.5). Fler av primärvårdsläkare än ortopederna kontaktade försäkringskassans handläggare för att förbättra sin kunskap om vilken information som krävs för deras bedömning (OR 4.4).

Swartling (2007) undersökte sjukskrivningspraxis och vilka problem som läkare upplever vid handläggning av sjukskrivningsärenden. Det framkom att oberoende av klinik eller specialitet rapporterade läkare som mera frekvent hanterar sjukskrivningsärenden sju gånger högre risk att uppleva dessa som problematiska. Om det på kliniken/motsvarande enhet fanns en policy för hur man hanterar sjukskrivningsärenden framkom en mindre risk för att uppleva både hot och oro för konflikter med patienten (OR 0.6).

Englund (2008) har studerat distriktsläkares sjukskrivningspraxis i Dalarna under 11 år och finner att andelen konsultationer inom primärvården i Dalarna som inte ledde till sjukskrivning var liten under hela perioden men har ökat från 2001 till 2007.

I en analys om sambandet mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro konstaterar Johansson & Nilsson (2008) att skillnader i kvalitet kan förklaras

¹OR= Odds Ratio vilket är en approximation av relativ risken.

av olikheter i diagnos. Med god kvalitet på läkarintyget avses i denna studie att samtliga obligatoriska uppgifter enligt Försäkringskassans metodstöd var ifyllda. Skillnader i socioekonomisk bakgrund bland de sjukskrivna tycks ha viss betydelse. Läkarintyg för personer med högre utbildning behövde kompletteras i mindre utsträckning än för personer med lägre utbildning. Längden på en sjukfrånvaro förlängdes med ca 30 procent eller 22 dagar i genomsnitt efter en begärd komplettering.

I en litteraturgenomgång (Söderberg 2005) avseende studier av handläggares bedömningar och beslutsfattande framkom att endast ett fåtal studier undersökte handläggningen av beslut i samband med prövning av rätten till sjukpenning. Merparten av studierna undersökte handläggarnas arbete med att samordna arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser och redovisade problem avseende t.ex. kunskapen om hur man hanterar kontakten med sjukskrivna och med andra parter, i första hand sjukskrivande läkare.

I en studie som fokuserar på handläggarens roll i Uppsala (Einarsson 2007) framkom att handläggarna kompletterar cirka 13 % av de intyg som inkommer till Försäkringskassan. Enligt samma studie bedömdes 46 % av underlagen inte uppnå den nivå som finns fastslagen i Försäkringskassans metodstöd för när medicinska underlag ska anses ge en tillräcklig bild av individens rätt till sjukpenning och därmed inte behöver kompletteras. Studien visade att det framför allt är de psykiska diagnoserna som föranleder komplettering och konsultation av försäkringsläkare. Samtidigt tenderar de intyg som gäller dessa diagnoser att vara mest utförligt ifyllda, men enligt handläggarna håller de lägst kvalitet.

Tollin (2008) har studerat tillförlitligheten i Försäkringskassans instrument för att mäta kvalitet i handläggning av sjukpenning. Hennes analys baseras på handläggares granskningar av andra handläggares beslut. Analysen visar att det föreligger stora skillnader i bedömningen av likvärdiga fall mellan olika län samt att instrumentet för att bedöma kvalitet i handläggningen har svag eller obetydlig reliabilitet.

Samtliga studier ovan har genomförts i Sverige. Norges sjukförsäkrings-system liknar det svenska systemet, varför det också är intressant att jämföra resultat från norska studier. I en norsk studie har Fleten m.fl. (2004) genom en enkät till sjukskrivna patienter undersökt om de tror att förändringar på arbetsplatsen skulle tidigarelägga återgång i arbete, och samtidigt undersökt hur Försäkringskassans handläggare i Norge använder intyg för att hitta de patienter som kan förkorta sin sjukskrivning genom förändringar på arbetsplatsen. Det framkom att informationen i de medicinska underlagen inte var tillräcklig för

att identifiera de patienter som genom arbetsplatsanpassningar skulle kunna förkorta en sjukskrivning.

Genom att skilja åt hälso- och sjukvårdens behandlande och informationsgivande roll från försäkringens roll att sörja för inkomstbortfall på grund av sjukdom eller skada skapar man det problem som framkommit i andra länder. Läkaren tenderar att ställa upp som advokat för patienten mot försäkringen eller försäkringsläkare (Angell 1993). I Sverige visar en studie som gjordes inom ramen för Försäkringskassans SKA-undersökning (Arrelöv 2006) att ca två tredjedelar av läkarna tar hänsyn till patientens motivation att återgå i arbete och ca hälften tar hänsyn till patientens hem- och familjsituation vid sjukskrivning. Med andra ord är det mycket utöver sjukdom och arbetsförmåga, vilket utgör de formella grunderna för sjukskrivning, som spelar en roll i samspelet mellan läkare och patient vid avgörandet om sjukskrivning.

Hussey (2004) genomförde fokusgruppsintervjuer bland primärvårdsläkare i Skottland i syfte att förklara hur dessa hanterar sjukskrivningsärenden, och hur de uppfattar sjukskrivningssystemet. Det framkom där att läkare som hanterar sjukskrivningsärenden prioriterade att bevara patientens förtroende framför försäkringens intressen och att omkring hälften av de intervjuade läkarna önskade att slippa sin roll som sjukskrivande läkare.

2 Syfte och hypoteser

Syftet med denna studie är att undersöka om det är möjligt att öka kvaliteten på de medicinska underlagen genom en riktad informationsinsats till primärvårdens läkare. Mer precist vill vi besvara följande frågor:

- Finns det en *tillräcklig* beskrivning av funktionsförmåga och arbetsuppgifter på det medicinska underlaget?
- Framgår det av informationen som utfärdats av sjukskrivande läkare att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och hur detta påverkar arbetsförmågan?

Två hypoteser prövas:

H0-1 = *Det finns ingen skillnad i Försäkringskassans beslut att begära en komplettering av det medicinska underlaget mellan gruppen som fick brev och kontrollgruppen.*

H0-2 = Det finns ingen skillnad i intygens kvalitet mellan gruppen som fick brev och kontrollgruppen enligt en oberoende expertbedömning.

3 Metod

Experimentet arrangerades av Försäkringskassan i samråd med Hälso- och sjukvården i hela landet. Det omfattade medicinska underlag utfärdade av samtliga vårdcentraler i utvalda kommuner i varje län utom Gotland under perioden 27 aug – 30 september 2007. I varje län i landet (förutom Gotland) valdes tre kommuner ut för att ingå experimentet. Urvalet gjordes bland kommuner med en medianbefolkning i respektive län.

Kommunerna slumpades sedan till en behandlingsgrupp en kontrollgrupp och en reservgrupp. I Västerbotten byttes en kontrollkommun ut mot en reservkommun på grund av att en av kommunens vårdcentraler redan var involverad i en förstudie av det nya försäkringsmedicinska beslutsstödet. Med 20 kommuner i vardera gruppen omfattade experimentet 40 kommuner. Ett brev (bilaga 2) skickades till samtliga vårdcentraler med primärvårdsansvar inom behandlingskommunerna. Brevet ställdes till chefen för vårdcentralen men riktades till de sjukskrivande läkarna. Vare sig i behandlings- eller kontrollkommunerna fick Försäkringskassehandläggarna information om till vilka vårdcentraler brev skickades. Inte heller fick övriga delar av hälso- och sjukvården denna information. Med andra ord visste varken Försäkringskassans eller hälso- och sjukvårdens personal om de tillhörde behandlings- eller kontrollkommunen.

I både behandlings- och kontrollkommuner var instruktionen till Försäkringskassans handläggare densamma, nämligen att under studietiden systematiskt följa Försäkringskassans rutiner för kvalitetssäkring och komplettering av medicinska underlag. Obligatoriska uppgifter som enligt Försäkringskassans vägledning 2004:2 måste finnas på intyget är patientens namn och personnummer, diagnos, status, hur sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet, arbetslivsinriktad rehabilitering, medicinsk bedömning av arbetsförmåga, prognos och underskrift.

Samtliga intyg, dvs. såväl förstagångs- som fortsättningsintyg, ingick. Handläggare i både behandlings- och kontrollkommuner noterade på ett försättsblad om begäran om komplettering gjorts eller ej samt vilket/vilka fält begäran avsåg. Försäkringskassorna i kommunerna kopierade de medicinska

underlagen och skickade dessa tillsammans med försättsbladen till huvudkontoret. Innehållet skannades in och en databas byggdes upp utifrån det inskannade underlaget.

Av de tre måtten som diskuterats i inledningen använder vi två i denna studie. Det första är begärda kompletteringar. Detta mått grundar sig i Försäkringskassehandläggarens ordinarie granskning av läkarintyg. Det andra baseras på en oberoende expert bedömning av innehållet i det medicinska underlaget. I vår studie fanns två sådana experter. Kvalitetsaspekten baseras i båda fallen på bedömarens uppfattning om intyget innehåller tillräcklig information för att Försäkringskassan ska kunna fatta ett korrekt beslut. Försäkringskassehandläggarna hade förutom det medicinska underlaget även tillgång till övriga uppgifter i ärendet (försäkran för sjukpenning samt ev. tidigare sjukfall, sjukhistorik).

De oberoende bedömarna var erfarna försäkringsöverläkare. De instruerades att fokusera särskilt på specifika fält (bilaga 3) på det medicinska underlaget samt bedöma om den givna informationen var tillräcklig, otillräcklig eller saknades helt.

Databasen innehåller följande variabler: behandlingkommun (ja=1, nej=0), komplettering av intyget begärdes av handläggaren (ja=1, nej=0), patientens kön (män=1, kvinnor=0), patientens ålder (kontinuerlig 16-64), diagnoskod (ICD 10 kapitel I-XXI), bedömning av information på det medicinska underlaget (sju variabler x två bedömare A och B utifrån ”Inmatningsunderlag 2007-12-12”, Bilaga 3). Databasen har sedan kompletterats med tillgängliga registerdata kring individens sjukskrivningshistorik (utbetalade nettodagar mellan första jan 2005 och 26 augusti 2007), utbildning (förgymnasial/gymnasial/eftergymnasial), sjukskrivningsdata i respektive kommun (genomsnittlig sjukskrivning per invånare under perioden 1 jan 2005 till 26 augusti 2007) samt sjukskrivande läkares kön (Män=1, Kvinnor =0) baserad på namnet på läkarintyget.

Studien genomfördes månaden innan det nya försäkringsmedicinska beslutsstödet introducerades och innan Försäkringskassans landsomfattande omorganisation påbörjats mot slutet av 2007.

3.1 Expertbedömning – kvalitet

De två oberoende läkarna blev ombesatta att granska enbart förstagångsintygen, som var 562 till antal. Följande uppgifter avidentifierades inför granskningen: personnummer utom födelseår, efternamn och sjukskrivande läkare/vård-

central. Därefter sattes löpnummer (1-562) på intygen. Några intyg, framför allt dubletter, exkluderas, vilket gav sammanlagt 539 intyg som togs med i studien.

Inför granskningen gavs noggranna muntliga och skriftliga instruktioner i syfte att säkerställa att granskningen genomfördes på ett enhetligt sätt och det gavs därmed inte utrymme för bedömarna att inkludera olika typer av information i sin bedömning. Några exempel på tolkning av text i olika fält och hur de i sin tur var relaterade till grundfrågan om sjukdom och arbetsförmåga diskuterades också gemensamt innan själva granskningsarbetet påbörjades. På det särskilda inmatningsunderlaget (bilaga 3) noterade därefter respektive granskare sin bedömning utifrån uppgifterna från varje medicinskt underlag. Granskarna hade ingen information om vilken grupp vårdcentraler (behandlings- eller kontrollkommun) patienterna tillhörde. För varje intyg finns sålunda två oberoende kvalitativa granskningar av försäkringsläkare.

De 539 observationerna har grupperats på två sätt: Den deskriptiva analysen baseras på de 539 ursprungliga observationerna (sampel 1). Men när vi genomför analyser relaterade till försäkringsläkarnas bedömning har vi *två observationer* för varje intyg, eftersom vi har två expertbedömningar (sampel 2). När vi genomför regressioner på sampel 2 tar vi hänsyn till att observationerna är parvis relaterade, eftersom de är baserade på samma medicinska underlag. Den metod vi använder bygger på att vi klustrar² standardfelen på individnivå (varje individ har ändå enbart ett medicinskt underlag).

3.2 Analys

Det experimentella upplägget i studien gör att effekten av interventionen (brevet) direkt går att mäta i en enkel univariat analys, dvs. genom att helt enkelt jämföra medelvärdet av respektive utfallsvariabel för kontrollkommunerna och behandlingskommunerna. En sådan jämförelse ger en förväntningsriktig skattning av den genomsnittliga behandlingseffekten förutsatt att grupptilldelningen är helt slumpmässig.

Vi genomför också en multivariat analys där vi kontrollerar för historisk sjukskrivning i individens kommun, individens sjukskrivning, ålder, kön, sjukskrivande läkares kön, diagnos och granskande försäkringsläkare. Den multivariata analysen fyller tre syften. Först och främst utgör den en indirekt kontroll av att slump tilldelningen fungerat korrekt – våra effektskattningar bör

² Att klustra är en ekonometrisk metod för att ta hänsyn till att båda observationerna är korrelerade (samma intyg)

inte påverkas signifikant av att vi även kontrollerar för diverse bakgrundsvariabler. För det andra kan parameterskattningarna avseende kontrollvariablerna vara av intresse i sig. Ett exempel är hur bedömd kvalitet samvarierar med diagnostyp. För det tredje kan kontrollvariablerna höja effektiviteten genom att minska variansen i effektskattningarna.

4 Resultat från experimentet

Tabell 1, som beskriver de medicinska underlagen med hänsyn till ålder och kön, visar en känd bild av stigande sjukskrivning med ålder, med kvinnlig dominans i alla åldrar.

Tabell 1 Antal medicinska underlag fördelade på kön och ålder (Sampel 1).

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
16 – 34	80	35	115
35 – 49	106	96	202
50 – 64	136	86	222
Totalt	322	217	539

Andelen medicinska underlag relaterade till besvär i rörelseorganen dominerar med psykiska besvär som näst största grupp. I den fortsatta analysen har diagnoserna grupperats i tre grupper, Psykiska sjukdomar (ICD Kapitel V), Sjukdomar i muskuloskeletala systemet (ICD Kapitel XIII) och Övriga sjukdomar. Andningsorganens sjukdomar var den fjärde största gruppen med sammanlagt 41 medicinska underlag.

Tabell 2 Antal medicinska underlag fördelade på diagnosgrupper och kön (Sampel 1).

Diagnosgrupper	Kvinnor	Män	Totalt
Psykiska sjukdomar	87	50	137
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	115	82	197
Övriga diagnosgrupper	120	85	205
Totalt	322	217	539

Samtliga kommuner som ingår i studien bidrar med medicinska underlag. Andelen intyg från respektive kommun varierar kraftigt trots att kommunerna valts utifrån medianstorlek i respektive län. Exempelvis bidrar Västerbotten

och Östergötland med förhållandevis få fall och Halland, Blekinge och Stockholm har högst andel ärenden (bilaga 4).

Experimentet har fungerat i den meningen att när vi efteråt kontrollerar slumpfördelningen på ett antal bakgrundsvariabler (ålder, kön, utbildningsnivå och historisk sjukskrivning) finner vi inga signifikanta skillnader (dvs. p-värdena är för höga) mellan behandlings- och kontrollkommuner (bilaga 5).

4.1 Minskar behovet av komplettering när försäkringskassan skickar ett brev till vårdcentralen?

Instruktionen till Försäkringskassans handläggare var att följa Försäkringskassans normala procedur för komplettering av medicinska underlag i såväl behandlings- och kontrollkommuner. Den enda skillnaden var att ett brev skickats till chefen för vårdcentralen för vidarebefordran till samtliga sjukskrivande läkare på vårdcentraler i behandlingskommunerna.

Tabell 3 | hur stor andel (%) av intygen har Försäkringskassans handläggare begärt en komplettering? Fördelat på behandlings- och kontrollkommuner (Sampel 1).

Handläggareåtgärd	Kontroll	Behandling	Totalt
Begärt komplettering av intyget	11	15	13
Inte begärt någon komplettering av intyget	89	85	87
Totalt	N=255	N=274	N=529 ³

Andelen intyg som försäkringskassans handläggare begärt komplettering av utgör sammanlagt 13 % av samtliga intyg. Kompletteringar har begärts i högre utsträckning i kommuner som fått brevet. Sannolikheten eller oddset för en begäran från en behandlingskommun är 1,4 (CI 95% 0,8 – 2,4) jämfört med kontrollkommun 1,0. Skillnaden är inte statistiskt säkerställd.

³ 10 fall utgör ett internt bortfall där det inte fanns någon markering om komplettering på försättsbladet från handläggaren.

Tabell 4. Orsaker till komplettering av medicinska underlag (n=69), andel kompletteringar (Sampel 1).

Komplettring avser fält:	Obligatorisk	%
1 Smitta	Nej	0,00
2 Diagnos	Ja	0,17
3 Anamnes	Nej	0,10
4 Status	Ja	0,29
5 Begränsning av aktivitet	Ja	0,43
6 Föreskrift	Ja	0,01
7 Arbetslivsinriktad rehab	Ja	0,06
8 Medicinsk bedömning	Ja	0,28
9 Prognos	Ja	0,07
10 Resor	Nej	0,01
11 Kontakt	Nej	0,00
12 Avstämningmöte	Nej	0,00
13 Övrigt	Nej	0,00
14 Datum	Ja	0,01
15 Namn	Ja	0,04
16 Mottagningsadress	Ja	0,04

Av *Tabell 4* framgår att den mest förekommande orsaken till komplettering (bestämd av handläggaren) är brister i beskrivningen från fält 5 på intyget. Det är där den sjukskrivande läkare ska beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet.

I den multivariata analysen där vi kontrollerat för ett antal variabler kvarstår resultatet att brevet inte tycks ha haft en signifikant effekt på begärd komplettering av intyget. Av analysen framgår dock att sannolikheten för en komplettering i både behandlings- och kontrollkommuner är signifikant högre vid besvär i rörelseorganen och vid sjukskrivning på grund av psykiska besvär jämfört med det generella behovet av komplettering. Behovet av komplettering var i dessa fall fördubblat.

4.2 Experimentets effekt på de medicinska underlagens kvalitet

I de fortsatta analyserna (539 medicinska underlag) fokuserar vi på de tre specifika frågeställningar som är viktiga för handläggarens beslut om individen har rätt till sjukpenning. Den första frågan är om patientens funktionsförmåga

är beskriven i tillräcklig omfattning. Den andra frågan är om läkaren har beskrivit patientens arbetsuppgifter i tillräcklig omfattning. Den tredje frågan är om det är det medicinska underlaget framgår (enligt de två expertbedömnarna) att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan.

Att vi valt dessa tre frågeställningar beror på att de är avgörande för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Eftersom rätten beror på bedömningen av om sjukdomen/symptomen sätter ned funktionsförmågan tillräckligt för att påverka arbetsförmågan är det den tredje frågan som är avgörande för denna bedömning (se fält 5 på det medicinska underlaget, bilaga 1).

I *Tabell 5* redovisas de två försäkringsläkarnas bedömningar av om de medicinska underlagen var tillräckligt beskrivna.

Tabell 5 Medelvärde för två bedömningar av informationen på 539 medicinska underlag uppdelat på A och B kommuner (Sampel 2).

Granskarnas bedömning	Kontroll	95 % intervall	Behand- ling	95 % Intervall	T-test (K - B)
	%		%		
Funktionsförmåga är inte tillräckligt beskriven	43	(39 – 48)	51	(47 – 55)	2,588
Patientens arbetsuppgifter är inte tillräckligt beskrivna	15	(12 – 18)	15	(12 – 18)	- 0,060
Att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan är inte tillräckligt beskriven	43	(39 – 47)	52	(47 – 56)	2,774
N = 1078					

Tabellen visar att såväl beskrivningen av funktionsförmågan som hur den samma sätter ned arbetsförmågan var signifikant sämre i de kommuner som fick brevet.

Det kanske viktigaste fältet på det medicinska underlaget (fält 5) är där läkaren ska uppge hur sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet och utifrån det bedöma arbetsförmåga var otillräckligt beskriven i hälften av de medicinska underlagen enligt granskarnas bedömning.

4.3 Multivariat analys

I tabell 6 – 8 redovisas resultaten av de multivariata analyserna, dvs. en analys där vi kontrollerar för ett antal variabler⁴. I denna analys ingår båda granskarnas bedömning vilket totalt innebär 1078 (2*539) observationer⁵. Dessutom finns ytterligare ett internt bortfall för specifika frågor som ger ett mindre antal observationer, beroende på skattning.

Interceptet är lika med andelen otillräckligt beskrivna förhållanden i kontrollkommun. Behandlingseffekten (brevet) utgör ett positivt eller negativt bidrag.

Tabell 6. Funktionsförmågan är inte tillräckligt beskriven (Sampel 2).

Parameter	Utan kontrollvariabler		Med kontrollvariabler	
	Skattning	95% intervall	Skattning	95% intervall
Intercept	0,43	(0,38 - 0,48)		
Behandlingseffekt	0,08	(0,01 - 0,15)	0,10	(0,04 - 0,17)
Psykiatri			0,28	(0,20 - 0,36)
Muskelosk-diagnos			0,08	(0,00 - 0,16)
N	1037		918	

Interceptet i skattningen utan kontrollvariabler i *Tabell 6* visar att i 43 % av fallen i kontrollkommunerna bedöms funktionsförmågan inte vara tillräckligt beskriven. Behandlingseffekten är 8 procentenheter högre. Med kontrollvariablerna förstärks effekten till 10 procentenheter (dock ej signifikant skiljd från skattningen utan kontroller). För medicinska underlag med psykiatrisk diagnos/psykiska besvär bedöms funktionsförmågan otillräckligt beskriven i 28 procentenheter flera fall än för övriga diagnoser, för muskuloskeletal problem i 8 procentenheter flera fall jämfört med övriga diagnoser.

⁴ Vi kontrollerar för historisk sjukskrivning i respektive kommun, individens sjukskrivning (även kvadrat och kub), ålder (även kvadrat), kön, sjukskrivande läkares kön, diagnos (Psykiatri, Muskeloskeletal diagnos och övriga), utbildning och granskande försäkringsläkare. För exakta definitioner av kontrollvariabler se bilaga 6

⁵ Notera att ett antal observationer faller bort i analysen med kontrollvariabler på grund av "missing values"

Tabell 7. Arbetsuppgifterna är inte tillräckligt beskrivna (Sampel 2).

Parameter	Utan kontrollvariabler		Med kontrollvariabler	
	Skattning	95% intervall	Skattning	95% intervall
Intercept	0,15	(0,12 - 0,18)		
Behandlingsseffek	0,00	(-0,04 - 0,04)	0,01	(-0,04 - 0,05)
Psykiadiagnos			0,01	(-0,05 - 0,07)
Muskulosk-diagnos			-0,01	(-0,06 - 0,04)
N	1036		917	

Beskrivningen av patientens arbetsuppgifter bedömdes vara otillräckligt beskrivna i 15 % av de medicinska underlagen. Det var ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Resultaten kvarstod även när vi kontrollerade för ovan redovisade variabler.

Tabell 8 Framgår att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan? (Sampel 2).

Parameter	Utan kontrollvariabler		Med kontrollvariabler	
	Skattning	95% intervall	Skattning	95% intervall
Intercept	0,43	(0,38 - 0,48)		
Behandlingsseffek	0,09	(0,02 - 0,15)	0,09	(0,02 - 0,16)
Psykiadiagnos			0,24	(0,15 - 0,33)
Muskulosk-diagnos			0,08	(0,00 - 0,16)
N	1033		914	

De medicinska underlagen var otillräckliga i större utsträckning vad avser beskrivningen av hur sjukdomen nedsätter funktionsförmågan i behandlingskommunerna. Denna skillnad kvarstår när vi kontrollerar för ovan redovisade variabler. För medicinska underlag med psykiatrisk diagnos/psykiska besvär bedömdes beskrivningen otillräcklig i 24 procentenheter högre än för övriga diagnoser. För muskuloskeletal problem i 8 procentenheter flera fall jämfört med övriga diagnoser.

Vi fann inga signifikanta skillnader i bedömningen av de medicinska underlagens kvalitet utifrån den försäkrades ålder, kön och utbildningsnivå (bilaga 6).

5 Diskussion

Denna studie har visat att den riktade informationsinsats till sjukskrivande läkare i primärvården med en information om en skärpt kontroll på Försäkringskassan påverkade kvaliteten på de medicinska underlagen i en negativ riktning.

5.1 I studien prövades två hypoteser:

H0-1 = Det finns ingen skillnad i Försäkringskassans beslut att begära en komplettering av det medicinska underlaget mellan gruppen som fick brev och kontrollgruppen.

Studien visar att brevet inte har haft någon signifikant effekt på begäran om komplettering av de medicinska underlagen. Riktningen på resultatet var omvänt mot det förväntade. Handläggarna begärde komplettering i 15 % av fallen från primärvården i kommuner dit brev skickats och endast i 11 % från primärvården i kontrollkommunerna, men denna skillnad är inte statistiskt signifikant.

I den multivariata analysen där vi kontrollerar för ett antal förhållanden som individens historiska sjukskrivning, ålder, kön och utbildningsnivå m.m. kvarstår en förhöjd risk för komplettering med fyra procentenheter för medicinska underlag som skrivs av vårdcentraler inom behandlingskommunerna. Effekten är dock inte signifikant. Risken för komplettering är dock signifikant högre för intyg med psykiatriska diagnoser/psykiska besvär. Detta är i linje med en tidigare studie av Johansson & Nilsson (2008). Till skillnad från den studien fann vi inget samband mellan utbildningsnivå och behov av komplettering av intyget.

H0-2 = Det finns ingen skillnad i intygens kvalitet mellan gruppen som fick brev och kontrollgruppen.

Bedömningen av kvaliteten på intygen analyserades genom att studera olika aspekter på det medicinska underlaget oberoende bedömda av två erfarna försäkringsläkare. Tre bedömningar har studerats: För det första om funktionsförmågan kunde anses tillräckligt beskriven, för det andra om patientens arbetsuppgifter kunde anses tillräckligt beskrivna och slutligen – och kanske viktigast – om sjukdom/symptom som sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan var tillräckligt beskriven. Det är dessa frågor

som är avgörande i Försäkringskassans bedömning om individens rätt till sjukpenning.

Beskrivningen av arbetsuppgifterna på de medicinska underlagen var enligt försäkringsläkarna tillräcklig i 85 % av fallen och här fann vi ingen signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollkommuner oavsett om vi kontrollerade för ett antal förhållanden eller inte. För just denna fråga kan vi inte heller förkasta nollhypotesen. Patientens arbetsuppgifter beskrivs lika bra oavsett om brev skickats eller ej.

När det gäller de övriga två frågorna fann vi signifikanta skillnader mellan behandlings- och kontrollkommuner. I underlagen från vårdcentralerna inom behandlingskommunerna bedömde försäkringsläkarna att förhållandena inte var tillräckligt beskrivna i signifikant fler fall. Detta förstärktes snarare när vi kontrollerade för tidigare sjukskrivning, ålder utbildningsnivå m.m. Intygen från behandlingskommunerna var med andra ord mindre klagörande än för motsvarande intyg från kontrollkommunerna. Dessa resultat var oväntade och gick inte i förväntad riktning. Resultaten diskuteras längre fram.

Resultatet att 13 % av intygen bedömdes ha behov av kompletterande information från intygsskrivande läkare är i överensstämmelse med Einarssons studie i Uppsala län (2007). Likaså att sjukskrivning på grund av psykiska besvär generellt sett bedömdes i väsentligen högre grad vara otillräckligt beskrivna och därmed i behov av komplettering. Att fält 5 på intyget ”Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?” vållar stora problem med en stor andel som kompletteringsorsak är också i överensstämmelse med tidigare studier av Söderberg (2005 och 2009).

Informationen till vårdcentralerna inom behandlingskommunerna om att Försäkringskassan skärper handläggningen enligt gällande metodstöd kan leda till olika tänkbara beteende hos vårdcentralens läkare. Utgångspunkten för experimentet var att den systematiska uppföljningen som sattes igång på Försäkringskassan inom såväl behandlings- som kontrollkommunerna skulle innebära ett ökat antal kompletteringar. Samtidigt var brevet tänkt att åstadkomma en *minskning* av behovet av kompletteringar av de medicinska underlagen från vårdcentraler inom behandlingskommunerna. Relativt till kontrollkommunerna skulle kompletteringar minska i behandlingskommunerna.

En fråga som kan ställas är om informationen från brevet nådde fram till läkarna inom behandlingskommunerna. I några uppföljande telefonsamtal till läkare på ett urval av vårdcentraler i kommuner som fått brevet bekräftar

mottagarna att brevet diskuterats på läkarträffar. Detta tyder på att experimentet fungerade. Då är det en fråga om läkarnas reaktion till brevet.

Det är möjligt att läkarens reaktion på brevet kan ha varit ”jag förser redan Försäkringskassan med bra intyg.” Denna sorts reaktion leder till att läkaren skriver intyg som tidigare. Om detta hade varit fallet har vår slumpningsprocess lett till en skev fördelning med ett urval av vårdcentraler med ”mindre noggranna” läkare, i varje fall vad beträffar utförandet av medicinska underlag. Detta resultat är möjligt men inte sannolikt.

Brevet kan ha väckt en irritation bland läkare i en pressad situation med många sjukskrivningskonsultationer. I andra fall kan det ha blivit en mer positiv reaktion bland läkarna mot bakgrund av ambitionen att ytterligare belysa problematiken kring läkarintygen och frågan om Försäkringskassans begäran om kompletterande information från sjukskrivande läkare.

Brevet tycks på något sätt ha haft en effekt på sjukskrivande läkares sätt att uttrycka sig på de medicinska underlagen. Resultaten har dock inte gått i förväntad riktning nämligen att sjukskrivande läkare lagt ned ökad möda på att vara tillräckligt tydlig så att behoven av komplettering minskade. Tvärtom fann vi en tendens till att fler intyg från behandlingskommunerna behövde kompletteras (*Tabell 3*). Resultaten var dock inte signifikanta i denna studie. I den parallella studien av Engström m.fl. (2009) där även sk. förlängningsintyg ingick var sannolikheten för komplettering fyra procentenheter högre och klart signifikant (p -värde = 0,002) även efter kontroll för diagnos. När det gäller det andra kvalitetsmättet bedömde försäkringsläkarna i en signifikant högre utsträckning att intygen från behandlingskommunerna var otillräckliga i flera avseenden (dock inte beskrivningen av arbetsuppgifter).

En tänkbar reaktion skulle kunna vara att sjukskrivande läkare (kontrollerad under fem veckor) avvaktar med en tydlig diagnos tills frågan är bättre utredd. Att bli granskad kan ju medföra en viss försiktighet och därmed kanske öka benägenheten för remisser till specialister innan slutlig diagnos fastställs. Detta i sin tur medför att sjukskrivningstiden riskerar att förlängas. En alternativ förklaring skulle kunna vara att läkare i behandlingskommunerna har påverkats så att de kan ha höjt ambitionen i sjukskrivningskonsultationen med patienten och lagt ned mer tid på samtalet och därmed hamnat i viss tidsbrist vid utförandet av intyget. Den nya situationen (brevet till vårdcentralerna) kan också ha medfört att de sjukskrivande läkarna givit utrymme för mer information från patienten och förståelse för en mer komplex sjukskrivningssituation och därmed förlängt sjukfallen. Läkarens dubbla roll har diskuterats i tidigare

studier (Angell 1993, Arrelöv 2007, Swartling 2007). En ytterligare förklaring skulle kunna vara att läkarna i behandlingskommunerna helt enkelt överlät åt handläggarna på Försäkringskassan att återkoppla eventuella brister som kommit fram i granskningen. Handläggaren blir i detta fall ett substitut istället för ett komplement i insatsen att höja kvaliteten på underlagen. Det är rimligt att anta att det kan finnas flera förklaringar till resultatet, vi vet inte närmare hur informationen om brevet fördes vidare från chefen på vårdcentralen till sjukskrivande läkare och vad det föranledde för åtgärder, bara att brevet uppenbarligen redovisats.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har sedan undersökningen genomfördes implementerat ett nytt försäkringsmedicinsk beslutsstöd samt introducerat ett nytt medicinskt underlag. Problemen med brister i de medicinska underlagen tycks dock fortsatt kvarstå (Försäkringskassan 2008, svar på regeringsuppdrag 2009) och det nya beslutsstödet har ännu inte fått fullt genomslag (Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2009).

Incidenseffekter: Enligt parallellstudien Engström m.fl. (2009) finns svaga tendenser till att de nya sjukfallen blir färre i de behandlade kommunerna. Effekterna är dock långt ifrån signifikanta. Om så vore fallet är sjukfallen i behandlings- och kontrollkommunerna inte längre direkt jämförbara. Det är emellertid utifrån detta svårt att förklara varför intygen i behandlingskommunerna får lägre kvalitet. Effekten borde snarare gå åt motsatt håll; om läkarna undviker att sjukskriva i de fall de är tveksamma borde kvaliteten i intygen snarare öka eftersom det rimligtvis är enklare för en läkare att skriva intyg i de fall en uppenbar funktionsnedsättning föreligger.

5.2 Metodologiska överväganden

Att bedöma kvaliteten på sjukskrivande läkares utfärdade medicinska underlag är ingen enkel eller entydig uppgift. Såväl val av granskare/bedömare som tillvägagångssätt kan påverka resultaten. Underlagen kan granskas av såväl sakkunniga läkare som erfarna handläggare. Handläggarens bedömning hade vi i en mening redan tillgång till. För varje underlag fanns en markering om handläggaren begärt en komplettering av det medicinska underlaget från sjukskrivande läkare eller inte.

Vid val av granskare för bedömning av kvaliteten på de medicinska underlagen valde vi två sakkunniga försäkringsöverläkare med mångårig erfarenhet av försäkringsmedicinska bedömningar inom Försäkringskassan. Vi valde en manlig och en kvinnlig läkare från två olika delar av landet och som inte

tidigare samarbetat i liknande projekt. Vi valde vidare att granskningen skulle genomföras oberoende av varandra. Ingen av försäkringsläkarna visste i förväg vilka intyg som kom från behandlings- respektive kontrollkommuner. Ett alternativt tillvägagångssätt skulle ha kunnat vara att göra en gemensam genomgång av de fall där bedömningarna skilde sig åt. En fördel med ett sådant tillvägagångssätt skulle ha varit en högre precision i bedömningarna men krävt en betydligt större arbetsinsats.

5.3 Bortfall

En viktig fråga i detta sammanhang är hur stor andel av kommunernas samtliga medicinska underlag vi har fått in? Cirka hälften av samtliga intyg till Försäkringskassan utfärdas av vårdcentraler (endast vårdcentraler ingår i studien), men vi kan inte vara säkra på att vi fått in alla dessa ändå. Att Försäkringskassans huvudkontor ber de lokala kontorens handläggare att kopiera och skicka in de medicinska underlagen betyder inte att så sker i 100 procent av fallen. Vi har tyvärr inget sätt att ta reda på exakt hur många intyg vi inte har fått in, trots att de definitionsmässigt borde ingå i studien. Vi kan däremot göra en överslagsberäkning av hur mycket av den totala sjukskrivningen som våra medicinska underlag utgör (se Engström m.fl. 2009 för mer detaljer). Utifrån en sådan analys har vi endast fått in ca hälften av alla sjukintyg som borde ingå i studien. Det är emellertid inga stora skillnader mellan täckningsgraden i behandlings- och kontrollkommunerna: vi har, baserat på denna överslagsberäkning, fått in en lite högre andel av intygen i kontrollkommunerna jämfört med behandlingskommunerna men skillnaden är betryggande liten. Dessutom är samtliga kommuner representerade med medicinska underlag (bilaga 4). Vid test för medelvärdesskillnader i bakgrundsvariabler fann vi heller inga signifikanta skillnader mellan behandlings- och kontrollkommuner (bilaga 5).

5.4 Slutsatser

Denna studie har visat att en riktad informationsinsats till läkare för att höja kvaliteten på de medicinska underlagen fick en oväntad effekt. Ett brev till chefen för vårdcentralen om en uppföljningsinsats på Försäkringskassan tycks åtminstone på kort sikt ha haft en negativ inverkan på underlagens kvalitet. Tänkbara förklaringar kan vara att sjukskrivande läkare blir mer försiktiga med att tidigt sätta en tydlig diagnos när man är föremål för kontroll eller att denne helt enkelt överlåter till handläggaren på Försäkringskassan att återkoppla eventuella brister.

Vidare visar studien att det tycks finns betydande brister i de medicinska underlagen som sjukskrivande läkare i primärvården utfärdar. Hur sjukdomen begränsar patientens arbetsförmåga är inte tillfredställande dokumenterat i närmare hälften av de medicinska underlagen.

Ytterligare utbildningsinsatser i försäkringsmedicin kan mot bakgrund av resultaten diskuteras för samtliga sjukskrivande läkare.

Referenser

- Alexanderson, K och R Wahlström (2004). Physicians' sick-listing practices i *Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care*. Alexanderson K och A Norlund (red). Scandinavian Journal of Public Health, Supplement 63, 2004.
- Angell M. (1993) The doctor as a double agent. Kennedy Inst Ethics J sep 3:3, ss 379-386.
- Arrelöv B, (2006). Läkarna i sjukskrivningsprocessen i E Palmer (ed.) Sjukskrivning, kulturer och attityder: SKA-projektet. Försäkringskassan.
- Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Nilsson G, Ponzer S. (2007) Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health, 2007;7:273
- Askergren A. (2001) Sjukskrivning–rehabilitering–pension Ett kvalitetsproblem? Läkartidningen Nr 30–31, 2001, Volym 98
- Einarsson K, (2007) Medicinska underlag I Uppsala län – en studie av två myndigheters hantering av sjukintyg”.
- Englund L, (2008) Har distriktläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007. Arbetsrapport Centrum för Klinisk Forskning Dalarna
- Engström P, Goine H, Johansson P och Palmer E (2009) "Påverkas sjukskrivning och sjukfrånvaro av information om förstärkt granskning av läkarnas sjukskrivning?" IFAU-rapport 2009:13.
- Fleten N, Johnsen R, Ostrem BS (2004). Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. BMC Public Health 2004 Mar 25;4:8.
- Försäkringskassan (2004) Vägledning om sjukpenning och samordnad rehabilitering (2004:2 version 9)
- Försäkringskassan (2008) Medicinska underlag som inte innehåller tillräckliga uppgifter ska sändas tillbaka för komplettering. IM 2008:192

- Försäkringskassan (2009) Kvaliteten på intyg och utlåtanden från läkarna. Uppdrag i regleringsbrevet redovisning i april 2009
- Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. (2004) Sicknes certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004;10;328 (7431):88
- Johansson P, Nilsson M (2008) Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro. Rapport IFAU 2008:27
- Karlsryd E. (1991) Läkarnas sjukskrivningsmönster – en studie av utfärdade läkarintyg. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.
- Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Alexanderson K. (2007) Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand Journ Prim Health Care*.2007; 25 (3), 178-85.
- Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. (2004) Utfärdade läkarintyg i två län – en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. Försäkringskassan, Linköpings Universitet, Mitthögskolan Östersund, Rapport 2004: 2.
- Söderberg E, Alexanderson K. (2005) Sickness certificates as a basis for decision on sickness benefits regarding entitlement to sickness insurance benefits. *SJPH*, 2005;33: 314-20.
- Söderberg E, Alexanderson K. (2005) Gatekeepers in sickness insurance – a systematic review of the literature on practices of social insurance officers, *Health and Social Care in the Community*, 2005, 13(3) 211-223.
- Söderberg E, Müssener U. (2009) How does the medical condition affect the patient's functional capacity? – Comparison of quality in certificates between two years (In manuscript); (2009)
- Swartling M, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlström R (2007). Sick-listing as a psychosocial work problem – a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2007; 17 (3): 398-408.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2009). Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – gemensam lägesrapport till regeringen februari 2009
- Tollin P (2008) Mäter Försäkringskassan kvalitet tillförlitligt? En analys av handläggningen av sjukpenningärenden. Socialförsäkringsrapport 2008:16

Bilaga 1: Läkartyg



Klinik eller mottagning, tnr och läkarens namn (om ej nedan)

MEDICINSKT UNDERLAG - för bedömning av rätt till sjukpenning och eventuellt behov av rehabilitering

1 (2)
Patientens personnummer

Patientens namn

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
SJK
839 88 Östersund

Visnings ex

Läkartyg enligt 3 kap. 8§ lag (1998:1533) om arbetsmarknadsförhållanden. Om patienten inte är känd ska identiteten styrkas genom legitimeringshandling med foto (SOSFS 1981:25).
Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (SML).

1
 Avstängning enligt SML på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

Medicinsk bedömning

Vid bedömningen ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

2 Diagnoser eller symptom till grund för den nedsatta förmågan/aktivitetsbegränsningen		Diagnoskod enl ICD10 (huvuddiagnos) minst tre positioner
3 Anamnes (aktuell sjukdom)		
4 Status, objektiva undersökningsfynd		Uppgifterna baserade på _____ datum <input type="checkbox"/> Personlig kontakt _____ <input type="checkbox"/> Telefonkontakt _____ <input type="checkbox"/> Journaluppgifter _____ <input type="checkbox"/> Annat (ange vad under punkt 13) _____
5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?		
6 Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas		
<input type="checkbox"/> Följa given ordination (ange vilken) _____ <input type="checkbox"/> Fortsatt poliklinisk kontakt _____ <input type="checkbox"/> Undvika viss belastning (ange vilken) _____ <input type="checkbox"/> Besöka arbetsplatsen _____ <input type="checkbox"/> Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____ <input type="checkbox"/> Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____ <input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad) _____		

72632101

FK 7263 (003,0 001) Formulär fastställt av FK i samråd med Socialstyrelsen 03.06

7 Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kan inte bedömas för närvarande <input type="checkbox"/> Behov av kontakt med företagshälsovård
8 Medicinsk bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga		
<input type="checkbox"/> att utföra sina vanliga arbetsuppgifter (ange arbetsuppgifternas art):		
<input type="checkbox"/> om patienten är arbetslös; att söka/kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden		
<input type="checkbox"/> om patienten är föräldraledig med föräldrapenning; att vårda sitt barn		
Arbetsförmågan bedöms		
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/4	fr.o.m.(år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/2	fr.o.m.(år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 3/4	fr.o.m.(år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> helt nedsatt	fr.o.m.(år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
(om helt nedsatt, besvara frågorna nedan)		
- Kan deltid vara olämplig av psykosociala skäl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan anpassade arbetsuppgifter möjliggöra sysselsättning på deltid/heltid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid vara skadlig för sjukdomens förlopp?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid i nuvarande sysselsättning vara möjlig med hänsyn till symtom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid förbättra prognosen för återgång i arbete?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltidarbete på annat sätt vara skadligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9 Prognos - bedöms patienten kunna få tillbaka sin förmåga till arbete/aktivitet?		
<input type="checkbox"/> Ja, helt	<input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/> Nej
10 Kan resor till och från arbetet med annat färdsmätt än det patienten normalt använder göra det möjligt att återgå i arbete?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
11 Önskar kontakt med Försäkringskassan		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
12 Önskar avstämningsmöte		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
13 Övriga upplysningar		
Underskrift		
14 Datum (år, mån, dag)	15 Läkarens namnteckning	16 Namn, mottagningsadress, telefonnummer (även riktnr) i klartext (om ej ovan)

72632201

FK 7263 (003.O.001) Formulär fastställt av FK i samråd med Socialstyrelsen 03.06

Blanketten och mer information finns på www.forsakringskassan.se

Bilaga 2: Brevet till vårdcentralerna

Vårdcentral-/Primärvårdschef
XXX XXXXXXXX
Sveagatan 99
999 99 Småstad

Uppföljning av läkarintyg och kontroll av rätt till sjukpenning

Alla med ansvar för att lämna uppgifter i samband med en sjukskrivning har att vinna på att det blir rätt från början. Som ett led i att säkerställa att rätt ersättning betalas genomförs under hösten särskilda kontrollinsatser inom sjukförsäkringen. I bakgrunden finns en uttalad begäran från regeringen.

Enligt tidigare erfarenheter ger mellan en tredjedel och hälften av de läkarintyg som kommer in till Försäkringskassan en otillräcklig bild av patientens sjukdom och hur den påverkar patientens förmåga att arbeta. Det leder till ett stort behov av att begära kompletterande uppgifter från sjukskrivande läkare vilket i sin tur belastar sjukvården. Det leder till mer tid för handläggning hos Försäkringskassan och kan även leda till att utbetalningen till den enskilde fördröjs eller uteblir.

Därför kommer Försäkringskassan att utföra en systematisk uppföljning av samtliga medicinska underlag/läkarintyg under perioden 27 augusti – 30 september 2007 i ett slumpmässigt utvalt antal kommuner. XXXXX:s vårdcentral/primärvårdsenhet kommer att ingå i denna uppföljning.

Detta görs av Försäkringskassan i syfte att utföra en riktad kontroll av rätten till sjukpenning utifrån uppgifter lämnade av den försäkrade, arbetsgivaren och sjukskrivande läkare under den angivna perioden.

En följd av denna uppföljning av de medicinska underlagen och kontrollen av rätten till sjukpenning är att vi från Försäkringskassan kan komma att kontakta sjukskrivande läkare i ett högre antal fall än som sker vanligtvis för att begära kompletteringar. Vi är därför angelägna om att samtliga intygsskrivande läkare på vårdcentralen/Primärvårdsenheten får del av detta informationsbrev.

Vill du veta mer om denna uppföljningsinsats kan du kontakta XXXX XXXXX vid Försäkringskassan i Z län (tel direktnr xxxxxxx).

Med vänlig hälsning

XXXXX XXXXXXXX

Bilaga 3: Granskningsmall

Inmatningsunderlag
(2007-12-12)

nummer _____

Fält som inkluderas i granskningen: 2,3,4,5,7,8,9.

1) Av MU framgår att sjukdom föreligger	ja	nej

Av texten i respektive fält framgår:	Tillräckl omfattn	Otillräckl omfattn	Saknas
2) Att sjukdomen är beskriven			Används ej
3) Beskrivning av funktionsförmåga?			
4) Beskrivning av patientens arbetsuppgifter?			
5) Att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan?			

6) I förhållande till den utfärdade sjukskrivningsperioden:	Relevant	Icke relevant
Är dosen		
Är durationen		

Bilaga 4: Inkomna medicinska underlag per kommun

Tabell Bilaga 4. Antal medicinska underlag fördelade på region, behandlingskommuner och kontrollkommuner

Region	Behandling	Kontroll	Totalt
Stockholm	34	9	43
Uppsala	18	12	30
Södermanland	14	17	31
Östergötland	6	3	9
Jönköping	11	7	18
Kronoberg	21	11	32
Kalmar	12	10	22
Gotland	-	-	-
Blekinge	20	24	44
Skåne	10	10	20
Halland	30	25	55
Västra Götaland	9	13	22
Värmland	4	9	13
Örebro	18	16	34
Västmanland	10	7	17
Dalarna	10	10	20
Gävleborg	9	17	26
Västernorrland	14	28	42
Jämtland	8	15	23
Västerbotten	4	4	8
Norrbottn	16	14	30
Totalt hela landet	278	261	539

Bilaga 5: Medelvärden för bakgrundsvariabler

Tabell Bilaga 5. Medelvärden (medel.), standardavvikelser (st.av.) och test (t-test) för medelvärdesskillnader av bakgrundsvariabler.

Variabel	Kontroller		Behandlade		t-test (p-värde)
	medel.	st.av.	medel.	st.av.	
Andel Män	0,39	0,49	0,41	0,49	0,32 (0,75)
Ålder	45,54	11,98	46,53	11,09	0,95 (0,34)
Andel med gymnasieutbildning	0,606	0,49	0,60	0,49	-0,22 (0,82)
Andel med eftergymnasial utbildning.	0,154	0,36	0,18	0,38	0,75 (0,45)
Historisk sjukskrivning	80,9	156,0	74,0	135,0	-0,52 (0,60)
Antal individer	241		240		

Anm.: Historisk sjukskrivning avser hur många nettodagar individen varit sjukskriven under perioden 1 januari, 2005 t o m 26 augusti, 2007. Variabeln är beräknad utifrån nettosjukskrivning, d v s 25 procent sjukpenning under fyra dagar räknas som en dag med 100 procent sjukpenning.

Bilaga 6: Fullständiga regressionsresultat motsvarande Tabell 6-8

Definition av variabler

Behandlingseffekt: Dummyvariabel för behandlingskommun (=1 för behandlade kommuner)

Historisk sjukfrånvaro: Individens utbetalade nettodagar sedan 1 jan 2007 t.o.m. 26 augusti 2007.

Hist sjukfr. (kvadrat): Dito i kvadrat.

Hist sjukfr. (kub): Dito i kubik.

Historisk sjukfrv. i kommunen: Totala antalet utbetalade nettodagar i kommunen från 1 jan 2007 t.o.m. 26 augusti 2007, dividerat med antalet individer i kommunen.

Ålder (år): Individens ålder i år.

Ålder (kvadrat): Dito i kvadrat.

Man: Dummyvariabel (=1 om individen är man)

Manlig läkare: Dummyvariabel för kön på sjukskrivande läkare (=1 om läkaren är man). Approximativ variabel baserad på manuell bedömning av läkarens namn.

Bedömare A: Dummyvariabel för vilken av de två försäkringsläkarna som gjorde bedömningen (=1 för bedömare A).

Psykisk diagnos: Dummyvariabel för om diagnosen är psykisk enligt ICD10 (=1 om så är fallet).

Muskuloskeletal diagnos: Dito för muskuloskeletal diagnoser.

Gymnasial utbildning (ej mer): Dummyvariabel för individens högsta uppnådda utbildningsnivå (=1 om denna är gymnasienivå).

Postgymnasial utbildning: Dito för postgymnasial nivå.

Tabell 1, Bilaga 6. Funktionsförmågan är inte tillräckligt beskriven (Sampel 2).

Parameter	Skattning	p-värde
Intercept	0,70	0,01
Behandlingseffekt	0,10	0,00
Historisk sjukfrånvaro	0,00	0,76
Hist sjukfr. (kvadrat)	0,00	0,69
Hist sjukfr. (kub)	0,00	0,51
Historisk sjukfrv i kommunen	-0,01	0,11
Ålder (år)	0,00	0,72
Ålder (kvadrat)	0,00	0,67
Man	0,03	0,38
Manlig läkare	0,02	0,66
Bedömare A	-0,20	0,00
Psykisk diagnos	0,27	0,00
Muskeloskeletal diagnos	0,08	0,05
Gymnasial utbildning (ej mer)	-0,06	0,17
Postgymnasial utbildning	0,00	0,97
N	918	

Anm.: Standardfelen är klustrade på individ.

Tabell 2, Bilaga 6. Arbetsuppgifterna är inte tillräckligt beskrivna (Sampel 2).

Parameter	Skattning	p-värde
Intercept	0,42	0,03
Behandlingseffekt	0,01	0,83
Historisk sjukfrånvaro	0,00	0,33
Hist sjukfr. (kvadrat)	0,00	0,32
Hist sjukfr. (kub)	0,00	0,45
Historisk sjukfrv i kommunen	-0,01	0,16
Ålder (år)	0,00	0,79
Ålder (kvadrat)	0,00	0,90
Man	0,05	0,05
Manlig läkare	0,02	0,43
Bedömare A	-0,23	0,00
Psykisk diagnos	0,01	0,83
Muskeloskeletal diagnos	-0,01	0,73
Gymnasial utbildning (ej mer)	0,01	0,63
Postgymnasial utbildning	-0,04	0,25
N	918	

Anm.: Standardfelen är klustrade på individ.

Tabell 3, Bilaga 6. Framgår att sjukdom/symptom sätter ned funktionsförmågan och att detta påverkar arbetsförmågan? (Sampel 2).

Parameter	Skattning	p-värde
Intercept	0,77	0,01
Behandlingseffekt	0,09	0,01
Historisk sjukfrånvaro	0,00	0,62
Hist sjukfr. (kvadrat)	0,00	0,66
Hist sjukfr. (kub)	0,00	0,53
Historisk sjukfrv. i kommunen	-0,01	0,18
Ålder (år)	-0,01	0,38
Ålder (kvadrat)	0,00	0,43
Man	0,07	0,05
Manlig läkare	0,06	0,11
Bedömare A	-0,14	0,00
Psykisk diagnos	0,24	0,00
Muskeloskeletal diagnos	0,08	0,06
Gymnasial utbildning (ej mer)	-0,06	0,21
Postgymnasial utbildning	0,02	0,68
N	918	

Anm.: Standardfelen är klustrade på individ.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2009:1** Hartman Laura, Per Johansson, Staffan Khan och Erica Lindahl, "Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden"
- 2009:2** Chirico Gabriella och Martin Nilsson "Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden"
- 2009:3** Rantakeisu Ulla "Klass, kön och platsanvisning. Om ungdomars och arbetsförmedlares möte på arbetsförmedlingen"
- 2009:4** Dahlberg Matz, Karin Edmark, Jörgen Hansen och Eva Mörk "Fattigdom i folkhemmet – från socialbidrag till självförsörjning"
- 2009:5** Pettersson-Lidbom Per och Peter Skogman Thoursie "Kan täta födelseintervaller mellan syskon försämra deras chanser till utbildning?"
- 2009:6** Grönqvist Hans "Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar på barnafödande, utbildning och arbetsmarknad"
- 2009:7** Hall Caroline "Förlängningen av yrkesutbildningarna på gymnasiet: effekter på utbildningsavhopp, utbildningsnivå och inkomster"
- 2009:8** Gartell Marie "Har arbetslöshet i samband med examen från högskolan långsiktiga effekter?"
- 2009:9** Kennerberg Louise "Hur försörjer sig nyanlända invandrare som inte deltar i sfi?"
- 2009:10** Lindvall Lars "Bostadsområde, ekonomiska incitament och gymnasieval"
- 2009:11** Vikström Johan "Hur påverkade arbetsgivaransvaret i sjukförsäkringen lönebildningen?"
- 2009:12** Liu Qian och Oskar Nordström Skans "Föräldradedighetens effekter på barnens skolresultat"
- 2009:13** Engström Per, Hans Goine, Per Johansson och Edward Palmer "Påverkas sjukskrivning och sjukfrånvaro av information om förstärkt granskning av läkarnas sjukskrivning?"
- 2009:14** Goine Hans, Elsy Söderberg, Per Engström och Edward Palmer "Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag"

Working papers

- 2009:1** Crépon Bruno, Marc Ferracci, Grégory Jolivet och Gerard J. van den Berg "Active labor market policy effects in a dynamic setting"

- 2009:2** Hesselius Patrik, Per Johansson och Peter Nilsson “Sick of your colleagues’ absence?”
- 2009:3** Engström Per, Patrik Hesselius och Bertil Holmlund “Vacancy referrals, job search and the duration of unemployment: a randomized experiment”
- 2009:4** Horny Guillaume, Rute Mendes och Gerard J. van den Berg ”Job durations with worker and firm specific effects: MCMC estimation with longitudinal employer-employee data”
- 2009:5** Bergemann Annette och Regina T. Riphahn “Female labor supply and parental leave benefits – the causal effect of paying higher transfers for a shorter period of time”
- 2009:6** Pekkarinen Tuomas, Roope Uusitalo och Sari Kerr “School tracking and development of cognitive skills”
- 2009:7** Pettersson-Lidbom Per och Peter Skogman Thoursie “Does child spacing affect childrens’ outcomes? Evidence from a Swedish reform”
- 2009:8** Grönqvist Hans “Putting teenagers on the pill: the consequences of subsidized contraception”
- 2009:9** Hall Caroline “Does making upper secondary school more comprehensive affect dropout rates, educational attainment and earnings? Evidence from a Swedish pilot scheme”
- 2009:10** Gartell Marie “Unemployment and subsequent earnings for Swedish college graduates: a study of scarring effects”
- 2009:11** Lindvall Lars “Neighbourhoods, economic incentives and post compulsory education choices”
- 2009:12** de Luna Xavier och Mathias Lundin “Sensitivity analysis of the unconfoundedness assumption in observational studies”
- 2009:13** Vikström Johan “The effect of employer incentives in social insurance on individual wages”
- 2009:14** Liu Qian och Oskar Nordström Skans ”The duration of paid parental leave and children’s scholastic performance”

Dissertation series

- 2009:1** Lindahl Erica “Empirical studies of public policies within the primary school and the sickness insurance”
- 2009:2** Grönqvist Hans “Essays in labor and demographic economics”