



IFAU – INSTITUTET FÖR  
ARBETSMARKNADSPOLITISK  
UTVÄRDERING

# **Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning**

Ingrid Anderzén  
Ingrid Demmelmaier  
Ann-Sophie Hansson  
Per Johansson  
Erica Lindahl  
Ulrika Winblad

RAPPORT 2008:8

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

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

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

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala

Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala

Telefon: 018-471 70 70

Fax: 018-471 70 71

ifau@ifau.uu.se

www.ifau.se

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

# Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning<sup>1</sup>

av

Ingrid Anderzén\*, Ingrid Demmelmaier\*, Ann-Sophie Hansson\*, Per Johansson\*,  
Erica Lindahl\*, Ulrika Winblad\*

2008-04-07

## Sammanfattning

Vi utvärderar samverkansformen Resursteam, som bedrivits som ett försök för att minska långa sjukskrivningar. Resursteam innebär att ett team med handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare, vid regelbundna möten bedömer sjukskrivna personers rehabiliteringsbehov och ger förslag på åtgärder. Det övergripande syftet är att skatta effekten av Resursteam på den försäkrades sjukskrivningslängd och självskattade hälsa. Vi har genomfört (i) en kartläggning av verksamheten, (ii) en enkätstudie till sjukskrivna som deltagit i Resursteam och till jämförelsepersoner samt (ii) skattat effekten av Resursteam på självskattad hälsa och sjukskrivning. Resultaten är entydiga och visar på inga eller negativa effekter för de personer som ingått i Resursteam. Som exempel kan nämnas att tiden i sjukskrivning förlängs med cirka 20 procent i genomsnitt.

---

<sup>1</sup> Författarna tackar Erik Grönqvist, Christina Olsson Bohlin, Laura Hartman och seminariedeltagare vid Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet för värdefulla kommentarer. Kvarvarande fel och brister är dock författarnas egna. Lasse Einarsson, Stefan Mörk, Gunnar Johansson och Ulf Then tackas för stöd vid genomförande av den prospektiva studien. Vi tackar också för finansiering från Försäkringskassan i Uppsala och från FAS (dnr 2004-2005).

\* Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

\* Institutionen för Nationalekonomi, Uppsala universitet och IFAU

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
2	Bakgrund .....	5
2.1	Vad vet vi om sjukskrivningar?.....	5
2.1.1	Försäkringskassan – en organisation i omvandling .....	7
2.2	Vad innebär samverkan? .....	8
2.3	Vad vet vi om samverkans effekter? .....	10
3	Resursteam .....	13
3.1	Bakgrund .....	13
3.2	Samverkan via Resursteam.....	13
3.3	Inflöde av ärenden .....	15
4	Arbetsätt och inställning hos personalen.....	16
4.1	Metod.....	17
4.1.1	Urval och datainsamling .....	17
4.1.2	Frågeområden i enkäten.....	18
4.2	Resultat .....	18
4.2.1	Arbetsätt .....	18
4.2.2	Personalens inställning .....	19
5	Effekt på upplevd hälsa, stöd och rehabiliteringsinsatser.....	29
5.1	Resultat .....	30
5.2	Kommentarer och frågor med öppna svar .....	32
6	Effekten på sjukskrivningar.....	33
6.1	Experimentdata.....	34
6.1.1	Deskriptiv statistik över behandlings- och kontrollgrupp.....	34
6.1.2	Resultat .....	38
6.2	Retrospektiva register data .....	39
6.2.1	Deskriptiv statistik för personer som behandlats i Resursteam .....	43
6.2.2	Resultat .....	46
6.2.3	Känslighetsanalys och tolkning av resultaten.....	49
6.3	Sammanfattning.....	54
7	Avslutande diskussion .....	55
	Referenser .....	59
	Bilagor .....	63
	Bilaga A: Deskription av enkätdata .....	63

Bilaga B: Relevanta frågor i enkät till alla Landsting.....	65
Uppsala svarade: .....	65
Gävleborg svarade: .....	66
Bilaga C: Matchning och skattning.....	67
Bilaga D: Känslighetsanalys .....	76

# 1 Inledning

Sjukförsäkringens samlade kostnader för sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjuk- och aktivitetsersättning överstiger 100 miljarder kronor per år. För den enskilde kan en långvarig sjukskrivning vara förödande eftersom den inte bara leder till lägre intäkter utan också oftast till ett utanförskap. För våra trygghetssystem skapar långvarig sjukfrånvaro statsfinansiella problem. En återkommande fråga har därför varit hur samhället bäst kan förebygga långvarig sjukfrånvaro.

I Sverige liksom i många andra, främst europeiska, länder har en mängd olika initiativ tagits för att via ökad samverkan mellan olika aktörer (t ex Försäkringskassan och Landsting) minska ohälsan och/eller sjukfrånvaron. Flera av dessa initiativ har utvärderats men främst utifrån personalens (t ex handläggare och läkare vid Försäkringskassan och Landsting) erfarenheter och attityder (Statskontoret, 2006; Socialstyrelsen, 2001; Socialstyrelsen, 2000a; Socialstyrelsen, 2000b; Hultberg, 2005; Danmark and Kullberg, 1999). Det huvudsakliga målet med denna samverkan – att minska användandet av socialförsäkringarna – har emellertid inte utvärderats på något tillförlitligt sätt. Detta gäller inte bara de svenska samverkansprojekten utan också internationellt (se t ex Dowling m fl (2004) för en översikt av situationen i Storbritannien och Schmitt (2001) för USA).

I den här rapporten utvärderas effekten av ett samverkansprojekt även på nyttjandet av den Svenska sjukförsäkringen. I ett försök att minska andelen långtidssjukskrivna i Uppsala initierade Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län våren 2004 ett samverkansprojekt via Resursteam på länets 32 husläkarmottagningar. Ett Resursteam (RT) innebär att en grupp bestående av handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare, vid regelbundna möten bedömer sjukskrivna personers rehabiliteringsbehov och ger förslag på åtgärder. Målgruppen för Resursteam är personer som löper risk för långtidssjukskrivning, utifrån husläkarens eller försäkringskassehandläggares bedömning. En majoritet har muskuloskeletal<sup>2</sup> och/eller psykiska besvär.

Det övergripande syftet med rapporten är att uppskatta effekten av Resursteam på de deltagande personernas sjukskrivning men även på deras självskattade hälsa. För att på ett tillförlitligt sätt kunna göra det har vi gjort en kart-

---

<sup>2</sup> Sjukdomar eller besvär kopplade till rörelseapparaten, t ex rygg, ben armar.

läggning av verksamheten och personalens inställning till Resursteam samt en enkätundersökning där vi tillfrågat en grupp sjukskrivna (både RT-personer och icke RT-personer) ca fyra veckor in i sjukskrivningen om deras hälsa. En uppföljning skedde sedan efter ca sex månader.

Utvärderingen baseras på ett socialt experiment som genomfördes under våren 2006 på uppdrag av Försäkringskassan i Uppsala. 50 personer ingick i experimentet där 22 slumpmässigt utvalda personer fick delta i Resursteam medan 28 personer inte fick tillgång till Resursteam. Eftersom detta urval är ganska litet har vi kompletterat denna studie med en mer traditionell utvärdering baserad på retrospektiva data via register om personers deltagande i Resursteam eller ej.

Resultaten från de två effektstudierna är entydiga och visar på negativa effekter av Resursteam. Vi fann inga skillnader mellan de som deltog i Resursteam och dem som inte deltog i Resursteam vad avser självrapporterad hälsa. I jämförelse med dem som inte erhöll Resursteam har den genomsnittliga sjukskrivningslängden ökat för de personer som har ingått i Resursteam. En sammanfattning av resultaten är att en person som deltar i Resursteam har en 20 procent lägre sannolikhet att lämna en sjukskrivning än om han/hon inte skulle ha deltagit i Resursteam. Detta skulle innebära en ökning med i genomsnitt ca 60 dagar mot att inte delta i Resursteam.

Rapporten är organiserad enligt följande. Efter en bakgrund om sjukskrivning i Sverige och av olika samverkansprojekt i avsnitt 2 beskrivs Resursteam i avsnitt 3. I avsnitt 4 beskrivs den kartläggning av personalens arbetssätt och inställning till samverkansformen som genomfördes via en enkätundersökning. Resultatet från den enkät som skickades ut till de sjukskrivna personerna diskuteras i avsnitt 5. I avsnitt 6, skattas effekten av resursteam på sjukskrivningsgrad- och längd. En sammanfattande diskussion avslutar rapporten i avsnitt 7.

## **2 Bakgrund**

### **2.1 Vad vet vi om sjukskrivningar?**

Sjukfrånvaron varierar mellan olika grupper i samhället och med konjunkturer och grad av arbetslöshet (Hogstedt, m fl, 2004). Under 1970-talet var sjukfrånvaron högre för män, därefter har den varit konstant högre för kvinnor. Under 1980-talet skedde en fördubbling av antalet sjukfall bland kvinnor. Den största ökningen av sjukfall gällde kvinnor över 50 år (SBU-rapport 2003:167). Sjuk-

frånvaron bland anställda i Sverige är ur ett internationellt perspektiv hög. En förklaring är att Sverige har en relativt stor andel äldre kvinnor i arbetskraften (Nyman, m fl, 2002).

I slutet av 1990-talet och början av 2000-talet skedde en kraftig ökning av sjukfrånvaron och allt fler blev långvarigt sjukskrivna<sup>3</sup> (Hogstedt, m fl, 2004). Enligt Försäkringskassans senaste redogörelse av ohälsotalens<sup>4</sup> utveckling, har ohälsotalen minskat sedan 2003, se *Figur 1* för en beskrivning av utvecklingen av ohälsotalet från januari 2000 till och med januari 2007. Utvecklingen förklaras framför allt av att de korta sjukskrivningarna minskat.

Återgång i arbete efter långvarig sjukskrivning är ett komplext fenomen. Enligt Gerner (2006) är personens egen motivation, upplevd hälsa och prognos för arbetsförmåga de viktigaste faktorerna för sannolikheten att återgå i arbete. Marnetoft, m fl (1999) har visat på samband mellan återgång i arbete och en persons motivation och egen tilltro till att komma tillbaka. Olika statliga utredningar (SOU 1988:41; SOU 2002:5) framhåller betydelsen av den sjukskrivnes motivation för återgång i arbete som mest betydelsefull för ett lyckat resultat. Vidare har konstaterats att rehabiliteringsinsatser som kommit för sent inte har haft positiv effekt när sjukrollen redan blivit befast (Falkdal, 2005).

Flera studier påvisar tydliga samband mellan sjukfrånvaro och socioekonomiska faktorer såsom ålder, kön och bostadsort (se t ex Lindbeck m fl, 2004 och Floderus m fl, 2003). Endast i ett fåtal studier har man analyserat sambanden så att det går att dra slutsatser om faktorernas betydelse för längre tids sjukfrånvaro (SBU-rapport 2003:167). Beroende på vilket teoretiskt perspektiv som forskningen utgår ifrån (organisationsteoretiskt, psykologiskt, medicinskt, ekonomiskt eller stressteoretiskt), finns olika förklaringsmodeller till sjukfrånvaron. Det betyder att den kunskap som idag finns om sjukfrånvaro och sjukskrivning är relaterad till många olika discipliner. Ofta finns samband mellan såväl psykiska, fysiska, ekonomiska som sociala och personrelaterade faktorer, vilket enligt SBU-rapporten skulle motivera ökad samverkan mellan olika forskningsmiljöer för ett mer tvärvetenskapligt synsätt och för en bättre interaktion mellan teori och empiri i forskningen.

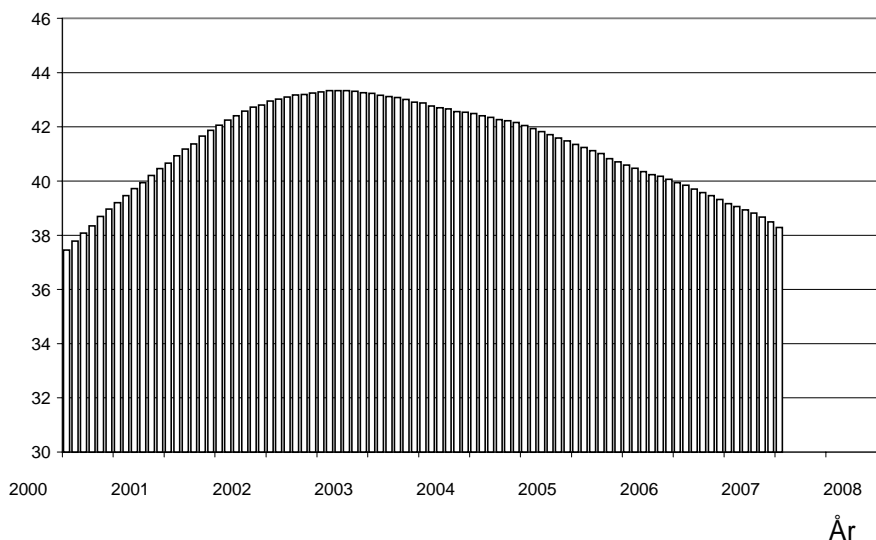
---

<sup>3</sup> Mer än 90 dagar med sjukpenning enligt Försäkringskassans definition.

<sup>4</sup> Ohälsotalet är ett mått på all sjukfrånvaro kompenserad av Försäkringskassan.



## Ohälsotalet



**Figur 1** Utveckling av ohälsotalet

Källa: Bearbetning av figur från Försäkringskassans pressmeddelande 2007-11-21.

### 2.1.1 Försäkringskassan – en organisation i omvandling

Under 2003 och 2004 infördes ett strukturerat arbetssätt med gemensamma metoder i sjukförsäkringen över hela landet. Kortfattat innebär det ett fempunktsprogram som formulerar metoder och förhållningssätt i tillämpningen av sjukförsäkringen. De fem olika områdena är: riktade insatser mot arbetsgivare, tidig bedömning, fördjupad utredning, planering och genomföring samt avslut. I rapporten *De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det?* (Försäkringskassan 2007:8) utvärderas dessa metoder. Slutsatsen från rapporten är att det är svårt att härleda till vilken grad de nya arbetsmetoderna har påverkat sjukfrånvaron. Mycket annat inom Försäkringskassan som kan ha påverkat sjukfrånvaron har inträffat parallellt. Bland annat nämns att Försäkringskassans egna opinionsbildande aktiviteter i syfte att påverka medborgarnas attityder till sjukskrivningen samt medias uppmärksamhet kring Försäkringskassans stramare tillämpning av sjukförsäkringen, i sig kan ha påverkat personers benägenhet att sjukskriva sig.

I fempunktsprogrammet har en ambition varit att betona försäkring i motsats till den tidigare rådande kultur som frammanat utbetalning framför utredning. I rapporten nämns att det finns indirekta indikatorer på att Försäkringskassans stramare tillämpning av sjukförsäkringen medfört att en större andel personer nekats sjukpenning. Ett exempel är att antalet domar i länsrätten som rör sjukpenning har ökat kraftigt sedan 2003, trots att antalet sjukskrivna har sjunkit under samma period.

I rapporten konstateras att de gemensamma metoderna, som förordas i fempunktsprogrammet, delvis är införda år 2007. Konkreta exempel är bland annat, att det under 2006 har hållits fler avstämningsmöten jämfört med 2005 och att handläggarna i allt större utsträckning sedan 2004 gör så kallade ettårsbedömningar i de längre sjukfallen (bedömning om sjukpenning ska övergå i sjuk- eller aktivitetsersättning).

Avstämningsmöte är ett verktyg i tillämpningen av sjukförsäkringen som skrevs in i lagen år 2003 med syfte att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga men också att initiera och planera olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Det är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och åtminstone en ytterligare part som kan påverka den försäkrades situation deltar (exempelvis behandlande läkare, arbetsgivare, arbetsförmedling eller facket).

## **2.2 Vad innebär samverkan?**

Samverkan definieras (Svenska Akademiens ordbok, 2007) som samarbete för att uppnå ett gemensamt, eftersträvat mål. Samverkansprojekt mellan myndigheter och organisationer har blivit allt vanligare och finns idag inom de flesta verksamheter inom den offentliga sektorn. Bakgrunden till detta har diskuterats av olika teoribildare inom området (Danermark & Kullberg, 1999; Lindquist, 1998). En orsak som framhållits är att centralstyrning och detaljreglering på senare år mer och mer ersatts med decentralisering och ramlagstiftning av såväl beslutsbefogenheter som verksamhet. En specialisering och avgränsning av olika huvudaktörers verksamheter har också varit märkbar. Exempel på denna utveckling är Ädelreformen och Psykiatrireformen, där flera av hälso- och sjukvårdens uppgifter har förts över på kommunen. Dessa förändringar leder till helt nya beroendeförhållanden, och förutsätter samverkan mellan olika aktörer. Ett annat exempel är sjukskrivningsprocessen. Författningarna beträffande sjukskrivningsprocessen utgör en ramlagstiftning som stipulerar generella kvalitetskrav: god och säker vård, vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt systematisk kvalitetsutveckling (Socialstyrelsen, 2005). Denna över-

gripande lagstiftning ska omsättas i lokala tillämpningar. Sjukskrivande läkare har, tillsammans med annan kompetens inom primärvården och Försäkringskassans handläggare, ansvaret för att tillhandahålla vård enligt lagstiftarens intentioner. Detta arbete förutsätter samverkan mellan Försäkringskassan och primärvården. Socialstyrelsen har till uppgift att granska dessa aktörers agerande. I Socialstyrelsens granskning av sjukskrivningsprocessen sammanfattas vilka indikatorer som ställs på kvalitet (Socialstyrelsen, 2005). Bland dessa återfinns flera komponenter som förutsätter samverkan: tillgång till paramedicinsk personal, regelbundna kontakter med Försäkringskassan, socialtjänst och arbetsgivare samt upprättande och uppföljning av behandlings/rehabiliteringsplan.

I samverkanslitteraturen nämns olika hinder för samverkan inom rehabiliteringsområdet (Socialstyrelsen, 2000; SOU, 1995:142; SOU, 1996:85; Tranquist, 2001). En indelning i kategorier har föreslagits; juridiska, ekonomiska<sup>5</sup> och organisatoriska/kulturella hinder (SOU, 1995:142). De två första kategorierna innebär formella hinder, såsom lagstiftning och ekonomiska regleringar, medan den tredje kategorin innehåller hinder som är relaterade till tradition och kultur. Exempel på juridiska hinder är hanteringen av sekretessbelagd information, det vill säga, personliga och ibland känsliga uppgifter om personer. Sekretesslagstiftningen (Sekretesslagen, 1980), som är utformad för att skydda personens intressen, kan också försvåra utbyte av information som är nödvändig för t ex en effektiv rehabilitering och på så vis skapa hinder för samverkan. Stridande ekonomiska intressen mellan myndigheter och kortsiktighet i agerandet på grund av ansträngd ekonomi kan likaså försvåra samverkan. Exempelvis kan rehabiliteringsåtgärder bli försenade på grund av olika åsikter om vem som ska finansiera dem. I organisatoriska/kulturella hinder ingår bland annat myndigheters olikheter i målsättningar, traditioner och kulturer. Bland annat har olika syn på sjukskrivning - eller olika mål med rehabilitering – framhållits som ett av de största hindren för samverkan (SOU, 1996:85; Westrin, 1986). Ett utvecklat gemensamt problemlösande i en grupp som samverkar, kan orsaka dubbelarbete och göra att handläggningstider blir onödigt långa (SOU, 1996:85). Otillräcklig kunskap om, och även brist på respekt för, övriga professioners kompetensområden kan försvåra samverkan (SOU, 1974:39). I detta sammanhang har också nämnts s.k. asymmetriska

---

<sup>5</sup> I den nationalekonomiska litteraturen skulle de ekonomiska hindren benämnas incitament och eller agent problem. Vi väljer att använda samma indelning här som i den befintliga Svenska litteraturen.

relationer mellan olika yrkesgrupper (Danermark & Kullberg, 1999). Sådana har blivit tydliga i samverkan mellan socialtjänst och primärvård när handläggare och hemtjänstassistenter har verkat som en slags hjälpprofession för primärvården i allmänhet och primärvårdsläkarna i synnerhet. Handläggare och hemtjänstassistenter har bistått läkarna med sin kompetens men läkarna har inte hjälpt handläggarna på motsvarande vis. Statuskillnader och brist på jämlikhet mellan professionerna har genom detta cementerats, vilket i sin tur sannolikt försvårar samverkan. Dessa iakttagelser stämmer med resultaten från en genomgång av europeiska studier om samverkan mellan sjukvården och sociala myndigheter (Westrin, 1986). Även här nämns läkarens auktoritet och bristande intresse för att samarbeta med personal från socialtjänsten.

### **2.3 Vad vet vi om samverkans effekter?**

Tre stora samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har startats sedan 1990-talet: FINSAM, FRISAM och SOCSAM. Utvärderingar av dessa har främst varit beskrivande av personalens inställning och upplevelser av samverkan.

FINSAM – finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, är en samverkan mellan Försäkringskassan, länsarbetsnämnd, en eller flera kommuner och landsting. Åren 1993–1997 bedrevs FINSAM på försök i fem län. Med stöd av Lagen om lokal försöksverksamhet (1994:566) gavs Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och Landsting möjlighet till ett gemensamt kostnadsansvar för sjukpenning samt en möjlighet att disponera sjukförsäkringsmedel till olika typer av insatser i syfte att minska sjukpenningkostnaderna. Samverkan skedde via möten och kontakter mellan handläggare vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och behandlande personal inom primärvården. År 2003 kom Lagen om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (2003:1210). Syftet med lagen var att möjliggöra en ökad samordning i organiserad form mellan de olika huvudmännen (Statskontoret, 2006:6).

En sammanställning av resultat från FINSAM-utvärderingar fram till och med 1999 har gjorts av Danermark och Kullberg (1999). Via intervjuer med involverade aktörer framgår att projektet bidragit till bättre kompetens i rehabiliteringsfrågor samt ökad kunskap om psykosociala frågor inom vården.

Statskontoret fick 2004 ett uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera FINSAM. I detta pågående arbete har två delrapporter publicerats. Slutsatserna från rapporterna är att målgruppen, det vill säga personer i förvärvsaktiv ålder i

behov av samordnade rehabiliteringsinsatser, och verksamheten stämmer överens med regeringens intentioner. Verksamheternas omfattning varierar kraftigt mellan olika samordningsförbund<sup>6</sup> vilket sannolikt är utslag av att samverkan är frivillig och att det finns olika behov i olika delar av landet.

Ett annat exempel på samverkan inom ramen för befintliga organisationsstrukturer är FRISAM (SOU 1996:85). Denna samverkansform innebär att gemensamma verksamhets- och handlingsplaner ska upprättas på central och regional myndighetsnivå i syfte att förbättra samverkansformer inom rehabiliteringsområdet. Samverkan sker genom kontakter mellan handläggare vid socialtjänst, Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och sjukvårdspersonal inom primärvården. Även denna form av samverkan mellan olika myndigheter<sup>7</sup> är frivillig. En företagsekonomisk analys har gjorts av FRISAM. I den följs och analyseras kostnadsutvecklingen hos de olika samverkande parterna (Socialstyrelsen, 2000). Slutsatserna är främst att denna typ av analys är metodologiskt svår. Ett visst stöd för hypotesen att kostnadsbesparingar i en instans leder till kostnadsökningar hos en annan finns dock.

Den tredje stora samverkanssatsning är SOCSAM som möjliggjordes genom lagen om försöksverksamhet med finansiell samordning (1994:566). Försök gjordes i åtta kommuner med politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. De samverkande parterna har bildat ett gemensamt, politiskt ledningsorgan och därmed fått ett gemensamt ansvar för de verksamheter som samverkan gäller. I praktiken innebär det att handläggare från socialtjänst, Försäkringskassan och arbetsförmedlingen samverkar via möten och andra kontakter vad gäller bedömningar, planering och åtgärder med behandlande personal från primärvård och öppenvårdspsykiatri.

Socialstyrelsen har utvärderat SOCSAM (Socialstyrelsen, 2001). De finner att SOCSAM har lett fram till en förbättrad struktur och kontinuitet i den gemensamma verksamheten. Det är dock tveksamt om de ingående aktörerna har minskat sina samlade kostnader. Däremot har SOCSAM haft positiva effekter med avseende på kostnader för sjukpenning och socialbidrag samt utvecklingen av långa sjukfall. De senare slutsatserna dras genom att jämföra utvecklingen av dessa nyckeltal mot utvecklingen för liknande områden i Sverige med avseende på demografi, arbetsmarknad och utbildningsnivå. Efter-

---

<sup>6</sup> Samordningsförbund är olika former av samverkansorganisationer mellan de berörda aktörerna inom FINSAM som i regel leds av politiker.

<sup>7</sup> Realiserade samverkansprojekt har förekommit mellan socialtjänst, arbetsförmedlingar, försäkringskassan och primärvården (Socialstyrelsen, 2000:7).

som antalet områden med SOCSAM-lagstiftning var liten (åtta kommuner) och utvärderingsperioden kort (1994–1997) kan det dock inte uteslutas att skillnaden i kostnader mellan kommunerna med SOCSAM och jämförelsekommunerna är slumpmässig. De finner också att det finns ett behov av ytterligare samverkan med andra aktörer t ex med länsarbetsnämnderna, som formellt inte ingår i samverkan enligt lagen.

Det finns idag lite kunskap om samverkans övergripande syfte: att sänka ohälsotalet. Två studier har dock fokuserat på effekterna av samverkan: Kärholm (2007) och Hultberg (2005).

Kärholm (2007) studerar effekterna av samverkan kring rehabiliteringen av 64 långtidssjukskrivna personer mellan åren 1997 och 1999. Representanter från arbetsgivaren, Försäkringskassan och företagshälsovård, träffades regelbundet för att hitta lösningar för de sjukskrivna personerna. Projektet inkluderade även arbetsmedicinsk bedömning av företagshälsovården samt utbildning av de närmsta cheferna i regelverket och i ansvarsfördelningen kring rehabilitering. En uppföljning sex år senare visade att deltagarna i genomsnitt hade haft 5,7 färre sjukdagar per månad under sexårsperioden, jämfört med en kontrollgrupp. Enligt Kärholm innebar detta att samhället sparade 56 600 kr per person under en sexårsperiod, eller totalt 18,7 miljoner kronor för alla 64 deltagarna.

Hultberg (2005) utvärderar Deltaprojektet, ett samverkansprojekt som möjliggjorts genom SOCSAM-lagstiftningen. En patientgrupp med muskuloskeletala besvär som fick vård vid tre vårdcentraler som arbetade enligt samfinansieringsmodellen jämfördes med en liknande patientgrupp som fick vård vid fyra vårdcentraler utan samfinansiering. Sammanlagt 138 patienter följdes upp under ett år efter interventionen med både intervjuer och registerdata. Dessutom undersöktes hur vårdcentralernas personal upplevde samverkansprojektet. Resultatet visade inga skillnader mellan de båda patientgrupperna vad gällde sjukskrivningsdagar eller självskattad hälsa. Personalen som arbetat enligt samfinansieringsmodellen upplevde dock att projektet var viktigt för samverkan och att det hade stimulerat samarbetet mellan yrkesgrupper.

## 3 Resursteam

### 3.1 Bakgrund

Även i Uppsala län har initiativ tagits för att utveckla samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. En föregångare till Resursteam var Rehabpiloten (Primärvården, Försäkringskassan, 2003), ett projekt som drevs 2002–2003 och där Samariterhemmets husläkarmottagning, Uppsala-hälsan och Försäkringskassan samverkade. Bakgrunden var att husläkarmottagningen hade svårt att få läkartiderna att räcka till alla sjukskrivningsärenden. För att effektivisera rehabiliteringsarbetet och minska andelen långtidssjukskrivna startades ett rehabiliteringsteam med husläkare, handläggare från Försäkringskassan samt sjukgymnast och beteendevetare från Uppsala-hälsan. Teamet träffades varje vecka för att diskutera enskilda sjukskrivningsärenden och upprätta personliga rehabiliteringsplaner. De sjukgymnaster och beteendevetare som deltog vid mötena kunde också erbjuda behandling med mycket kort väntetid.

Under det år projektet pågick bedömdes och behandlades 155 patienter. En uppföljning av potentiella effekter gjordes av Försäkringskassan internt 2003. Samariterhemmets sjukskrivningar jämfördes med sjukskrivningarna vid en annan husläkarmottagning i Uppsala. Vid denna jämförelse framkom att Samariterhemmet hade minskat sina sjukskrivningar med 42 procent, medan den andra mottagningen hade ökat sina med 104 procent. Slutsatsen drogs att Rehabpiloten var en bra arbetsmodell för att minska sjukskrivningar. Landelius & af Sandeberg (2005)<sup>8</sup> granskade senare denna utvärdering. Deras slutsats är att den kontrollgrupp som användes var missvisande; vårdcentralerna var inte jämförbara då de skilde sig i flera viktiga avseenden. Landelius & af Sandeberts slutsats är i stället att det inte går att visa på några effekter eller ekonomiska besparingar av Rehabpiloten.

### 3.2 Samverkan via Resursteam

I mars 2004 skrevs en överenskommelse om samverkan via Resursteam mellan Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län. Enligt denna skulle Resursteam införas på samtliga husläkarmottagningar i Uppsala län med början den 1 april 2004. Resursteam skulle genom tidig multiprofessionell samverkan minska antalet sjukskrivningar och möjliggöra för fler sjukskrivna att återfå

---

<sup>8</sup> C-uppsats vid Nationalekonomiska institutionen 2005.

arbetsförmågan på hel- eller deltid. Målgruppen var personer som, ”riskerar att bli långtidssjukskrivna och där teamets bedömning enligt evidensbaserade riktlinjer, kan påverka sjukskrivningslängden och underlätta återgången till arbete”. Individens sjukskrivningstid skulle, för att bli aktuell för Resursteam, inte överstiga sex månader. Försäkringskassan identifierade ett antal riskfaktorer för långtidssjukskrivning. Dessa var typ av diagnos, tidigare sjukskrivning, arbetssituation, familjesituation samt personens egen inställning till att återgå i arbete.

Det framgår av överenskommelsen att samverkan var avsedd att ske genom ett ”gemensamt och likformigt arbetssätt på länets husläkarmottagningar”. Teamen skulle bestå av mottagningens läkare, handläggare vid Försäkringskassan (handläggare hädanefter) samt sjukgymnast och beteendevetare. Till en början anlätades sjukgymnaster och beteendevetare som inte arbetade på husläkarmottagningen och inte träffade patienterna. Det sågs som en fördel att dessa konsulter inte var direkt ansvariga för de enskilda fallen. Efter påtryckningar från mottagningarnas personal övergick man till att anlita mottagningarnas egna sjukgymnaster och beteendevetare, om sådana fanns.

Arbetsgången beskrevs på följande sätt: en person kunde initieras till Resursteam antingen av husläkare eller handläggare. Individens måste ge sitt godkännande att ärendet togs upp i ett resursteam. Om den försäkrade tackade nej fortsatte sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringen på sedvanligt sätt. Teammötet resulterade i rekommendationer för olika typer av åtgärder, till exempel, behandling hos sjukgymnast eller beteendevetare, ergonomisk arbetsplatsbedömning och kontakt med företagshälsovård eller arbetsförmedling. Kontakt togs sedan med personen och därefter beslutade Försäkringskassan om åtgärd. Rekommenderad åtgärd skulle helst påbörjas inom två veckor efter resursteamsmötet. Efter detta gjordes en utvärdering av åtgärderna för varje enskilt ärende.

I rollbeskrivningarna för varje yrkesgrupp kan man utläsa följande: ”Handläggaren från Försäkringskassan ska bistå med kunskaper om sjukförsäkringen och om regelverk. Han eller hon ska återkoppla till berörda inom Försäkringskassan vad teamet rekommenderar i det enskilda fallet samt återrapportera till teamet vilka åtgärder som vidtagits. Läkaren ska leda mötena med Resursteamet. Han eller hon ska presentera varje patientfall; redogöra för patientens situation och resultaten av eventuella medicinska åtgärder som vidtagits. Läkaren ska också återkoppla till patienten vad som görs. Sjukgymnasten och beteendevetaren ska bistå med konsultativ rådgivning och rekommendationer



beträffande behandlingsstrategier. Sjukgymnasten ska bedöma behovet av sjukgymnastik, ergonomisk arbetsplatsundersökning eller vidare utredning om patientens arbetsförmåga. Beteendevetarens uppgift är att bedöma behovet av samtalsstöd, krissamtal och psykoterapi” (Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län, 2004).

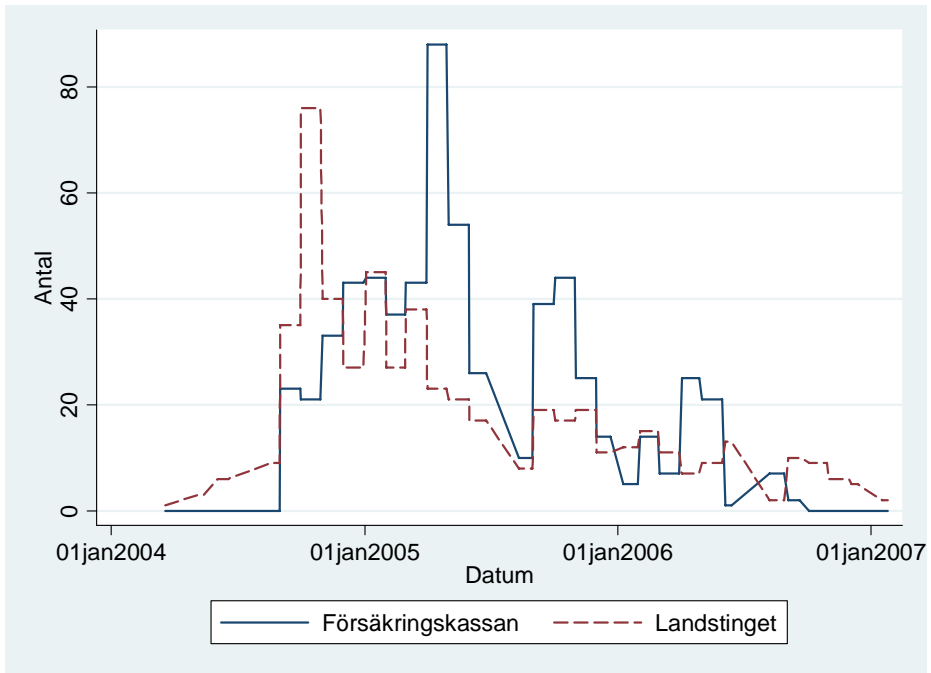
Vi kan notera att Resursteam påminner till viss del om ett avstämningsmöte.<sup>9</sup> Gemensamt för båda formerna är att olika yrkesgrupper tillsammans rådgör om hanteringen av ett sjukskrivningsärende där man finner risk för långtidssjukskrivning. Det finns dock vissa skillnader: i resursteam ingår sjukgymnaster och beteendevetare vilket saknas vid avstämningsmöte. Vid avstämningsmötet deltar den försäkrade själv samt, ibland, en representant för arbetslivet vilket saknas i Resursteam.

### **3.3 Inflöde av ärenden**

Förutsättningarna för att göra en utvärdering av Resursteam har förändrats under arbetets gång. Antalet ärenden som initierades till Resursteam minskade kraftigt under 2006 (se *Figur 2*). Från att ha legat på en nivå på 40 ärenden per månad under 2004, sjönk antalet under 2006 till 9 ärenden per månad. Sedan projektets start har ett antal husläkarmottagningar valt andra former för samverkan, där bland annat socialtjänst och arbetsförmedling ingår. I oktober 2006 beslutade länsdirektören för Försäkringskassan i Uppsala att Resursteam i dess dåvarande form skulle läggas ned.

---

<sup>9</sup> Ett möte med den sjukskrivne, handläggare, och arbetsgivaren och/eller behandlande läkare.



**Figur 2** Antal ärenden som initierats till Resursteam av Försäkringskassan (heldragen linje) respektive landstinget (streckad linje) per månad januari 2004 till januari 2007

Källa: Bearbetning av material från Försäkringskassan i Uppsala.

## 4 Arbetssätt och inställning hos personalen

I syfte att kartlägga resursteamens arbetssätt och personalens inställning till Resursteam genomfördes en enkätundersökning bland all personal med erfarenhet av denna samverkansform. Innehållet i enkäten baserades dels på tidigare studier om samverkan (Danermark & Kullberg, 1999), befintliga styrdokument för Resursteam (Magnusson & Naroskyin, 2004), dels på information från nyckelpersoner inom Försäkringskassan (FoU-samordnare Lars Einarsson och handläggare Elvy Norberg) och primärvården (chefsöverläkare Ulf Theen och husläkare Gunnar Johansson).

## 4.1 Metod

### 4.1.1 Urval och datainsamling

En enkät skickades till samtliga 274 personer som enligt uppgifter från Försäkringskassan och Primärvården hade erfarenhet av att samverka i Resursteam i Uppsala län.<sup>10</sup> I gruppen ingick handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnaster och beteendevetare vid mottagningarna, samt sjukgymnaster och beteendevetare som var externa konsulter. Av de 215 personer (80 procent) som returnerade enkäten uppgav 57 att de inte hade någon erfarenhet av Resursteam. Den effektiva svarsfrekvensen blev därmed 74 procent. Dessa 160 personers svar utgör underlaget för alla resultat i kartläggningen. Försäkringskassans handläggare ombads att besvara en enkät för varje mottagning där de deltog i Resursteam, vilket innebär att antalet enkäter överstiger antalet personer. För redovisning av antal utskickade enkäter, inkomna enkäter samt antal med erfarenhet av Resursteam, se *Tabell 1*

**Tabell 1** Antal enkäter, utskickade och inkomna samt antal med erfarenhet av Resursteam

Yrkeskategori	Antal utskick	Antal svar	Antal svar med erfarenhet av Resursteam
Handläggare FK (individer)*	29	43 (29)	42 (20)
Husläkare	170		106
Sjukgymnaster/Bet.vetare Vid mottagning	45	166 <sup>xx</sup>	15
Sjukgymnaster/Bet.vetare Externa	30	20	19
<b>Totalt antal</b>	<b>274</b>	<b>229 (215)</b>	<b>182 (160)</b>

\* Försäkringskassans handläggare ombads att besvara en enkät för varje mottagning där de deltog i Resursteam, vilket förklarar att antalet enkäter överstiger antalet personer.

<sup>xx</sup> Vi kan inte urskilja om svaren där erfarenhet saknas kommer från läkare eller från mottagningens egen sjukgymnast/beteendevetare.

<sup>10</sup> Enkäten skickades med post till personernas arbetsplatser i november 2006. Efter två veckor skickades en påminnelse ut till alla via e-post.

### 4.1.2 Frågeområden i enkäten

Enkäten innehöll bakgrundsfrågor om erfarenhet av Resursteam, mottagning och yrkeskategori.<sup>11</sup> Vidare fanns frågor om formerna för samverkan (mötesfrekvens och deltagande yrkesgrupper), attityder till Resursteam rent principiellt samt om det egna teamets arbetssätt. Ytterligare ett frågeområde gällde i vilken utsträckning Resursteam som arbetssätt underlättade och/eller försvårade rehabiliteringsarbetet, samt i vilken grad Resursteam ansågs påskynda sjukskrivnas återgång till arbete. Svarsskalor var huvudsakligen fyrgradiga attitydskalor, s k Likertskalor<sup>12</sup>, med varje skalsteg namngivet, till exempel ”Mycket bra”, ”Ganska bra”, ”Ganska dåligt” och ”Mycket dåligt”. I enkäten lämnades utrymme för att lämna egna kommentarer på tre av frågorna. Det fanns också en fråga med helt öppet svarsalternativ för att ge synpunkter på samverkan inom Resursteam.

## 4.2 Resultat

Resultaten redovisas antingen utifrån antal personer eller antal enkäter, beroende på vad som är relevant vid varje fråga. De frågor som rör generell inställning till Resursteam redovisas utifrån antal personer som svarat. För de frågor som handlar om ett specifikt Resursteam, baserar sig resultaten på antal enkäter.

### 4.2.1 Arbetssätt

Resultaten från frågan ”I vilken utsträckning arbetar man i Resursteam vid husläkarmottagningarna?” kan vi se att vid alla 32 mottagningarna finns det personal som rapporterar att man samverkar i Resursteam. För tio av dessa mottagningar saknas dock uppgift om handläggare deltagit regelbundet. På vissa mottagningar finns flera Resursteam. Över hälften av alla med erfarenhet av Resursteam har arbetat i Resursteam mer än ett år. Cirka 90 procent har mer än sex månaders erfarenhet av samverkansformen. I 32 av 42 beskrivna team ingår alla fyra professioner som nämns i riktlinjerna för Resursteam (d v s handläggare, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare). Bland de kvarvarande tio teamen saknas oftast en beteendevetare.

Fördelning för hur ofta Resursteamerna träffas presenteras i *Tabell 2*. Från denna tabell kan vi se att en majoritet, 90 procent, uppger att teamen träffas

---

<sup>11</sup> Enkäten färdigställdes efter det att den prövats på tio personer med tidigare erfarenhet av rehabiliteringsarbete. Detta resulterade i ett mindre antal omformuleringar och en förkortning av enkäten.

<sup>12</sup> En svarsskala för att mäta attityder, se Likert (1952).

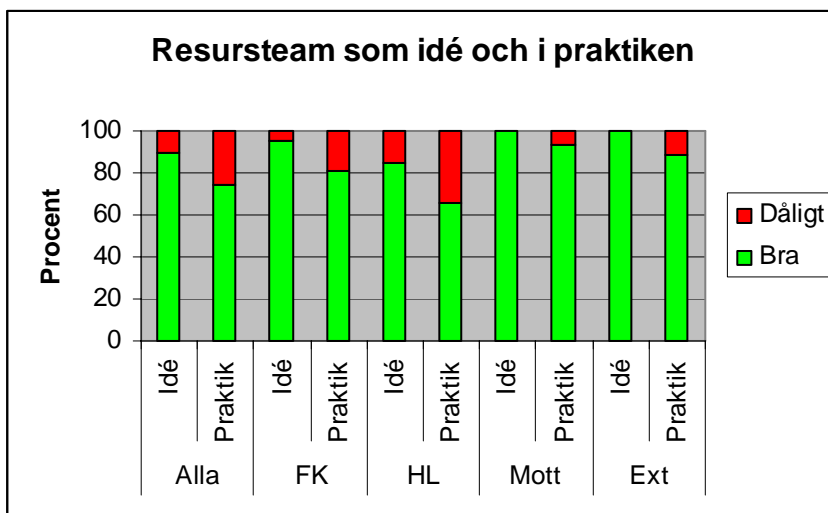
regelbundet någon eller några gånger per månad. Cirka 15 procent träffas varje vecka och cirka 11 procent träffas oregelbundet.

**Tabell 2** Mötesfrekvens, baserat på antal enkäter i hela gruppen

	<b>Antal</b>	<b>procent</b>
En gång per vecka	26	15
En gång varannan vecka	54	32
En gång per månad	73	43
Oregelbundet	18	11
<b>Totalt antal</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

#### **4.2.2 Personalens inställning**

Resultaten på frågor om ”Resursteam som idé och hur det fungerar i praktiken” presenteras i *Figur 3*. I introduktionen till en av frågorna beskrevs att Resursteamteamen var tänkta att ha regelbundna möten och att fyra yrkesgrupper var representerade i varje team, samt att syftet var att förkorta/förhindra sjukskrivning. Därefter ombads de svarande att ange vilken uppfattning de hade till arbetsformen som idé och hur den fungerade i praktiken. Svaren har klassificerats, så att ”Mycket dåligt” och ”Ganska dåligt” är sammanslagna till ”Dåligt” och ”Ganska bra” och ”Mycket bra” är sammanslagna till ”Bra”. Av figuren framgår att inställningen till Resursteam som idé är övervägande positiv: 90 procent av hela gruppen anser att Resursteam som idé är bra. Åsikterna om hur det fungerade i praktiken är mindre positiva, särskilt bland husläkarna. Drygt 60 procent av husläkarna anser att det egna Resursteamteamet fungerar bra. En slutsats är att inställningen till samverkan mellan olika professioner är klart positiv. En något mindre andel anser att samverkan i Resursteam fungerar bra i praktiken.



**Figur 3** Resursteam som idé och hur det fungerar i praktiken

Not: Alla = hela gruppen, FK = handläggare, HL = husläkare, Mott = mottagningens sjukgymnast/bet.vetare, Ext = extern sjukgymnast/bet.vetare.

Svaren på en fråga om teamets sammansättning borde ändras sammanställs i *Tabell 3* och – i öppen fråga - i så fall hur redovisas i *Tabell 4*. Svaren på följdfrågan om hur teamets sammansättning borde ändras har kategoriserats efter förekomst. Om ett förslag har nämnts av fler än en person redovisas det förslaget under egen rubrik. Av handläggarna anser en minoritet (39 procent) att teamets sammansättning bör ändras. Av de 20 som har kommenterat hur teamet bör ändras, anser sex stycken att mottagningens egen personal är att föredra. Bland de övriga kommentarerna nämns i två fall att externa konsulter oftast inte "tillför" teamet något. Två handläggare nämner att den försäkrade (patienten) bör delta. Tre handläggare nämner också att de saknar sjukgymnast eller beteendevetare.

En majoritet (61 procent) av läkarna tycker att teamets sammansättning bör ändras. Cirka 70 procent av dem anger att mottagningens egen personal är att föredra framför externa konsulter. Att "externa inte tillför något" eller att "endast behandlande personal bör delta" framkommer också i 13 av de 20 kommentarer av läkare som redovisas under övriga kommentarer. Att patienten själv bör vara med har nämnts av åtta läkare. Deltagande av arbetsförmedling eller arbetsgivare har föreslagits av fyra läkare.

Bland mottagningens egna sjukgymnaster och beteendevetare tycker hälften att teamets sammansättning bör ändras. Endast tre av dessa har kommenterat hur. Bland dessa kommentarer nämns att externa konsulter bör uteslutas och att läkarna bör stanna hela mötet, det vill säga, inte endast redogöra för sina egna ärenden.

En majoritet (56 procent) av de externa sjukgymnasterna och beteendevetarna anser att teamets sammansättning bör ändras. Tre av dem anser att mottagningens egen personal är att föredra. Under övriga kommentarer nämns i två fall att läkaren bör stanna hela mötet.

Den mest förekommande kommentaren - bland alla fyra yrkeskategorier - är alltså att mottagningens egen personal är att föredra framför externa konsulter. Anledningen, som i vissa fall framkommer, är att endast behandlande personal kan ge konstruktiva råd. Den mest negativa yrkeskategorin till teamets sammansättning är läkarna. Den mest positiva är handläggarna.

**Tabell 3** Antal som anser att teamets sammansättning bör ändras

Yrkesgrupp	Antal som anser att teamets sammansättning bör ändras (procent)
Handläggare	14 (39)
Husläkare	56 (61)
Sjukgymnaster /Beteendevetare	
- mottagningens	6 (50)
- externa	10 (56)
<b>Totalt antal</b>	<b>86 (55)</b>

**Tabell 4** Hur teamets sammansättning bör ändras, antal kommentarer

Yrkesgrupp	Mottagningens personal är att föredra	Försäkrad/patient bör vara med	Arbetsförmedling eller arbetsgivare bör delta	Övrigt
Handläggare	6	2	0	12
Husläkare	40	8	4	20
Sjukgymnaster /Beteendevetare				
- mottagningens	0	0	0	3
- externa	3	1	0	2
<b>Totalt antal</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>37</b>

Två separata frågor, där det också fanns utrymme för egna kommentarer, gällde i vilken utsträckning Resursteam underlättar respektive försvårar rehabiliteringsarbetet. I *Tabell 5* och *Tabell 6* redovisas handläggarnas och husläkarnas svar. Majoriteten (60 procent) av handläggarna anser att Resursteam *underlättar* deras arbete ”väldigt mycket” eller ”ganska mycket”, där motsvarande siffra bland husläkarna är 44 procent. När det gäller om Resursteam *försvårar arbetet i någon grad* anger 21 procent av handläggarna och 43 procent av husläkarna att så är fallet. Resultaten visar att handläggarna i större utsträckning än husläkarna tycker att samverkansformen *underlättar* arbetet, och att husläkarna i större utsträckning anser att Resursteam *försvårar* arbetet.

**Tabell 5** | vilken grad underlättar Resursteam arbetet?

	<i>Underlättar arbetet i procent</i>				<i>Antal</i>
	Inte alls	Ganska lite	Ganska mycket	Väldigt mycket	
Handläggare	8	32	41	19	37
Husläkare	11	45	30	14	97

**Tabell 6** | vilken grad försvårar Resursteam arbetet?

	<i>Försvårar arbetet i procent</i>				<i>Antal</i>
	Inte alls	Ganska lite	Ganska mycket	Väldigt mycket	
Handläggare	79	16	5	-	38
Husläkare	57	39	3	1	94

Av *handläggarna* kommenterar fyra att informationsutbytet i teamen underlättar deras arbete. Två handläggare kommenterar att teamen inte fungerar bra.

Bland *läkarna* nämner nio stycken att externa konsulter inte tillför något. Fem stycken tar upp att de egna ärendena inte uppfyller kriterierna för att tas upp i Resursteam. Exempel på orsak är att ”problemfällen” ofta är sjukskrivna längre än sex månader, vilket är gränsen för att delta i Resursteam. I de positiva kommentarerna nämns att kontakten med Försäkringskassan är värdefull.

Resultatet av frågan ”I vilken utsträckning påskyndar Resursteam återgång till arbete?” redovisas i *Tabell 7*. Bland handläggarna anser 60 procent att Resursteam påskyndar patientens återgång till arbete. Motsvarande andel bland läkarna är betydligt lägre; 30 procent. De externa konsulterna är den mest positiva gruppen; 67 procent anser att Resursteam påskyndar tillbakagång ”väldigt mycket ” eller ”ganska mycket”. Detta resultat ska relateras till de externa konsulternas kritiska inställning till praktiska förutsättning och



samarbete i teamen (*Tabell 3* och *Tabell 4*). En tolkning är att de tror på samverkansformens effektivitet, men när man frågar efter enskilda delar upplever de brister. De externa konsulterna skiljer sig från de andra professionerna genom att de arbetar på uppdrag. Utifrån detta kan man ganska tydligt se att det kan vara svårt att tolka svar på frågor om attityder eftersom dessa attityder kan påverkas av olika former av incitament. I det här fallet kan man tro att ekonomiska incitament är betydelsefulla för de externa konsulternas positiva respons till samverkansformen.

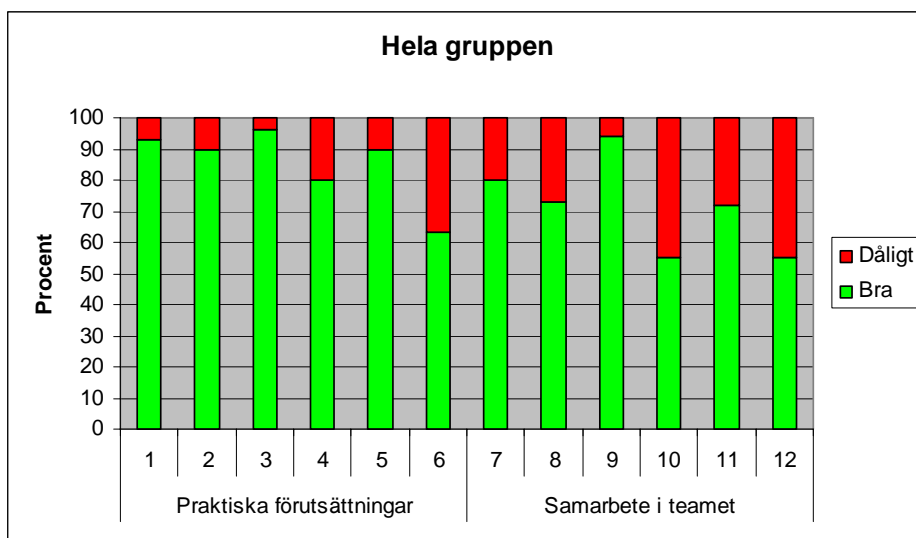
**Tabell 7** I vilken grad Resursteam påskyndar återgång till arbete

	Påskyndar återgång till arbete (procent)					Antal
	Inte alls	Ganska lite	Ganska mycket	Väldigt mycket	Vet ej	
Handläggare FK	8	15	40	20	18	40
Husläkare	9	47	24	6	14	90
Sjukgymnaster /Beteendevetare						
- mottagningens	7	14	14	7	57	14
- externa	-	6	61	6	28	18

På en fråga om hur de olika delarna i det egna resursteamet fungerade, ombads varje person ta ställning till tolv olika påståenden. Sex av dessa frågor rörde i första hand praktiska förutsättningar för samverkan, exempelvis om det fanns tid för möten med resursteamet samt om det var tydligt vem som var sammankallande till mötena. De övriga sex frågorna handlade om hur arbetet i teamen fungerade med avseende på exempelvis konstruktiv problemlösning, samarbetsklimat och om det fanns en gemensam syn på mål och arbetssätt. Resultatet från dessa frågor redovisas i *Figur 4*. Svartskalorna är kategoriserade, så att svarsalternativen ”Ja, absolut” och ”Ja, ganska bra” är sammanslagna till ”Bra”, medan ”Inte särskilt” och ”Inte alls” är sammanslagna till ”Dåligt”.

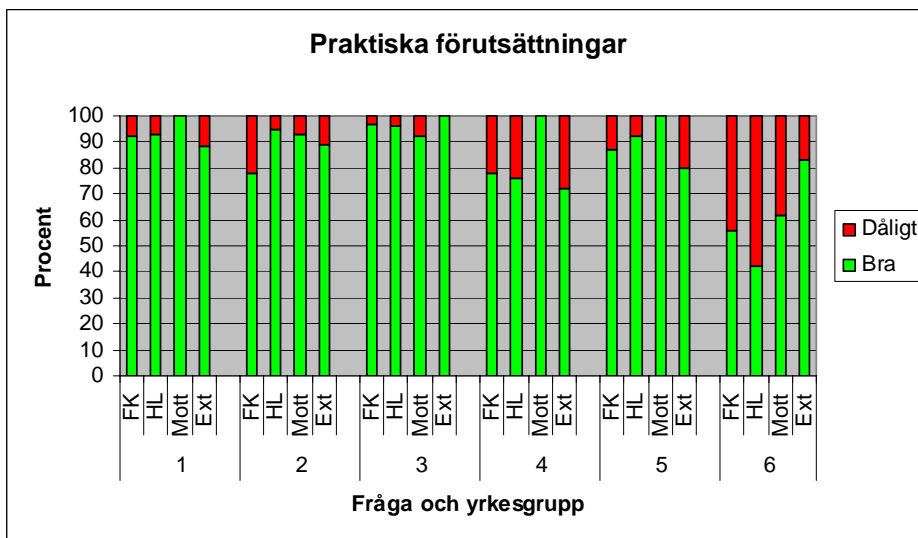
Gruppen som helhet anser att det egna teamet fungerar i huvudsak bra – andelen nöjda varierar mellan 55 procent och 96 procent på de tolv påståendena. Det finns dock vissa aspekter av samverkan inom teamet som man uttrycker relativt stort missnöje med. Störst är missnöjet när det gäller utnyttjande av kompletterande resurser (45 procent negativa), att föra en dialog om arbetssättet inom teamet (45 procent negativa) och hur introduktionen till Resursteam hade varit (37 procent negativa). I *Figur 5* och *Figur 6* presenteras resultat uppdelat för varje yrkesgrupp. Från dessa figurer kan vi se att de fyra

olika yrkesgrupperna anger huvudsakligen samma områden som välfungerande eller inte. Husläkarna är den mest negativa yrkesgruppen avseende introduktionen till Resursteam (se *Figur 5* fråga 6) och utnyttjande av kompletterande resurser (se *Figur 6* fråga 10). De externa konsulterna har en mindre andel som är missnöjda med introduktionen (se *Figur 5* fråga 6) och en större andel som tycker att samsynen på arbetssättet brister (se *Figur 6* fråga 8).



**Figur 4** Inställning till praktiska förutsättningar (fråga 1-6) och samarbete i teamet (fråga 7-12)

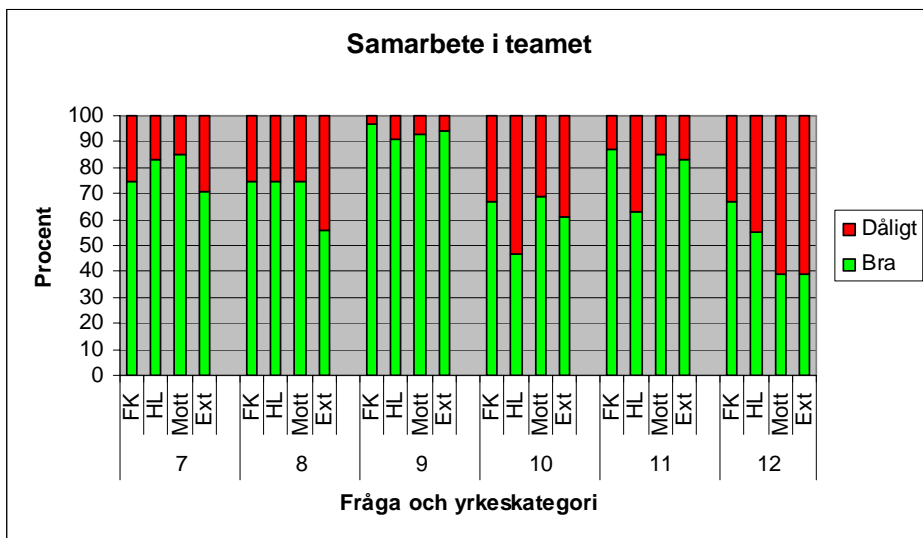
Not: 1. Det är tydligt vem som är sammankallande till möten, 2. Teamets medlemmar håller överenskomna mötestider. 3. Hantering av sekretessbelagda uppgifter fungerar bra, 4. Att avsätta tid för möten med resursteamet fungerar bra, 5. Närmaste chefen har en positiv inställning till Resursteam, 6. Jag fick en bra introduktion till att arbeta i Resursteam, 7. Det finns en samsyn på målet, 8. Det finns en samsyn på arbetssättet 9. Det råder ett gott samarbetsklimat, 10. Kompletterande resurser i teamet utnyttjas, 11. Teamet löser problem konstruktivt, 12. Det finns en pågående dialog inom teamet om arbetssättet



**Figur 5** Inställning till praktiska förutsättningar för samverkan uppdelat på de fyra yrkesgrupperna

Not: 1. Det är tydligt vem som är sammankallande till möten, 2. Teamets medlemmar håller överenskomna mötestider, 3. Hantering av sekretessbelagda uppgifter fungerar bra, 4. Att avsätta tid för möten med resursteamet fungerar bra, 5. Närmaste chefen har en positiv inställning till Resursteam, 6. Jag fick en bra introduktion till att arbeta i Resursteam. FK = handläggare, HL = husläkare, Mott = mottagningens sjukgymnast/beteendevetare, Ext = extern sjukgymnast/beteendevetare.

Sjuttio personer hade totalt 114 synpunkter kring sitt arbete med Resursteam. Varje kommentar har kategoriserats som negativ, positiv eller neutral i förhållande till hur Resursteam är tänkt att fungera utifrån styrdokumentet och resultatet från denna kategorisering presenteras i *Tabell 8* och i *Tabell 9* har vi sammanställt de vanligaste svaren. Från *Tabell 8* kan vi konstatera att vi fann 69 negativa och 41 positiva kommentarer om Resursteam. Från *Tabell 9* kan vi se att de flesta negativa kommentarerna handlade om att man föredrar andra samverkansformer, till exempel avstämningsmöten och fyrpartssamverkan, att det bör vara en annan sammansättning i teamet (t ex att externa konsulter inte borde delta vid mötena) och att andra aktörer inte följer upp sina ärenden eller kommunicerar som man kommit överens om. Innehållet i de positiva kommentarerna rör vikten av samverkan mellan Försäkringskassan och primärvården, och att samverkan med tydliga mål och utvecklande arbete framhålls som viktigt.



**Figur 6** Inställning till samarbetet i teamet uppdelat på de fyra yrkesgrupperna

Not: 7. Det finns en samsyn på målet, 8. Det finns en samsyn på arbetssättet, 9. Det råder ett gott samarbetsklimat, 10. Kompletterande resurser i teamet utnyttjas, 11. Teamet löser problem konstruktivt, 12. Det finns en pågående dialog inom teamet om arbetssättet FK = handläggare, HL = husläkare, Mott = mottagningens sjukgymnast/beteendevetare, Ext = extern sjukgymnast/beteendevetare.

**Tabell 8** Fördelningen av synpunkterna kring arbetet med Resursteam

Yrkeskategori	Negativa kommentarer	Positiva kommentarer	Neutrala kommentarer
Handläggare	9	17	1
Husläkare	46	17	2
Sjukgymnaster /Beteendevetare			
- mottagningens	3	5	
- externa	11	4	1
<b>Totalt antal</b>	<b>69</b>	<b>41</b>	<b>4</b>

Not: Exempel på neutrala kommentarer: "Viktigt att samma personer deltar varje gång" och "Svårt att hitta ärenden för Resursteam vid denna mottagning"

**Tabell 9** Svarskategorier och antal kommentarer

	<b>Svarskategori</b>	<b>Antal kommentarer</b>
<i>Negativa</i>	Bättre med andra samverkansformer	15
	Externa konsulter bör ej delta	15
	Brister i uppföljning, styrning, kommunikation	13
	Behandlingsresurser och andra delar när det gäller åtgärder brister	9
	Läkarnas attityd är negativ (och viktig)	7
	Patienten bör vara med	5
	Fel fall tas upp	3
	Fel kriterium för sjukskrivningens längd	2
<i>Positiva</i>	Positivt med samverkansformen, tydligt mål, utvecklande	22
	Bra med samverkan mellan Försäkringskassa och Primärvård, tidiga åtgärder och information	19

Nedan ges exempel på specifika kommentarer, d v s sådana som uttryckte mer än t ex ”Mycket bra” eller ”Värdelöst”, utifrån varje yrkeskategori.

**Försäkringskassans handläggare:** tyckte att mötena medför för mycket administration (3 st) och att det finns ett bristande engagemang på mottagningarna (2 st). Exempel på positiva synpunkter var att mötena ger bra möjligheter till informationsutbyte och tidiga åtgärder (4 st). Nedan återges några specifika kommentarer:

*”Tycker det är en arbetsform som inte fungerar! Vården har inte möjlighet att tillmötesgå önskemålen om behandling.”*

*”I Resursteamet sitter externa sjukgymnaster och beteendevetare som sedan ej ska behandla patienten.”*

*”Läkarna tar ofta upp och rådfrågar om andra ärenden.”*

*”FK får ofta impuls om att till exempel träffa personen, något vi enligt vår metod ska göra ändå!”*

*”Mycket bra arbetsform om Försäkringskassan ser till att driva ärendena bättre. Den försäkrade bör delta.”*

**Husläkarna:** tyckte att behandlande personal, inte externa konsulter, ska delta vid mötena (11 st). Avstämningmöten, fyrpartssamverkan och rehabiliteringsmöten nämndes som exempel på bättre samverkansformer (10). De tyckte också att bristen på behandlingsresurser inom vården gör att de åtgärder som rekommenderas av resursteamet inte kan vidtas (6), att det var positivt med att

ha möten med Försäkringskassans handläggare (5), liksom att samverka över huvud taget inom rehabilitering (3). Nedan återges några specifika kommentarer:

*”Aktuella behandlare ska ingå och inga proffsstyckare som bara bollar tillbaka.”*

*”Vi har inga beteendevetare att remittera till och detta rekommenderas ständigt. Vårt Resursteam lever inte i vår verklighet!”*

*”På min vårdcentral har vi få patienter att ta upp på Resursteam. Det är värdefullt att få FK:s syn på vilka rättigheter och skyldigheter patienten har och vad som gäller beträffande regelverket. Däremot får man ingen hjälp med hur rehabiliteringen ska gå till.”*

**Vårdcentralernas sjukgymnaster och beteendevetare/kuratorer:** gav enstaka kommentarer (3) om otydligt arbetssätt och mål med Resursteam, att externa konsulter inte ska ingå och att patienten saknas. De uttryckte sig för övrigt positivt om Resursteam och samverkan över huvud taget (5). Nedan återges några specifika kommentarer:

*”Tanken god, men utformningen tveksam”.*

*”Det viktigaste är möjligheten till info med FK-representant kring sjukskrivning eller andra åtgärder.”*

*”Vore bra med patientens egen medverkan i mötena. Har inte förekommit på min mottagning.”*

**De externa sjukgymnasterna och beteendevetarna/kuratorerna:** sex stycken hade kommentarer om betydelsen av läkarnas inställning till både Resursteam och externa konsulter. Fyra stycken uttryckte också vikten av samarbete mellan Försäkringskassan och primärvården. Nedan återges några specifika kommentarer:

*”Största motståndet finns hos läkargruppen mot denna arbetsform. Yrkesgruppen var dåligt förberedd och tveksam till oss som konsulter. På vissa mottagningar kändes man inte välkommen av vissa läkare.”*

*”Väldigt ofta försäkringsteknisk problematik. Teamarbete mycket bra kring dessa patienter, men med direkt feedback från sjukgymnast och beteendevetare som har behandlat patient. Min kompetens utnyttjades ej maximalt. Hade varit bättre om vi själva kände och hade undersökt patienten.”*

## 5 Effekt på upplevd hälsa, stöd och rehabiliteringsinsatser

I det här avsnittet diskuterar vi resultaten från en enkätundersökning (med två utskick) om hur de försäkrade upplevde sin hälsa, sin sjukskrivningsperiod, sin rehabilitering och kontakterna med Försäkringskassan och primärvården vid tidpunkten för inträde i Resursteam och ca 6 månader senare.

Enkäten bestod av totalt 44 frågor: bakgrundsfrågor (utbildningsnivå, grad av förvärvsarbete), upplevelse av hälsa (självskattad allmän hälsa, frågor om sömn, koncentrationsförmåga och energinivå), bedömning av kontakter och stöd under sjukskrivning, bedömning av möjligheter till inflytande över rehabiliteringsåtgärder som vidtagits av FK och Primärvård (PV), bedömning av hälsa och sjukskrivning sex månader efter det att personen påbörjat Resursteam, vad som kan underlätta respektive försvåra arbetsåtergång samt om behov av arbetsanpassning.

För frågeområdet upplevelse av hälsa, har ett antal olika hälsovariabler använts som var och en mäter olika aspekter av hälsan. Den subjektivt skattade allmänna hälsan är mätt utifrån en enskild fråga som ingår i väl beprövade och validerade instrument (se t ex Appels m fl, 1996, McCallum m fl, 1993). För frågor om sömnkvalitet, koncentrationsförmåga samt energinivå har vi använt oss av frågor med 5-gradiga Likertskalor, d v s rangordnade svarsalternativ enligt t ex från ”Mycket bra” till ”Mycket dåligt”, från ”Alltid” till ”Aldrig” etc.. Därutöver fanns flervalssfrågor där man kunde välja två eller flera alternativ. Det gavs också utrymme i två frågor att med egna ord beskriva vad personerna ansåg skulle ha kunnat underlätta respektive försvåra återgång i arbete. Frågorna är valda för att spegla olika aspekter av en persons hälsotillstånd (Hasson m fl, 2006).

Den första enkätundersökningen skickades ut senvåren/hösten 2006 och uppföljning gjordes sex månader senare. Totalt omfattade studien 131 personer. 50 av dessa personer ingår i det experiment som analyseras i mer detalj i avsnitt 6. Vid experimentet har 22 personer slumpmässigt valts ut att få tillgång till Resursteam medan 28 personer slumpmässigt inte fått Resursteam. Dessa kunde dock ta del av Försäkringskassans övriga åtgärder. Övriga 81 personer var initierade till Resursteam av primärvårdens läkare.

Svarsfrekvensen från det första utskicket var 54 procent eller 71 personer (31 personer från experimentgruppen och 36 personer från den andra gruppen). Svarsfrekvensen från det efterföljande utskicket var endast 19 procent eller

30 personer (22 personer från experimentgruppen och 8 från den andra gruppen). Detta medför att vi endast har uppföljande mätningar på totalt 30 personer (av vilka endast 12 personer inte erhållit Resursteam) vilket med nödvändighet begränsar möjligheten att skatta effekten av Resursteam för dessa variabler.

## 5.1 Resultat

I *Tabell 10* och *Tabell 11* presenteras medelvärden och standardfel för upplevelse av hälsa och hälsa i ett framtidsperspektiv.<sup>13</sup> Vi har också testat om det finns någon skillnad över utvecklingen över tid mellan de som fick tillgång till Resursteam och de som inte fick tillgång.<sup>14</sup>

Av *Tabell 10* framgår att jämförelsegruppen uppskattar sin "hälsa" något bättre i båda mätningarna jämfört med RT-gruppen. Vi kan också se att det inte finns några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna eller över tid förutom i upplevd koncentrationsförmåga. Koncentrationsförmågan har ökat mellan de två perioderna för båda grupperna (p-värde < 0.05) men jämförelsegruppen har upplevt större ökning (p-värde < 0.01) av sin koncentrationsförmåga än RT gruppen.

---

<sup>13</sup> För en beskrivning av bakgrundsvariablerna ålder, utbildningsbakgrund, kön och arbetssituation i gruppen hänvisas till *Tabell 12* i avsnitt 6.

<sup>14</sup> Matchade (eller parvisa) t-test har använts för test av skillnader i medelvärden över tid. För test av skillnader mellan grupperna har också parvisa t-test av skillnader över tid genomförts.



**Tabell 10** Beskrivning och test av medelvärdesskillnader av upplevd hälsa över tid och mellan de två grupperna

Frågeområde Upplevelse av hälsa	Mätning 1		Mätning 2		Test av skillnader	
	RT	Kontroll	RT	Kontroll	Grupp	Tid <sup>b</sup>
Självskattad hälsa	2,8 (0,14)	2,7 (0,27)	2,9 (0,20)	2,9 (0,34)	ES	ES
Utvilad på morgon	2,3 (0,15)	2,3 (0,25)	2,3 (0,24)	3,0 (0,25)	ES	ES
Sömnkvalitet	2,7 (0,17)	2,9 (0,31)	2,8 (0,28)	3,3 (0,35)	ES	ES
Koncentrationsförmåga	2,6 (0,15)	3,0 (0,27)	2,8 (0,17)	3,8 (0,28)	**	*
Energinivå	2,4 (0,12)	2,6 (0,22)	2,5 (0,20)	3,0 (0,25)	ES	ES
Antal observationer	55	16	18	12		

Not: Standardfel ges inom parentes, 5 är högst och 1 är lägsta värde för dessa variabler, testen är gjorda med parvisa (matchade) t-test, ES= ej signifikant, \*\* statistiskt säkerställd på 1 procents risknivå, \* statistiskt säkerställd på 5 procents risknivå.

I *Tabell 11* summeras resultat om den försäkrades syn på sin framtida hälsa. Vi kan se att det inte heller här finns några statistiskt signifikanta skillnader i svaren på någon av frågorna, varken inom respektive grupp eller över tid. Dock visar en av frågorna att ca 65 procent av jämförelsegruppen tenderar att ha en något mer positiv syn i den uppföljande mätningen jämfört med ca 50 procent i RT-gruppen gällande upplevelsen av hälsan efter sex månader. För bedömningen av sjukskrivningsgrad efter sex månader, framgår å andra sidan att RT-gruppen, vid den uppföljande mätningen, gör en något mer positiv bedömning, ej signifikant, där ca 50 procent anser detta troligt eller i hög grad troligt att sjukskrivningsgraden ska minska jämfört med ca 30 procent av jämförelsegruppen. Möjligheten av att få arbetet anpassat för att kunna komma tillbaka i arbete är förändrad till det sämre i den uppföljande mätningen för både grupperna. Detsamma gäller för uppfattningen om man behöver vara helt återställd för att kunna komma åter i arbete, där resultatet visar en lägre skattning hos båda grupperna i den uppföljande mätningen. Det betyder att personerna i både RT- och jämförelsegrupp anser att de behöver få en bättre anpassning av arbetet och i högre grad vara helt återställda för att återgå i arbete än vad de ansåg i den första mätningen. På frågan om bedömning av sina möjligheter att kunna påverka sitt tillfrisknande, har medelvärdet sjunkit för båda grupperna i den uppföljande mätningen.

**Tabell 11** Beskrivning och test av medelvärdesskillnader av hälsan ur ett framtidsperspektiv över tid och mellan de två grupperna

Hälsan ur ett framtidsperspektiv	Mätning 1		Mätning 2		Test av skillnader	
	RT	Jämförelse	RT	Jämförelse	Grupp	Tid
Bedömd hälsa efter 6 mån	3,5 (0,12)	3,5 (0,24)	3,3 (0,20)	3,8 (0,35)	ES	ES
Bedömd minskad sjukskrivning. efter 6 mån	3,7 (0,17)	4,0 (0,28)	3,5 (0,54)	2,7 (0,67)	ES	ES
Behov av anpassat arbete för återgång	2,8 (0,23)	3,2 (0,34)	2,1 (0,46)	2,4 (0,87)	ES	ES
Behov av helt återställd före återgång	2,1 (0,20)	2,9 (0,42)	1,8 (0,30)	1,2 (0,17)	ES	ES
Egna möjligheter att påverka tillfrisknandet	2,9 (0,22)	3,4 (0,37)	2,2 (0,32)	2,7 (0,76)	ES	ES
Antal observationer	55	16	18	12		

Not: Standardfel ges inom parentes, 5 är högst och 1 är lägsta värde för dessa variabler testen är gjorda med parvisa (matchade) t-test, ES= ej signifikant.

Resultatet från de försäkrades bedömning av de kontakter som de har med Försäkringskassan och primärvården redovisas i *Tabell A1* i bilaga A. Dessa svar skiljer sig inte statistiskt åt mellan grupperna eller över tid. Medelvärdena inom detta frågeområde har totalt sett förbättrats något i den uppföljande mätningen. Närmare 60 procent av de svarande anger att de inte varit särskilt nöjda med insatserna. En något mer negativ inställning återfinns bland deltagarna i RT-gruppen, framför allt i den uppföljande mätningen efter sex månader.

Medelvärden för frågorna kring de försäkrades upplevelse av möjligheter till inflytande över de rehabiliteringsåtgärder som vidtagits av FK och/eller av vårdgivaren/läkaren återges i *Tabell A2* i bilaga A. Vi finner inte heller här några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna eller över tid. De försäkrades upplevelse av möjligheter till inflytande vad gäller åtgärder som vidtas av sjukvården/läkaren har minskat något i den uppföljande mätningen och som mest bland de försäkrade i RT-gruppen.

## 5.2 Kommentarer och frågor med öppna svar

I jämförelsegruppen angav 68 procent av personerna kommentarer på vad de anser skulle underlätta återgång i arbete, medan motsvarande siffra för RT-gruppen var 18 procent. På den andra frågan om vad som skulle försvåra återgång har på motsvarande sätt personerna i jämförelsegruppen i högre grad gett kommentarer, 50 procent jämfört med 18 procent i RT-gruppen. Däremot finns

ingen tydlig skillnad mellan grupperna om vilka faktorer som upplevs som underlättande respektive försvårande.

Bland de kommentarer som beskrivits ovan kan några kategorier urskiljas som visar vad som upplevs som hinder för återgång i arbete för de försäkrade:

- 1 väntan på behandling av olika slag
- 2 motivation finns men brist på anpassning av arbetet eller arbetsträning
- 3 sjukdom/värk etc, gör att de inte orkar eller kan arbeta

## 6 Effekten på sjukskrivningar

I detta avsnitt skattas hur personens sjukskrivning påverkas av att ärendet behandlas i Resursteam. Vi skattar effekten av Resursteam med hjälp av två olika typer av data. Vi har tillgång till ett experiment (d v s prospektiva data) där utfallen för två slumpmässigt formade grupper jämförs. Den ena gruppens ärenden har diskuterats i Resursteam medan den andra gruppens ärenden har fått sedvanlig hantering. Eftersom detta experiment endast innehåller 50 personer, kompletterar vi denna studie med retrospektivt insamlade data från register över alla personer som har initierats till Resursteam sedan starten våren 2004.

Från och med sjukskrivningens första dag kan den sjukskrivnes handläggare eller läkare föreslå att ärendet tas upp i Resursteam. Om den sjukskrivne medger, initieras ärendet till Resursteam. En förutsättning är dock att personen fortfarande är sjukskriven.

I den här studien skattas effekten av samverkan i Resursteam. Det är viktigt att notera att Resursteam även kan ha indirekta effekter på sjukskrivning som vi inte studerar. Till exempel kan förväntningar (negativa/positiva) om att få råd om behandling av ett multidisciplinärt team påverka motivationen att bli frisk och därmed sjukskrivningens längd även för de icke behandlade. Även läkarnas och handläggarnas agerande kan påverkas av deras vetskap om att Resursteam finns. Till exempel kan antalet sammanhängande dagar sjukskriven vid första beslutet om sjukskrivning påverkas av att möjligheter till hjälp via Resursteam finns.

Hur många dagar som en person har varit sjukskriven påverkar troligtvis personens sannolikhet att bli friskskriven. För att få en bra utvärdering är det därför viktigt att jämförande personer och RT-personer har varit sjukskrivna lika länge innan RT-personerna initieras till Resursteam. Detta skapas per

automatik i vårt experiment. I vår retrospektiva studie skapar vi detta genom att till varje person som erhållit Resursteam finna en likartad person som varit sjukskriven lika länge som denna vid initieringstillfället (en match). Förutom denna matchning på inskrivningstid matchar vi även på andra väsentliga bestämningsfaktorer för att bli initierad till resursteam. Detta diskuteras i mer detalj i avsnitt 6.2.

## 6.1 Experimentdata

Randomiseringen startade den 13 april 2006 och omfattar alla ärenden som initierades av handläggare vid FK i Uppsala. Utifrån en grupp av lämpliga ärenden (handläggjarbedömning) bestämdes slumpmässigt vilka ärenden som skulle behandlas i Resursteam (behandlingsgrupp) eller ej (kontrollgrupp). Det är viktigt att notera att randomiseringen inte kunde manipuleras av handläggare och att randomiseringen skedde vid initieringstillfället. Det betyder att genom att jämföra utfall mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp mäts effekten av samverkan i Resursteam.

Totalt omfattar experimentet 50 personer. Dessa personer finns registrerade i FK:s register ResultaT. För att studera effekten av samverkan i Resursteam på sjukskrivningens längd, samkördes ResultaT med registret om uppgifter om sjukpenning.<sup>15</sup> Vid den samkörningen exkluderades fem personer.<sup>16</sup>

### 6.1.1 Deskriptiv statistik över behandlings- och kontrollgrupp

Fördelen med ett experiment gentemot en studie baserad på retrospektiv insamlad information är att indelningen i behandlings- och kontrollgrupp skett slumpmässigt. Detta innebär att selektion av personer till behandlingsgruppen generellt sett inte är ett bekymmer om antalet deltagare i experimentet är stort (detta innebär att behandlings- och kontrollgrupp inte skiljer sig åt med avseende på variabler som är betydelsefulla för en sjukskrivning). Eftersom antalet personer i vår studie är litet kan detta potentiellt leda till vissa problem med olikheter mellan grupperna trots randomisering.

---

<sup>15</sup> Vi har även matchat på information från andra LOUISE. Se avsnitt 6.2 för detaljer om detta register.

<sup>16</sup> En person saknas i registret om sjukpenning. Övriga fyra tappas på grund av att anmälan till resursteam inte sker inom en sjukperiod.

*Tabell 12* visar deskriptiv statistik för behandlings- och kontrollgrupp. Som framgår av tabellen finns det vissa skillnader mellan grupperna. Det är dock viktigt att notera att för endast för två av dessa variabler (psykisk diagnos och ospecificerad och muskuloskeletal diagnos) är skillnaderna mellan gruppernas medelvärden statistiskt säkerställda (på 5-procentsnivån).

**Tabell 12** Deskriptiv statistik över sjukskrivna som har initierats till Resursteam

Variabler	Kontrollgrupp			Behandlingsgrupp		
	Medelvärde andel i procent	Standard avvikelse	Antal	Medelvärde/ andel i procent	Standard avvikelse	Antal
<i>Bakgrundsvariabler</i>						
Kvinna	74	45	19	71	46	24
Ålder	45,89	10,18	19	45,21	12,50	24
Invandrare	16	37	19	21	41	24
Eftergymnasial utbildning	21	42	19	29	46	24
Gift	37	50	19	54	51	24
Skild	26	45	19	13	34	24
Antal barn	1,05	1,08	19	1,50	1,18	24
Skild * antal barn	42	1,02	19	0,13	45	24
Löneinkomst (i kr per år)	178,768	141,832	19	165,400	112,496	24
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, fram till januari 2004	49,16	78,93	19	76,88	186,35	24
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar, fram till januari 2004	9,47	24,43	19	4,17	10,38	24
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, fram till januari 2004	210,95	550,60	19	41,58	203,72	24
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar, fram till januari 2004	0,00	0,00	19	48,13	235,76	24

Variabler	Kontrollgrupp			Behandlingsgrupp		
	Medelvärde andel i procent	Standard avvikelse	Antal	Medelvärde/ andel i procent	Standard avvikelse	Antal
<i>Vid sjukfallets start</i>						
Psykisk diagnos	21	42	19	54**	51	24
Muskuloskeletal diagnos	53	51	19	29	46	24
Ospecificerad och psykisk diagnos	0,63	1,26	19	1,63**	1,53	24
Ospecificerad och muskuloskeletal diagnos	1,58	1,54	19	0,88	1,39	24
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	12,00	0,00	19	32,21	72,89	24
Sjukskriven längre än 60 dagar, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	0,00	0,00	19	0,08	0,28	24
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om psykisk diagnos	2,53	5,03	19	26,71	74,71	24
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om muskuloskeletal diagnos	6,32	6,16	19	3,50	5,57	24
Arbetslös	0,00	0,00	19	0,08	0,28	24

Not: \* statistiskt signifikant skillnad på 10-procentsnivån, \*\* statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån, \*\*\*statistiskt signifikant skillnad på 1-procentsnivån

## 6.1.2 Resultat

I *Figur 7* visas skattade överlevnadsfunktionen<sup>17</sup> (Kaplan and Meier, 1958) för behandlings- och kontrollgrupp efter randomisering. Figuren visar att efter drygt 100 dagar från randomiseringstillfället är en högre andel i behandlingsgruppen (heldragen linje) fortfarande sjukskrivna, jämfört med kontrollgruppen (streckad linje). Innan 70 dagar från randomiseringstillfället är förhållandena snarare de omvända.

Eftersom antalet personer som ingick i experimentet är liten, kan inte statistiskt säkerställda slutsatser dras från dessa skattningar. För att ta hänsyn till observerbara skillnader mellan grupperna, skattas effekten av Resursteam med hjälp av Cox regressioner<sup>18</sup> som möjliggör att vi kan kontrollera för skillnader mellan de båda gruppernas bakgrundvariabler och på så sätt erhålla effektivare skattningar av en potentiell effekt av Resursteam. Vi inkluderar följande variabler: personens och övriga familjemedlemmars sjukhistorik, diagnos vid sjukperiodens start samt längden på det första delsjukfallet i sjukperioden (antal dagar sjukskriven när första beslutet om sjukskrivning fattas).

Resultatet från skattningarna av Cox regressionerna presenteras i *Tabell 13*. Som förväntat är standardfelen i skattningarna stora och ingen av de skattade effekterna är statistiskt säkerställda, inte ens på 10-procent nivån. Den första kolumnen i tabellen visar på skattningen utan kontrollvariabler. Tolkningen från den skattningen, omräknat till en procentuell effekt, är att Resursteam minskar sannolikheten att sjukskrivningen upphör med i genomsnitt 14 procent.<sup>19</sup> I den andra kolumnen i tabellen visas motsvarande skattning då kontrollvariabler inkluderas skattningen med kontrollvariabler är av precis samma storleksordning.

Effektskattningen är stor men inte statistiskt säkerställd. Det skattade standardfelet är stort, vilket kan förklaras av att vi har så få personer. Ett sätt att få tillgång till ett större datamaterial är att använda sig av register och retrospektivt jämföra sjukskrivningslängd för RT-personer med personer som inte erhöLL Resursteam. Detta görs i följande avsnitt.

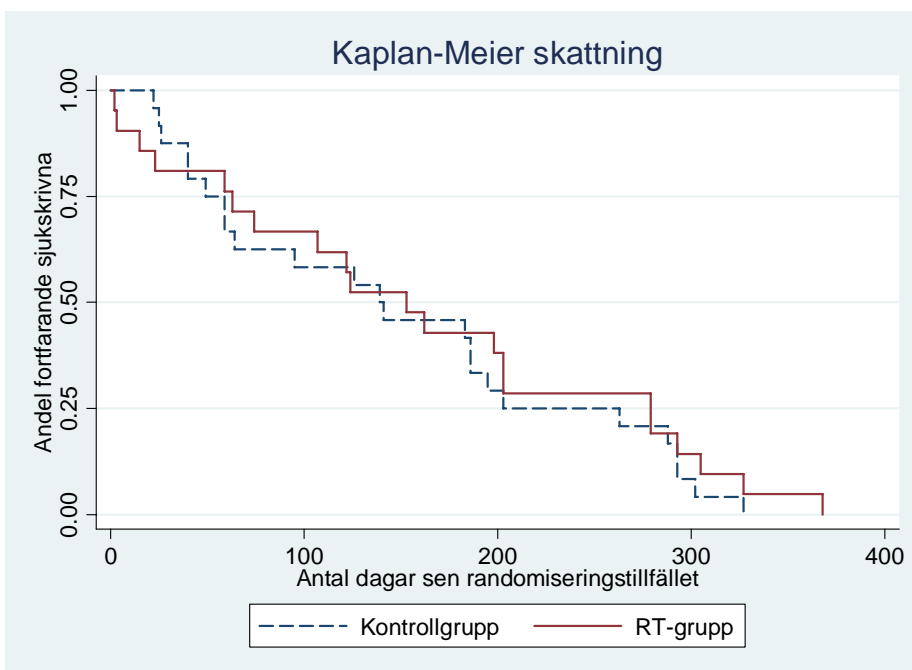
---

<sup>17</sup> Överlevnadsfunktion används ofta i medicinsk litteratur för att beskriva tid till död. I vår studie innebär överlevnad tid i sjukskrivning.

<sup>18</sup> I metodologisk litteratur kallas modellen som skattas för proportionell (Cox) hazard modell. För mer detaljer om skattningsmetoden, se Allison (1984).

<sup>19</sup> Den procentuella effekten ges av:  $100 * (\exp(\text{skattningen}) - 1)$ .





**Figur 7** Andelen fortfarande sjukskrivna för Resursteamgruppen och kontrollgrupp efter randomisering

**Tabell 13** Skattad effekt av deltagande i Resursteam med och utan kontrollvariabler

	Utan kontrollvariabler, (1)	Med kontrollvariabler (2)
Skattning	-0,146	-0,148
Standardfel	(0,331)	(0,483)
Antal observationer	45	45

Not: Skattningar är gjorda med Cox regressioner och exakt maximum likelihood estimator.

## 6.2 Retrospektiva register data

Svårigheten med en retrospektiv studie är att personerna själva tillsammans med handläggare och/eller läkare valt att delta i Resursteam eller inte. De personer som väljer att delta kan vara systematiskt annorlunda (vad gäller till exempel sjukskrivning) än de personer som inte valt att delta. Utmaningen är

att identifiera en lämplig jämförelsegrupp till RT-gruppen. I den här studien paras varje RT-person ihop med en person vars ärende inte har diskuterats i Resursteam men som i övrigt är så lik RT-personen som möjligt vad gäller faktorer som både påverkar sannolikheten att personen diskuterats i Resursteam och långtidssjukskrivning. För denna bedömning har vi använt oss av riskfaktorer för långtidssjukskrivning framtagna av Försäkringskassan. Dessa faktorer är:

- 1 Medicinskt underlag: Psykiatriska diagnoser utan förtydligande och utan symptombeskrivning, helt nedsatt arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser och diagnoser med besvär från rörelseorgan, sjukfall som pågår längre än två månader
- 2 Tidigare sjukhistorik: Flera sjukfall de senaste åren
- 3 Arbete: Tungt arbete, arbetslöshet
- 4 Familj: Make/maka uppbar sjuk- och aktivitetsersättning /sjukpenning, skilsmässa och svårt sjukt barn
- 5 Egen inställning: Ingen planering för återgång i arbete

Vår population bestäms från databasen LOUISE<sup>20</sup>, vilken innehåller Sveriges befolkning för åldergruppen 16-74 år. Information om social bakgrund och boende tas från LOUISE och den informationen är från november 2004. Information om sjukdomshistorik (januari 1997–mars 2007) och diagnos vid sjukskrivningstillfället är hämtad från Försäkringskassans sjukskrivningsregister. Vi kan följa alla påbörjade sjukskrivningar fram till 2007.

Sammanlagt har 1 176 personer deltagit i Resursteam under åren 2004 till och med 2006. Av dessa exkluderas 86 personer som flyttat till Uppsala län efter november 2004 och därför inte kan identifieras i de register som används. Dessutom har ytterligare 24 personer exkluderats, eftersom dessa friskskrivits i samma vecka som de initierades till Resursteam.<sup>21</sup> Detta leder till att studiepopulationen som deltagit i Resursteam består av totalt 1 066 personer.

Under perioden 2004 till och med 2006 (när Resursteam vara i bruk) skedde många andra förändringar, inte minst inom FK (se sektion 2.1 för en utförlig beskrivning). Hanteringen av sjukskrivna, framförallt från FK:s sida, genomgick stora förändringar och ohälsotalen sjönk kraftigt över hela landet. Detta medför att det viktigt att jämförelsepersonerna är sjukskrivna under

---

<sup>20</sup> LOngitudinell databas för Utbildning, Inkomst och Sysselsättning.

<sup>21</sup> Vi har skattat effekten när vi behållit dessa 24 personer och detta påverkar inte kvalitativt våra resultat.

samma tidsperiod som RT-personerna. I Uppsala län, under den period som Resursteam var i bruk, initierades de flesta ärenden där det förelåg en risk för långtidssjukskrivning till Resursteam. Av den anledningen tar vi jämförelsepersoner från ett annat län där Resursteam, eller motsvarande, inte fanns under samma tidsperiod.

Försäkringskassan har i samband med den så kallade landstingsmiljarden<sup>22</sup> skickat ut en enkät till alla Landsting med frågor om hur de i praktiken arbetade för att få ner ohälsotalen (Försäkringskassan, 2006). En fråga berörde särskilda insatser för speciella diagnosgrupper. En annan fråga handlade om samverkan med externa aktörer såsom Försäkringskassan, Företagshälsovård, Socialtjänst och arbetsgivare. En tredje fråga berörde hur Landstinget utnyttjar olika kompetenser/team i bedömningen av patienter med komplicerade besvär. Svaren på dessa frågor visar att Uppsala län var tidigt ute med extern samverkan av rehabiliteringsåtgärder för personer utan tydlig symptombeskrivning i läkarintyget.

Gävleborgs och Blekinge län svarade att det finns ett behov av att samverka med externa aktörer för personer med diffus diagnos, men att någon sådan samverkan ännu inte hade påbörjats.<sup>23</sup> I *Figur 8* visar vi utvecklingen av mediansjukskrivningslängden för påbörjade sjukfall i Uppsala (heldragen linje) och Gävleborgs län (streckad linje) under perioden 2001 till och med 2006. Figuren baseras på alla sjukskrivningar med sjukpenning i de båda länen under aktuell period. Vi kan se att Uppsala och Gävleborgs län har haft en liknande utveckling; de båda länen uppvisar liknande säsongsvariationerna och medianantalet dagar sjukskriven ser ut att kulminera för båda länen vid årsskiftet 2003 och 2004.<sup>24</sup> Eftersom Gävleborgs län har haft en likartad utveckling över tid som Uppsala län, är fokus på jämförelse personer tagna från Gävleborgs län. För att göra en känslighetsanalys jämför<sup>25</sup> vi även med Blekinge län.

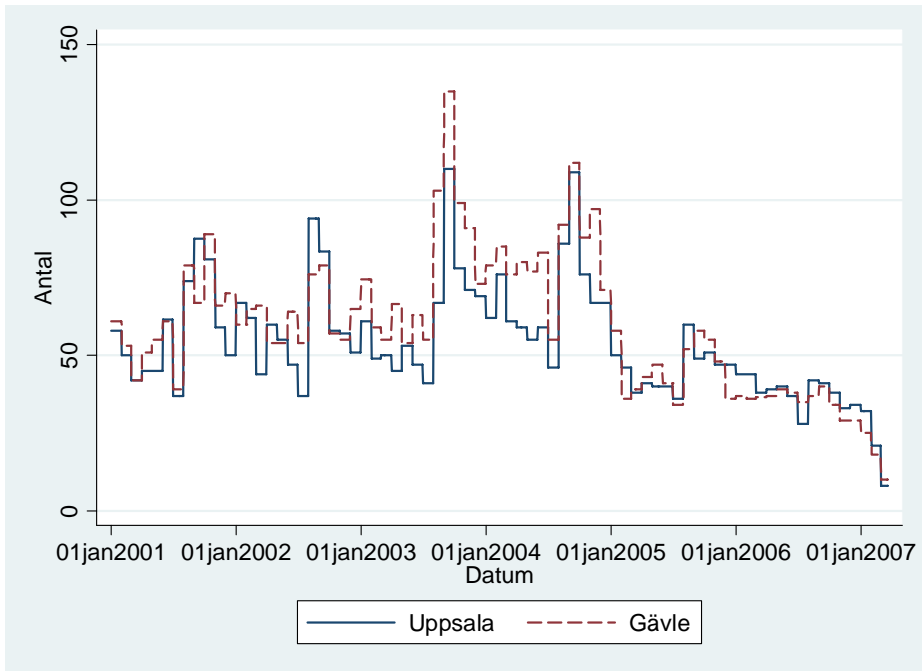
---

<sup>22</sup> År 2006 tecknade staten och Landstingsförbundet en överenskommelse för att minska ohälsotalen. Överenskommelsen kallas landstingsmiljarden, då en miljard kronor ska delas ut till landstingen i syfte att skapa ekonomiska drivkrafter för att minska ohälsotalen. En förutsättning för att pengarna ska betalas ut är att varje landsting tecknar en överenskommelse med Försäkringskassan om vilka åtgärder som ska vidtas.

<sup>23</sup> För en sammanfattning av hur Uppsala, Gävleborgs och Blekinge län har svarat på relevanta frågor från Försäkringskassans enkät, se bilaga B.

<sup>24</sup> Trenden med kortare sjukskrivningslängder som figuren uppvisar bör tolkas med försiktighet. Anledningen är att vi inte kan följa hela sjukskrivningslängden för de sjukfall som ännu inte har avslutats i mars 2007 (datum för när vårt register slutar).

<sup>25</sup> Med känslighetsanalys menar vi att testa att det resultat som vi får inte är avhängt godtyckliga val av, till exempel, jämförelselän och hur vi har grupperat data.



**Figur 8** Medianlängd på sjukskrivningar som har påbörjats i Uppsala och Gävleborgs län under 2001–2006

Källa: Eget bearbetat data från Försäkringskassans sjukregister.

Ett potentiellt problem med att använda personer från Gävleborgs län vid jämförelsen är att det kan finnas institutionella skillnader mellan länen som också kan påverka sjukskrivningsbenägenheten. Till exempel kan Försäkringskassan och primärvården arbeta olika i Uppsala och Gävleborgs län. Det kan också finnas olikheter kring tillämpning av sjukintyg mellan länen. För att kontrollera för dessa eventuella skillnader, tar vi i analysen hänsyn till den genomsnittliga sjukfrånvaron (med sjukpenning) i respektive län under treårsperioden innan Resursteam hade införts (2001 t o m 2003) genom att studera skillnaden i utveckling mellan länen över tid. En förutsättning för att denna strategi ska ge en korrekt skattning av effekten från Resursteam, är att det, oberoende av Resursteam, inte finns en skillnader mellan länen i hur sjukskrivningar förändras över tiden. Utifrån *Figur 8* kan vi se att både trender och nivå för hela populationerna ser likartat ut mellan länen vilket stöder detta antagande.

### 6.2.1 Deskriptiv statistik för personer som behandlats i Resursteam

*Tabell 14* visar deskriptiv statistik för alla de personer som har behandlats i Resursteam. Först redovisas bakgrundsvariabler såsom ålder, kön, andel invandrare, utbildning, familjesituation och sjukhistorik för den enskilde personen och för övriga familjemedlemmar. Därefter visas information vid sjukfallets start: diagnos, antal dagar sjukskriven vid första beslutet om sjukskrivning i sjukperioden samt om personen var arbetslös vid sjukskrivningstillfället. Tabellen skiljer på om ärendet har initierats av handläggare eller av läkare.<sup>26</sup> Anledningen till denna uppdelning är att handläggarna, till skillnad från läkaren, inte har träffat den försäkrade före eventuell initiering till Resursteam. I samband med att resultaten presenteras diskuterar och analyserar vi betydelsen av denna skillnad.

Från *Tabell 14* kan konstateras att drygt hälften av RT-personerna är kvinnor. Cirka en fjärdedel är invandrare. Genomsnittsåldern är närmare 50 år och knappt hälften är gifta. Majoriteten (ca 65 procent) av alla RT-personer har en diagnos relaterad till psykiska besvär och/eller besvär i det muskuloskeletala systemet. Antal dagar sjukskriven efter första läkarbesöket är mer än 60 dagar i genomsnitt. Genomsnittspersonen i Resursteam stämmer alltså väl överens med FK:s kriterier för att ingå i Resursteam.

Vidare framgår att läkarna, i jämförelse med handläggarna, har initierat patienter som i genomsnitt har haft färre antal sjukdagar under det senaste åren. Flera tidigare sjukskrivningar är något som betonas som riskfaktor för långtids-sjukskrivning av FK och det är en information som handläggarna enkelt får fram om de försäkrade. Även vad gäller sjukskrivningsgrad och antal dagar sjukskriven vid första beslutet, är det en skillnad mellan läkarna och handläggarna; de som initierats av läkare har i genomsnitt en längre första sammanhängande sjukskrivning.

---

<sup>26</sup> I många fall har en och samma person initierats av både handläggare och läkare. Om så är fallet är det den som initierade (registrerade) personen först som redovisas.

**Tabell 14** Deskriptiv statistik över sjukskrivna som har initierats till Resursteam, uppdelat efter vem som har initierat dem

Variabler	Initierade av handläggare			Initierade av läkare		
	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal
Bakgrundsvariabler						
Kvinna	0,66	0,47	574	0,65	0,48	485
Ålder	47,81	10,63	574	46,36	10,85	485
Invandrare	0,23	0,42	574	0,28	0,45	485
Eftergymnasial utbildning	0,22	0,41	574	0,20	0,40	485
Gift	0,49	0,50	574	0,49	0,50	485
Skild	0,18	0,39	574	0,19	0,39	485
Antal barn	0,95	1,21	574	0,89	1,12	485
Skild * antal barn	0,64	1,00	105	0,64	0,97	91
Löneinkomst (i tkr per år)	159162	121074	574	141517	114202	485
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, fram till januari 2004	63,77	133,16	574	59,84	118,36	485
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar, fram till januari 2004	34,35	135,83	574	20,16	78,89	485
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, fram till januari 2004	122,28	487,21	574	82,73	472,66	485
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar, fram till januari 2004	41,58	264,93	574	34,00	201,77	485

Variabler	Initierade av handläggare			Initierade av läkare		
	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal
Vid sjukfallets start						
Psykisk diagnos	0,32	0,47	574	0,27	0,44	485
Muskuloskeletal diagnos	0,34	0,48	574	0,36	0,48	485
Ospecificerad och psykisk diagnos	0,97	1,44	574	0,85	1,42	485
Ospecificerad och muskuloskeletal diagnos	1,11	1,55	574	1,21	1,65	485
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	60,41	138,37	574	78,88	174,73	485
Sjukskriven längre än 60 dagar, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	0,15	0,36	574	0,18	0,39	485
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om psykisk diagnos	59,70	124,85	181	92,12	197,35	130
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om muskuloskeletal diagnos	48,09	124,07	198	79,95	181,81	173
Arbetslös	0,16	0,37	574	0,19	0,39	485

## 6.2.2 Resultat

För att skatta effekten av Resursteam används en matchningsansats. Det innebär att vi i efterhand försöker skapa ett randomiserat experiment. Till varje RT-person väljer vi ut en person i Gävleborg (Blekinge) med samma sjukskrivningstid när han/hon började i Resursteam men också med likartade observerbara egenskaper utifrån de av Försäkringskassan bestämda riskfaktorerna för långtidssjukskrivning.<sup>27</sup> De variabler som har använts för att välja ut en likartad person ges i *Tabell 14*. Vi antar således att om personen som bor i Gävle (Blekinge) istället hade bott i Uppsala hade denna person blivit initierad till Resursteam.

Potentiellt kan en jämförelse av sjukskrivningstider mellan en person som bor i Uppsala mot en likartad person som bor i Gävle (Bleking) leda till skeva skattningar på grund av att det kan finnas institutionella skillnader mellan Gävle (Blekinge) som påverkar sjukskrivningen. Genom att studera *Figur 8* kan vi se att detta inte borde vara något större problem. Men för denna speciella patientgrupp (med risk för långtidssjukskrivning) kan det ändå vara ett problem. Vi kontrollerar för dessa potentiella skillnader genom att, på motsvarande sätt som ovan, finna en matchande person till RT-individen som var sjukskriven 2001–2003 i Uppsala och således skulle ha fått Resursteam om sjukfallet istället hade inträffat tre till ett år tidigare. För personen sjukskriven 2004–2006 i Gävle finner vi en matchande person i Gävle men sjukskriven 2001–2003. Efter dessa matchningar skattas effekten av Resursteam som skillnaden i utveckling för de som fick tillgång till Resursteam under perioden 2004–2006 (d v s Uppsala) mot skillnaden i utveckling för de som inte fick tillgång till RT (d v s Gävle och Blekinge)

Vi skattar dels effekten av Resursteam på att lämna en sjukskrivning med sjukpenning och dels effekten på sannolikheten att ha sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, eller annan försörjning 540 dagar efter att en sjukskrivningsperiod har påbörjats, det vill säga på försörjningsform. Effekten av Resursteam på att lämna en sjukskrivning skattas på samma sätt som vi gjorde i experimentstudien, med hjälp av Cox regressionsmodeller. Här kontrollerar vi för potentiella trender (åren 2001–2006) och att det kan vara skillnader mellan personers sjukskrivningstider beroende på om de bor i Uppsala mot om det istället bott i Gävle (Blekinge). Effekten skattas således som en ökning/-

---

<sup>27</sup> Detta har gjorts med hjälp av "propensity score matching". För mer information om denna metod och kring skattning, se bilaga C.



minskning av benägenheten att lämna en sjukskrivning för en person boende i Uppsala.

Anledning till att studera både sjukskrivningslängd och försörjningsform är att sjukpenning kan bytas ut mot sjuk- och aktivitetsersättning om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt en längre tid (minst ett år).

Utöver dessa analyser baserade jämförelse mellan Gävleborg – Uppsala, genomför vi också en mängd olika känslighetsanalyser. Bland annat testar vi den funktionella formen som använd vid Cox regression genom att genomföra renodlade matchingsestimatorer av överlevnadsfunktioner (se bilaga C för detaljer kring skattning). Vi testar också resultaten genom att göra motsvarande analyser baserade på en Blekinge-Uppsala jämförelse. Vi studerar heterogena effekter och skattar effekter uppdelat på personer som initierats av läkare eller handläggare.

#### 6.2.2.1 Effekten på att lämna en sjukskrivning

Resultaten från skattningen presenteras i *Tabell 15* och vi kan se en statistiskt säkerställd lägre benägenhet att lämna en sjukskrivning om en person deltagit i Resursteam mot om han/hon inte deltagit. Tolkningen från skattningen är att Resursteam minskar sannolikheten att sjukskrivningen upphör med i genomsnitt 21 procent.<sup>28</sup> Det är intressant att konstatera att denna skattning inte är statistiskt säkerställd (5 procent risknivå) skild från resultatet från den randomiserade studien där effekten skattades till att minska utflödet med 14 procent.

**Tabell 15** Parameter estimat från Cox regressionsmodell

	<b>Estimat</b>
Effekt av resursteam	-0,240
Standardfel	(0,067)***
Antal personer	4 264

Not: Standardfel inom parentes. Skattning gjord med exakt maximum likelihood. I modellen kontrolleras för tidsperiod (innan/efter införande av Resursteam) samt för län. \*\*\*statistiskt signifikant skillnad på 1-procentsnivån.

<sup>28</sup>  $100 * (1 - \exp(-0.24)) \approx 21$

### 6.2.2.2 Effekten på försörjningsform efter ett och ett halvt år

För att fånga upp en eventuell effekt på långtidssjukskrivning med sjuk- och aktivitetsersättning, studerades försörjningsform efter ett och ett halvt år (540 dagar) efter sjukperiodens första dag. Följande alternativ av försörjningsform har studerats: 1) personen har sjukpenning, 2) personen har sjuk- eller aktivitetsersättning samt 3) personen försörjs inte längre av sjukförsäkringen. Det är viktigt att notera att utfallsmåttet är försörjningsformen efter 540 dagar, vilket innebär att personerna kan ha avslutat och påbörjat en ny sjukperiod under dessa 540 dagar. Tidigare studerades tiden i en befintlig sjukskrivning med sjukpenning. Det är också värt att notera att en person kan ha både sjuk- eller aktivitetsersättning och sjukpenning. Alltså, de första två utfallsmåtten kan överlappa.

Resultaten för Uppsala och Gävleborgs län under perioden 2001–2003 och under perioden 2004–2006, redovisas i *Tabell 16*. Från kolumn *c* kan vi se att under jämförelseperioden har 77 procent av studiepopulationen i Uppsala län sjukpenning efter 540 dagar. I Gävleborgs län (se kolumn *d*) är motsvarande andel något högre (80 procent). Under utvärderingsperioden har andelen minskat i båda länen (se kolumner *a* och *b*), dock kraftigast i Gävleborgs län. Under utvärderingsperioden är andelen med sjukpenning efter 540 dagar något större i Uppsala län (64 procent) jämfört med Gävleborgs län (59 procent). Den relativa minskningen är alltså störst i Gävleborgs län. Näst sista kolumnen (se *a-b*- *c-d*) i tabellen presenterar skillnaden i utveckling mellan länen över tid och den sista kolumnen presenterar *t*-test av skillnad i utveckling. Skillnaden i utveckling över tid mellan länen är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

I Gävleborgs län hade en större andel sjuk- och aktivitetsersättning efter 540 dagar under jämförelseperioden (45 procent) jämfört med i Uppsala län (32 procent). Under utvärderingsperioden har motsvarande andelar sjunkit i båda länen, dock relativt mer i Gävleborgs län (till 29 procent jämfört med 21 procent i Uppsala län). Även med avseende på sjukersättning är alltså den relativa minskningen över tid störst i Gävleborgs län. Skillnaden i utveckling över tid mellan länen är i detta avseende statistiskt säkerställd på 10 procent -nivån.

Med avseende på den sista utfallskategorin – ”inte försörd av sjukförsäkringen” – är det under jämförelseperioden en mindre andel i Gävle län som inte försörjs av sjukförsäkringen efter 540 dagar (20 procent mot 23 procent). Under utvärderingsperioden är det däremot en större andel i Gävleborgs län som inte försörjs av sjukförsäkringen (41 procent mot 36 procent). Den relativa

minskningen är således störst i Gävleborgs län och skillnad över tid är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

### 6.2.3 Känslighetsanalys och tolkning av resultaten

I detta avsnitt diskuteras tre känslighetsanalyser: 1) funktionell form, 2) heterogena effekter och potentiell selektionsproblem och 3) val av jämförelselän.

*Tabell 17* visar andelen fortfarande sjukskrivna efter matchning i Uppsala och Gävleborgs län för utvärderingsperioden och perioden innan, utvärderat efter olika antal veckor in i sjukskrivningen. Det vill säga, hur stor andel som fortfarande är sjukskrivna efter tre månader (90 dagar), sex månader (180 dagar) och så vidare fram till och med ett och ett halvt år efter sjukskrivningens första dag (540 dagar), i respektive grupp. Näst sista kolumnen presenterar skillnaden mellan länen över tid och sista kolumnen presenterar resultat från t-test av skillnaden mellan länen över tid.<sup>29</sup>

Som framgår av tabellen finns en viss skillnad mellan länen innan Resursteam infördes. En något större andel är fortfarande sjukskrivna i Uppsala län än i Gävleborgs län vid 540 dagar under jämförelseperioden (2001–2003). Ingen av dessa (90, 180, 270, 360, 450 och 540 dagar efter sjukskrivning) observerade skillnader är dock statistiskt säkerställda, vilket stärker valet av Gävleborgs län som jämförelse (eftersom Uppsala och Gävleborgs län är initialt jämförbara). Under utvärderingsperioden (2004 - 2006) är andelen fortfarande sjukskrivna genomgående högre i Uppsala län, jämfört med Gävleborgs län, och denna skillnad är statistiskt säkerställd. Skillnaden i utveckling över tid (effekten) är statistiskt signifikant på 1-procentsnivån vid alla tidpunkter som studeras. Alltså, den genomsnittliga sammanhängande sjukskrivningslängden för RT-gruppen har ökat i jämförelse med utvecklingen för jämförelsegruppen.

---

<sup>29</sup> För mer information om skattning samt inferens se bilaga C.

**Tabell 16** Försörjningsform efter matchning 540 dagar efter sjukperiodens första dag för utvärderingsperioden och perioden innan

	2004 tom 2006			2001 tom 2003			(a-b)-(c-d)	T-tes
	a	b	a-b	c	d	c-d		
Län	Uppsala	Gävle	Skillnad	Uppsala	Gävle	Skillnad	Skillnad i utveckling	
Försörjningsform 540 dagar efter sjukfallsstart	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	
1) Sjukpenning	0,64 (0,02)	0,59 (0,02)	0,05 (0,03)	0,77 (0,01)	0,80 (0,01)	-0,03 (0,02)	0,08** (0,03)	2,65
2) Sjuk- och aktivitetsersättning	0,21 (0,01)	0,29 (0,02)	-0,08 (0,02)	0,32 (0,01)	0,45 (0,02)	-0,13 (0,02)	0,05* (0,03)	1,54
3) Ej försörd av sjukförsäkringen	0,36 (0,02)	0,41 (0,02)	-0,05 (0,03)	0,23 (0,01)	0,20 (0,01)	0,03 (0,02)	-0,08** (0,03)	-2,65

Not : \*\*\* statistiskt signifikant skillnad på 1-procents nivå, \*\* statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån, \* statistiskt signifikant skillnad på 10-procentsnivån

**Tabell 17** Andelen fortfarande sjukskrivna efter matchning i Gävleborgs- och Uppsala län för utvärderingsperioden och perioden innan, uppdelat efter antal veckor in i sjukskrivningen

Län	År 2004 tom 2006			År 2001 tom 2003			Effekt (a-c)-(c-d)	t-test
	Andel fortfarande sjukskrivna		Skillnad	Andel fortfarande sjukskrivna		Skillnad		
	Uppsala (a)	Gävleborg	a-b	Uppsala (c)	Gävleborg (d)	c-d		
# dagar sedan sjukskrivning	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel s(st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	Andel (st. fel)	
90	0,91 (0,01)	0,84 (0,01)	0,07 (0,01)	0,87 (0,01)	0,88 (0,01)	-0,01 (0,01)	0,08*** (0,02)	4,11
180	0,71 (0,01)	0,61 (0,02)	0,10 (0,02)	0,67 (0,01)	0,70 (0,01)	-0,03 (0,02)	0,13*** (0,03)	4,43
270	0,58 (0,02)	0,45 (0,02)	0,13 (0,02)	0,56 (0,02)	0,59 (0,02)	-0,03 (0,02)	0,16*** (0,03)	5,15
360	0,48 (0,02)	0,34 (0,02)	0,14 (0,02)	0,49 (0,02)	0,51 (0,02)	-0,01 (0,02)	0,15*** (0,03)	4,99
450	0,41 (0,02)	0,26 (0,01)	0,15 (0,02)	0,44 (0,02)	0,43 (0,02)	0,01 (0,02)	0,14*** (0,03)	4,76
540	0,37 (0,02)	0,19 (0,01)	0,18 (0,02)	0,38 (0,01)	0,36 (0,01)	0,02 (0,02)	0,16*** (0,03)	5,34

Not: Andelen fortfarande sjukskrivna är uträknade på hela samplet och sedan utvärderat vid angivna tidpunkter, \*\*\* stat. signifikant skillnad på 1-procentsnivån, \*\* stat. signifikant på 5-procentsnivån, \* stat. signifikant på 10-procentsnivån.

Ett annat potentiellt problem handlar om hur en RT-person matchas med en jämförande person. Handläggaren träffar inte den försäkrade innan initiering till Resursteam utan baserar sitt val av lämpliga personer på registeruppgifter. Läkaren, däremot, träffar patienten innan initiering. Eftersom en RT-person matchas med en jämförande person med hjälp av registerinformation, finns det en risk att vi har lyckats mindre bra med matchningen i de fall där läkaren har initierat personen till Resursteam.

Vi skattar separata effekter för läkar- och handläggariniterade personer till Resursteam med Cox regressioner. Resultat från skattningarna presenteras i kolumn 1 i *Tabell 18*. Vi kan se att den negativa effekten av att initieras av handläggare är lägre än om initieringen skett via läkare. Om en person har initierats av handläggare, skattas effekten till en minskning att lämna sjukskrivningen med 14 procent medan effekten skattas till en minskning med 30 procent om personen istället har initierats av läkare. Denna skillnad kan bero på selektionsproblem, d v s att läkaren väljer ut patienter till Resursteam baserat på faktorer som vi inte observeras i registerdata. Ett exempel som stämmer med de angivna skattningarna ovan, är att läkarna initierar fall med förväntat längre sjukskrivningar än handläggarna, oberoende av Resursteam. Det skulle i så fall leda till en överskattad negativ effekt av resursteam för dem som initierats av läkare. En annan förklaring kan vara att effekten av Resursteam varierar beroende på sjukdom eller bakgrund och eftersom läkarna och handläggarna initierar i alla fall delvis olika individer (se *Tabell 14* kring olikheter med diagnoser) kommer effektskattningarna uppdelade på läkare och handläggare att skilja sig åt.

De två vanligaste diagnosgrupperna bland RT-individer är muskuloskeletala och psykiska besvär (66 procent av totala antalet diagnoser). Dessa två diagnoser nämns också som riskfaktorer för långtidssjukskrivning av Försäkringskassan. Resursteam är också sammansatta för att möta just dessa patientgrupper; teamen innehåller både sjukgymnast och beteendevetare. Vi skattar effekten av resursteam uppdelat på dessa två diagnosgrupper och separat för personer initierade av handläggare och läkare. Resultaten från dessa skattningar ges i tredje kolumnen i *Tabell 18*. Vi kan notera att den negativa effekten inte skiljer sig åt nämnvärt mellan de som har initierats av handläggare och läkare för andra diagnoser än för muskuloskeletala och psykiska besvär (-.397 mot -.459). För personer med psykiska besvär finner vi inga statistiskt säkerställda negativa effekter, varken för initierade av handläggare eller av

läkare. För muskuloskeletala patienter är effekterna negativa för båda grupperna men endast statistiskt säkerställd för personer initierad av läkarna.

**Tabell 18** Parameterestimat från en Cox regression uppdelade på personer initierade till Resursteam av handläggare och Läkare och uppdelat på olika diagnoser

	(1)	(2)
Initierade av handläggare	-0,152** (0,074)	-0,397*** (0,104)
Initierade av läkare	-0,363*** (0,079)	-0,459*** (0,106)
Handläggare: Psykiska diagnoser		0,449*** (0,131)
Läkare: Psykiska diagnoser		0,222 (0,146)
Handläggare: Muskuloskeletala diagnoser		0,295** (0,128)
Läkare: Muskuloskeletala diagnoser		0,059 (0,137)
Psykisk diagnos		-0,312*** (0,049)
Muskuloskeletal diagnos		-0,348*** (0,043)
Observationer	4 264	4 264

Not: Skattning gjord med exakt maximum likelihood. Skattat standardfel inom parentes. I modellen kontrolleras för tidsperiod (innan/efter införande av Resursteam) samt för län. \*\*\*statistiskt signifikant skillnad på 1-procentsnivån.

Vi har även studerat effekten av Resursteam separat för personer med muskuloskeletala besvär och diagnoser relaterade till psykiska besvär, nu utan att kontrollera för vem som initierat personen (resultat ej återgivna i tabell). Det generella resultatet från dessa skattningar är att för gruppen med psykiska besvär är skattningarna betydligt mindre och inte statistiskt säkerställda. Den genomsnittliga effekten, baserad på alla personer, verkar alltså främst drivas av gruppen med muskuloskeletala besvär och av gruppen med andra diagnoser.

Att effekten av Resursteam för patientgruppen med muskuloskeletala besvär skiljer sig åt mellan personer som initierats av läkare och handläggare kan potentiellt bero på selektionsproblem men också av andra orsaker, t ex att gruppen med muskuloskeletala problem som initieras av läkare har andra typer av problem än de som initieras av handläggare och att responsen av Resursteam är olika för dessa grupper. Även om vi har selektionsproblem tror vi inte att dessa problem är så stora att de skulle innebära att effekten av Resursteam

skulle vara positiv eller ens nära noll. Den skattade effekten som baseras på enbart handläggares initiering, kan ses som en nedre gräns av effektens storlek. Tolkningen av denna skattning är att sannolikheten att sjukskrivningen ska upphöra är 14 procent lägre om personen fått RT.

Ett potentiellt problem är valet av jämförelselän. Om Gävleborgs län av någon anledning har en annan utveckling jämfört med utvecklingen i övriga landet, kan den funna skattningen reflektera effekten av Resursteam mot en alternativ behandlig som är specifik för personer boende i Gävleborgs län. Om så är fallet kan resultatet vara svårt att tolka. För att studera denna frågeställning gör vi samma analys med jämförelsepersoner från Blekinge län i stället för från Gävleborgs län. Både Gävleborgs län och Blekinge län har enligt Försäkringskassans enkät inte infört Resursteam eller några liknande åtgärder för studiepopulationen. Resultatet från dessa skattningar (återgivna i Bilaga D) är väldigt likartade de som vi fick när vi använde Gävleborg som jämförelselän.

### **6.3 Sammanfattning**

I detta avsnitt har vi skattat effekten av Resursteam på benägenheten att lämna en sjukskrivning med sjukpenning, samt effekten på att befinna sig i sjukpenning, sjukersättning eller annan försörjningsform 540 dagar efter det att en sjukskrivning påbörjats. Detta har gjorts med två olika typer av data: experimentdata och retrospektiva registerdata. I den retrospektiva registerstudien har RT-personer med hjälp av registerdata matchats med kontrollpersoner i Gävleborgs och Blekinge län. För att kontrollera för eventuella skillnader mellan länen i hur FK och landstingen fungerar, har vi även kontrollerat för situationen i Uppsala län och i Gävle (Blekinge) under en treårsperiod innan Resursteam infördes (2001–2003).

De två studierna visar på likartade resultatet och detta är att deltagande i Resursteam förlänger tiden i sjukskrivning. Resultaten från den retrospektiva studien baserades på i princip alla personer som hade initierats till Resursteam och här är resultaten statistiskt säkerställda. När vi studerat olika sub-grupper separat, framkom att det i princip inte finns någon negativ effekt av Resursteam för gruppen med psykiska diagnoser.



## 7 Avslutande diskussion

Det finns visst stöd i forskningen för att samverkan mellan olika aktörer leder till att personalens kompetens och kontinuiteten i rehabiliteringsarbetet förbättras. Det saknas däremot studier som visar om samverkan mellan olika yrkesgrupper har effekter på sjukskrivningsgrad och sjukskrivningslängd. I denna rapport redovisas resultaten från en utvärdering av effekterna av ett samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län som startade våren 2004 med syfte att minska andelen långtidssjukskrivna i Uppsala Län. Samverkansformen benämns Resursteam och innebär att en grupp bestående av handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare, vid regelbundna möten bedömer sjukskrivna personers rehabiliteringsbehov och ger förslag på åtgärder. Målgruppen för Resursteam är personer där prognosen är oklar och där utfallet gällande sjukskrivningsgrad, sjukskrivningslängd och hälsa är osäker och personen löper risk för långtidssjukskrivning, utifrån husläkarens eller handläggarens bedömning.

Det övergripande syftet med utvärderingen var att analysera om samverkan i Resursteam hade någon effekt på den försäkrades sjukskrivningslängd och självskattade hälsa. Utvärderingen består i: 1) en kartläggning av verksamheten och personalens inställning (både primärvårdens och försäkringskassans personal) till Resursteam, 2) en enkätstudie där de försäkrade skattade eventuell förändring av sitt hälsotillstånd, kontakt med läkare/handläggare, stöd under sjukskrivningsperioden och eget inflytande fyra veckor in i sjukskrivningen samt efter cirka sex månader (detta gjordes i jämförelse med en kontrollgrupp som inte var föremål för Resursteam) och 3) en effektstudie på sjukskrivningens längd där både retrospektiva registerdata och data från ett experiment användes. I den retrospektiva studien utgjorde Gävleborgs län och Blekinge län kontrollän. För att ta hänsyn till eventuella skillnader mellan länen i hur verksamheten fungerat generellt, kontrolleras för sjukskrivning i Uppsala län och i jämförelselänen under en treårsperiod före resursteamens införande (2001–2003).

Resultaten från de två effektstudierna är entydiga och visar på negativa effekter för de personer som ingått i Resursteam. Resursteamerna förlänger sjukskrivningstiden (dvs tiden med sjukpenning) med ca 20 procent. Vi kunde dock inte finna några skillnader mellan RT-grupp och kontrollgrupp med avseende på självrapporterad hälsa (detta resultat är på ett väldigt litet urval).

För att kunna tolka resultatet är det viktigt att fundera över de generella förändringar av sjukskrivningar som skett under den tid Resursteam var aktuellt. I Uppsala län, liksom i jämförelselänen, har den totala andelen med sjukpenning (alla sjukskrivna inkluderade) sjunkit kraftigt mellan de två perioder som studeras (2001–2003 och 2004–2006). Från våra skattningar baserade på våra registerdata har vi kunnat se att den genomsnittliga sjukskrivningslängden har minskat för samtliga personer mellan de två tidsperioderna men att denna minskning är avsevärt mindre om personen har erhållit Resursteam. De personer som ingått i Resursteam tycks alltså inte ha påverkats lika starkt av den pågående trenden i landet med kortare sjukskrivningsperioder.

Som tidigare beskrivits, har Försäkringskassan under 2003 infört ett nationellt fempunktsprogram som fastställer metoder och förhållningssätt i tillämpningen av sjukförsäkringen. En ambition med det nya arbetssättet var att betona försäkring, det vill säga, att ersättning endast ska falla ut vid nedsatt arbetsförmåga, i motsats till de tidigare rådande principer där utbetalning skett oberoende av utredning. Det är inte belagt till vilken grad detta nya arbetssätt har påverkat sjukfrånvaron, men det finns flera indikatorer på att det nya stramare förhållningssättet är en viktig förklaring till den generella utvecklingen av sjunkande ohälsotal sedan 2003. Eftersom Uppsala län också har haft sjunkande ohälsotal under studieperioden (2001–2006), verkar det alltså som om just RT-gruppen inte har följt denna trend i lika hög grad som andra. Förklaringen skulle kunna vara att när en handläggare (eller även läkare) har valt att initiera en person till Resursteam, har andra åtgärder inte genomförts. Under utvärderingsperioden (2004–2006) har handläggare och läkare i Uppsala län varit ålagda att initiera alla fall till Resursteam där risk för långtids-sjukskrivning förelegat. Resursteam har alltså varit det forum där dessa ärenden skulle behandlas, vare sig läkare eller handläggare själva ansåg att detta var det mest effektiva hanteringssättet.

Att personerna i jämförelsegruppen har kortare sjukskrivningar kan även bero på att alternativa åtgärder som vidtagits för att rehabilitera jämförelsegruppen varit effektivare än de åtgärder som personerna i Resursteam erhållit. I studien har vi tyvärr inte haft möjlighet att exakt utreda vilka åtgärder kontrollgrupperna fått. Vad studien emellertid visar är att en rad andra samverkansformer har existerat parallellt med resursteamerna i Uppsala, exempelvis fyrpartssamverkan och avstämningmöten, och att det är tänkbart att dessa varit effektivare när det gäller att korta sjukskrivningarna. I personalenkäten som skickades ut till alla vårdcentraler i Uppsala län uppgav en majoritet att de även

deltog i andra samverkansformer, exempelvis svarade 65 procent att de deltog i avstämningsmöten och fyrpartssamverkan. Utifrån våra registerdata har vi dock möjlighet att studera hur inskrivningen till avstämningsmöten såg ut perioden innan och efter resursteam infördes för de båda länen. Från *Tabell 19* kan vi se att för vår undersökta population är andelen som erhållit avstämningsmöte i de båda länen densamma för de båda perioderna. Vi kan från detta vara tämligen säkra på att skillnader i tillgång på avstämningsmöten inte är en förklaring till de erhållna resultatet.<sup>30</sup>

**Tabell 19** Deskription som erhållit avstämningsmöte, samt genomsnittligt antal dagar i sjukskrivning (sskr) för det data som används vid vår retrospektiva studie

Period	2001–2003		2004–2006	
	Uppsala	Gävle	Uppsala	Gävle
Andel i procent som fått avstämningsmöte	23	29	81	85
Genomsnittligt antal dagar sskr innan första avstämningsmöte	226	282	860	905
Antal	1 066	1 066	1 066	1 066

Utifrån enkätstudien till de sjukskrivna kan vi inte finna några statistiskt säkerställda skillnader mellan de två grupperna. Jämförelsegruppen hade i jämförelse med RT-gruppen, dock i genomsnitt en något mer positiv inställning till: 1) sin hälsa, 2) genomförda rehabiliteringsåtgärder, 3) sina möjligheter att påverka och ha inflytande över sin situation och 4) sina kontakter med försäkringskassa och vårdgivare. Detta ger ett visst stöd till förklaringen om att nya/alternativa arbetsmetoder hos Försäkringskassan kan ha förkortat den genomsnittliga sjukskrivningslängden.

Att sjukskrivningsperioden förlängts för dem som deltagit i Resursteam kan även bero på hur resursteamteam fungerade i praktiken. Det finns indikatorer på att resursteamteam fungerade ineffektivt och att samverkan brustit. Enligt resultatet från personalenkäten ansåg många, framförallt läkarna, att Resursteam var en ineffektiv samverkansform. Även om resultaten från personalenkäten visar att personalen generellt sett var positiv till samverkan mellan Försäkringskassan och Landstinget, fanns det ett tydligt missnöje som rörde teamens

<sup>30</sup> Vi har också skattat en Cox regressions där vi skattade effekten från RT enligt den specifikation vars resultat vi presenterade i *Tabell 15* men där vi kontrollerat för om en person fått avstämningsmöte. Resultatet från denna skattning är kvalitativt densamma. Effekten är något större: ett deltagande i RT skulle förlänga en sjukskrivning med ca 27 procent i genomsnitt.

sammansättning; det vill säga, att icke behandlande personal, externa sjukgymnaster och beteendevetare, som deltog inte tillförde tillräckligt med konstruktiva förslag på åtgärder. Denna uppfattning om ineffektiv sammansättning av teamen kan i sin tur ha lett till att beslut om eventuell rehabilitering eller annan åtgärd fördröjts vilket kan ha varit en bidragande orsak till förlängda sjukskrivningar bland personerna i RT-gruppen.

Att teamens samverkan inte tycks ha fungerat optimalt kan även ha att göra med implementeringen. I personalenkäten framkom det att idén med Resursteam inte var särskilt väl förankrad ute i organisationen. Idén lanserades enligt klassiskt ”top-down manér” från ledningen, där få eller inga åtgärder vidtogs för att ta reda på vad personalen ansåg om initiativet, eller på vilket sätt man ville arbeta med den föreslagna organisationsförändringen.

En annan tänkbar förklaring till att de som behandlats i Resursteam tenderat att få längre sjukskrivningar, kan vara att Resursteam innebar att vårdteamet tillsammans fattade beslut om vilka åtgärder som skulle vidtas. Resultatet i enkäterna visar att det ofta rör sig om flera olika åtgärder per person. I praktiken är det ofta långa väntetider till respektive åtgärd. Eftersom teamet kommit överens om vilka åtgärder personen skulle få, har sjukskrivningen sålunda förlängts till dess att personens åtgärdsprogram varit genomfört. Detta kan ha lett till en sorts ”inlåsningsseffekt” för den enskilde personen genom att sjukskrivningsperioden förlängts snarare än kortats.

Att Resursteam skulle ha medfört en inlåsningsseffekt får även stöd i enkäten till de försäkrade. Där pekar de försäkrade i Resursteam själva på faktorer som de menar har fördröjt återgång till arbete och som därmed kan ha varit en förklaring till att sjukskrivningen förlängts av läkaren. Faktorer som nämnts är bland andra: väntan på behandling av olika slag (kognitiv beteendeterapi – KBT, sjukgymnastik, operation), brist på anpassning av arbetet eller brist på arbetsträning, sjukdom/värk med mera, som gjort att personerna inte orkat eller kunnat arbeta.

En sista, mer metodlogiskt, slutsats är att det är viktigt att studera individutfall när man utvärderar effekter av olika program och initiativ. När vi frågade om personalens åsikter om i vilken utsträckning Resursteam påskyndade återgång till arbete, trodde en majoritet av personalen att de snabbade upp processen (se *Tabell 7*). Endast ca 7 procent trodde att det inte hade någon positiv effekt. Hade vi endast använt denna typ av enkätinformation hade vi således dragit slutsatsen att projektet minskat individernas sjukskrivning istället för det omvända.

## Referenser

- Alexandersson, K Brommels M m fl. 2005. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Karolinska Institutet. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME, Stockholm.
- Allisson, P.D. (1984) Event History Analysis Regression for Longitudinal Event Analyssis. 5-65. in Quantitative Applications in the Social Sciences. (eds. J.S. Sullivan and R.G Niemi). Sage Publications, Beverly Hills.
- Appels A, Bosma H, Graubauskas V, m fl. 1996. Self rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. Soc Sci Med. 42;681-690.
- Cleves, M., Gould, William., och Gutierrez, R. G. 2004. "An introduction to survival analysis using STATA", Stata Press
- Danermark B & Kullberg C. 1999. Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform. Studentlitteratur, Lund.
- Dowling, B., Powell, M., and Glendinning, C. "Conceptualising successful partnership" Health and Social Care in the Community 12(4): 309-17
- Falkdal, AH. 2005. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. Institutionen för allmänmedicin och rehabilitering. Umeå universitet.
- Floderus B, Göransson S m fl. 2003. Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning. Arbete och Hälsa 2003:13. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Försäkringskassan. 2006 Ekonomiska drivkrafter (delrapport 2)
- Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län. 2004. Rollbeskrivningar för personal som deltar i Resursteam.
- Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län. 2004. Överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län avseende Resursteam vid husläkarmottagningar.
- Försäkringskassan. 2006. Ekonomiska drivkrafter (delrapport 2)

- Försäkringskassan. 2007. "De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det", Försäkringskassan redovisar 2007:8
- Försäkringskassan pressmeddelande 2007-01-19
- Gerner U. 2006. Hinder och möjligheter - sjukskrivnas motivation till att återgå i arbete, ur Den komplexa sjukfrånvaron red. Uppmark & Edlund, Studentlitteratur, Lund.
- Greenwood, M. 1926 The natural duration of cancer. Reports on Public Health and Medical Subjects 33, 1-26, His Majesty's Stationery Office: London.
- Hasson D, Arnetz BB, Theorell T & Anderberg UM. 2006. Predictors of self-rated health: a 12-month prospective study of IT and media workers. Popul Health Metr. Jul 31;4:8.
- Hogstedt C, Bjurvald M m fl. 2004. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Hultberg E-L. 2005. Co-financed collaboration between welfare services - effects on staff and patients with musculoskeletal disorders. Göteborgs universitet.
- Kaplan, E. L. & Meier, P. 1958. Nonparametric estimation from incomplete observations, J Am Statist Assoc 53, 457-481.
- Kärholm, J. 2007. Co-operation among rehabilitation actors for return to working life, Karolinska institutet, Stockholm
- Likert, R A 1952. A technique for the development of attitude scales. Educ Psych Measurement, 12: 313-15.
- Lindbeck, A., Palme, M. & Persson, M. 2004 "Sjukskrivning som ett socialt fenomen" Ekonomisk Debatt, 32, 50-62
- Marklund, S Bjurvald M m fl. 2005. Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Marnetoft SU, Selander J, m fl. 1999. Vocational rehabilitation - early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. International Journal of Rehabilitation Research. 22(3): 161-70.

- McCallum J, Shadbolt B & Wang D. 1993. Self-rated health and survival: A 7-year follow-up study of Australian elderly: *Am J of Publ Health* 84:1100-1105.
- Nyman. K, Palmer. E, & Bergendorff. S 2002. Den svenska sjukan. Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi (ESO) Finansdepartementet, Ds 2002:49, Stockholm.
- Regeringens proposition 1996/97:63. Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.
- Rosenbaum, P. R & Rubin, D. B. 1983. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects, *Biometrika* 70, 41-55.
- Rosenbaum, P. R & Rubin, D. B. 1984. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *J Am Statist Assoc* 79, 516-524.
- SBU-rapport (2003:167). Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schmitt, MH. 2001. Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *J Interprof Care* 15:47-66
- SFS 1980:100 Sekretesslagen. <http://www.notisum.se>. 2007-08-21
- SFS 1994:566 Lagen om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. <http://www.notisum.se>. 2007-08-21
- SFS 2003:1210 Lagen om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. <http://www.notisum.se>. 2007-08-21
- Socialstyrelsen. 2000. Ekonomisk analys av Frisam - en studie i fyra lokala områden. 2000:7: Kommunforskning i Västsverige.
- Socialstyrelsen. 2000. Identifiering av hinder och framgångsfaktorer för samverkan. 2000:6.
- Socialstyrelsen. 2001. Socsam. Försök med politisk och finansiell samordning - en slutrapport. Finansiell samordning 2001:1: Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket.

- Socialstyrelsen. 2005. Sjukskrivningsprocessen i primärvården - återföring av tillsynsbesök 2004 Stockholm: Nr 2005-109-2.
- SOU:1988:41. Tidig och samordnad rehabilitering. Betänkande av rehabiliteringsberedningen. Stockholm, Socialdepartementet.
- SOU:2002:5. Del I. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Stockholm, Socialdepartementet.
- SOU:1974:39 Socialvården - mål och medel. Principbetänkande av Socialutredningen.
- SOU:1995:142. Att röja hinder - för samverkan, egenmakt, arbetslinjen. Delbetänkande av Storstadskommittén.
- SOU:1996:85. Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet.
- Statskontoret. 2006. Fortsättning med Finsam - målgrupper, insatser och arbetsformer. Statskontoret 2006:6, bilaga 3.
- Svenska Akademiens Ordbok, <http://www.saob.se>. 2007-08-21.
- Tranquist J. 2001. Samverkan med personen i fokus - en processutvärdering av Arbets- och utvecklingscentra i Malmö. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Westrin C-G. 1986. Social och medicinsk samverkan - begrepp och betingelser. Socialmedicinsk tidskrift. (7-8).



# Bilagor

## Bilaga A: Deskription av enkätdata

**Tabell A1:** Beskrivning och test av medelvärdesskillnader mellan de två grupperna för upplevd återhämtningsförmåga och inre kontroll vid första mätningen.

Bakgrund	Resursteam	Jämförelse
Återhämtningsförmåga*	2,6 (0,75)	2,9 (0,14)
Inre kontroll	2,6 (0,08)	2,8 (0,12)

Not: Hög återhämtningsförmåga och kontroll anges med 4 och låg återhämtningsförmåga och liten kontroll anges med 1. \* Ett test av skillnader mellan grupperna medelvärden (parat/matchat t-test) är signifikant på 5 procent risknivå.

**Tabell A2:** Beskrivning och test av medelvärdesskillnader över tid och mellan de två grupperna för upplevda kontakter med FK och sjukvården

Kontakter och stöd under sskr.	Mätning 1		Mätning 2		Test av skillnader	
	RT	Jämförelse	Tid	Jämförelse	RT/ jämförelse <sup>a</sup>	Tid <sup>b</sup>
Nöjd med kontakt med handläggare	1,4 (0,11)	1,1 (0,13)	1,8 (0,24)	1,6 (0,31)	ES	ES
Nöjd med kontakt med läkare	1,3 (0,08)	1,3 (0,18)	1,8 (0,22)	1,6 (0,28)	ES	ES
Stöd o engagemang under sskr	3,5 (0,12)	3,7 (0,21)	3,5 (0,21)	3,9 (0,29)	ES	ES
Upplevelse av rehabåtgärder	3,1 (0,18)	3,3 (0,37)	2,9 (0,27)	3,6 (0,37)	ES	ES
Antal obs.	55	16	18	12		

Not: Standardfel inom parentes. Sskr = Sjukskrivningsperioden. Testen är gjorda med parvisa (matchade) t-test, ES= ej signifikant.

**Tabell A3:** Beskrivning och test av medelvärdesskillnader över tid och mellan de två grupperna för inflytande över åtgärder.

Frågeområde Inflytande över åtgärder	Mätning 1		Mätning 2		Test av skillnader	
	RT	Jämförelse	RT	Jämförelse	RT/ jämförelse <sup>a</sup>	Tid <sup>b</sup>
Upplevelse av inflytande över åtgärder som vidtagits av handläggare	2,3 (0,17)	2,7 (0,27)	2,1 (0,26)	2,7 (0,27)	ES	ES
Upplevelse av inflytande över åtgärder som vidtagits av läkare	2,9 (0,18)	3,3 (0,36)	2,5 (0,29)	3,2 (0,38)	ES	ES
Antal obs.	55	16	18	12		

Not: Standardfel inom parentes Testen är gjorda med parvisa (matchade) t-test, ES= ej signifikant.

## Bilaga B: Relevanta frågor i enkät till alla Landsting

- *Fråga 5:* Har landstinget tidigare gjort några särskilda insatser för speciella diagnosgrupper eller verksamheter för att utveckla sjukskrivningsprocessen?  
Om JA beskriv på vilket sätt.  
Ange även om något ytterligare i detta avseende finns med i den nya åtgärdsplanen för 2006.
- *Fråga 9:* På vilket sätt arbetar landstinget med att förbättra samverkan med de *externa* aktörerna, t.ex. n, företagshälsovården, socialtjänsten, arbetsgivarna m.fl.?  
Ange även om något ytterligare i detta avseende finns med i den nya åtgärdsplanen för 2006.
- *Fråga 10:* På vilket sätt arbetar landstinget med att förbättra samverkan *internt* inom hälso- och sjukvården mellan befattningshavare och olika enheter?  
Ange även om något ytterligare i detta avseende finns med i den nya åtgärdsplanen för 2006.
- *Fråga 11:* Nyttjar landstinget olika kompetenser/team i bedömningen av patienter med komplicerade problem? Om JA beskriv omfattning, sammansättning (vilka som ingår i teamen) och uppdrag. Ange även om något ytterligare i detta avseende finns med i den nya åtgärdsplanen för 2006.

### Uppsala svarade:

- *Fråga 5.* Sedan 2004 har man arbetat med Resursteam i primärvården. I dag finns Resursteam på samtliga vårdcentraler. I planen för 2006 finns att arrangera kurser för sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer och arbetsterapeuter. Att skapa Resursteam vid ortopediska kliniken och psykiatridivisionen.
- *Fråga 9.* Genom diskussioner i samverkansgrupper med parterna. Resursteamarbetet innebär också förbättrad samverkan med Försäkringskassan och diskussioner förs hur arbetsförmedling och arbetsgivare ska kunna involveras bättre. Dessutom finns i åtgärdsplanen aktiviteten att primärvården och Försäkringskassan ska klarlägga gränsdragningen mellan olika former av samverkan och vidareutveckla Resursteamet inom primärvården

- *Fråga 10.* En ny organisation formas 1 januari 2007, där Akademiska sjukhusets direktör även får ett uppdrag att som biträdande landstingsdirektör samordna sjukvårdsproduktionen i landstinget. Detta är också en aktuell fråga vid bl a koncernledningsträffar och chefsläkarträffar. Utvecklingsarbetet för Resursteam innebär också förbättrad samverkan mellan olika befattningshavare.
- *Fråga 11.* Ja Resursteam

#### **Gävleborg svarade:**

- *Fråga 5.* Landstingen har genomfört en översyn av smärtverksamheten som är en viktig del i att hantera patientperspektivet i samband med sjukskrivning (vilket inte var huvudsyftet till översynen). I överenskommelsen anges mål att etablera multiprofessionellt rehabiliterings- och bedömnings team.
- *Fråga 9.* Samverkan med försäkringskassan är väl utvecklad som en följd av flera års arbete med bilaterala överenskommelser. Samverkan med företagshälsovården, socialtjänsten och arbetsgivarna behöver ha utvecklats. Detta finns med i överenskommelsen, men vi har ännu ej lyckats konkretisera detta praktiskt.
- *Fråga 10.* Samverkan internt i sjukskrivningsprocessen är också väl utvecklad. Där behöver vi jobba vidare på den inslagna vägen. Vi diskuterar just nu:Handledning (via sjukskrivningskommittén) för läkare i sjukskrivningsprocessen.  
Etablering av rehabiliteringssamordnare på hälsocentraler  
Utbildning av andra yrkesgrupper i försäkringsmedicin  
Kartläggning och analys av hur sjukskrivningar tillämpas inom sjukhusens kliniker
- *Fråga 11.* Etablering av multiprofessionella team (ett eller flera) är en ambition som uttryckts i överenskommelsen.

## Bilaga C: Matchning och skattning

Sannolikheten att bli initierad till RT, åtminstone av handläggare, ökar ju fler riskfaktorer som föreligger. Det är alltså en kombination av flera riskfaktorer som gör att en person föreslås RT. För att återspegla det, har sannolikheten att bli initierad till RT, skattats på *alla* sjukskrivna i Uppsala län under 2004 - 2006.<sup>31</sup> De variabler som ligger till grund för skattningen av sannolikheten, är de som presenteras i *Tabell C2*. För att fånga upp eventuella säsongsvariationer i sannolikheten att bli initierad, inkluderas även år och månad för varje persons första dag under sjukperioden. De skattade värdena från denna sannolikhetsmodell har sedan använts för att räkna ut predicerade värden – eller sannolikheter – för att initieras till RT. Dessa värden räknas ut för både personer i Uppsala län och i Gävleborgs län under perioden 2004 tom 2006. De predicerade värden från RT-personerna har sedan matchats med de predicerade värdena från kontrollpersonerna från Göteborgs län. Matchningsmetoden är så kallad "nearest-neighbour" utan återläggning. Det vill säga, varje RT-person paras ihop med en kontrollperson som har ett predicerat värde så nära RT-personens som möjligt. Utan återläggning innebär att varje kontroll bara används en gång.

Förutom hantering i RT är målet att kontrollpersoner och RT-personer ska vara så lika som möjligt. En förutsättning för att bli initierad till RT är att personen fortfarande är sjukskriven. *Tabell C1* visar hur många dagar RT-personerna i genomsnitt har varit sjukskrivna vid initieringstillfället, uppdelat på år och vem som har initierat. Under första åren med RT, initierades personer som i genomsnitt hade varit sjukskrivna i mellan 80 till 100 dagar. Med åren sjönk dessa siffror, samtidigt som antal fall som initierades sjönk. Det verkar också som handläggare och läkare agerar olika i detta avseende. Framförallt under de första två åren, hade de personer som läkarna initierat varit sjukskrivna längre tid än vad de som hade initierats av handläggarna hade varit.

---

<sup>31</sup> Enligt Överenskommelsen om samverkan via resursteam (2004) skulle alla lämpliga personer i Uppsala kallas till resursteam. Efter samtal med nyckelpersoner inom FK och landstinget samt efter analys av registerdata över alla sjukskrivna, har vi dragit slutsatsen att alla lämpliga inte har kallats. Vi kan därför skatta sannolikheten att initieras till resursteam under utvärderingsperioden i Uppsala län.

**Tabell C1:** Genomsnittligt antal dagar sjukskriven innan RT föreslås, uppdelat på år och vem som har initierat ärendet

År	Initierat av	Antal fall	Antal dagar sjukskriven i genomsnitt	Standard avvikelse	Min	Max
2004	Handläggare	210	79,31	42,45	9	337
2005	Handläggare	312	73,64	38,00	17	227
2006	Handläggare	50	61,84	24,15	3	107
2004	Läkare	265	101,35	61,99	4	344
2005	Läkare	166	84,30	71,25	1	504
2006	Läkare	58	64,53	62,25	1	301

Hur många dagar som en person har varit sjukskriven påverkar troligen prognosen för när personen blir friskskriven. För att få en jämförbar kontrollgrupp är det därför viktigt att kontrollpersoner och RT-personer har varit sjukskrivna lika lång tid innan RT-personerna initieras till RT. Alltså, en person som blir initierad efter, till exempel, 6 veckors sjukskrivning bör paras ihop med en person som har varit sjukskriven i, åtminstone, 6 veckor. För att få en kontrollgrupp som har samma fördelning av antal dagar sjukskriven som RT-gruppen innan initiering, har följande tillvägagångssätt använts.

Alla RT-personer har delats in efter vilken vecka i sjukskrivningsprocessen som initiering till RT skedde. De som sjukskrivs efter längre tid än 25 veckor hanteras dock som en egen grupp. Matchning RT-person och kontrollpersoner (en RT-person matchas mot en person i Gävleborg sjukskriven vid samma tidpunkt samt mot en person vardera i Uppsala och Gävle sjukskrivna i perioden 2001 tom 2003) sker därefter separat inom varje grupp.<sup>32</sup>

Innan denna matchning läggs följande restriktion på: att alla personer inom varje grupp (RT-personer och potentiella kontroller) ska ha varit sjukskrivna åtminstone det antal veckor som RT-personerna har varit sjukskrivna vid initieringstillfället. Denna restriktion innebär att de RT-personer som friskskrivits snabbare än en vecka efter anmälan till RT utesluts. Motiveringen att utesluta dem är dels att lägga samma restriktion på RT-personer som på kontrollpersoner, dels att personer som friskskrivits samma vecka som initiering, snarare bör betraktas som en del av en potentiell förbehandlingseffekt. Effekten av föreslagna åtgärder kan ju knappast ha hunnit

<sup>32</sup> Inom varje grupp sker matchning utan återläggning. Samma kontrollperson, eller sjukskrivningsfall, kan dock återkomma i flera grupper.

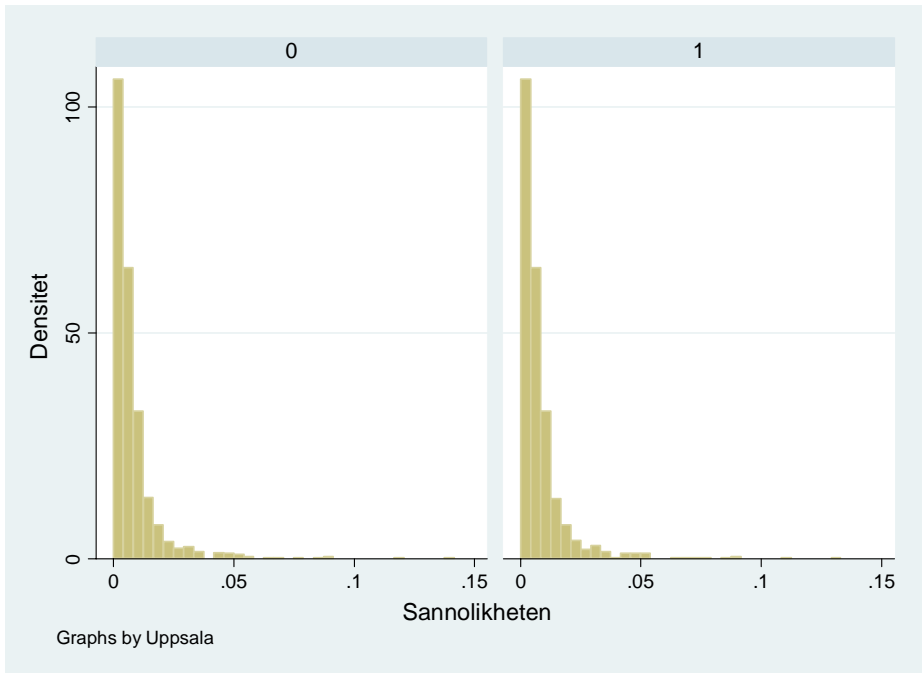
påverka den enskilda personen inom en vecka. För att illustrera hur pass väl RT-personernas predicerade värden matchar jämförande personers, visas i *Figur C1* och *C2* histogram för de predicerade värden efter matchning (och summering av alla 25 grupper) för RT-personer och jämförande personer under 2004 tom 2006 (*figur C1*) och för jämförande personer i Uppsala och Gävleborgs län under 2001 tom 2003 (*figur C2*).

Efter matchning skattar vi sannolikheten att vara kvar i en påbörjad sjukskrivning med hjälp av Kaplan – Meier (Kaplan Meier, 1958) överlevnadsfunktioner,  $S(t)$ , där  $t$  är den tid som tillbringats i sjukpenning. Vi bildar därefter differenserna i överlevnad efter RT införande mot innan RT införande för denna grupp av homogena (via matchningen) personer enligt

$$\Delta_j(t) = S_{j_1}(t) - S_{j_0}(t), t = 1, \dots,$$

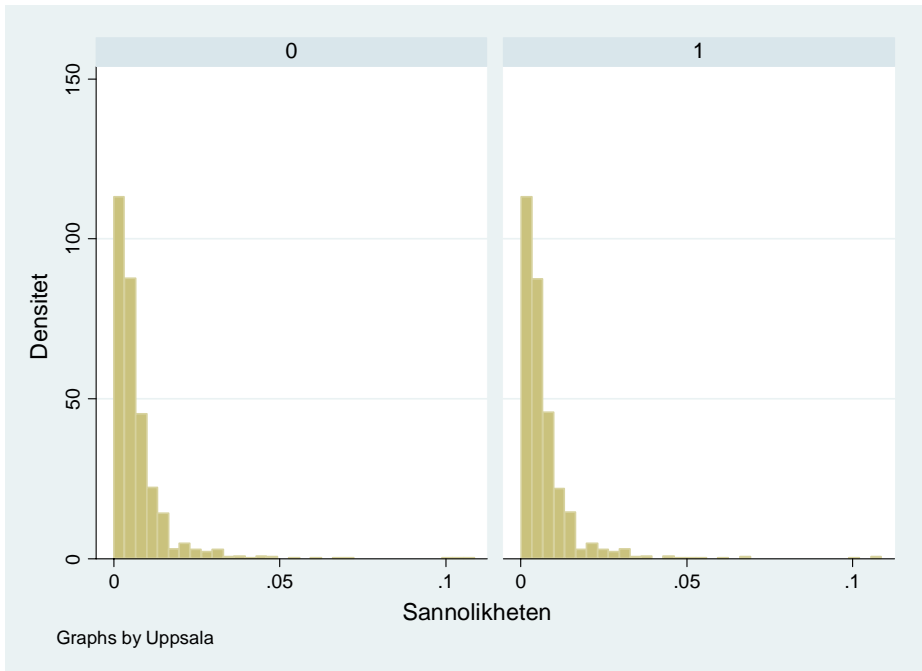
där  $j$  är (U)ppsala eller (G)ävle och 1 är perioden efter RT införande och 0 är perioden innan införandet av RT. Om  $\Delta_j(t)$  är större än noll har tiden i sjukskrivning ökat mellan de två tidsperioderna. För att kontrollera för eventuella gemensamma trender i sjukskrivningarna använder vi differensen i Gävleborg och skattar en potentiell effekt av RT enligt.

$$\Delta = \Delta_U(t) - \Delta_G(t)$$



**Figur C1:** Histogram över predicerade värden för kontrollgrupp (grupp 0) och RT-grupp (grupp 1) under utvärderingsperioden 2004 tom 2006





**Figur C2:** Histogram över predicerade värden för kontrollgrupp (grupp 0) från Gävleborgs län och kontrollgrupp från Uppsala län (grupp 1) under perioden 2001 tom 2003.

Variansen för denna skattning beräknas enligt

$$\text{Var}\Delta = \text{Var}(S_{U_1}(t)) + \text{Var}(S_{U_0}(t)) + \text{Var}(S_{G_1}(t)) + \text{Var}(S_{G_0}(t)),$$

där variansen för Kaplan–Meier skattningen beräknads enligt Greenwood (1926).<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Variansen fås genom att anta ett oberoende mellan observationerna för Gävle och Uppsala samt över tiden. Detta antagande kan inte anses vara restriktivt.

**Tabell C2:** Deskriptiv statistik över RT-individer från Uppsala län och kontrollpersoner från Gävleborgs län under 2004 tom 2006

Variable	RT-individer			Kontrollpersoner		
	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal personer	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal personer
Kvinnor	0,65	0,48	1066	0,67	0,47	1066
Ålder	47,12	10,77	1066	47,16	11,88	1066
Invandrare	0,25	0,43	1066	0,14	0,35	1066
Eftergymnasial utbildning	0,21	0,41	1066	0,13	0,34	1066
Gift	0,49	0,50	1066	0,41	0,49	1066
Skild	0,18	0,39	1066	0,18	0,39	1066
Antal barn	0,92	1,17	1066	0,83	1,12	1066
Skild * antal barn	0,12	0,49	1066	0,10	0,45	1066
Löneinkomst (i kr per år)	151280	118534	1066	137577	107945	1066
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren	61,93	126,26	1066	60,47	120,69	1066
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar	28,51	114,34	1066	25,69	106,83	1066
Antal dagar med sjuk- och aktivittsersättning de senaste 7 åren	103,48	479,27	1066	130,66	572,23	1066

Variable	RT-individer			Kontrollpersoner		
	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal personer	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal personer
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar	38,80	239,08	1066	73,39	494,06	1066
Psykisk diagnos	0,29	0,46	1066	0,30	0,46	1066
Muskuloskeletal diagnos	0,35	0,48	1066	0,35	0,48	1066
Ospecificerad och Psykisk diagnos	0,92	1,43	1066	0,95	1,44	1066
Ospecificerad och Muskuloskeletal diagnos	1,16	1,59	1066	1,17	1,61	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	68,52	155,82	1066	69,86	140,71	1066
Sjukskriven längre än 60 dagar, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	0,17	0,37	1066	0,21	0,41	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om Psykisk diagnos	21,40	92,39	1066	25,40	90,29	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om Muskuloskeletal diagnos	21,97	95,77	1066	21,86	84,39	1066
Arbetslös	0,17	0,38	1066	0,25	0,44	1066

**Tabell C3:** Deskriptiv statistik över kontrollpersoner från Uppsala län och kontrollpersoner från Gävleborgs län under 2001 tom 2003

Variable	Kontrollpersoner från Uppsala län			Kontrollpersoner från Gävleborgs län		
	Medelvärde /andel i procent	Standard avvikelse	Antal personer	Medelvärde /andel i procent	Standard avvikelse	Antal personer
Kvinnor	0,68	0,47	1066	0,66	0,47	1066
Ålder	48,97	11,59	1066	49,44	11,22	1066
Invandrare	0,26	0,44	1066	0,15	0,36	1066
Eftergymnasial utbildning	0,17	0,38	1066	0,10	0,29	1066
Gift	0,51	0,50	1066	0,43	0,50	1066
Skild	0,20	0,40	1066	0,21	0,41	1066
Antal barn	0,90	1,21	1066	0,90	1,24	1066
Skild * antal barn	0,10	0,47	1066	0,11	0,52	1066
Löneinkomst (i kr per år)	913,33	1049,70	1066	769,73	978,10	1066
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren	50,27	135,98	1066	41,10	89,66	1066
Antal dagar med sjukpenning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar	21,64	119,60	1066	16,53	81,23	1066
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren	251,35	919,92	1066	293,81	664,17	1066
Antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning de senaste 7 åren, övriga familjemedlemmar	59,95	293,55	1066	56,85	359,37	1066
Psykisk diagnos	0,16	0,37	1066	0,17	0,37	1066

Variable	Kontrollpersoner från Uppsala län			Kontrollpersoner från Gävleborgs län		
	Medelvärde /andel i procent	Standard avvikelse	Antal personer	Medelvärde /andel i procent	Standard avvikelse	Antal personer
Muskuloskeletal diagnos	0,28	0,45	1066	0,26	0,44	1066
Ospecificerad och Psykisk diagnos	0,53	1,22	1066	0,55	1,26	1066
Ospecificerad och Muskuloskeletal diagnos	1,00	1,65	1066	1,00	1,71	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	112,31	282,14	1066	108,42	229,46	1066
Sjukskriven längre än 60 dagar, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden	0,19	0,40	1066	0,25	0,43	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om Psykisk diagnos	19,62	132,20	1066	20,96	117,81	1066
Antal dagar sjukskriven, vid första beslutet om sjukskrivning med sjukpenning i sjukperioden om Muskuloskeletal diagnos	22,74	123,99	1066	22,79	110,07	1066
Arbetslös	0,19	0,39	1066	0,28	0,45	1066

## Bilaga D: Känslighetsanalys

Ett potentiellt problem är valet av jämförelselän. Om Gävleborgs län av någon anledning har en annan utveckling jämfört med utvecklingen i övriga landet, kan den funna skattningen reflektera effekten av RT mot en alternativ behandling som är specifik för personer boende i Gävleborgs län. För att studera detta gör vi samma analys med jämförelsepersoner från Blekinge län i stället för från Gävleborgs län. Både Gävleborgs län och Blekinge län har enligt FK:s enkät inte infört RT eller några liknande åtgärder för studiepopulationen. I *Tabell D1* presenteras skattningar när Blekinge län används som jämförelselän (dessa skattningar motsvarar de som gavs i *Tabell 15* och *Tabell 18*). Från tabellen kan vi se att skattningarna i princip är desamma som när Gävle användes som jämförelselän. Således är inte resultatet beroende på valet av Gävle som jämförande län.

**Tabell D1:** Parameterestimat från Cox regressioner.

	(1)	(2)	(3)
Effekt av Resursteam	-0,344 (0,078)***		
Initierade av handläggare		-0,149 (0,075)**	-0,402 (0,104)***
Initierade av läkare		-0,352 (0,079)***	-0,522 (0,106)***
Handläggare: Psykiska diagnoser			0,555 (0,131)***
Läkare: Psykiska diagnoser			0,457 (0,147)***
Handläggare: Muskuloskeletal diagnoser			0,343 (0,128)***
Läkare: Muskuloskeletal diagnoser			0,187 (0,137)
Psykisk diagnos			-0,486 (0,050)***
Muskuloskeletal diagnos			-0,428 (0,043)***
Observations	4 264	4 264	4 264

Not: Genomsnittlig effekt (1), (2) uppdelade på personer initierade till Resursteam av handläggare och Läkare, (3) uppdelade på olika diagnoser. Skattning gjord med exakt maximum likelihood. Skattat standardfel inom parentes. I modellerna kontrolleras för tidsperiod (innan/efter införande av Resursteam) samt för län. \*\*\*statistiskt signifikant skillnad på 1-procentsnivån.

## **IFAU:s publikationsserier – senast utgivna**

### **Rapporter**

- 2008:1** de Luna Xavier, Anders Forslund & Linus Liljeberg ”Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning för deltagare under perioden 2002–04”
- 2008:2** Johansson Per & Sophie Langenskiöld ”Ett alternativt program för äldre långtidsarbetslösa – utvärdering av Arbetstorget för erfarna”
- 2008:3** Hallberg Daniel ”Hur påverkar konjunktursvängningar förtida tjänstepensionering?”
- 2008:4** Dahlberg Matz & Eva Mörk ”Valår och den kommunala politiken”
- 2008:5** Engström Per, Patrik Hesselius, Bertil Holmlund & Patric Tirmén ”Hur fungerar arbetsförmedlingens anvisningar av lediga platser?”
- 2008:6** Nilsson J Peter ”De långsiktiga konsekvenserna av alkoholkonsumtion under graviditeten”
- 2008:7** Alexius Annika & Bertil Holmlund ”Penningpolitiken och den svenska arbetslösheten”
- 2008:8** Anderzén Ingrid, Ingrid Demmelmaier, Ann-Sophie Hansson, Per Johansson, Erica Lindahl & Ulrika Winblad ”Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning”

### **Working papers**

- 2008:1** Albrecht James, Gerard van den Berg & Susan Vroman “The aggregate labor market effects of the Swedish knowledge lift programme”
- 2008:2** Hallberg Daniel “Economic fluctuations and retirement of older employees”
- 2008:3** Dahlberg Matz & Eva Mörk “Is there an election cycle in public employment? Separating time effects from election year effects”
- 2006:4** Nilsson Peter “Does a pint a day affect your child’s pay? The effect of prenatal alcohol exposure on adult outcomes”
- 2008:5** Alexius Annika & Bertil Holmlund “Monetary policy and Swedish unemployment fluctuations”

### **Dissertation series**

- 2007:1** Lundin Martin “The conditions for multi-level governance: implementation, politics, and cooperation in Swedish active labor market policy”
- 2007:2** Edmark Karin “Interactions among Swedish local governments”

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