

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2011:17

Effekter av
tidiga insatser
för sjukskrivna

isf

Rapport 2011:17

Effekter av
tidiga insatser
för sjukskrivna

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2011

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Rapporten kan laddas ner från

www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av E-print

Stockholm 2011

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
Summary	11
1 Inledning	13
2 Sjukskrivningsprocessen och ersättningen som sjuk respektive arbetslös	17
2.1 Sjukskrivningsprocessen.....	17
2.2 Sjukpenning	18
2.3 Sjuk- och aktivitetsersättning.....	19
2.4 Arbetslöshetsersättning.....	19
2.5 Ersättning från kollektivavtalen.....	20
2.6 Sammanfattning	21
3 Experimentet	23
3.1 Design	23
3.2 Behandlings- och kontrollgrupper	24
3.3 Deltagande i Sassam och avstämningsmöte.....	26
3.4 Vad mäts i experimentet?.....	28
4 Analys	31
4.1 Statistisk modell.....	31
4.2 Resultat	31
4.3 Känslighetsanalys	36
4.4 Andra möjliga avslutsorsaker.....	37
4.5 De nya reglerna 2008.....	38

4.6 Tolkning av resultaten.....	38
4.7 Effekter för anställda respektive arbetslösa	40
5 Avslutande diskussion.....	43
Referenser	47
Bilaga A	49
Statistisk modell.....	49
Bilaga B.....	50
Noter.....	54

Generaldirektörens förord

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Med systemtillsyn avses granskning av om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Tidiga initiativ i form av utredning och rehabiliteringsinsatser anses allmänt som en viktig byggsten i den nya aktivare sjukskrivningsprocessen. Ett tidigt agerande kan ha förtjänster men förutsätter att varje person får rätt insats. Vissa grupper av sjukskrivna blir med stor sannolikhet hjälpta av tidiga insatser, medan andra tvärtom riskerar att gå in i en sjukroll och drabbas av en inlåsningseffekt. Om inlåsningseffekten dominerar, kommer nettoeffekten att bli negativ för gruppen av sjukskrivna som helhet.

Rapporten bygger på ett experiment som genomfördes vid Försäkringskassan 2007 i samarbete med Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). I experimentet fick en behandlingsgrupp hjälp tidigare i sjukfallet än en kontrollgrupp. Hjälpen bestod av en s.k. Sassam-kartläggning och ett avstämningsmöte, som båda syftar till att öka möjligheterna att återgå i arbete. En tidigareläggning av Försäkringskassans insatser i sjukskrivningsprocessen gjorde att sjukfrånvaron och övergången till sjuk- och aktivitetsersättning ökade. Inlåsningseffekten dominerar därmed.

Resultatet är av allt att döma ett utslag av handläggarnas svårigheter att välja ut rätt personer för rehabiliteringsinsatser. En slutsats blir därmed att instrument för urval av personer och åtgärder måste utvecklas och förfinas. Man kan också överväga att separera beslut om sjuk- och aktivitetsersättning från handläggningen av sjukskrivningen. Resultatet blir ytterligare ett argument för att eftersträva enhetliga ersättningsnivåer inom de olika försäkringssystemen;

i dag är sjukskrivning för merparten av de försäkrade ekonomiskt gynnsammare än arbetslöshet.

Rapporten har skrivits av Pathric Hägglund (projektledare), Per Engström, Nationalekonomiska institutionen vid Uppsala Universitet, och Per Johansson.

Stockholm i december 2011

Per Molander

Sammanfattning

Tidiga initiativ i form av utredning och rehabiliteringsinsatser är en viktig byggsten i den nya aktivare sjukskrivningsprocessen. En strategi där insatser sätts in tidigt i stället för sent i sjukfallet kan ha stora förtjänster men är också förknippad med vissa svårigheter. För det första krävs att de insatser som sätts in är verkningsfulla och ökar möjligheterna till återgång i arbete. I den empiriska forskningslitteraturen är emellertid stödet för att olika medicinska och arbetslivsriktade rehabiliteringsinsatser skulle påskynda återgången i arbete mycket begränsat. Forskning har i stället pekat på att insatserna kan fungera inlåsande och förlänga sjukskrivningarna, bland annat genom att förstärka en sjukdomsbild hos den enskilde. För det andra fordras att det går att urskilja dem som behöver insatser för att kunna återgå i arbete från dem som kan förväntas göra det ändå. Detta arbete försvåras av det informationsövertag den enskilde har gentemot beslutsfattaren beträffande den egna arbetsförmågan, samt de skillnader i den kostnad för att vara sjukskriven som finns mellan olika människor. För att tidiga insatser ska ha en gynnsam effekt för möjligheterna att återgå i arbete fordras således att rätt person får rätt insats; om inte, riskerar återgången att minska och sjukfrånvaron att öka.

I denna rapport studeras effekterna av en tidigareläggning av insatser i sjukskrivningsprocessen. På basis av ett experiment som genomfördes i samarbete mellan Försäkringskassan och Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) 2007 studeras det efterföljande utfallet för individer med avseende på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, eller motta sjuk- eller aktivitetsersättning (SA, tidigare förtidspension). De insatser som studeras är Sassam, som är en förkortning av ”strukturerad arbetsmetodik för sjukfallshantering och samordnad rehabilitering”, och avstämningsmöte. Båda har som syfte att utreda arbetsförmågan och behovet av rehabilitering. Som en följd av genomgången Sassam och avstämningsmöte ökar också chansen för rehabiliteringsinsatser. I rapporten görs ingen åtskillnad

mellan de olika stegen i sjukskrivningsprocessen. I stället analyseras effekten av ett tidigareläggande av hela den process som inleds med Sassam och avstämningsmöte.

Resultaten visar att de som deltog i Sassam tidigt i sjukfallet i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning på kort sikt och i högre utsträckning övergick till sjuk- och aktivitetsersättning på längre sikt. Effekterna återfinns för både anställda och arbetslösa men är tydligare för arbetslösa; dessa återgick alltså till arbetslöshet i lägre utsträckning.

Resultaten belyser svårigheterna med ett tidigt agerande i sjukskrivningsprocessen. En tolkning av resultaten är att det är svårigheterna med att särskilja individer i behov av rehabilitering från dem med förhållandevis låga kostnader att kvarstå i sjukskrivning som är orsaken till effekterna. Arbetslösa har en sämre ställning på arbetsmarknaden än anställda, och de ekonomiska drivkrafterna att lämna sjukskrivning är därför lägre i genomsnitt. Faktum är att många arbetslösa har ekonomiskt att vinna på att vara sjukskrivna.

Trots de påvisade riskerna med tidiga insatser är det ändå troligt att de haft positiva effekter för vissa grupper av sjukskrivna. Exempelvis bör sjukskrivna i behov av insatser ha kunnat få det tidigare. De rekommendationer som lämnas syftar därför till att underlätta bedömningen av vilka som är i behov av insatser, samt till att öka kunskapen kring vilka insatser som är verkningsfulla.

Den viktigaste rekommendationen är att särskilja handläggningen av sjukfallsärenden från bedömningen av rätten till SA. I dag föregås beviljandet av SA antingen av att den enskilde själv ansöker om ersättning eller att handläggaren tar initiativ till att byta ut sjukpenningen mot SA. Oavsett tillvägagångssätt har handläggaren en avgörande roll för om individen uppbär sjukpenning eller SA. Därmed uppstår också drivkrafter för den sjukskrivne att kommunicera sin ohälsa till handläggaren på ett sätt som annars inte hade varit fallet. En oberoende bedömning för rätt till SA, till exempel genomförd av läkare med specialiserad kompetens på denna typ av bedömningar, skulle minska dessa drivkrafter och underlätta handläggarens arbete med att identifiera personer i behov av rehabiliteringsinsatser.

Resultaten aktualiserar också behovet av mer likformade villkor för rätt till ersättning i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Forskning har påvisat de ekonomiska drivkrafternas betydelse för flödet mellan systemen så till vida att arbetslösa med ekonomiska incitament att bli

sjukskrivna och motta sjukpenning också gör det i högre utsträckning. En jämförelse mellan försäkringarna visar att sjukförsäkringen genomgående är mer generöst utformad än arbetslöshetsförsäkringen. Skillnaderna förstärks av de kollektivavtalsreglerade ersättningstilläggen, som också är mer generösa vid sjukskrivning. En utjämning av villkoren mellan försäkringarna skulle reducera de ekonomiska drivkrafterna för arbetslösa att bli och förbli sjukskrivna.

Regeringen bör ta initiativ till att öka kunskapen om vilka åtgärder som är effektiva för att hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete. Forskningssammanställningar har visat att det inte finns något entydigt stöd inom forskningen för att de medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som används ökar möjligheterna för återgång i arbete. Bristen på kontrollerade studier på området, det vill säga studier där behandlings- och kontrollgrupper används, är påfallande. För att aktiva insatser ska ha förutsättningar att göra nytta fordras kunskap om vilka insatser som är verkningsfulla, och för vilka de är det.

Summary

In this paper the effects of early interventions by the Swedish Social Insurance Administration (SIA) are studied. The aim of these interventions is primarily to assess individuals' work capacity and possibilities for vocational rehabilitation. The first intervention, denoted SASSAM, screens the working capacity of the individual and the need for vocational rehabilitation. The second, AM, is a formalized meeting between the individual who has been reported sick, the SIA, and the employer where the possibility to return to alternative work tasks is discussed and appropriate vocational rehabilitation measures are decided upon. In the analysis we make use of a large (almost 14,000 individuals) randomized field experiment conducted in 2007 by the SIA and the Institute for Labour Market Policy Analysis (IFAU). The randomization was performed on the inflow of sick absent individuals. Individuals assigned to be treated were given priority to receive two types of interventions during a six-week period. The individuals of the control group were not given priority in these activities during the six weeks, but were offered the same activities after the six weeks. The implication of the evaluation design is that the probability of being subject to early intervention is higher in the treatment (prioritized) group, compared with the control group.

Although intuitive and theoretically motivated, the efficacy of early intervention in spells of sickness absence hinges on the existence of efficient rehabilitation methods or from the effect of the screening and monitoring of providing rehabilitation. The empirical literature offers no strong support for reduced sickness absence from different vocational rehabilitations. However, by now there is some evidence of reduced sickness absence from monitoring and time limits in the sickness insurance why potentially early intervention could reduce the length of sickness absence.

In the paper, the effects of the occurrence of i) sickness benefits, ii) unemployment and iii) disability benefits at the end of each month for up to 15 months after the experiment are studied. Our main findings are that individuals given priority to early interventions are more sick absent and have a higher probability of receiving disability benefits. Since both effects are stronger for individuals that are unemployed (compared with employed), the negative results are likely to be due to the difficulties in screening those in need of rehabilitation measures from those with low costs of sickness absence (or low incentives to resume from work absence). Many unemployed have economic incentives to be reported sick rather than unemployed.

The main policy lesson learned from this study is that if the interest is in reducing the inflow of disability benefits for individuals with a capacity to work, the screening and monitoring of eligibility for disability benefits should be taken in isolation from the process of assessing individuals' needs for vocational rehabilitation.

1 Inledning

Tidiga insatser förs ofta fram som en verkningsfull strategi inom en rad olika politikområden, till exempel sjukvården, skolan och arbetsmarknadspolitik. Idén utgör också en hörnsten i den reformerade sjukskrivningsprocessen, där de införda tidsgränserna syftar till att skapa drivkrafter för samtliga aktörer, inte minst Försäkringskassan, att agera tidigare i sjukfallet. Bakgrunden till denna och andra reformer inom sjukförsäkringen under de senaste åren är Sveriges internationellt sett höga andelar långa sjukfall och individer som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning (SA). En jämförelse visar att Sverige hade den näst högsta andelen mottagare av SA bland OECD-länderna 2007, då ungefär 11 procent av arbetskraften mottog denna ersättning (OECD 2009).

Även om en strategi med insatser tidigt i stället för sent under ett förlopp har både teoretiskt och empiriskt stöd inom många områden, är den förknippad med vissa problem inom exempelvis sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Ett problem är den *asymmetri* som råder mellan försäkringsgivare och försäkringstagare vad gäller information som är av betydelse för användningen av försäkringen. Som sjukskriven kan man exempelvis förväntas ha bättre information om sin hälsa och sina möjligheter att återgå i arbete än de som bedömer arbetsförmågan och fattar beslut om ersättning. Därmed uppstår en *beteenderisk* där individer som av olika skäl föredrar ersättning från sjukförsäkringen framför annan försörjning har drivkrafter att bli, och förbli, sjukskriven. Att andra faktorer än ohälsa påverkar användningen av sjukförsäkringen är väl etablerat i den empiriska forskningslitteraturen. Studier på svenska förhållanden har till exempel visat att kontroller av olika slag (Hesselius med flera, 2005, Johansson och Lindahl, 2010, ISF, 2010), ersättningsnivåer (Johansson och Palme, 2005, Hesselius och Persson, 2007), samt normer och lokala kulturer har betydelse för sjukfrånvaron. Hesselius med flera (2009) finner i

en studie att när sjukfrånvaron ökar bland kollegorna, ökar också risken för den enskilda att bli sjukskriven.¹

Ett annat problem med ett tidigt agerande är att olika typer av insatser kan förväntas ha olika effekter för olika individer. Vissa insatser kanske inte har positiva effekter för några individer alls. Faktum är att stödet för att olika medicinska- eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser skulle påskynda återgången i arbete är mycket begränsat (se till exempel Engström med flera, 2010, för en forskningsöversikt). Den bristfälliga kunskapen om vilka insatser som är verkningsfulla, och för vilka, utgör i sig ett argument för att ställa sig tveksam till denna strategi. Utredning och rehabilitering kan också ha en inläsande verkan så till vida att den kan vara omfattande och ske stegvis där väntetider riskerar att uppstå mellan varje moment. Parsons (1978) gör också gällande att aktiva rehabiliteringsinsatser kan skapa eller förstärka en sjukdomsidentitet hos den sjukskrivne som kan öka snarare än minska risken för fortsatt sjukskrivning. Det är alltså fullt möjligt att aktiva insatser kan förlänga i stället för att förkorta sjukskrivningarna.

Sammantaget kan svårigheterna med att placera rätt person i rätt insats innebära att en tidigareläggning av insatser, tvärtemot avsett, leder till ökad sjukfrånvaro och minskad återgång i arbete. Som nämndes ovan finns emellertid stöd i forskningen för att kontroller, eller snarare vetskapen om framtida kontroller, i sjukförsäkringen har en positiv inverkan på återgången i arbete. I så motto att de tidiga insatserna uppfattas som kontroller av de sjukskrivna skulle således en tidigareläggning kunna ge positiva resultat.

Handläggarna har en nyckelposition i sjukskrivningsprocessen. Det är de som ansvarar för att det nödvändiga underlaget finns för bedömning av arbetsförmågan och rätten till sjukpenning. Försäkringskassan ska enligt lag ta initiativ till ett möte eller en utredning om det behövs för att utreda rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering. Ett viktigt stöd i ärenden som kräver en mer omfattande utredning är Sassam, som är en utredning vars syfte är att utreda rätten till ersättning och behovet av rehabilitering.² I ärenden där det finns behov av att träffa flera aktörer i sjukskrivningsprocessen kan ett avstämningsmöte bli aktuellt. Utöver handläggaren och den sjukskrivne deltar då även arbetsgivaren samt eventuellt behandlande läkare eller representant från Arbetsförmedlingen. Även här diskuteras möjligheterna för återgång i arbete (eller arbetslöshet), rätten till sjukpenning, och behovet av rehabilitering.

I denna rapport studeras effekterna av en tidigareläggning av Sassam och avstämningsmöte i sjukskrivningsprocessen på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta sjuk- eller aktivitetsersättning, varje månad upp till 15 månader efteråt. Analysen är baserad på ett omfattande fältexperiment som genomfördes under november och december 2007. Experimentet bestod i att låta personer födda vissa datum bli prioriterade för Sassam och avstämningsmöte (behandlingsgruppen) i början av sjukfallet, medan övriga (kontrollgruppen) fick vänta i minst sex veckor. Upplägget innebar att personer i behandlingsgruppen blev föremål för Sassam och avstämningsmöte igenomsnitt tidigare än personer i kontrollgruppen. Denna skillnad används i rapporten till att mäta effekterna av insatserna. Det bör förtydligas att det som mäts är effekterna av en tidigareläggning av den process som inleds med Sassam och avstämningsmöte. Båda dessa utredningar är förknippade med en ökad sannolikhet att bli föremål för olika former av rehabilitering. Det är alltså sekvensen av utredning, möte och eventuellt rehabiliteringsinsats som avses när det i rapporten talas om insatser.

Två rapporter har tidigare analyserat resultat från detta experiment. Försäkringskassan (2010) fann att tidigareläggningen av Sassam och avstämningsmöte också innebar en tidigareläggning av rehabiliteringsåtgärder och insatser från arbetsgivaren. Man konstaterar också att de individer som blev föremål för de tidigare insatserna överlag hade en mer positiv inställning till Försäkringskassan, men att ingen effekt förelåg beträffande självskattad hälsa och arbetsförmåga. Engström med flera (2010) analyserade på basis av experimentet effekterna på sjukskrivningstiderna. De fann inget stöd för att tidigareläggningen av insatserna skulle ha ökat sannolikheten att lämna sjukskrivning. Resultaten är giltiga också för olika delgrupper i urvalet.

Jämfört med ovanstående rapporter studeras i denna rapport de mer långsiktiga (15 månader) effekterna av de tidigarelagda insatserna. Genom att tillföra ytterligare data erbjuds också möjligheten att studera effekterna på sannolikheten att vara arbetslös respektive motta SA.

Rapporten är disponerad på följande sätt. Kapitel 2 beskriver kortfattat sjukskrivningsprocessen, inklusive Sassam och avstämningsmöte, samt ersättningen som sjuk respektive arbetslös. Kapitel 3 beskriver experimentet och de prioriterade och icke-prioriterade som ingår i experimentet närmare. I kapitel 4 redovisas resultaten samt en möjlig tolkning av dem. Kapitel 5 sammanfattar de viktigaste resultaten och slutsatserna i en avslutande diskussion.

2 Sjukskrivningsprocessen och ersättningen som sjuk respektive arbetslös

I detta kapitel beskrivs kortfattat sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen samt de processer som omger utbetalning av ersättning. Beskrivningen avser situationen 2007 om inte annat anges.

2.1 Sjukskrivningsprocessen

Tidigt i sjukfallet ska Försäkringskassan bedöma om det kan bli aktuellt med aktiva insatser i ärendet eller inte. Vid tidpunkten för experimentet kallades denna procedur för *första vägval*. Vid vägvalet kategoriseras ärendena som antingen *aktiva ärenden* eller *prognos-ärenden*. De aktiva ärendena är de där fördjupad utredning och eventuellt rehabiliteringsinsatser bedöms kunna bli nödvändigt för att kunna avslutas. Prognosärendena är de som bedöms kunna avslutas utan några åtgärder från Försäkringskassan.³

Om ett ärende bedöms som aktivt ska Försäkringskassan ta initiativ till lämplig åtgärd. Det kan röra sig om en Sassam, ett avstämningmöte eller någon form av arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats, till exempel arbetsträning. Tillämpningen av Sassam och avstämningmöte har sitt ursprung i den lagstadgade skyldighet som Försäkringskassan har att kalla den försäkrade till ett möte eller en utredning i ärenden när rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering är oklar.⁴ Om den försäkrade uteblir från en planerad utredning eller ett möte, kan Försäkringskassan dra in hela eller delar av sjukpenningen.⁵

Sassam är utvecklad av Försäkringskassan och har som syfte att dels bedöma fortsatt rätt till ersättning, dels undersöka behovet av rehabiliteringsåtgärder. Utredningen sker i form av en dialog med den

försäkrade, där hinder och möjligheter för att kunna återgå i arbete kartläggs. Resultatet ska mynna ut i ett ställningstagande kring hur ärendet fortsättningsvis ska handläggas. Som underlag för dialogen används den så kallade Sassam-kartan, som ger struktur till data-insamlingen, analysen och den slutliga bedömningen.⁶

Ett avstämningsmöte är ett författningsreglerat möte mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen. Förutom den försäkrade och Försäkringskassan deltar vanligtvis läkaren och arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen.⁷ Syftet är att utreda den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering samt att planera för återgång i arbete. Ett avstämningsmöte ska som regel föregås av en genomförd Sassam.

Sassam och avstämningsmöte har sammanfattningsvis både ett kontrollerande och stödjande syfte. Samtidigt som de fungerar som utgångspunkt för olika former av rehabilitering (exempelvis anpassade arbetsuppgifter, arbetsträning, utbildning etc.), används de som underlag för bedömning av arbetsförmågans nedsättning och rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

2.2 Sjukpenning

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall på grund av sjukdom. För anställda står arbetsgivaren för compensationen de första 14 dagarna, varefter sjukförsäkringen träder in.⁸ För arbetslösa betalas ersättning ut från sjukförsäkringen redan från dag 2 i sjukfallet.⁹ Första dagen i sjukfallet betalas ingen ersättning ut vare sig till anställda eller arbetslösa.¹⁰ Från och med dag 8 i sjukfallet måste ett läkarintyg finnas. Både Försäkringskassan och arbetsgivaren har möjlighet att kräva ett läkarintyg tidigare under sjukfallet.¹¹

Sjukpenningen täcker 80 procent av inkomstbortfallet upp till 7,5 procent av prisbasbeloppet. För 2007 motsvarade detta inkomsttak 25 188 kronor i månaden.¹² De nya regler i sjukförsäkringen som infördes den 1 juli 2008 innebär att personer som varit sjukskrivna i ett år kan få sjukpenning i ytterligare 550 dagar med en ersättningsnivå som motsvarar 75 procent av inkomstbortfallet.¹³

2.3 Sjuk- och aktivitetsersättning

Vid tidpunkten för experimentets genomförande gällde att SA kunde beviljas personer som förväntades ha en nedsatt arbetsförmåga under minst ett år.¹⁴ Ersättning kunde beviljas med antingen 25, 50, 75 eller 100 procent, beroende på den försäkrades arbetsförmåga.¹⁵ För personer som var 30 år eller äldre kunde beviljas antingen permanent eller tidsbegränsad sjukersättning.¹⁶ För personer under 30 år kunde 2007, precis som idag, endast tidsbegränsad (som längst 3 år) ersättning beviljas.¹⁷

SA kan beviljas antingen efter det att den försäkrade själv ansökt om ersättning, eller efter det att Försäkringskassans handläggare bedömt att ärendet borde prövas för rätt till ersättning.¹⁸ I både fallen sammanställer handläggaren ett underlag i form av medicinska bedömningar och utredningar av arbetsförmågan, som en utsedd beslutsfattare sedan fattar ett beslut utifrån.¹⁹ SA betalas ut antingen som en inkomstrelaterad ersättning eller som ett garantibelopp.²⁰ Den inkomstrelaterade ersättningen uppgår till maximalt 64 procent av ett genomsnitt av de tre högsta årsinkomsterna under en ramtid på 8 år.²¹ Det maximala beloppet som kan betalas ut är 25 188 kronor i månaden.²²

2.4 Arbetslöshetsersättning

För att vara berättigad till inkomstrelaterad arbetslöshetsersättning måste tre villkor vara uppfyllda. *Grundvillkoret* specificerar bland annat att den sökande ska vara aktivt arbetsökande och beredd att acceptera ett passande erbjudande om arbete när ett sådant erbjuds.²³ *Arbetsvillkoret* innebär att den arbetslöse måste ha arbetat i minst 6 av de senaste 12 månaderna för att vara kvalificerad.²⁴ Avslutningsvis måste *medlemsvillkoret* vara uppfyllt. Det innebär att den sökande måste ha varit medlem i en arbetslöshetskassa i minst ett år innan arbetslöshetsperioden inleds.²⁵

Arbetslösa som uppfyller samtliga dessa villkor har rätt till ersättning motsvarande 80 procent av den tidigare inkomsten upp till ett tak på 680 kronor per dag, mellan dag 8 och 200 av arbetslösheten (40 veckor).²⁶ De första 7 dagarna av arbetslösheten är en karenperiod.²⁷ Mellan dag 201 och 300 av arbetslösheten har individen därefter rätt till ersättning med 70 procent av den tidigare inkomsten.²⁸ Om den sökande fortfarande kvarstår i arbetslöshet, ska denne därefter erbjudas plats inom ramen för jobb- och utvecklingsgarantin, och motta

aktivitetsstöd.²⁹ Ersättningen uppgår då till 65 procent av den dagsförtjänst som låg till grund för den senaste arbetslöshetsersättningen, dock lägst 320 kronor per dag.³⁰ Till den som inte var berättigad till någon arbetslöshetsersättning innan lämnas aktivitetsstöd med 223 kronor per dag.³¹

2.5 Ersättning från kollektivavtalen

Utöver ersättning från det offentliga omfattas de flesta på arbetsmarknaden av kollektivavtalsreglerade ersättningslägg. Emellertid finns kvalifikationskrav även för dessa ersättningar, vilket innebär att inte samtliga som omfattas av ett kollektivavtal är berättigade till ytterligare ersättning. Ersättningarna varierar i hög grad beträffande avtalsområde och inte minst ersättningsform och beskrivs därför inte i detalj här. Överlag gäller att tilläggen är mest generösa vid uppbärande av sjukpenning, där ersättningen inklusive tilläggen maximalt får uppgå till 90 procent av inkomstbortfallet. Ersättningens längd varierar mellan tre månader och ett år och är mest generös för anställda inom stat, kommun och landsting.³² En beräkning genomförd av Expertgruppen för studier i samhällsekonomi, som avser situationen 2005, visar att nästan samtliga anställda hade rätt till ersättning från de avtalsbestämda försäkringarna vid uppbärande av sjukpenning. Med andra ord uppfyller i stort sett samtliga de som omfattas av ett kollektivavtal kriterierna för rätt till ersättning.³³

Tillägg vid mottagande av SA ökar ersättningen från det offentliga till som mest 85 procent av den så kallade antagandeinkomsten. Ersättningsnivån varierar kraftigt mellan sektorerna men inget avtal ersätter mer än 30 prisbasbelopp. I likhet med ovan är i stort sett samtliga anställda kvalificerade för denna kompensation. En jämförelse av den totala ersättningen med sjukpenning och SA, räknat från dag 361 i sjukfallet, visar att kompensationen genomgående är mycket lika inom olika sektorer. Räknat på olika typinkomster är den totala ersättningen i regel dock något högre vid sjukpenning. För anställda inom staten gäller emellertid det omvända.³⁴

Avtalstilläggen är minst generösa vid arbetslöshet. I regel finns kvalifikationskrav specificerade beträffande antingen ålder eller anställningstid. Den totala ersättningen vid arbetslöshet, inklusive avtals-tilläggen, får uppgå till maximalt 80 procent av den ersättningsgrundande inkomsten. Andelen anställda som är kvalificerade för

dessa ersättningar var enligt Expertgruppen genomgående lägre än vid uppbärande av sjukpenning respektive SA.³⁵

2.6 Sammanfattning

Systemen för sjukpenning, SA och arbetslöshetsersättning är olika utformade med avseende på bland annat kvalifikationskrav, ersättningsnivåer och ersättningstider. Därutöver tillkommer för den stora merparten ersättning via kollektivavtalen. Dessa ersättningar varierar på motsvarande sätt utifrån avtalsområde beträffande kvalifikationskrav, kompensationsnivåer och längd på ersättningsperioden. Utöver dessa ersättningar finns möjlighet till ytterligare ersättning via privata försäkringsalternativ, något som blivit allt vanligare under senare år.³⁶

Trots bristen på överensstämmelse mellan systemen och svårigheten att få en överblick av kompensationen från respektive system, framträder ändå ett mönster. Ersättningen från såväl de offentliga systemen som de kollektivavtalsbestämda är mest generösa vid sjukskrivning och minst generösa vid arbetslöshet. Eftersom den totala ersättningen vid uppbärande av sjukpenning minskar efter ett år, är emellertid kompensationen med sjukpenning respektive SA, inklusive avtalstilläggen, relativt lika.

De skilda ersättningsvillkoren i försäkringarna skapar ekonomiska incitament för arbetslösa att bli sjukskrivna och i förlängningen kanske även mottagare av SA, och för sjukskrivna att förbli sjukskrivna eller övergå till SA i stället för att bli arbetslösa. Larsson (2006) visade att arbetslösa med en inkomst över taket i arbetslöshetsförsäkringen i högre utsträckning blev sjukskrivna och mottog den högre ersättningen sjukförsäkringen där taket i försäkringen var högre. När begränsningar infördes minskade övergångarna från arbetslöshet till sjukskrivning för denna grupp (Hall och Hartman, 2010). Studierna pekar på den ineffektivitet som uppstår när angränsande ersättningssystem är alltför olika utformade.

3 Experimentet

Detta avsnitt beskriver experimentet och dess deltagare närmare. Därutöver redovisas hur experimentet fungerat, det vill säga i vilken utsträckning individer som skulle vara prioriterade och motta insatserna tidigare de facto också gjorde det.

3.1 Design

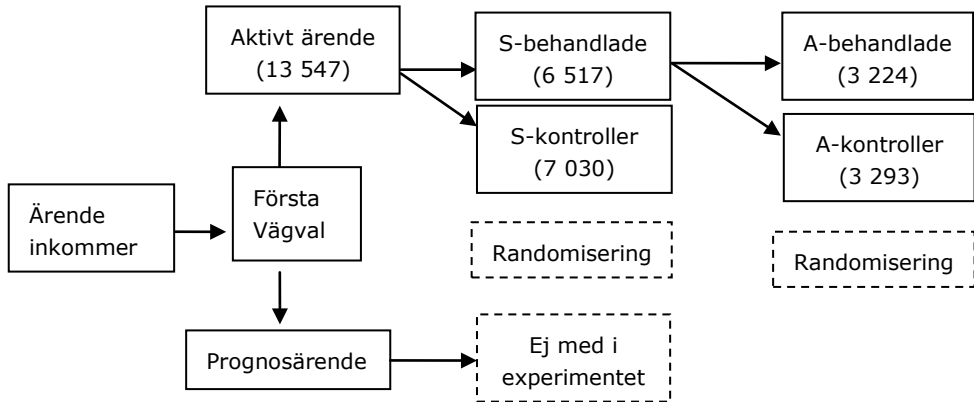
Experimentet avser sjukskrivna som genomgick ett första vägval mellan 5 november och 14 december 2007, och som där kategoriserades som aktiva ärenden. Av de 13 547 som uppfyllde dessa kriterier skedde en slumpmässig indelning i två grupper: den ena gruppen skulle omgående bli föremål för Sassam om så ansågs nödvändigt medan den andra gruppen i stället fick vänta i minst sex veckor för att därefter, om det bedömdes nödvändigt, genomgå Sassam. Precis som lagen anger skulle Sassam således bara genomföras om rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering var oklar.

I behandlingsgruppen, de S-behandlade, ingick 6 517 individer och i kontrollgruppen, S-kontrollerna, 7 030 individer. De S-behandlade delades därefter i sin tur in i två grupper: den ena, de A-behandlade, blev prioriterade till att delta i ett avstämningsmöte. Resterande, A-kontrollerna, fick vänta i minst sex veckor. Antalet A-behandlade är 3 224 individer, medan A-kontrollerna uppgår till 3 293.

Experimentet består alltså av två delexperiment: ett som undersöker effekterna av en tidigareläggning av Sassam, och ett som mäter effekterna av en tidigareläggning av avstämningsmötet. I båda fallen sker randomiseringen utifrån den försäkrades födelsenummer. I tilldelningen av Sassam baserades den på den specifika födelsedagen. Försäkrade födda en jämn dag (2,4,6 etc.) hade förtur till insatsen, medan födda ojämna dag fick vänta. Indelningen till avstämningsmöte

skedde på motsvarande sätt utifrån födelsemånad, där de födda en jämn månad prioriterades, medan övriga fick vänta.

Figur 1. Experiment



3.2 Behandlings- och kontrollgrupper

Fördelen med experiment jämfört med andra metoder för utvärdering är att behandlade och icke-behandlade redan från början är jämförbara beträffande egenskaper och erfarenheter som kan ha betydelse för utfallet. Därmed kan de eventuella skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupper som uppstår efter behandling tolkas som en direkt effekt av den studerade behandlingen. Vad gäller faktorer som finns att observera i registren kan jämförbarheten mellan behandlade och kontroller också enkelt konfirmeras. Noteras bör emellertid att skillnader mellan grupper dock alltid kan uppstå på rent slumpmässig basis.

Tabell 1 beskriver behandlings- och kontrollgrupper utifrån ett antal faktorer som brukar samvariera med längden på sjukfrånvaron och möjligheten att återgå i arbete.³⁷ Överlag är likheten stor mellan grupperna. Emellertid finns en statistiskt säkerställd överrepresentation av kvinnor bland prioriterade både till Sassam och till avstämningsmöte.³⁸ Därutöver kan noteras att S-kontroller är signifikant äldre än S-behandlade (44,7 jämfört med 44,3 år), och att S-behandlade har något fler dagar som sjukskrivna vid tidigare tillfällen. I analyskapitlet kommer en separat analys att genomföras i syfte att belysa betydelsen av dessa skillnader.

Tabell 1. Beskrivning av behandlings- och kontrollgrupper (ärenden kategoriserade som aktiva 5 september - 14 december 2007), genomsnitt

	<i>S- behandlade</i>	<i>S- kontroller</i>	<i>t- värde</i>	<i>A- behandlade</i>	<i>A- kontroller</i>	<i>t- värde</i>
Kvinna	0,60 (0,01)	0,58 (0,01)	2,66	0,61 (0,01)	0,60 (0,01)	0,95
Ålder	44,3 (0,14)	44,7 (0,14)	-2,23	44,3 (0,20)	44,2 (0,20)	0,35
Grundskola	0,19 (0,01)	0,19 (0,01)	-1,04	0,18 (0,01)	0,19 (0,01)	-1,06
Gymnasium	0,52 (0,01)	0,53 (0,01)	-0,78	0,53 (0,01)	0,52 (0,01)	0,87
Högskola/univ.	0,29 (0,01)	0,28 (0,01)	1,70	0,29 (0,01)	0,29 (0,01)	0,03
Tidigare sjuk- skrivning (dagar) ^a	228 (4,26)	217 (4,03)	2,01	233 (6,18)	224 (5,87)	1,00
Tidigare arbets- löshet (dagar) ^b	493 (9,01)	493 (8,67)	0,01	492 (12,76)	495 (12,72)	-0,19
Tidigare SA (dagar) ^c	0,53 (0,01)	0,53 (0,01)	1,17	0,54 (0,01)	0,52 (0,01)	1,78
Arbetslös ^d	0,12	0,11	0,27	0,11	0,12	-0,31
Antal observationer	6 517	7 030		3 224	3 293	

Anm: ^a Anger nettodagar sedan 1995. ^b Anger bruttodagar sedan 2000. ^c Anger nettodagar sedan 1995. ^d Avser status vid sjukskrivningens start. Standardfel inom parentes. Ett t-värde större än absolutvärdet 1,96 innebär en statistisk säkerställd skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp på 5-procentsnivån.

3.3 Deltagande i Sassam och avstämningsmöte

Om experimentet har fungerat som avsett ska individer i de prioriterade grupperna ha deltagit i Sassam och avstämningsmöte i större utsträckning än individer i de icke-prioriterade grupperna vid olika tider i sjukfallet.

I kolumn 2 och 3 i tabell 2 redovisas andelen S-behandlade och S-kontroller som vid olika tidpunkter efter första vägvalet hade medverkat i Sassam. Som framgår är andelen klart högre bland S-behandlade redan från och med december 2007. Skillnaden i andelen som deltagit mellan grupperna är genomgående statistiskt säkerställd. Då andelen som deltog i respektive grupp stabiliseras relativt snabbt, förefaller skillnaden inte till fullo jämnas ut. I februari 2009 hade 45 procent av de prioriterade deltagit i Sassam medan 31 procent av de icke-prioriterade hade gjort detsamma. Detta motsvarar en skillnad i deltagande i Sassam på 14 procentenheter, eller 45 procent.

I kolumn 4 och 5 återges andelen A-behandlade och A-kontroller som deltagit i ett avstämningsmöte vid olika tidpunkter efter vägvalet. Andelen deltagare andelar är genomgående lägre än i Sassam-experimentet, vilket är förväntat eftersom avstämningsmötet genomfördes senare i sjukfallet. Många hade alltså hunnit avsluta sina sjukskrivningar innan avstämningsmötet blev aktuellt. I februari 2009 hade 30 respektive 26 procent deltagit i ett avstämningsmöte av prioriterade och icke-prioriterade. Skillnaden, som motsvarar 15 procent, är alltså mindre än i Sassam-experimentet men ändå starkt signifikant.

Sammanfattningsvis har experimentet fungerat tillfredsställande så till vida att de som skulle vara prioriterade till Sassam och avstämningsmöte också blev det i praktiken.

Tabell 2. Andel av S-behandlade och S-kontroller, respektive A-behandlade och A-kontroller, som deltagit i Sassam respektive avstämningsmöte vid olika tidpunkter, samt skillnad (procentenheter)

	<i>Sassam</i>			<i>Avstämningsmöte</i>		
	<i>S-behandlade</i>	<i>S-kontroller</i>	<i>"Skillnad</i>	<i>A-behandlade</i>	<i>A-kontroller</i>	<i>Skillnad</i>
Dec -07	0,26	0,04	0,219*** (0,007)	0,06	0,04	0,016** (0,006)
Jan -08	0,37	0,16	0,211*** (0,009)	0,11	0,08	0,026*** (0,009)
Feb -08	0,39	0,22	0,176*** (0,009)	0,14	0,10	0,037*** (0,010)
Mar -08	0,40	0,24	0,165*** (0,010)	0,16	0,12	0,039*** (0,010)
Apr -08	0,41	0,26	0,155*** (0,010)	0,17	0,14	0,037*** (0,011)
Maj -08	0,42	0,27	0,150*** (0,010)	0,19	0,15	0,042*** (0,011)
Jun -08	0,42	0,27	0,149*** (0,010)	0,20	0,16	0,041*** (0,012)
Jul -08	0,42	0,28	0,147*** (0,010)	0,20	0,16	0,043*** (0,012)
Aug -08	0,43	0,27	0,146*** (0,010)	0,21	0,17	0,042*** (0,012)
Sep -08	0,43	0,29	0,144*** (0,010)	0,23	0,18	0,043*** (0,012)
Okt -08	0,44	0,29	0,142*** (0,010)	0,24	0,19	0,045*** (0,012)
Nov 08	0,44	0,30	0,142*** (0,010)	0,25	0,21	0,043*** (0,013)
Dec -08	0,44	0,30	0,143*** (0,010)	0,26	0,23	0,033*** (0,13)
Jan -09	0,45	0,31	0,141*** (0,010)	0,28	0,24	0,037*** (0,013)
Feb -09	0,45	0,31	0,141*** (0,010)	0,30	0,26	0,036*** (0,013)

Anm: Antal observationer, S-behandlade: 4 467, S-kontroller: 4,791, A-behandlade: 2 208, A-kontroller: 2 259. Uppgifter från Skåne och Västra Götaland saknas. Standardfel inom parentes.

*/**/** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentnivån.

3.4 Vad mäts i experimentet?

Instruktionen till handläggarna var att arbeta som vanligt och bara genomföra Sassam respektive avstämningsmöte när så ansågs nödvändigt. Indelningen i prioriterade och icke-prioriterade föranledde emellertid att sjukskrivna i den prioriterade gruppen blev föremål för Sassam och avstämningsmöte i genomsnitt tidigare än de icke-prioriterade. Det innebär att i den mån Sassam, avstämningsmöte och eventuellt efterföljande rehabiliteringsinsatser har effekt bör denna uppstå tidigare för denna grupp. Effekten bör också vara övergående, eller temporär, eftersom de icke-prioriterade med tiden också kan förväntas delta i samma insatser. Som belystes i tabell 2 förefaller tidigareläggningen emellertid inte bara haft betydelse för när, utan också om, insatserna genomfördes. Det innebär att eventuella effekter kan förväntas bli permanenta.

Viktigt att notera är att analysen avser effekten av att tillhöra den prioriterade gruppen jämfört med att tillhöra den icke-prioriterade gruppen. Experimentet mäter alltså inte effekten av att de facto bli föremål för Sassam och avstämningsmöte jämfört med att inte bli det. Anledningen är att dessa effekter inte till fullo kan antas vara möjliga att särskilja. Exempelvis är ett välkänt faktum att bara vetenskapen om framtida deltagande i aktiviteter kan ha betydelse för hur de försäkrade agerar. Dessa effekter går i utvärderingslitteraturen under namnet förprogramseffekter, eller pre-programme effects. Att mäta effekten av faktiskt deltagande skulle därmed riskera att underskatta betydelsen av att tillhöra den prioriterade gruppen. För enkelhetens skull kommer i rapporten begreppen effekten av Sassam, och effekten av att vara prioriterad till Sassam, att användas synonymt.

Eftersom både Sassam och avstämningsmöte utreder behovet av rehabilitering bör en tidigareläggning av dessa föranleda en tidigareläggning av olika typer av rehabiliteringsinsatser. Viktigt att poängtera är därför att en analys av effekterna av en tidigareläggning av Sassam och avstämningsmöte i själva verket innebär en analys av effekterna av en tidigareläggning av hela den process som inleds med Sassam och avstämningsmöte. Det är alltså inte effekterna av Sassam och avstämningsmöte i sig som analyseras i rapporten, utan snarare det de representerar i termer av att vara först i en kedja av insatser i sjukskrivningsprocessen.

Att tidigareläggningen av Sassam och avstämningsmöte också innebär en tidigareläggning av diverse rehabiliteringsinsatser bekräftas i Försäkringskassan (2010) där det konstateras att de som blev prio-

riterade till insatserna i större utsträckning blev föremål för både rehabiliteringsåtgärder (arbetsträning, utbildning, eller annan rehabiliteringsåtgärd), och insatser från arbetsgivaren (omplacering, anpassning eller annat tillfälligt arbete), tidigt i sjukfallet.

Avslutningsvis bör noteras de stora fördelarna med denna experimentdesign där handläggarna själva får styra urvalet till aktiviteterna (inom ramen för de slumpmässigt indelade grupperna prioriterade och icke-prioriterade). Jämfört med ett klassiskt experiment förloras visserligen viss kontroll över de aktiviteter som erbjöds grupperna, och tidpunkten för dessa. De extra frihetsgraderna i urvalsprocessen innebär emellertid att ingreppet i den reguljära verksamheten vid Försäkringskassan kunde begränsas och utvärderingen implementeras enklare. Experimentet kunde också göras större, vilket är värdefullt eftersom säkrare och mer generella slutsatser då kan dras.

4 Analys

4.1 Statistisk modell

I analysen studeras sannolikheten att vid olika tidpunkter efter första vägvalet vara sjukskriven, arbetslös, och motta SA. Resultaten avser status i slutet på respektive månad från december 2007 till och med februari 2009.

I modellen som används skattas sannolikheten att befinna sig i vart och ett av dessa tillstånd vid olika tidpunkter. Effekten av att tillhöra den prioriterade gruppen fångas med hjälp av en variabel som antar värdet 1 om individen tillhör den behandlade gruppen, och 0 annars. De presenterade resultaten beaktar också skillnader som finns i bakomliggande faktorer mellan prioriterade och icke-prioriterade. I bilaga B redovisas effekterna när modellen skattas utan kontroll för dessa faktorer. En detaljerad beskrivning av den statistiska modellen ges i bilaga A.

4.2 Resultat

I detta avsnitt redovisas effekterna av tidiga insatser i form av Sassam och avstämningsmöte som ett genomsnitt för samtliga i urvalet. Längre fram i rapporten studeras effekterna för delgrupper. I analysen medges möjligheten att befinna sig i fler än en status samtidigt. En person som uppbär både sjukpenning och SA på deltid, räknas alltså som både sjukskriven och som mottagare av SA.³⁹ De studerade tillstånden (sjukskrivning, arbetslöshet, mottagande av SA) är inte uttömmande för möjliga tillstånd att befinna sig i. Till exempel kan den största gruppen som lämnar sjukskrivning förväntas återgå i arbete, vilket alltså inte studeras separat. Detta diskuteras närmare i avsnitt 4.4.

Effekterna uttrycks genomgående i form av oddskvoter där värden över 1 signalerar en positiv effekt, det vill säga en förhöjd sannolikhet

att vara i en viss status som ett resultat av att tillhöra den prioriterade i stället för den icke-prioriterade gruppen. Värdet under 1 indikerar det motsatta.

I tabell 3 och sektion A redovisas effekten av att vara prioriterad till Sassam på sannolikheten att vara sjukskriven under de första 15 månaderna efter första vägvalet. Resultaten visar en statistiskt säkerställd förhöjd sannolikhet under de första månaderna, vilket ska tolkas som att insatserna haft en inlåsande verkan för de sjukskrivna. Som tydligast är effekten efter ungefär tre månader, då den uppgår till 4 procent ($0,628/0,604 - 1$). Effekten är emellertid avtagande med tiden.

I sektion B återges effekten på sannolikheten att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen, vilket i regel innebär att personen är öppet arbetslös eller deltagare i ett program.⁴⁰ Effekten är överlag något negativ men är inte statistiskt säkerställd i någon av månaderna. Avslutningsvis redovisas i sektion C sannolikheten att motta SA som en effekt av tidigareläggningen av Sassam. Eftersom en övergång till SA ofta föregås av en lång period av sjukskrivning är sannolikheten att motta SA i anslutning till första vägvalet mycket liten och osäkerheten i skattningarna följaktligen stor. I takt med att allt fler bedöms uppfylla villkoren för rätt till SA framträder emellertid en tydlig skillnad mellan grupperna där de prioriterade i större utsträckning övergår till SA. Från och med juli 2008 är denna skillnad statistiskt säkerställd. Effekten motsvarar en förhöjd sannolikhet att motta SA med 36/44 procent. Effekten är relativt stabil under uppföljningsperiodens sista 8 månader till och med februari 2009 och kan, som konstaterades i avsnitt 3.4, förväntas kvarstå även efter det. En mer detaljerad analys visar att effekterna i första hand drivs av beviljande av SA på deltid. De är också tydligare för SA som beviljats under begränsad tid (maximalt 3 år) jämfört med tills vidare. Möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort den 1 juli 2008.⁴¹

I tabell 4 redovisas effekterna av en tidigareläggning av avstämningsmötet. Dessa effekter är i regel mindre än effekterna för Sassam och inga statistiskt säkerställda skillnader mellan prioriterade och icke-prioriterade återfinns. Således förefaller effekterna av Sassam, det strukturerade samtalet mellan handläggaren och den sjukskrivne, vara större än effekterna av avstämningsmötet. Skillnaden kan emellertid också bero på att experimentet som sådant är svagare, det vill säga att skillnaden i deltagande mellan grupperna är mindre än i Sassam-experimentet. Eftersom experimentet för avstämningsmötet bara innehåller hälften så många observationer behöver effekterna också

vara tydligare för att de ska vara statistiskt säkerställda. Frånvaron av tydliga effekter för avstämningsmöte kan avslutningsvis också bero på den inbördes ordningen mellan Sassam och avstämningsmöte i sjukskrivningsprocessen. Den innebär att effekterna analyseras på olika grupper av sjukskrivna. Resultaten hade eventuellt sett annorlunda ut om avstämningsmötet varit placerad före Sassam i sjukskrivningsprocessen.

Sammanfattningsvis finns inget som tyder på att tidigareläggningen av insatserna skulle ha haft en positiv effekt för de sjukskrivna. Tvärtom har de ökat sannolikheten för framtida sjukskrivning och mottagande av SA i genomsnitt. För att få en uppfattning om vad effekten på sannolikheten att motta SA innebär i antal personer visar en enkel beräkning att effekten i februari 2009 motsvarar ungefär 56 personer ($[0,052-0,044] \cdot 7030$). 56 personer fler i underlaget mottog alltså SA i februari 2009 som en konsekvens av att Sassam och andra insatser tidigarelades än vad som annars hade varit fallet. Eftersom 55 procent (1-0,45) av de prioriterade till och med februari 2009 inte hade deltagit i Sassam och 31 procent av de icke-prioriterade tvärtom hade deltagit är effekten av faktiskt deltagande i Sassam emellertid större än så, närmare bestämt 5,7 procentenheter ($[0,052-0,044]/[0,45-0,31]$). Denna effekt är emellertid inte beräknad på en representativ grupp av sjukskrivna utan avser bara dem som deltog i Sassam men som i frånvaro av tidigareläggningen inte hade deltagit. Dessa kan i genomsnitt förväntas vara en grupp med förhållandevis hög sannolikhet att motta SA.

Den fortsatta framställningen fokuserar på resultaten från Sassam-experimentet.

Tabell 3. Effekter (oddskvoter) av att vara prioriterad till Sassam på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta SA, samt sannolikheten att befinna sig i respektive status

	Sjukskrivning (A)						Arbetslöshet (B)						SA (C)	
	Effekt		Prevalens		Effekt		Prevalens		Effekt		Prevalens		Kontroll	Behandlad
	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad		
Dec-07	1,031	(0,047)	0,827	0,834	0,939	(0,089)	0,047	0,043	11,043	(1,781)	0,000	0,001	0,000	0,001
Jan-08	1,066	(0,038)*	0,686	0,702	0,942	(0,070)	0,079	0,075	0,628	(0,545)	0,001	0,001	0,001	0,001
Feb-08	1,098	(0,036)***	0,604	0,628	1,018	(0,065)	0,092	0,092	0,904	(0,383)	0,002	0,002	0,002	0,002
Mar-08	1,061	(0,035)*	0,534	0,552	0,920	(0,063)	0,107	0,100	0,974	(0,301)	0,003	0,004	0,003	0,004
Apr-08	1,016	(0,035)	0,491	0,498	0,955	(0,061)	0,113	0,108	1,229	(0,229)	0,005	0,007	0,005	0,007
Maj-08	1,044	(0,035)	0,439	0,452	0,963	(0,060)	0,117	0,113	1,130	(0,187)	0,008	0,010	0,008	0,010
Jun-08	1,060	(0,036)	0,387	0,403	0,960	(0,058)	0,124	0,120	1,196	(0,139)	0,015	0,018	0,015	0,018
Jul-08	1,036	(0,037)	0,348	0,358	0,970	(0,057)	0,128	0,125	1,232	(0,105)**	0,027	0,033	0,027	0,033
Aug-08	1,040	(0,037)	0,332	0,344	0,940	(0,057)	0,130	0,124	1,217	(0,102)*	0,029	0,035	0,029	0,035
Sep-08	1,013	(0,038)	0,321	0,327	0,922	(0,056)	0,137	0,129	1,238	(0,099)**	0,031	0,037	0,031	0,037
Okt-08	1,018	(0,038)	0,307	0,313	0,945	(0,056)	0,139	0,133	1,214	(0,096)**	0,033	0,040	0,033	0,040
Nov-08	1,040	(0,038)	0,290	0,301	0,961	(0,055)	0,146	0,141	1,188	(0,092)*	0,037	0,043	0,037	0,043
Dec-08	1,024	(0,039)	0,272	0,280	0,966	(0,053)	0,155	0,150	1,205	(0,090)**	0,039	0,046	0,039	0,046
Jan-09	1,034	(0,040)	0,249	0,257	0,973	(0,052)	0,161	0,157	1,180	(0,087)*	0,042	0,048	0,042	0,048
Feb-09	1,013	(0,041)	0,240	0,246	0,988	(0,052)	0,164	0,162	1,222	(0,085)**	0,044	0,052	0,044	0,052

Ann: Resultat från logistiska regressioner med oberoende variabler (kön, ålder (5 nivåer), anställd/arbetslös/annat, heltid/deltid, dagarsättning (4 nivåer), vägvalsdatum (3 intervaller), gift, utbildningsnivå (4 nivåer), längd på pågående sjukskrivning (4 nivåer), längd på total sjukskrivningshistorik (4 nivåer), tidigare erfarenhet av SA (ja/nej), total tidigare erfarenhet av arbetslöshet (3 nivåer), län (22 nivåer). Antal observationer, 13,547. */**/*** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentnivån.

Tabell 4. Effekter (oddskvoter) av att vara prioriterad till avstämningsmöte på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta SA, samt sannolikheten att vara i respektive status

	Sjukskrivning (A)				Arbetslöshet (B)				SA (C)			
	Effekt		Prevalens		Effekt		Prevalens		Effekt		Prevalens	
	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad	Oddsquot	St.fel	Kontroll	Behandlad
Dec -07	0,919	(0,068)	0,839	0,828	1,054	(0,130)	0,043	0,044	-	-	0,000	0,001
Jan -08	1,000	(0,055)	0,703	0,702	0,931	(0,103)	0,077	0,072	3,356	(1,122)	0,001	0,001
Feb -08	1,027	(0,053)	0,625	0,631	0,913	(0,094)	0,096	0,088	0,887	(0,578)	0,002	0,002
Mar -08	1,004	(0,051)	0,551	0,553	0,887	(0,091)	0,105	0,095	1,201	(0,433)	0,003	0,004
Apr -08	1,057	(0,051)	0,492	0,505	0,967	(0,087)	0,111	0,106	1,146	(0,317)	0,005	0,007
Maj -08	1,053	(0,051)	0,446	0,458	0,919	(0,086)	0,117	0,109	1,138	(0,264)	0,008	0,010
Jun -08	1,004	(0,052)	0,403	0,404	0,983	(0,085)	0,121	0,118	1,117	(0,194)	0,015	0,019
Jul -08	0,981	(0,053)	0,360	0,356	1,001	(0,083)	0,125	0,125	1,003	(0,145)	0,027	0,033
Aug -08	0,981	(0,053)	0,346	0,342	0,956	(0,083)	0,126	0,121	1,048	(0,142)	0,029	0,035
Sep -08	0,970	(0,054)	0,330	0,324	1,009	(0,082)	0,129	0,129	1,090	(0,137)	0,031	0,038
Okt -08	0,951	(0,055)	0,318	0,308	0,995	(0,081)	0,134	0,132	1,122	(0,134)	0,033	0,041
Nov -08	0,969	(0,055)	0,304	0,298	0,975	(0,079)	0,143	0,140	1,056	(0,130)	0,037	0,043
Dec -08	0,919	(0,057)	0,287	0,272	1,008	(0,077)	0,150	0,150	1,090	(0,126)	0,039	0,047
Jan -09	0,927	(0,058)	0,264	0,251	0,942	(0,076)	0,161	0,153	1,076	(0,123)	0,042	0,049
Feb -09	0,942	(0,059)	0,250	0,241	0,920	(0,075)	0,167	0,157	1,099	(0,119)	0,044	0,053

Anmär: Resultat från logistiska regressioner med oberoende variabler (kön, ålder (5 nivåer), anställt/arbetslös/annat, heltid/deltid, dagarsättning (4 nivåer), vägvalsdatum (3 intervaller), gift, utbildningsnivå (4 nivåer), längd på pågående sjukskrivning (4 nivåer), längd på total sjukskrivningshistorik (4 nivåer), tidigare erfarenhet av SA (ja/nej), total tidigare erfarenhet av arbetslöshet (3 nivåer), län (22 nivåer). Antal observationer, 6,517. **/**/** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentsnivån.

4.3 Känslighetsanalys

I avsnitt 3.2 konstaterades att det fanns en obalans i sammansättningen mellan prioriterade och icke-prioriterade i experimentet för Sassam. De prioriterade innehöll en signifikant högre andel kvinnor samt var i genomsnitt något yngre än personerna som inte blev prioriterade. Dessutom hade de en mer omfattande sjukskrivningshistorik. Risken finns att dessa skillnader i någon utsträckning har påverkat resultaten. Exempelvis innebär det faktum att en period med SA ofta föregås av en längre tids sjukskrivning att individer i den prioriterade gruppen redan från början löpte en större risk att så småningom övergå till SA. Resultaten skulle alltså vara överskattade i detta avseende.

En annan risk är att urvalsprocessen till experimentet på något sätt påverkades på ett otillbörligt sätt. Exempelvis skulle handläggare som inte ville att individer födda en jämn dag skulle genomgå Sassam och avstämningsmöte tidigt i sjukfallet valt att i stället kategorisera ärendet som ett prognosärende vid första vägvalet, alternativt genomfört första vägvalet antingen före eller efter urvalsperioden (5 november – 14 december 2007). Denna risk torde emellertid varit liten av två orsaker. För det första gjordes den första bedömningen, det vill säga bedömningen vid första vägvalet, och bedömningen av behovet av Sassam och avstämningsmöte, av två olika handläggare. Bara handläggaren som genomförde den sista bedömningen var informerade om på vilka grunder indelningen av prioriterade och icke-prioriterade gjordes. För det andra innebar det faktum att man tillhörde den prioriterade gruppen inte att man med nödvändighet skulle delta i en utredning.

Ett sätt att testa om resultaten för mottagande av SA är överskattade är att upprepa analysen på en utvidgad och mer balanserad population än experimentpopulationen. 94 procent i experimentpopulationen påbörjade sina sjukskrivningar i intervallet 1 september - 30 november. Under denna period påbörjades sammanlagt 87 136 sjukfall, varav 13 547 således nådde första vägvalet och kategoriserades som aktiva ärenden mellan 5 november och 14 december. Ytterligare 23 013 individer bedömdes under samma period som prognosärenden, medan resterande 50 576 (87 136 - 23 013 - 13 547) inte genomgick första vägvalet under den aktuella perioden. I tabell C1 (bilaga C) delas denna totala population in enligt samma kriterier som i experimentet, det vill säga efter födelsedag och födelsemånad. Som framgår av

tabellen är denna population mer balanserad än experimentpopulationen. Exempelvis finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i sjukskrivningshistorik.

Genom att upprepa analysen på denna population ges en indikation på om olikheterna mellan S-behandlade och S-kontroller påverkat resultaten. Om det finns en förhöjd sannolikhet att uppbära SA, ges stöd åt resultaten i huvudanalysen. Eftersom endast 15 procent (13 547 av 87 136) av den totala populationen ingick i experimentet, kan emellertid resultaten förväntas vara avsevärt utspädda. Detta bekräftas också av tabell C2, där resultaten för SA redovisas. Effekterna är mindre än i huvudanalysen, men de är positiva och statistiskt säkerställda från september månad och framåt. Således stärks slutsatsen från huvudanalysen som säger att tidigarelagda utredningar i form av Sassam ökar sannolikheten för framtida mottagande av SA.⁴²

4.4 Andra möjliga avslutsorsaker

En brist i analysen är att det saknas uppgifter om huruvida en person arbetar en viss månad. Ett rimligt antagande är att de allra flesta som var anställda vid sjukfallets start, och som inte befann sig i sjukskrivning, arbetslöshet eller mottog SA vid olika tidpunkter, var tillbaka i arbete. Ett sätt att pröva detta antagande är att analysera hur stor andel av dem som inte befann sig något av de studerade tillstånden som hade en redovisad inkomst från arbete under 2008. En hög andel skulle antyda att andra möjliga arbetsmarknadsutfall efter sjukskrivningen, som till exempel att få försörjning från studiemedelssystemet eller via försörjningsstöd, är ovanliga. En uppdelning av urvalet på anställda och arbetslösa vid sjukfallets start visar att andelen anställda som i november 2008 befann sig i en annan status än de som redovisas var 54 procent. Av dessa hade 98 procent en rapporterad arbetsinkomst under 2008.⁴³ Återgång i arbete förefaller således vara den klart dominerande orsaken till att avsluta en sjukskrivning i denna grupp. Resultaten gäller för såväl S-behandlade som S-kontroller.

För arbetslösa var andelen som befann sig i ett annat tillstånd än de som redovisas 23 procent, det vill säga betydligt lägre än för anställda. Andelen med en rapporterad arbetsinkomst under 2008 var också lägre, 80 procent, vilket antyder att en högre andel av de som lämnar sjukskrivning i denna grupp också lämnar arbetskraften, dock inte med SA. Intressant att notera är att andelen med en arbetsinkomst är något lägre bland S-kontrollerna (67 %) jämfört S-behandlade (80%).

Det kan betyda att S-kontrollerna i högre utsträckning lämnar arbetskraften i stället för att fortsätta motta sjukpenning eller SA. Om så är fallet analyseras dock inte närmare inom ramen för denna studie.

4.5 De nya reglerna 2008

Sjukförsäkringen genomgick en rad förändringar i och med det reformpaket som trädde i kraft 1 juli 2008. De förändringar som i första hand berör det här experimentet är införandet av fasta tidsgränser för prövning av rätten till sjukpenning samt nya regler för rätt till SA. För den studerade gruppen av sjukskrivna, som påbörjade sina sjukskrivningsepisoder före den 1 juli 2008, gällde de nya sjukskrivningsreglerna först från och med 1 januari 2009. Eftersom mätperioden i experimentet sträcker sig till och med februari 2009 är det rimligt att anta att de som ingick i experimentet endast påverkades marginellt, om alls, av införandet av tidsgränser under den studerade perioden.

Sjukskrivningstiderna kan emellertid ha påverkats av de nya skärpta reglerna för rätt till SA. Arbetsförmågan ska sedan 1 juli 2008 vara bedömd som stadigvarande, och inte långvarigt, nedsatt för att ersättning ska beviljas. Dessutom har den tidsbegränsade sjukersättningen tagits bort. Tiden före 1 juli intensifierades Försäkringskassans arbete med att utreda och bedöma möjligheten att bevilja SA främst bland de långa sjukfallsärendena. Arbetet förefaller ha haft betydelse, eftersom andelen mottagare av SA ökar tydligt månaderna fram till juli 2008 (se tabell 3). Ingen skillnad kan emellertid noteras i uppgången mellan prioriterade och icke-prioriterade. Därmed finns inget som tyder på att införandet av de nya reglerna skulle ha påverkat de effekter som konstateras.

4.6 Tolkning av resultaten

För att inte resultaten ovan ska leda till att felaktiga slutsatser dras och fel åtgärder vidtas är det angeläget att förstå de mekanismer som leder fram till att sannolikheten för framtida mottagande av sjukpenning och SA ökar som en följd av tidiga insatser.

I den förklaringsmodell som används finns ett antal utgångspunkter. En första är att sjukskrivna skiljer sig åt i två för utfallet viktiga avseenden, dels graden av ohälsa, dels i drivkrafter att återgå i arbete.⁴⁴ Att sjukskrivna skiljer sig åt beträffande exempelvis diagnos, ålder

och annat hälsorelaterat är naturligt på samma sätt som att kostnaden för sjukfrånvaron, hur väl man fungerar på arbetsplatsen, och annat icke hälsorelaterat påverkar individens drivkrafter att återgå i arbete. Att sjukfrånvaron påverkas av andra faktorer än ohälsa är som påpekades i inledningen väl etablerat i den empiriska forskningslitteraturen. En andra utgångspunkt är att handläggaren, som är den som bedömer behovet av rehabiliteringsinsatser och rätten till sjukpenning, inte har full information om individens hälsa och drivkrafter för arbete. Tvärtom kan individen själv antas vara den som har mest information om arbetsförmågan och möjligheterna att återgå i arbete. Det finns således ett visst utrymme för den sjukskrivne att själv påverka sin sjukfrånvaro.

En tredje utgångspunkt är att det oavsett hur Försäkringskassan agerar och hur aktiva olika aktörer är i att erbjuda rehabiliteringsinsatser finns ett ständigt utflöde från sjukskrivning. Antalet individer som lämnar sjukpenning är högt initialt eftersom andelen sjukskrivna med förhållandevis lindriga åkommor och beräknat kort konvalescenstid då är relativt hög. Eftersom kostnaden för sjukfrånvaron stiger med tiden som sjukskrivna bör andelen sjukskrivna med förhållandevis svaga drivkrafter att återgå i arbete också vara högre bland korta än bland längre ärenden. En viktig implikation av att tidigarelägga Sassam och bedömningen av behovet av rehabilitering är således att bedömningen då sker på en grupp sjukskrivna med i genomsnitt bättre hälsa och lägre drivkrafter att återgå i arbete än annars.

Ett tidigareläggande av Sassam torde innebära en ökad sannolikhet för samtliga typer av sjukskrivna att motta Sassam. Effekten på sannolikheten att därefter bli föremål för rehabiliteringsinsatser kan emellertid förväntas variera. Till exempel bör sjukskrivna med relativt god hälsa och hög arbetsmotivation (eller hög kostnad för sjukfrånvaro) vara en grupp som endast i marginell utsträckning påverkas. För dessa kommer utredningen inte att ge upphov till efterföljande rehabiliteringsinsatser. I stället kommer den sjukskrivne att återgå i arbete när läkarintyget löper ut. För individer med relativt dålig hälsa och med behov av insatser kommer en tidigareläggning av Sassam tvärtom att leda till att relativt fler får insatser tidigt i sjukfallet. En tidigareläggning innebär också att personer som inte bedöms kunna återgå i arbete kan identifieras i ett tidigare skede vilket möjliggör en snabbare övergång till SA. Detta är att betrakta som ett positivt resultat, eftersom att de då når en permanent lösning tidigare och slipper fortsatt prövning i sjukskrivningsprocessen.

Den grupp av sjukskrivna som är svårast för handläggaren att bedöma är gruppen med relativt god hälsa men med låga kostnader för sjukfrånvaro. Dessa har i genomsnitt lägre motivation att lämna sjukskrivning, och deltagande i Sassam blir för dem en möjlighet att kommunicera sin bristande hälsa till handläggaren på ett sätt som annars inte hade varit möjligt. Utredningen riskerar således att felaktigt identifiera sjukskrivna i denna grupp som i behov av insatser. Att så är fallet är de konstaterade inlåsningseffekterna ett stöd för. Tidigareläggningen har för denna grupp en negativ effekt, eftersom sjukfrånvaron riskerar att förlängas och sannolikheten att övergå till SA öka.

Ett sätt att testa hur denna tolkning av resultaten står sig i en empirisk prövning är att jämföra effekterna för individer med olika hälsa och kostnader för sjukskrivning. Ett problem är emellertid att data inte innehåller exakt information om detta. I kapitel 2 redovisades dock att arbetslösa i jämförelse med anställda har mindre att förlora ekonomiskt på att bli, och förbli, sjukskrivna. Med de överlag gynnsammare ersättningsvillkoren i sjukförsäkringen har många arbetslösa tvärtom ekonomiskt att vinna på en övergång från arbetslöshet till sjukskrivning. Det är också rimligt att anta att den genomsnittliga hälsan är sämre bland arbetslösa än bland anställda. En prediktion baserad på denna teoretiska modell skulle således vara att effekterna av en tidigareläggning av insatser i sjukskrivningsprocessen är större för arbetslösa än för anställda, både i form av inlåsning i sjukskrivning och i övergångar till SA. Hur denna prediktion stämmer överens med verkligheten studeras i följande avsnitt.

4.7 Effekter för anställda respektive arbetslösa

I tabell 5 redovisas resultaten av ett tidigareläggande av Sassam då effekterna för anställda och arbetslösa studeras separat. Överlag förefaller Sassam endast ha liten eller ingen effekt på sannolikheten att vid olika tidpunkter vara sjukskriven (sektion A) för anställda. Undantaget är februari 2008, ungefär tre månader in i uppföljningsperioden, då effekten är positiv och statistiskt säkerställd. Det innebär att vissa inlåsningseffekter ändå finns för denna grupp. För arbetslösa har de tidiga insatserna haft en större inverkan. Efter de inledande 3-4 månaderna är effekten positiv och statistiskt säkerställd i 7 av 8 månader. Effekten uppgår till en ökad risk för sjukskrivning med mellan 4 och 17 procent under de 15 månader som följde experimentet.

Av sektion B framgår att de något negativa effekterna på sannolikheten för framtida arbetslöshet som konstaterades i tabell 3 uteslutande kan härledas till gruppen arbetslösa. Medan effekten för anställda är nära 0 eller svagt positiv, är den tvärtom negativ för arbetslösa. Effekten är svagt statistiskt signifikant i 4 av 6 månader mellan maj och oktober 2008. Till sist förefaller den i genomsnitt förhöjda sannolikheten att motta SA kunna härledas till både anställda och arbetslösa (sektion C). Efter det första halvåret efter vägvalet är effekten emellertid flerdubbelt större för arbetslösa än för anställda, 36-67 procent jämfört med 8-20 procent.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de tidigare insatserna för de arbetslösa har lett till färre i arbetslöshet och fler i SA. Detta är att betrakta som en negativ effekt, eftersom fler lämnat arbetskraften. Detsamma gäller de anställda vars effekter visserligen är mindre men där personer i stället för att återgå i arbete övergår till SA efter sjukskrivning. Resultaten från denna analys stöder tolkningen att effekten av en tidigare läggning kan förväntas vara beroende av individens hälsa och kostnad för sjukskrivning. Risker för inlåsnings effekter är större för arbetslösa som överlag har sämre ekonomiska drivkrafter att lämna sjukskrivning. De kan också förväntas ha sämre hälsa i genomsnitt. Inlåsnings i sjukskrivning ökar i sin tur risken för övergång till SA på längre sikt, vilket också bekräftas av analysen.

Tabell 5. Effekter (oddskvoter) av tidigarelagt Sassam på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta SA, för anställda respektive arbetslösa

	Sjukskrivning (A)						Arbetslöshet (B)						SA (C)	
	Anställda		Arbetslösa		Anställda		Arbetslösa		Anställda		Arbetslösa		Oddsquot	St.fjel
	Oddsquot	St.fjel	Oddsquot	St.fjel	Oddsquot	St.fjel	Oddsquot	St.fjel	Oddsquot	St.fjel	Oddsquot	St.fjel		
Dec -07	1,020 (0,053)	1,151 (0,138)	1,068 (0,125)	0,857 (0,136)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jan -08	1,038 (0,042)	1,193 (0,115)	1,000 (0,093)	0,931 (0,116)	3,752 (1,091)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Feb -08	1,084 (0,040)**	1,142 (0,110)	1,047 (0,085)	1,048 (0,112)	2,634 (0,577)	0,351 (1,112)	0,611 (0,703)	1,223 (0,465)	1,076 (0,393)	1,568 (0,292)	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*
Mar -08	1,023 (0,039)	1,370 (0,108)***	1,018 (0,081)	0,846 (0,109)	1,503 (0,421)	0,611 (0,703)	1,223 (0,465)	1,076 (0,393)	1,568 (0,292)	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*
Apr -08	0,992 (0,039)	1,203 (0,108)*	1,016 (0,077)	0,885 (0,109)	1,470 (0,297)	1,223 (0,465)	1,076 (0,393)	1,568 (0,292)	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*
Maj -08	1,015 (0,039)	1,267 (0,108)**	1,052 (0,076)	0,835 (0,108)*	1,294 (0,229)	1,076 (0,393)	1,568 (0,292)	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*
Jun -08	1,039 (0,040)	1,246 (0,108)**	1,023 (0,073)	0,904 (0,107)	1,291 (0,170)	1,568 (0,292)	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*
Jul -08	1,012 (0,041)	1,188 (0,109)	1,051 (0,071)	0,886 (0,107)	1,223 (0,123)*	1,765 (0,236)**	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Aug 08	1,019 (0,041)	1,217 (0,109)*	1,028 (0,071)	0,824 (0,107)*	1,224 (0,120)*	1,686 (0,228)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Sep -08	0,982 (0,042)	1,208 (0,111)*	1,003 (0,069)	0,818 (0,107)*	1,267 (0,116)**	1,562 (0,219)**	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Okt -08	0,987 (0,042)	1,270 (0,111)**	1,033 (0,068)	0,826 (0,108)*	1,232 (0,112)*	1,502 (0,215)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Nov -08	1,023 (0,043)	1,171 (0,112)	1,007 (0,066)	0,912 (0,108)	1,207 (0,108)*	1,500 (0,208)*	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Dec -08	1,011 (0,044)	1,184 (0,113)	1,012 (0,065)	0,913 (0,107)	1,244 (0,105)**	1,406 (0,201)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Jan -09	1,027 (0,045)	1,162 (0,114)	1,005 (0,063)	0,959 (0,108)	1,197 (0,102)*	1,390 (0,198)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*
Feb -09	1,009 (0,046)	1,103 (0,115)	1,019 (0,062)	0,975 (0,107)	1,253 (0,099)**	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*	1,412 (0,193)*

Anm: Resultat från logistiska regressioner med oberoende variabler (kön, ålder (5 nivåer), anställd/arbetslös/annat, heltid/deltid, dagsättning (4 nivåer), vägvälsdatum (3 intervaller), gift, utbildningsnivå (4 nivåer), längd på pågående sjukskrivning (4 nivåer), längd på total sjukskrivningshistorik (4 nivåer), tidigare erfarenhet av SA (ja/ne), total tidigare erfarenhet av arbetslöshet (3 nivåer), län (22 nivåer). Antal observationer, anställda: 1 077, arbetslösa: 1 561. **/**/**** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentnivån.

5 Avslutande diskussion

Denna studie visar att ett tidigare agerande av Försäkringskassan i sjukskrivningsprocessen kan leda till högre sjukfrånvaro och fler mottagare av SA. Resultaten är nedslående för dem som förbehållslöst lyfter fram tidiga insatser som en verkningsfull strategi för att minska sjukfrånvaron och hjälpa människor tillbaka i arbete. Idén att insatser har bättre förutsättningar att göra nytta tidigt än sent i en process kan verka intuitivt riktig men förutsätter att individer i behov av insatser kan särskiljas från individer som inte är det, samt att de insatser som sätts in är effektiva. Att så skulle vara fallet har emellertid inget tydligt stöd i tidigare forskning.

En tolkning av resultaten med stöd i både teoretisk och empirisk forskning, samt i en fördjupad analys av underlaget, ger att effekterna av en tidigareläggning av insatser kan förväntas vara olika för olika grupper av sjukskrivna. För gruppen sjukskrivna med förhållandevis dålig hälsa har tidigareläggningen inneburit att behandling har kunnat sättas in tidigare. Under förutsättning att insatserna haft en gynnsam inverkan har detta således haft en positiv effekt på återgången i arbete. För en annan grupp, med mer varaktigt nedsatt arbetsförmåga, har den tidigare utredningen också haft avsedd verkan eftersom den inneburit att den sjukskrivne kunnat övergå till SA och en mer permanent ersättning snabbare.

För individer med relativt god hälsa men med låga drivkrafter att återgå i arbete har tidigareläggningen emellertid haft negativa effekter utifrån samhällets perspektiv. Tidiga insatser för denna grupp kan fungera som en möjlighet att kommunicera dålig hälsa på ett sätt som annars inte hade varit möjligt. I stället för att återgå i arbete har de i många fall felaktigt identifierats som individer i behov av insatser vilket har förlängt deras sjukfrånvaro och ökat risken för övergång till SA. Det grundläggande problemet här är alltså det informationsöver-

tag den sjukskrivne har i förhållande till handläggaren beträffande möjligheterna att kunna återgå i arbete. Till skillnad från ovanstående grupper ska utredning för denna grupp idealt sett ske så sent som möjligt. Detta för att minimera risken för felaktig bedömning. En parallell kan här dras till Parsons (1991) *självselektionsmodell* ("self-screening model"), där långa väntetider innan beslut om rätten till SA förväntas leda till färre ansökningar. Orsaken är den osäkerhet om den slutliga bedömningen som finns samt den kostnad som sjukfrånvaron medför.

Utöver att rätt individer ska identifieras ska också rätt insatser identifieras för individen. Faktum är att de redovisade resultaten är förenliga med dem som skulle förväntas om insatserna haft en negativ inverkan på återgången i arbete. Visst stöd finns också i forskningen för att aktiva insatser kan ha negativa effekter. Parsons (1978) förutspår exempelvis att de kan skapa eller förstärka en sjukdomsidentitet hos den sjukskrivne. Anderzén med flera (2008) finner också att aktiva insatser förlängde sjukfrånvaron för en grupp långtidssjukskrivna som deltog i ett samverkansprojekt i Uppsala län 2008. Om arbetslösa jämfört med anställda är mer benägna att definiera sig själva som sjuka under deltagande i en insats, ger experimentet ingen möjlighet att skilja mellan denna och ovan redovisade tolkning av resultaten.

Resultaten kan hänföras till tiden innan den nya sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringskedjans införande 2008. Denna har inneburit att utredning av arbetsförmåga och behov av rehabilitering idag sker tidigare i sjukfallet än tidigare, och i anslutning till tidsgränserna vid 90 och 180 dagar. Därmed kan riskerna för att sjukskrivna felaktigt identifieras som individer i behov av aktiva insatser förväntas ha ökat. På det hela taget har de nya reglerna dock sannolikt haft en dämpande effekt på sjukfrånvaron. Inte minst sedan ärenden inte längre kan pågå hur länge som helst utan att någon utredning genomförs. ISF (2010) konstaterar också att tidsgränserna haft avsedd verkan så till vida att fler sjukfall avslutas i anslutning till tidsgränserna. De nya reglerna har gjort sjukskrivningsprocessen mer transparent och rollerna för dess aktörer tydligare. Det har också blivit svårare att beviljas sjukersättning, eftersom den tidsbegränsade ersättningsformen är borttagen och reglerna för att bli berättigad till den permanenta ersättningen har skärpts. Sammantaget ställer den nya sjukförsäkringen högre krav på ohälsa för rätt till ersättning. Detta bör ha ökat förutsättningarna för korrekta bedömningar tidigt i sjukfallen.

Trots att rapporten belyser svårigheterna och de potentiellt negativa sidorna med ett tidigt agerande i sjukskrivningsprocessen, ska de inte tolkas som att tidigt agerande helt bör undvikas. Tvärtom är det troligt att denna strategi har positiva effekter för många sjukskrivna. Utgångspunkten för de rekommendationer som lämnas är därför att ett tidigt agerande är något som i möjligaste mån bör eftersträvas, men att omständigheter som idag försvårar handläggarnas bedömningar i möjligaste mån bör elimineras.

Den första och viktigaste åtgärden är att separera processen av bedömningen av rehabiliteringsbehovet från processen av bedömningen av rätten till SA. Med nuvarande ordning har individer med låga kostnader för sjukskrivning och som av olika orsaker föredrar sjukskrivning och SA framför återgång i arbete eller arbetslöshet drivkrafter att kommunicera sin ohälsa till handläggaren. Detta beror på att handläggarna både har till uppgift att bedöma behovet av rehabilitering och kan påverka beslutet om rätten till SA. Dessa dubbla roller, där handläggaren ska fungera både som ett stöd för individen i att komma åter i arbete och som en kontrollfunktion i försäkringen, försvårar arbetet avsevärt. Om processerna särskiljs och bedömningen av rätten till SA i stället hanteras av en oberoende part skulle handläggarens arbete underlättas.

Resultaten belyser också behovet av en utjämning av ersättningsvillkoren inom sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. I rapporten konstateras att effekterna av tidigareläggningen på framtida mottagande av sjukpenning och SA var större för arbetslösa än för anställda. Samtidigt har många arbetslösa högre ersättning som sjukskrivna än som arbetslösa. Tidigare forskning har visat hur olikheterna i ersättningsvillkoren leder till ett önskat högt flöde från arbetslöshet- till sjukförsäkringen.⁴⁵ En harmonisering av villkoren skulle minska de ekonomiska drivkrafterna för arbetslösa att bli sjukskrivna, vilket skulle underlätta handläggarens arbete med att kartlägga rehabiliteringsbehovet i denna grupp.

Avslutningsvis bör lyftas fram behovet av empiriska studier av olika rehabiliteringsinsatsers effekter på återgång i arbete. Idag saknas tydligt stöd i forskningen för att de medicinska och arbetslivsinriktade insatser som sätts in är verkningsfulla. En förutsättning för att ett tidigt agerande ska ha önskad verkan är att de insatser som sätts in förbättrar individens möjligheter att återgå i arbete.

Referenser

- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson, A-S., Johansson, P., Lindahl E., och U. Winblad (2008): *Samverkan i resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning*, IFAU-rapport 2008:8.
- Engström, P., Goine, H., Johansson, P., Palmer, E. och P. Tollin (2010): *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* IFAU-rapport 2010:11.
- Sjögren Lindquist och Wadensjö (2011): *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*, ESO-rapport 2011:4.
- Sjögren Lindquist och Wadensjö (2007): *Ett svårt pussel – kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*, ESS-rapport 2007:1.
- Sjögren Lindquist och Wadensjö (2005): *Inte bara socialförsäkringar – kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*, ESS-rapport 2005:2.
- Försäkringskassan (2004): *Sjukpenning och samordnad rehabilitering, Vägledning 2004:2*, version 16.
- Försäkringskassan (2010): *Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till?* Socialförsäkringsrapport 2010:8.
- Hall, C. och L. Hartman (2010): "Moral hazard among the sick unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform", *Empirical Economics*, vol. 39(1), s. 27-50.
- Hesselius P., Johansson, P. och L. Larsson (2005): "Monitoring Sickness Insurance Claim-ants: Evidence from a Social Experiment", IFAU Working Paper 2005:15.
- Hesselius, P. och M. Persson (2007): "Incentive and spill-over effects of supplementary sickness compensation", Working paper 2007:16, IFAU.
- Hesselius, P., Johansson, P., och P. Nilsson (2009): "Sick of your colleagues' absence?", IFAU Working Paper 2009:2.
- ISF (2010): *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*, Rapport 2010:1.

Johansson, P. och E. Lindahl (2010): "Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment", IFAU Working paper 2010:11.

Johansson, P. och M. Palme (2005): "Moral Hazard and Sickness Insurance", *Journal of Public Economics*, 89, s. 1879-1890.

Larsson, L. (2006): "Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance", *The Scandinavian Journal of Economics*, vol 108, s. 97-113.

OECD (2009): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Sweden: Will the Recent reforms Make it?* Rapport. OECD.

Parsons, D. (1991): "Self-Screening in Targeted Public Transfer Programs", *The Journal of Political Economy*, 99, s. 859-876.

Parsons, T. (1978): *Action Theory and the Human Condition*, Free Press, New York.

Proposition 2002/03:89: *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*

Sjöstrand, M. (2007): "Personnumren tar snart slut och måste därför ersättas", DN-debatt 2007-02-23.

Skogman Thoursie, P. (2004): "Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?", *Journal of Applied Econometrics*, 19 (6), s. 809-823.

Skogman Thoursie, P. (2007): "Happy Birthday! You Are Insured! Gender Differences in Work Ethics", *Economics Letters*, 94, s. 141-145.

Bilaga A

Statistisk modell

För att skatta effekten av att tillhöra den prioriterade gruppen används en logistisk regressionsmodell. Den skattar log-oddset för att befinna sig i tillståndet j , där j = sjukskrivning, arbetslöshet eller mottagande av SA i slutet av respektive månad, m , $m = 1, \dots, 15$ efter vägvalet. Modellen skattas såväl med som utan kontroll för skillnader i observerade bakomliggande egenskaper och erfarenheter, som fångas i X .

Separata skattningar för varje tillstånd och varje månad mellan december 2007 och februari 2009 har genomförts med hjälp av maximum likelihood. Det betyder att för varje månad m , varje tillstånd j , och för varje individ i har skattats:

$$\text{Log}\{E(Y_{im}^j)/(1 - E(Y_{im}^j))\} = a_m^j + X_i' b_m^j + T_i,$$

där $T_i = 1$ om individen tillhör den prioriterade gruppen, och $T_i = 0$ annars. Effekten av att tillhöra den prioriterade gruppen till antingen Sassam och avstämningsmöte analyseras separat. Den ökade sannolikheten (oddset) att befinna sig i tillståndet j i månad m för en individ i i en prioriterad grupp kan därmed härledas som (g_m^j) .

Bilaga B

Tabell B1. Effekter (oddskvoter) av tidigarelagt Sassam och avstämningsmöte på sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta SA, utan kontroll för bakomliggande faktorer

	Sjukskrivning (A)			Arbetslöshet (B)			SA (C)		
	Avstämningsmöte			Avstämningsmöte			Avstämningsmöte		
	Sassam	Oddsquot	St.fjel	Sassam	Oddsquot	St.fjel	Sassam	Oddsquot	St.fjel
Dec -07	1,046 (0,046)	0,918 (0,067)	0,919 (0,083)	1,030 (0,122)	2,158 (0,866)	-	-	-	
Jan -08	1,079 (0,037)**	0,998 (0,054)	0,936 (0,065)	0,928 (0,094)	0,647 (0,517)	-	-	-	
Feb -08	1,108 (0,035)***	1,028 (0,051)	1,006 (0,060)	0,914 (0,086)	0,944 (0,366)	0,766 (0,541)			
Mar -08	1,072 (0,035)**	1,008 (0,050)	0,928 (0,057)	0,893 (0,083)	1,034 (0,292)	1,115 (0,418)			
Apr -08	1,029 (0,034)	1,056 (0,050)	0,953 (0,055)	0,958 (0,080)	1,222 (0,223)	1,071 (0,306)			
Maj -08	1,056 (0,035)	1,050 (0,050)	0,964 (0,054)	0,920 (0,078)	1,135 (0,127)	1,090 (0,255)			
Jun -08	1,070 (0,035)*	1,005 (0,051)	0,963 (0,053)	0,972 (0,076)	1,194 (0,177)	1,077 (0,187)			
Jul -08	1,047 (0,036)	0,982 (0,052)	0,971 (0,052)	0,993 (0,075)	1,209 (0,101)*	0,983 (0,139)			
Aug 08	1,052 (0,036)	0,982 (0,052)	0,947 (0,052)	0,954 (0,075)	1,196 (0,098)*	1,022 (0,135)			
Sep -08	1,027 (0,037)	0,972 (0,053)	0,931 (0,051)	0,997 (0,074)	1,215 (0,095)**	1,058 (0,131)			
Okt -08	1,032 (0,037)	0,956 (0,053)	0,950 (0,050)	0,987 (0,073)	1,192 (0,092)*	1,073 (0,127)			
Nov -08	1,054 (0,038)	0,975 (0,054)	0,963 (0,049)	0,970 (0,071)	1,170 (0,088)*	1,022 (0,123)			
Dec -08	1,040 (0,039)	0,927 (0,055)	0,965 (0,048)	0,998 (0,069)	1,182 (0,086)*	1,052 (0,119)			
Jan -09	1,049 (0,040)	0,934 (0,057)	0,971 (0,047)	0,945 (0,068)	1,156 (0,083)*	1,043 (0,116)			
Feb -09	1,030 (0,040)	0,950 (0,058)	0,985 (0,047)	0,926 (0,067)	1,190 (0,081)**	1,062 (0,112)			

Ann: Resultat från logistiska regressioner utan förklarande variabler. Antal observationer, Sassam: 13,547, avstämningsmöte: 6,517. **/**/** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentnivån.

Tabell C1. Beskrivning av den totala populationen (alla påbörjade ärenden 1 September - 30 November 2007), genomsnitt

	S- behandlade	S- kontroller	t- värde	A- behandlade	A- kontroller	t- värde
Kvinna	0,61 (0,00)	0,61 (0,00)	2,37	0,61 (0,00)	0,61 (0,00)	-0,68
Ålder	46,3 (0,06)	46,5 (0,06)	-1,94	46,4 (0,08)	46,2 (0,08)	2,26
Grundskola	0,17 (0,00)	0,17 (0,00)	-0,98	0,17 (0,00)	0,16 (0,00)	1,53
Gymnasieskola	0,54 (0,00)	0,54 (0,00)	0,98	0,54 (0,00)	0,54 (0,00)	-0,71
Universitet/högskola	0,29 (0,00)	0,29 (0,00)	-0,26	0,29 (0,00)	0,29 (0,00)	-0,54
Tidigare sjukskrivning (dagar) ^a	150 (1,30)	149 (1,27)	0,27	151 (1,86)	149 (1,81)	0,62
Tidigare arbetslöshet (dagar) ^b	450 (3,37)	451 (3,29)	-0,15	448 (4,77)	452 (4,76)	-0,66
Tidigare SA (dagar) ^c	0,51 (0,00)	0,51 (0,00)	0,31	0,51 (0,00)	0,51 (0,00)	-0,41
Arbetslös ^d	0,09 (0,29)	0,09 (0,29)	1,25	0,09 (0,00)	0,09 (0,00)	-0,05
Sassam ^e	0,17 (0,00)	0,14 (0,00)	10,67	0,17 (0,00)	0,16 (0,00)	2,77
Avstämningsmöte ^e	0,13 (0,00)	0,12 (0,00)	3,84	0,13 (0,00)	0,12 (0,00)	2,89
Antal observationer	42 370	44 766		20 987	21 383	

Anm: ^a Anger nettodagar sedan 1995. ^b Anger bruttodagar sedan 2000. ^c Anger nettodagar sedan 1995. ^d Avser status vid sjukskrivningens start. ^e Avser andel som mottagit aktiviteten till och med februari 2009 av de som genomgick vägval mellan 5 november och 14 december och som där klassificerades som aktiva ärenden. Inkluderar inga uppgifter från Skåne och Västra Götaland.

Tabell C2. Effekt (oddskvot) av tidigarelagt Sassam på sannolikheten för SA, total population

	<i>Oddskvot</i>	<i>St.fel</i>
Dec -07	1,208	(0,221)
Jan -08	1,067	(0,177)
Feb -08	1,183	(0,160)
Mar -08	1,163	(0,168)
Apr -08	1,115	(0,117)
Maj -08	1,022	(0,101)
Jun -08	1,042	(0,080)
Jul -08	1,121	(0,063)
Aug 08	1,104	(0,061)
Sep -08	1,115	(0,059)*
Okt -08	1,106	(0,057)*
Nov -08	1,102	(0,055)*
Dec -08	1,122	(0,053)**
Jan -09	1,091	(0,051)*
Feb -09	1,105	(0,050)**

Anm: Resultat från logistiska regressioner med oberoende variabler (kön, ålder (5 nivåer), anställd/arbetslös/annat, heltid/deltid, dagarsättning (4 nivåer), vägvalsdatum (3 intervaller), gift, utbildningsnivå (4 nivåer), längd på total sjukskrivningshistorik (4 nivåer), tidigare erfarenhet av SA (ja/nej), total tidigare erfarenhet av arbetslöshet (3 nivåer), län (22 nivåer). Antal observationer: 87,136. */**/** signalerar statistisk signifikans på 10/5/1-procentsnivån.

Noter

- ¹ Studier har också visat att sjukfrånvaron ökar för män i samband med sportevenemang (Skogman Thoursie, 2004), samt för yngre män i samband med den egna födelsedagen (Skogman Thoursie, 2007).
- ² Sassam är en förkortning av Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshantering och SAMordnad rehabilitering.
- ³ Se Försäkringskassan, 2006.
- ⁴ 3 kap. 8 a § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).
- ⁵ 20 kap. 3 § andra stycket AFL.
- ⁶ Försäkringskassan vägledning Sjukpenning och samordnad rehabilitering 2004:2 (version 16) s. 124 ff.
- ⁷ Prop. 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet* s 2.
- ⁸ 7 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, (SjLL) och 3 § första stycket AFL.
- ⁹ 4 § första stycket och 10 § första och andra stycket AFL.
- ¹⁰ 6 § första stycket 1 SjLL och 3 kap. 4 § första stycket 1 AFL.
- ¹¹ 3 kap. 8 § andra och femte stycket AFL och 10 § första stycket 1 och 2 SjLL.
- ¹² 3 kap. 2 § andra stycket och 10 a § första stycket 2 AFL.
- ¹³ 3 kap. 4 § första stycket 3 AFL.
- ¹⁴ 7 kap. 1 § första stycket AFL.
- ¹⁵ 7 kap. 2 § AFL.
- ¹⁶ 7 kap. § 1 fjärde stycket AFL.
- ¹⁷ 7 kap. 1 § sjätte stycket AFL.
- ¹⁸ 16 kap. 1 § AFL.
- ¹⁹ Försäkringskassans Vägledning 2004:2 Sjukpenning och samordnad rehabilitering 2004:2 (version 16) s. 237f.

- ²⁰ 7 kap. 4 § AFL.
- ²¹ 8 kap. 2 och 9 §§ AFL.
- ²² 8 kap. 5 § AFL.
- ²³ 9 § lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring, (ALF).
- ²⁴ Ett alternativt arbetsvillkor specificerar att den sökande i stället för det angivna huvudvillkoret, måste ha arbetat minst 50 timmar varje månad i sex sammanhängande månader innan arbetslösheten. Detta framgår i 12 § ALF.
- ²⁵ 7 § ALF.
- ²⁶ 26 § ALF.
- ²⁷ 21 § ALF.
- ²⁸ 26 § ALF. Om den arbetslöse har försörjningsansvar för barn under 18 år är ersättningsperioden maximalt 450 i stället för 300 ersättningsdagar. Detta framgår i 22 § första stycket ALF.
- ²⁹ 4 § förordning (1996:1100) om aktivitetsstöd.
- ³⁰ 5 § förordning (1996:1100) om aktivitetsstöd.
- ³¹ 5 a § förordning (1996:1100) om aktivitetsstöd.
- ³² Sjögren Lindquist och Wadensjö (2007).
- ³³ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2007). I det urval som används är andelen som omfattas av kollektivavtal 96 procent.
- ³⁴ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2005).
- ³⁵ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2007).
- ³⁶ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2011).
- ³⁷ Urvalet har avgränsats till sjukskrivna som inte mottar SA på deltid. Det gör att experimentet innehåller något färre observationer än Engström med flera (2010).
- ³⁸ Ett t-värde större än absolutvärdet 1,96 innebär att skillnaden mellan grupperna är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.
- ³⁹ Med andra ord räknas inte en partiell minskning av sjukskrivningsomfattningen, till exempelvis från heltids- till deltidssjukskrivning, som att den sjukskrivne lämnat sjukskrivning. Analysen har emellertid genomförts med olika restriktioner beträffande omfattning utan att resultaten förändrats nämnvärt.
- ⁴⁰ Det finns också en grupp som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen som arbetar, till exempel tillfälligt eller på deltid. Dessa personer är alltså också arbetsökande.
- ⁴¹ Såväl tidsbegränsad som sjukersättning tills vidare kunde enligt övergångsbestämmelser beviljas till och med 30 september 2008 enligt de gamla reglerna.

- ⁴² Även andra känslighetsberäkningar har genomförts. Exempelvis har effekterna skattats separat för kvinnor och män. Dessa grupper är var för sig mer balanserade beträffande sjukskrivningshistorik. Analysen visar på positiva effekter på sannolikheten att motta SA för både könen; dock är de något tydligare för kvinnor. Resultaten har också testats för känsligheten beträffande potentiella ojämlikheter i andelen sjukskrivna med invandrarbakgrund. I data saknas uppgift om födelse-land. Dock finns i den officiella statistiken en överrepresentation av personer födda utomlands bland personer födda den 1:a i månaden (se till exempel Sjöstrand, 2007). En analys av effekterna utan personer födda den 1:a i månaden ger emellertid inget stöd för att detta skulle ha påverkat resultaten.
- ⁴³ Beräkningen avser de som befann sig i ett annat tillstånd än de redovisade i november 2008.
- ⁴⁴ En mer teknisk variant av förklaringsmodellen återfinns i ett kommande ISF Working Paper.
- ⁴⁵ Se Larsson (2006) och Hall och Hartman (2010).

