Tidiga insatser för sjukskrivna – rätt medicin för lägre sjukfrånvaro?

PER ENGSTRÖM, PATHRIC HÄGGLUND OCH PER JOHANSSON

Per Engström är docent och biträdande lektor vid Nationalekonomiska institutionen vid Uppsala universitet. Han forskar om skatter, socialförsäkringar, arbetslöshet och beteendeekonomi. per.engstrom@nek.uu.se

Pathric Hägglund är doktor i nationalekonomi och arbetar på Inspektionen för socialförsäkringen. Han forskar om sjukförsäkringen och sjukfrånvaron. pathric.hagglund@inspsf.se

Per Johansson är professor i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen vid Uppsala universitet och forskare vid Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Hans forskningsområden är ekonometrisk metodutveckling, arbetsmarknadsfrågor samt hälsa. per.johansson@ifau.uu.se

Tidiga insatser utgör en hörnsten i den nya sjukskrivningsprocessen. För att denna strategi ska vara verkningsfull fordras emellertid att rätt individ får rätt insats. Annars riskerar sjukfrånvaron att öka i stället för att minska. I artikeln redovisas resultaten från ett omfattande fältexperiment i sjukförsäkringen som visar att en grupp sjukskrivna som fick insatser tidigt i sjukskrivningsprocessen i högre grad lämnade arbetsmarknaden inom 15 månader än en grupp som fick vänta. Författarna förklarar de negativa resultaten med svårigheterna med att särskilja sjukskrivna som är i behov av rehabilitering från dem som har låga kostnader för att kvarstå med ersättning från sjukförsäkringen.

Sjukfrånvaron i Sverige var så sent som för några år sedan mycket hög sett ur ett internationellt perspektiv. Kännetecknande var den höga andelen sjukfall som pågått under lång tid och det stora antalet människor i arbetsför ålder som uppbar sjuk- eller aktivitetsersättning, det som tidigare kallades *förtidspension*. I en OECD-jämförelse (2009) konstateras att Sverige hade den näst högsta andelen mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning bland OECD-länderna 2007, då ungefär 11 procent av arbetskraften mottog denna ersättning. De senaste årens utveckling har inneburit att Sverige kommit ner på samma nivåer som resten av Europa när det gäller sjukskrivningarna.[1] Nedgången började redan för ca 10 år sedan men intensifierades efter maktskiftet 2006 då Alliansen tog beslut om en rad förändringar med påverkan på användningen av sjukförsäkringen. För att minska andelen människor som fastnat i långa sjukfall och inflödet till sjuk- och aktivitetsersättning infördes dels en bortre tidsgräns för hur länge sjukpenning kan mottagas, dels högre krav på arbetsoförmåga för att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning. En bärande tanke i flera av reformerna, inte minst den s k rehabiliteringskedjan med tidsbestämda prövningar av den sjukskrivnes rätt till ersättning, var att skapa drivkrafter för aktörerna i sjukskrivningsprocessen, och framför allt Försäkringskassan, att agera så tidigt som möjligt i sjukfallet. Detta för att möjliggöra en så snabb återgång i arbete som möjligt.

Även om en strategi med insatser tidigt i stället för sent under ett förlopp har både teoretiskt och empiriskt stöd inom många områden, exempelvis inom sjukvården och skolan, är den förknippad med vissa problem inom exempelvis sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Ett problem är den *asymmetri* som råder mellan försäkringsgivare och försäkringstagare vad gäller infor-

[1] Försäkringskassan (2009).

mation 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 dem som bedömer arbetsförmågan och fattar beslut om ersättning. Därmed uppstår en *beteenderisk* då individer som av olika skäl föredrar ersättning från sjukförsäkringen framför annan försörjning har drivkrafter att bli, och förbli, sjukskrivna. Att andra faktorer än ohälsa påverkar användningen av sjukförsäkringen är väl etablerat i den empiriska forskningslitteraturen. Studier på svenska förhållanden har t ex visat att kontroller av olika slag (Hesselius m fl 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 m fl (2009) finner i en studie att när sjukfrånvaron ökar bland kollegorna, ökar också risken för den enskilde att bli sjukskriven.[2] En svårighet för dem som administrerar försäkringen och gör bedömningen om rehabiliteringsbehovet är således att särskilja dem som är i behov av insatser för att kunna återgå i arbete från dem som inte är det.

En förutsättning för att ett tidigt agerande ska fungera är också att de insatser som görs är effektiva, dvs kan förkorta sjukfrånvaron. Faktum är att det empiriska stödet för att medicinska eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser skulle påskynda återgången i arbete är mycket svagt (se t ex ISF 2012 för en forskningsöversikt). Flera studier har tvärtom visat att rehabiliteringsinsatser kan ha en inlåsande verkan och förlänga sjukfrånvaron. Anderzén m fl (2008) tolkar de negativa resultat de finner av s k multimodal rehabilitering som att insatsen kan ha befäst den sjukskrivnes identitet som sjukskriven vilket i sin tur kan ha försvårat en återgång i arbete. Denna tolkning har stöd i den medicinska forskningen (se t ex Parsons 1978). Hägglund m fl (2012) finner också negativa effekter i form av längre sjukfrånvaro av multimodial rehabilitering och konstaterar att vårdgivaren kan ha betraktat sjukskrivning som en del av behandlingen. I kombination med att vårdgivarna kan ha haft som ambition att få patienten fullt återställd innan återgång i arbete, kan detta ha ökat i stället för minskat sjukfrånvaron för deltagarna.

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 måtto att de tidiga insatserna uppfattas som kontroller av de sjukskrivna skulle således en tidigareläggning kunna ge positiva resultat.

I artikeln redovisas resultaten från ett fältexperiment i sjukskrivningsprocessen 2007 där sjukskrivna delades in i två grupper där den ena gruppen (försöksgruppen) genomgick en utredning om behovet av rehabilitering tidigt i sjukfallet medan den andra gruppen (kontrollgruppen) fick

[2] 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).

vänta. Den systematiska skillnaden för när i sjukfallet utredningen gjordes används till att mäta effekterna av det tidigare agerandet på den efterföljande sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, samt motta sjuk- och aktivitetsersättning.

1. Sjukskrivningsprocessen

Tidigt i sjukfallet ska Försäkringskassan bedöma om det kan bli aktuellt med aktiva insatser i ärendet eller inte. Den stora majoriteten av ärenden kan förväntas avslutas utan några åtgärder från Försäkringskassan. Det rör framför allt ärenden där den försäkrade drabbats av en lindrig åkomma som t ex förkylning, eller en åkomma där rekreationstiden är någorlunda lätt att förutspå, som t ex ett benbrott. I andra ärenden är rätten till sjukpenning och den försäkrades behov av rehabilitering mer oklar. I dessa ärenden har Försäkringskassan en lagstadgad skyldighet att kalla till ett möte eller en utredning.[3] I typfallet rör detta ärenden inom ramen för psykisk ohälsa och symptombaserad smärtproblematik; två grupper som utgör ungefär 70 procent av samtliga pågående ärenden i sjukfrånvarostatistiken.

Syftet med den utredning som Försäkringskassan ska ta initiativ till är dels att bedöma fortsatt rätt till ersättning, dels undersöka behovet av rehabiliteringsåtgärder. Utredningen har således både ett kontrollerande och ett stödjande syfte. Samtidigt som den fungerar som utgångspunkt för olika former av rehabilitering (exempelvis anpassade arbetsuppgifter, arbetsträning, utbildning etc), används den som underlag för bedömning av arbetsförmågans nedsättning och rätten till ersättning från sjukförsäkringen. 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.[4]

2. Experimentet

Experimentet genomfördes 2007 och omfattade 13 547 sjukfallsärenden som under perioden 5 november–14 december bedömdes vara i behov av utredning. De 6 517 i behandlingsgruppen, födda en jämn dag (2, 4, 6, etc), gavs förtur till utredningen medan de 7 030 i kontrollgruppen, födda en udda dag (1, 3, 5, etc), i stället fick vänta minst sex veckor på samma utredning.[5] Inslaget av flexibilitet och självbestämmande bland Försäk-

3 3 kap 8a § första stycket Lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Om den försäkrade uteblir från en planerad utredning eller ett möte kan Försäkringskassan dra in hela eller delar av sjukpenningen.

4 En mer detaljerad beskrivning av utredningsförfarandet, den s k *Sassam-kartläggningen*, finns att läsa om i Försäkringskassan vägledning Sjukpenning och samordnad rehabilitering 2004:2 (version 16, s 124 ff).

5 I det ursprungliga experimentet delades behandlingsgruppen slumpmässigt in i ytterligare två grupper; en som prioriterades till att delta i ett s k avstämningsmöte inom sex veckor och en som fick vänta i minst sex veckor. Detta delexperiment kommer emellertid inte att diskuteras närmare i denna artikel.

ringskassans handläggare är stort i experimentdesignen. I Engström m fl (2012) visas att experimentet var lyckat såtillvida att en tydligt större andel av försöksgruppen hade genomgått utredningen vid olika tider i sjukfallet jämfört med kontrollgruppen.[6] Intressant att notera är också att eftersom sjukskrivningar avslutas kontinuerligt innebar tidigareläggningen inte bara en tidsmässig förskjutning av utredningen, utan också en faktisk skillnad i sannolikheten att genomgå den. Det innebär att experimentet inte bara medger en analys av effekterna av att genomgå utredningen tidigare, utan också en analys av effekterna av att genomgå utredningen jämfört med att inte göra det.

3. Resultat

I analysen utnyttjas den systematiska skillnad som finns mellan försöks- och kontrollgrupp i sannolikheten att ha genomgått en utredning vid olika tidpunkter i sjukfallet för att mäta effekten på den efterföljande sannolikheten att vara i) sjukskriven, ii) arbetslös och iii) motta sjuk- och aktivitetsersättning.[7] Uppföljningsperioden var 15 månader vilket innebär att effekterna mättes i slutet av februari 2009. Två effekter studeras. i) effekten av tidigareläggningen av utredningen. Denna analyseras som skillnaden i det genomsnittliga utfallet av samtliga i försöks- och kontrollgruppen. Dessutom studeras ii) effekten av utredningen i sig. Denna analys avser en delgrupp i försöksgruppen som påverkades mer direkt av experimentet, dvs som genomgick utredningen som ett resultat av tidigareläggningen men som i frånvaro av tidigareläggandet inte hade gjort det. Denna grupp kan, men behöver inte, vara representativ för hela försöksgruppen. [8]

Resultaten i tabell 1 uppvisar inga statistiskt säkerställda effekter av en tidigarelagd utredning på sannolikheten att vara vare sig sjukskriven eller arbetslös 15 månader efteråt. Emellertid återfinns en ökad sannolikhet att motta sjuk- och aktivitetsersättning. Med andra ord finns det inget som tyder på att ett tidigare agerande från Försäkringskassans sida förkortar sjukfrånvaron och ökar återgången i arbete (för anställda) eller arbetslöshet (för arbetslösa). Däremot ökar sannolikheten för ett mer permanent mottagande av ersättning från sjukförsäkringen i form av sjuk- och aktivitetsersättning. Effekten innebär att 0,8 procentenheter fler i försöksgruppen övergick i sjuk- och aktivitetsersättning inom 15 månader, vilket motsvarar en ökning på 5,1 procentenheter för den grupp som i frånvaro av tidiga-

[6] I Försäkringskassan (2010) konstateras också att behandlingsgruppen i högre grad blev föremål för åtgärder som arbetsträning, utbildning, eller annan rehabilitering, samt insatser från arbetsgivaren (omplacering, anpassning eller annat tillfälligt arbete) tidigt i sjukfallet.

[7] Med arbetslös avses inskriven vid Arbetsförmedlingen. Tillstånden är varken uttömmande eller ömsesidigt uteslutande, man kan exempelvis motta både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning samtidigt.

[8] Den förstnämnda effekten går i utvärderingslitteraturen under benämningen *Effect on the intent to treat*, medan den sistnämnda benämns *Local average treatment effect* och beräknas med hjälp av *Two-stage least squares*-estimering där grupptillhörighet (försök/kontroll) används som instrument för att ha genomgått utredningen.

Tabell 1
Effekter av tidiga insatser på sannolikheten för sjukskrivning, arbetslöshet och mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning, 15 månaders uppföljning

	Sjukskrivning	Arbetslöshet	Sjuk- och aktivitetsersätttning
Effekt av att få tidig utredning	0,002 (0,007)	−0,001 (0,001)	0,008** (0,004)
Effekt av utredning	0,013 (0,044)	−0,003 (0,035)	0,051** (0,022)

Anm: Resultat från skattningar av OLS respektive 2SLS med kontroll för bl a kön, ålder, sjukskrivningshistorik m m (se Engström m fl 2012). Vid skattning av 2SLS används grupptillhörighet (försöks- respektive kontrollgrupp) som instrument. *, ** och *** anger statistisk signifikans på 10, 5 och 1 procents signifikansnivå.
Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans register.

reläggningen inte hade genomgått utredningen.[9] I Engström m fl (2012) redovisas effekterna månad för månad. Där konstateras en statistiskt säkerställd ökad sannolikhet att vara sjukskriven 3–5 månader in i uppföljningsperioden, vilket antyder att utredningen haft en inlåsande verkan på vissa sjukskrivna. Där konstateras också att den förhöjda sannolikheten att motta sjuk- och aktivitetsersättning uppstår redan vid 6 månader.

4. Hur ska man förstå resultaten?

För att tolka dessa kanske något oväntade resultat använder vi oss av tre grundläggande antaganden baserade på både ekonomisk teori och empiri, men även kring Försäkringskassans handläggning av sjukärenden.[10] Det första antagandet är att de sjukskrivna skiljer sig åt i två för utfallet viktiga avseenden: dels graden av ohälsa, dels i drivkrafter att återgå i arbete. Att sjukskrivna skiljer sig åt beträffande hälsa är naturligt. På samma sätt är det väl empiriskt etablerat att kostnaden för sjukfrånvaron, hur väl man fungerar på arbetsplatsen och annat icke hälsorelaterat påverkar individens drivkrafter att återgå i arbete. För det andra har handläggaren, som är den som bedömer behovet av rehabiliteringsinsatser och rätten till sjukpenning, inte 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. Den tredje utgångspunkten är att det, oavsett hur Försäkringskassans administration agerar och hur aktiva olika aktörer är i att erbjuda rehabiliteringsinsatser, finns ett ständigt utflöde från sjukskrivning. Antalet individer som lämnar sjukskrivning är högt initialt eftersom andelen sjukskrivna med förhållandevis lindriga åkommor och beräknad kort konvalescenstid då är relativt hög. Eftersom de sjukskrivnas kostnader för sjukfrånvaro stiger ju längre de

[9] Denna beräkning kan i princip göras genom att dividera skillnaden mellan försöks- och kontrollgrupp (0,8 procentenheter), med skillnaden i sannolikheten för att ha genomgått utredningen vid 15 månader, vilken var 14 procentenheter.
[10] Resonemanget redovisas mer utförligt i Engström m fl (2012).

är sjukskrivna bör andelen sjukskrivna med förhållandevis svaga drivkrafter att återgå i arbete också vara högre bland korta sjukfallsärenden än bland längre. En viktig implikation av att tidigarelägga en utredning om 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 vad som annars skulle ha varit fallet.

Ett tidigareläggande av utredningen innebär en ökad sannolikhet för samtliga typer av sjukskrivna att genomgå utredningen. Effekten på sannolikheten att därefter bli föremål för rehabiliteringsinsatser torde emellertid 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 utredningen tvärtom att leda till att relativt fler får insatser tidigt i sjukfallet.

Den grupp av sjukskrivna som är svårast för Försäkringskassans administration att bedöma är gruppen med relativt god hälsa men med låga kostnader för sjukfrånvaro. Dessa har i genomsnitt lägre motivation att avsluta sjukskrivningen och utredningen innebär för dem ökade möjligheter och incitament att kommunicera sin bristande hälsa till handläggaren. Tidigareläggningen av utredningen riskerar således att öka risken för sjukskrivna i denna grupp som felaktigt identifierats vara i behov av insatser. Att så också sker är den konstaterade inlåsningen i sjukskrivning ett stöd för. Tidigareläggningen har för denna grupp en negativ effekt, eftersom sjukfrånvaron riskerar att förlängas och sannolikheten att övergå till sjuk- och aktivitetsersättning 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 att data inte innehåller exakt information om detta. Ett välkänt faktum är emellertid att arbetslösa i jämförelse med anställda har mindre att förlora ekonomiskt på att bli, och förbli, sjukskrivna.[11] 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 är således att effekterna av en tidigareläggning av insatser borde vara större för arbetslösa än för anställda, både i form av inlåsning i sjukskrivning och i övergångar till sjuk- och aktivitetsersättning.

11 Se Engström m fl (2012) för en genomgång av ersättningen som sjukskriven respektive arbetslös.

5. Effekter för anställda respektive arbetslösa

I tabell 2 redovisas effekterna för anställda och arbetslösa var för sig. Inga statistiskt säkerställda effekter återfinns för någon av grupperna beträffande sannolikheten att vara vare sig sjukskriven eller arbetslös efter 15 månader. Sannolikheten att motta sjuk- och aktivitetsersättning är dock tydligt förhöjd för både anställda och arbetslösa. Visserligen är skattningen för arbetslösa behäftad med större osäkerhet, men sett till effektens storlek överstiger den vida motsvarande effekt för anställda; 2,5 procentenheters ökning av sannolikheten för försöksgruppen som helhet och 24 procentenheter för dem som påverkades av tidigareläggningen. I Engström m fl (2012) framträder skillnaderna mellan grupperna ännu tydligare. Där konstateras att effekternas storlek mätta månad för månad genomgående är lägre för anställda än för arbetslösa. Exempelvis är effekten i form av ökad sannolikhet för sjukskrivning statistiskt säkerställd i 7 av de 15 efterföljande månaderna för arbetslösa och den ökade sannolikheten att motta sjuk- och aktivitetsersättning är genomgående 2–3 gånger högre för arbetslösa än för anställda. Resultaten från analysen stöder således tolkningen att effekten av en tidigareläggning av insatser är avhängig de sjukskrivnas genomsnittliga hälsa och kostnad för sjukskrivning. Risken för inlåsningseffekter är större för gruppen av arbetslösa, som överlag har sämre ekonomiska drivkrafter att lämna sjukskrivning. De kan också förväntas ha sämre hälsa i genomsnitt. Inlåsningen i sjukskrivning ökar i sin tur risken för övergång till sjuk- och aktivitetsersättning på sikt, vilket också bekräftas av analysen.

6. Avslutande diskussion

I artikeln konstateras att ett tidigare agerande i sjukskrivningsprocessen i form av utredning av behovet av rehabilitering kan leda till högre sjukfrånvaro och att fler lämnar arbetsmarknaden på sikt. Resultaten är nedslående för dem som förbehållslöst lyfter fram tidiga insatser som en verkningsfull

Tabell 2
Effekter av tidiga insatser på sannolikheten för sjukskrivning, arbetslöshet och mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning, 15 månaders uppföljning

	Anställda A sjuk- och aktivitetsersättning			Arbetslösa A SA		
	Sjuk-penning	Arbets-löshet	Sjuk- och aktivitetsers	Sjuk-penning	Arbets-löshet	Sjuk- och aktivitetsers
Effekt av att få tidig utredning	0,001 (0,008)	0,002 (0,006)	0,008** (0,004)	0,020 (0,023)	–0,006 (0,025)	0,025* (0,015)
Effekt av utredning	0,007 (0,044)	0,012 (0,033)	0,047** (0,021)	0,013 (0,044)	–0,056 (0,237)	0,242* (0,145)

Anm: Resultat från skattningar av OLS respektive 2SLS med kontroll för bl a kön, ålder, sjukskrivningshistorik m m (se Engström m fl 2012). Vid skattning av 2SLS används grupptillhörighet (försöks- respektive kontrollgrupp) som instrument. *, ** och *** anger statistisk signifikans på 10, 5 och 1 procents signifikansnivå.
Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans register.

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 vid en första anblick verka vara riktig och effektiv 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.

Tolkningen av resultaten är att det är svårigheterna att välja ut rätt sjukskrivna för att få insatser som ligger bakom de negativa resultaten. Ett tidigare utredande kan ge sjukskrivna med svaga drivkrafter att avsluta sjukskrivningen ökade möjligheter och drivkrafter att kommunicera sin ohälsa till den som beslutar om rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering. Det grundläggande problemet här är alltså det informationsövertag den sjukskrivne har i förhållande till beslutsfattaren beträffande möjligheterna att kunna avsluta sjukfallet. Som stöd för denna tolkning har konstaterats att effekterna av det tidigare agerandet var större för arbetslösa som var sjukskrivna, än anställda. Arbetslösa kan som ett resultat av hur ersättningsvillkoren är utformade i sjuk- respektive arbetslöshetsförsäkringen förväntas ha mindre ekonomiskt att förlora på sjukfrånvaro än anställda.

Resultaten ska inte tolkas som att tanken på ett tidigt agerande i sjukskrivningsprocessen helt bör överges. Tvärtom är det troligt att en sådan strategi har gynnsamma effekter för många grupper av sjukskrivna. En utgångspunkt bör därför vara att eliminera de omständigheter som i dag försvårar handläggarens möjligheter att göra korrekta bedömningar av de sjukskrivna. En viktig sådan är att tydligare särskilja processen för bedömning av rehabiliteringsbehovet från processen för bedömningen av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning. I dag har en och samma handläggare inflytande över båda dessa beslut vilket skapar oönskade drivkrafter bland sjukskrivna med en låg kostnad för sjukskrivning. 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, försämrar möjligheterna att göra korrekta bedömningar. Om processerna särskiljs och bedömningen av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning i stället hanteras av en oberoende part kan handläggarens arbete underlättas.

En andra åtgärd vore att harmonisera ersättningsvillkoren mellan sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Resultaten visar att effekterna av tidigareläggningen på framtida mottagande av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning var större för arbetslösa än för anställda. Tidigare forskning har visat hur olikheterna i ersättningsvillkoren, där villkoren är genomgående mer generösa vid sjukskrivning, leder till ett oönskat högt flöde från arbetslöshet- till sjukförsäkringen.[12] En harmonisering av villkoren skulle minska de ekonomiska drivkrafterna för arbetslösa att bli sjukskrivna, vilket skulle underlätta handläggarens arbete med att göra korrekta bedömningar av rehabiliteringsbehovet i denna grupp.

Avslutningsvis bör behovet av fler empiriska studier av olika rehabiliteringsinsatsers effekter på återgång i arbete lyftas fram. I dag saknas nästan

[12] Se Larsson (2006) och Hall och Hartman (2010).

helt kunskap om effekterna av de insatser som erbjuds vid psykisk ohälsa och besvär i rörelseorganen, de två dominerande diagnoserna i sjukfrånvarostatistiken.[13] 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 m fl (2008), *Samverkan i resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning*, IFAU Rapport 2008:8, Uppsala.

Engström, P, P Hägglund och P Johansson (2012), ”Early Intervention and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment”, IFAU Working Paper 2012:9, Uppsala.

Försäkringskassan (2004), *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*, Vägledning 2004:2, version 16, Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2009), *Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer?*, Socialförsäkringsrapport 2009:10, Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2010), *Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till?*, Socialförsäkringsrapport 2010:8, Försäkringskassan, Stockholm.

Hall, C och L Hartman (2010), ”Moral Hazard among the Sick Unemployed: Evidence from a Swedish Social Insurance Reform”, *Empirical Economics*, vol 39, s 27–50.

Hesselius P, P Johansson och L Larsson (2005), ”Monitoring Sickness Insurance Claimants: Evidence from a Social Experiment”, IFAU Working Paper 2005:15, Uppsala.

Hesselius, P och M Persson (2007), ”Incentive and Spill-over Effects of Supplementary Sickness Compensation”, IFAU Working Paper 2007:16, Uppsala.

Hesselius, P, P Johansson och P Nilsson (2009), ”Sick of Your Colleagues' Absence?”, *Journal of European Economic Association*, vol 7, nr 2–3, s 1–12.

Hägglund, P, P Johansson och L Laun (2012), ”Rehabiliteringsgarantin”, IFAU Rapport 2012:26, Uppsala.

ISF (2010), *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*, ISF Rapport 2010:1, Stockholm.

ISF (2012), *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, Rapport S 2010:04, ISF, Stockholm.

Johansson, P och E Lindahl (2010), ”Can Sickness Absence be Affected by Information Meetings? Evidence from a Social Experiment”, IFAU Working Paper 2010:11, Uppsala.

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

Larsson, L (2006), ”Sick of being Unemployed? Interactions between Unemployment and Sickness Insurance”, *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?*, OECD, Paris.

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

Regeringens proposition (2002/03:89), *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*.

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

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

[13] Se ISF (2012).