



IFAU – INSTITUTET FÖR
ARBETSMARKNADSPOLITISK
UTVÄRDERING

Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden

**Gabriella Chirico
Martin Nilsson**

RAPPORT 2009:2

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

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

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

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

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala

Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala

Telefon: 018-471 70 70

Fax: 018-471 70 71

ifau@ifau.uu.se

www.ifau.se

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

Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden

av

Gabriella Chirico* och Martin Nilsson*

2009-01-09

Sammanfattning

I den här studien undersöks åtgärder för att förbättra samverkan i sjukskrivningsprocessen inom ramen för den nationella satsningen Sjukvårdsmiljarden. Tidigare forskning har identifierat faktorer som har betydelse för samverkan inom rehabiliteringsområdet, men det är oklart om dessa faktorer även bidrar till att minska sjukskrivningar. Syftet med miljardsatsningen är just att minska sjukskrivningarna och satsningen är utformad för att öka landstingens drivkrafter för att prioritera sjukskrivningsfrågan. Sjukvårdsmiljarden infördes 2006 och sträcker sig över tre år. Sjukskrivningarna har minskat i samtliga län mellan 2006 och 2007. Studiens resultat är inte helt entydiga, men antyder likväl att åtgärder för att samordna sjukskrivningsprocessen på ledningsnivå hänger samman med större minskningar av sjukfrånvaron. Vidare tycks län som har satsat på åtgärder för att underlätta samverkan kring bedömning och rehabilitering av patienter uppvisa mindre minskningar av sjukskrivningarna i jämförelse med övriga län.

* IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, e-post: ifau@ifau.uu.se. Tack till Per Johansson och Laura Hartman för värdefulla synpunkter. Författarna vill även tacka Eva Mörk, Martin Lundin, Patric Tirmén och Gabriella Sjögren Lindquist samt seminariedeltagare vid IFAU för värdefulla kommentarer.

* Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Samverkan inom rehabiliteringsområdet.....	3
1.2	Sjukvårdsmiljarden.....	3
1.3	Studiens upplägg	4
2	Bakgrund	5
2.1	Vad innebär samverkan?	5
2.2	Tidigare erfarenheter av samverkan inom rehabiliteringsområdet.....	6
2.3	Åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden	8
2.3.1	Former för samverkan	8
2.3.2	Åtgärder för att underlätta för och uppmuntra samverkan	9
3	Potentiella framgångsfaktorer för samverkan.....	10
3.1	Gemensam uppfattning.....	11
3.1.1	”Gemensam uppfattning” inom Sjukvårdsmiljarden.....	12
3.2	Legitimitet	13
3.2.1	”Legitimitet” inom Sjukvårdsmiljarden	13
3.3	Utrymme.....	14
3.3.1	”Utrymme” inom Sjukvårdsmiljarden.....	14
3.4	Belöningssystem.....	15
3.4.1	”Belöningssystem” inom Sjukvårdsmiljarden.....	15
3.5	Sammanfattning av potentiella framgångsfaktorer.....	15
4	Analys och resultat	18
4.1	Resultat av regressionsanalys	20
4.1.1	Sammanfattning.....	25
4.2	Kombinationer av åtgärder	26
4.2.1	Komponent 1: Det generella mönstret.....	27
4.2.2	Komponent 2: Tidigare samverkan och förbättrade sjukintyg	29
4.2.3	Komponent 3: Belöningssystem	29
4.2.4	Komponent 4: Utrymme kontra team.....	30
4.2.5	Sammanfattning av principalkomponentanalys.....	31
5	Avslutande sammanfattning	32
	Referenser	34
	Bilagor	37

1 Inledning

1.1 Samverkan inom rehabiliteringsområdet

Samverkan mellan olika aktörer inom offentlig sektor har blivit en allt vanligare arbetsform, särskilt inom rehabiliteringsområdet. En förklaring till utvecklingen är att välfärdsstaten har förändrats och att offentliga organisationer har blivit mer specialiserade; verksamheten sektoriseras och renodlas. Samverkan lyfts då fram som en förutsättning för att offentlig sektor ska kunna fullgöra sina åtaganden (Lindqvist 1998, Danermark och Kullberg 1999, Socialstyrelsen 2000).

Danermark och Kullberg (1999) konstaterar att det bedrivs förvånansvärt lite forskning om samverkan inom offentlig sektor samt att den forskning som finns till stor del utgår från specifika samverkansprojekt. Överlag fokuserar samverkansforskningen på problem och möjligheter vid samverkan, med utgångspunkt i hur samverkan har upplevts eller värderats av dem som har samarbetat (se t.ex. Boklund 1995; Dahlquist 1995; Fridolf 2000). I en artikel från 1986 uppmärksammade Westrin (1986b) att man då i princip inte visste något om hur individen påverkades av samverkan, d.v.s. om den man samverkade kring mådde eller fungerade bättre. I SOU 2008:10 konstateras att resultaten av samverkan inom rehabiliteringsområdet än idag är oklara och att det t.ex. inte finns någon samlad resultatredovisning av samverkansinsatser där Försäkringskassan samverkat med andra aktörer. Resultatet av tidigare samverkansforskning ger dock kunskap om faktorer (variabler) som har betydelse för att samverkan ska komma till stånd och att samarbetet ska fungera. Däremot finns ingen samlad kunskap om hur effektiva dessa faktorer är för att uppnå det avsedda syftet, t.ex. att minska sjukskrivningstidens längd.

1.2 Sjukvårdsmiljarden

År 2006 tecknade staten och Landstingsförbundet¹ en överenskommelse för att minska antalet sjukskrivningar. Bakgrunden till överenskommelsen var att ohälsotalet ökade kraftigt under de första åren på 2000-talet (Försäkringskassan 2008a) och att detta medförde ökade kostnader i socialförsäkringssystemen. Överenskommelsen syftade till att skapa ekonomiska drivkrafter för landstingen att tillsammans med Försäkringskassan arbeta för att minska sjukskriv-

¹ Numera Sveriges kommuner och landsting (SKL).

ningarna. Av överenskommelsen framgår vidare att sjukskrivningsärenden inte anses ges tillräckligt hög prioritet inom hälso- och sjukvården.

Överenskommelsen innebär att staten, under perioden 2007–2009, betalar ut upp till 1 miljard kronor per år till landstingen, den s.k. Sjukvårdsmiljarden². I budgetspropositionen för 2009 föreslår regeringen att satsningen förlängs till 2010. Den årliga miljarden fördelas utifrån hur mycket antalet nettodagar med sjukpenning har minskat³. En förutsättning för att pengarna ska betalas ut är att varje landsting sluter ett avtal med Försäkringskassan om vilka åtgärder som ska vidtas samt att landstinget redovisar för Försäkringskassan vad som gjorts under året. Genomgående i överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet betonas vikten av samverkan. Det framgår även att avtalen mellan landstingen och Försäkringskassan ska innehålla åtgärder för förbättrad samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen. Samtliga 19 län samt region Skåne och Västra Götalandsregionen har slutit avtal med Försäkringskassan om åtgärder under 2006 inom Sjukvårdsmiljarden.

1.3 Studiens upplägg

IFAU har fått i uppdrag att utvärdera Sjukvårdsmiljarden. Syftet med Sjukvårdsmiljarden är att minska sjukskrivningarna och som ett medel för att uppnå detta används samverkan. I den här studien undersöker vi om vissa åtgärder eller kombinationer av åtgärder, som potentiellt har betydelse för samverkan, är associerade med större förändringar i sjukskrivningarna i jämförelse med andra åtgärder. Syftet är att identifiera eventuella framgångsfaktorer med avseende på resultatet.

Studien utgår till stor del från en kartläggning av åtgärder (Sibbmark och Chirico 2008) inom ramen för Sjukvårdsmiljarden, som är en del av IFAU:s utvärdering av miljardsatsningen. Kartläggningen omfattar sådant som länen har gjort inom ramen för satsningen under 2006. Av kartläggningen framgår vilken inriktning åtgärderna har haft och vilka parter som har samverkat i respektive län. Kartläggningen baseras på de överenskommelser som tecknats mellan Försäkringskassan och landstingen, landstingens återrapportering till Försäkringskassan samt intervjuer med landstingens projektledare eller motsvarande. Materialet i kartläggningen har kompletterats med uppgifter om i vilken

² Satsningen kallas även Landstingsmiljarden.

³ Bidraget innehåller en fast del som fördelas utifrån befolkningens mängd och en rörlig del som fördelas mellan landstingen efter hur mycket antalet nettodagar med sjukpenning minskar från ett år till nästa. För en mer detaljerad redogörelse se bilaga till överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet.

utsträckning respektive landsting har samverkat med Försäkringskassan tidigare.

I nästa avsnitt ges en bakgrund om tidigare samverkan på rehabiliteringsområdet och en beskrivning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden. I avsnitt 3 redogör vi, med utgångspunkt i tidigare forskning, för åtgärder som förbättrar samarbetet inom rehabiliteringsområdet. Dessa åtgärder utgör studiens variabler och i avsnitt 3 beskriver vi även hur dessa har identifierats. I avsnitt 4 undersöker vi om dessa åtgärder samvarierar med sjukskrivningsnivåerna i länen. Studien avslutas med en sammanfattning i avsnitt 5.

2 Bakgrund

2.1 Vad innebär samverkan?

I samverkanslitteraturen definieras vanligen samverkan som en form av samarbete där representanter från olika organisationer arbetar tillsammans med en specifik uppgift⁴. De samverkande parterna behåller ansvaret för sina respektive områden och förväntas komplettera varandra genom sina olika perspektiv och kompetens (se t.ex. Berggren 1982; Boklund 1995). Det finns olika former för samverkan och enligt Axelsson och Axelsson (2007) kan dessa graderas. Enligt dem bör regelbundna möten mellan representanter från olika organisationer betraktas som en lägre grad av samverkan, medan multidisciplinära team som arbetar tillsammans med specifika individer för att uppnå ett definierat mål (t.ex. arbetsåtergång) bör betraktas som en högre grad av samverkan. Den samverkan som har bedrivits och bedrivs inom svensk offentlig sektor beskrivs av författarna som:

- interorganisatorisk, eftersom de samverkande parterna tillhör olika organisationer
- interprofessionell, eftersom de tillhör olika yrkesgrupper och professioner
- intersektoriell, eftersom den innefattar olika samhällssektorer med skilda mål och huvudmän.

Genom överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet har landstingen varit styrda att vidta åtgärder för att förbättra samverkan i sjukskriv-

⁴ För en närmare beskrivning av samverkan se Sibbmark och Chirico (2008).

ningsprocessen. Att samverkan antas ha betydelse i sjukskrivningsprocessen kan förstås mot bakgrund av att processen innefattar flera olika aktörer; den sjukskrivne, sjukvården och Försäkringskassan. Själva sjukskrivningsmomentet kräver även ett visst samarbete mellan landstingen och Försäkringskassan (Sibbmark och Chirico 2008).

2.2 Tidigare erfarenheter av samverkan inom rehabiliteringsområdet

De utvärderingar som utgår ifrån den man samverkar om (den försäkrade, patienten) fokuserar i huvudsak på individens upplevelse av insatserna och dess effekter, t.ex. om den upplever ett bättre bemötande från det offentliga eller självs kattad hälsa före och efter en insats (se t.ex. Socialstyrelsen 2000a; Socialstyrelsen 2000b). De utvärderingar som följer upp utfall på individnivå av större samverkansprojekt omfattar få individer och saknar kontrollgrupp. Det går därför inte att avgöra huruvida de observerade utfallen är effekter av åtgärder (RFV och Socialstyrelsen 2001, Statskontoret 2008). Detta gör det svårt att ha någon uppfattning om hur effektiv samverkan är för dem som omfattas av den samt att generalisera från de utvärderingar som har genomförts. Under 1990-talet startades en rad samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. Försöksverksamheten SOCSAM bedrevs i åtta kommuner och innebar samverkan mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Försöken inleddes i kommunerna mellan 1994 och 2000 och upphörde vid utgången av 2002. I SOCSAM prövades finansiell och politisk samordning mellan parterna i syfte att effektivisera resursanvändningen genom att samordna insatser över myndighetsgränserna. Syftet var även att uppnå välfärdsvinster för den enskilde genom att göra fler insatser samt ge mer omsorg och service till samma eller lägre kostnad än tidigare. Målgruppen för SOCSAM var individer i yrkesverksam ålder med behov av insatser från fler än en av de samverkande parterna (RFV och Socialstyrelsen 2001).

FINSAM började som en lokal försöksverksamhet i mitten av 90-talet och blev permanent 2004. Samverkansformen innebär finansiell samordning mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, ett landsting samt en eller flera kommuner. Verksamheten bedrivs genom samordningsförbund och insatserna ska riktas till individer med behov av samordnade insatser i syfte att uppnå förbättrad arbetsförmåga i den gruppen (Statskontoret 2008). Syftet med FINSAM är att skapa ekonomiska incitament för att effektivisera parternas resursan-

vändning, genom att ge dem ett gemensamt finansiellt ansvar för sjukskrivningskostnaderna (Proposition 1990/91:121).

Genom den s.k. FRISAM-propositionen (1996/97:63) infördes en möjlighet till frivillig samverkan för myndigheter inom rehabiliteringsområdet, där myndigheterna själva beslutar om utformningen av samverkan med utgångspunkt i lokala behov. I propositionen motiveras samverkan inom rehabiliteringsområdet med att det är ett medel för att använda samhällets resurser mer effektivt samt att individer med sammansatta behov annars riskerar att hamna emellan olika ersättningssystem.

De tre samverkansformerna har utvärderats och överlag har deltagande i insatser inom ramen för SOCSAM, FINSAM och FRISAM följts av en bättre ställning på arbetsmarknaden och ökad egenförsörjning. Utvärderarna framhåller dock att det inte går att avgöra huruvida dessa utfall är effekter av respektive samverkansform eller ej. Det är också oklart om utvärderingarnas resultat är representativa eftersom de bygger på uppgifter om få individer. Utvärderarna menar dock att en del av de observerade utfallen bör kunna tillskrivas samverkansformerna (RFV och Socialstyrelsen 2001; Statskontoret 2008; Socialstyrelsen 2000b). Till exempel menar RFV och Socialstyrelsen (2001) i utvärderingen av SOCSAM att samverkansformen bör ha haft betydelse för minskade kostnader avseende utbetalt försörjningsstöd och sjukpenning samt för att sjukfall över 180 dagar ökade betydligt mindre i hälften av försöksområdena i jämförelse med riket. Vidare menar Statskontoret (2008) att FINSAM-insatserna har nått en målgrupp som tidigare har haft svårt att få hjälp.

Det finns två studier som undersöker effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet, utifrån perspektivet om samverkan har gjort någon skillnad för individen. Den ena är en avhandling (Hultberg 2005) som undersöker effekten på patienternas hälsa av samverkan mellan primärvård, socialtjänst och Försäkringskassan inom ramen för SOCSAM. I studien jämförs effekten hos patienter som sökte vård på vårdcentraler som samverkade inom ett s.k. Deltaprojekt, med patienter som sökte vård hos vårdcentraler som arbetade traditionellt. Studiens resultat visar inte på några signifikanta skillnader i hälsostatus eller sjukskrivningslängd mellan patientgrupperna. Enligt författaren bör dock resultatet inte generaliseras eftersom det rör sig om en liten grupp patienter. Vidare visar studien att personalen på Deltavårdcentralen upplevde positiva effekter av samverkansmodellen genom att den underlättade samverkan med andra myndigheter.

Den andra studien (Anderzén m.fl. 2008) undersöker effekter på sjukskrivningslängd av samverkansformen Resursteam i Uppsala län. Samverkansformen innebär att husläkare, sjukgymnast, beteendevetare och handläggare från Försäkringskassan samverkar om sjukskrivna och träffas regelbundet för att bedöma personens rehabiliteringsbehov. Utvärderingen baseras bl.a. på ett randomiserat socialt experiment. Av 50 personer fick 22 slumpmässigt utvalda personer delta i Resursteam, medan de övriga 28 personernas ärenden fick sedvanlig hantering. Experimentet har även kompletterats med en studie av registerdata där i princip alla personer som har deltagit i Resursteam finns med. Resultatet visar entydigt att samverkansformen har negativa eller inga effekter på självskattad hälsa samt att sjukskrivningen i genomsnitt förlängdes med ca 20 % för dem som deltog i Resursteam. En möjlig förklaring till resultatet är att teamens arbete inte har fungerat optimalt. En enkät till personalen visar att de var missnöjda med teamens sammansättning samt att de inte upplevde att samverkansformen var förankrad i organisationerna. En majoritet av personalen trodde dock att Resursteam påskyndade arbetsåtergången. Ytterligare en förklaring till varför Resursteam har medfört längre sjukskrivningstider är att de åtgärdsprogram som teamen beslutat om ofta innehöll flera olika åtgärder med långa väntetider, vilket får stöd i en enkät till de försäkrade. Åtgärdsprogrammen kan därför ha skapat ett ”inlåsningsseffekt” för den sjukskrivne.

2.3 Åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden

Nedan redogörs kortfattat för den samverkan som har ägt rum och de åtgärder som har vidtagits inom ramen för Sjukvårdsmiljarden, som har betydelse för samverkan i sjukskrivningsprocessen. Redogörelsen baseras på den ovan nämnda kartläggningen (Sibbmark och Chirico 2008). I bilaga 1 finns en utförligare redovisning av vilka åtgärder som vidtagits i respektive län samt vilka åtgärder som har tagits med i studien.

2.3.1 Former för samverkan

Över hälften av länen har inrättat team som innefattar flera olika yrkesgrupper. Teamen gör bedömningar av patienter och arbetar i vissa län runt specifika målgrupper, t.ex. långa sjukskrivningar eller vissa diagnosgrupper. Andra län har istället haft principiella samverkansöverenskommelser mellan olika verksamheter, t.ex. mellan ortopedi och primärvård, utan att närmre reglera i vilken form samverkan ska ske. Ytterligare en form för samverkan är genom ledningsorgan, sjukskrivningskommittéer eller liknande, där landstinget och För-

säkringskassan samarbetar på ledningsnivå för att diskutera och uppmärksamma sjukskrivningsfrågan samt underlätta för samverkan i sjukskrivningsprocessen (Sibbmark och Chirico 2008).

2.3.2 Åtgärder för att underlätta för och uppmuntra samverkan

I princip alla län har vidtagit åtgärder för att öka läkares kompetens om sjukskrivningar. Så har skett genom att de har givits försäkringsmedicinsk utbildning. I vissa fall har även dessa utbildningar riktat sig till övriga yrkesgrupper. Det finns även exempel på län som utbildat personal i annat som rör sjukskrivningsprocessen, t.ex. socialförsäkringssystemet (Sibbmark och Chirico 2008).

Flertalet län har inrättat olika typer av stödfunktioner, t.ex. rehabiliterings-samordnare, kontaktpersoner mellan landstinget och Försäkringskassan eller personer som ska bistå läkare i bedömning av patienter. Det finns även exempel på landsting som tillfört ekonomiska resurser för att öka tillgången på paramedicinsk personal. En åtgärd som explicit syftar till att underlätta samverkan mellan sjukvården och Försäkringskassan är att försäkringskassehandläggare i vissa län finns tillgängliga på vårdcentraler.

Några landsting använder ekonomiska incitament för att stimulera samverkan med Försäkringskassan. I dessa landsting ersätts enheter som deltar i avstämningsmöten (Sibbmark och Chirico 2008). På avstämningsmöten medverkar en person som är sjukskriven och har en anställning, en handläggare från Försäkringskassan och minst "en annan part som kan påverka den sjukskrivnes situation". Det kan t.ex. vara personens arbetsgivare eller läkare. Syftet med mötet är att ta fram en plan för arbetsåtergång (Försäkringskassan, 2008a).

Ytterligare ett sätt att underlätta för samarbetet mellan landstingen och Försäkringskassan är åtgärder som riktar sig till läkares intygsskrivande. De sjukintyg som läkare utfärdar utgör underlag för Försäkringskassans beslut om individens sjukskrivning och rätt till sjukpenning. I en studie om sjukintygs kvalitet (Johansson och Nilsson 2008) framgår att ca 40 % av de 977 granskade intygen saknade obligatoriska uppgifter. Av dessa återremitterades 137 intyg till läkaren för komplettering. De åtgärder som har vidtagits har syftat till att styra innehållet i intygen eller sätta en tidsgräns för när de ska vara utfärdade eller kompletterade. Åtgärder för att förbättra intygens kvalitet kan därför betraktas som en åtgärd för att ta bort eller förkorta det extra moment i sjukskrivningsprocessen som en eventuell komplettering innebär.

3 Potentiella framgångsfaktorer för samverkan

Den forskning som tidigare har bedrivits om samverkan inom rehabiliteringsområdet har i huvudsak använt kvalitativa metoder och utgått från enskilda samverkansprojekt. Syftet med dessa studier har nästan uteslutande varit att undersöka samverkan ur ett organisatoriskt perspektiv med fokus på hur de som har samverkat har upplevt projektet. Vidare har forskningen fokuserat på samarbetet mellan de samverkande parterna. Resultatet av forskningen är därför kunskap om framgångsfaktorer och hinder för samverkan med avseende på samarbetet, d.v.s. att det blir av samt att det anses fungera (se t.ex. Boklund 1987; Dahlquist 1995; Boklund 1995; Carlström och Berlin 2004). Det finns dock inga tidigare studier som undersöker om de framgångsfaktorer som identifierats i tidigare forskning samvarierar med det resultat man har för avsikt att uppnå. Det är alltså osäkert om dessa insatser leder till att förbättra sjukskrivningsprocessen och om de därmed leder till lägre sjukskrivningsnivåer. De insatser som undersöks i denna studie kallas därför för potentiella framgångsfaktorer.

Flera av de variabler som har visat sig vara viktiga för ett lyckat samarbete rör sådant som Bång och Rudenstam (1984) kallar subjektiva samverkansbetingelser. Med detta avses egenskaper som hänför sig till de personer som samverkar, t.ex. om de är trygga i sin yrkesidentitet och i sig själva eller vilken attityd de har till samverkan. Genomgången av framgångsfaktorer för samverkan nedan är dock begränsad till sådant som rör samverkans organisatoriska och praktiska förutsättningar, så kallade objektiva samverkansbetingelser (Bång och Rudenstam 1984). Anledningen till denna avgränsning är att subjektiva samverkansbetingelser är just subjektiva och därför inte möjliga att observera i studiens material. Vidare har åtgärderna inom Sjukvårdsmiljarden primärt syftat till att minska sjukskrivningarna genom att förbättra sjukskrivningsprocessen och skapa förutsättningar för samverkan. Således har åtgärderna varit inriktade på att skapa goda objektiva samverkansbetingelser.

Något som återkommande lyfts fram som det största hindret för samverkan är parternas olikheter vad gäller mål, problemdefinitioner, utbildning, ansvarsområden, regelverk och arbetssätt (Westrin 1984; Boklund 1995; Danermark och Kullberg 1999; Petersson och Hultberg 2000). Att det samtidigt är just dessa olikheter som är anledningen till att parterna samverkar illustrerar att arbetsformen per definition är förknippad med svårigheter. Bilden bekräftas i

boken *Folkhälsa i samverkan* (Axelsson och Axelsson 2007) där flera forskare konstaterar att den tidigare forskningen visar att samverkan har dåliga grundförutsättningar att lyckas samt att det saknas evidens för arbetsformens positiva effekter. Tidigare svensk forskning på området ger dock exempel på samverkan som har varit framgångsrik i bemärkelsen att den har kommit till stånd trots nämnda hinder. Utifrån denna litteratur har vi identifierat fyra potentiella framgångsfaktorer: gemensam uppfattning, legitimitet, utrymme och belöningssystem. Nedan redovisar vi vilka insatser inom Sjukvårdsmiljarden som vi har valt ut för att fånga dessa faktorer. Se bilaga A för en närmare beskrivning av åtgärderna i respektive län. I kapitel 4 redovisas hur variablerna har analyserats och studiens resultat.

3.1 Gemensam uppfattning

Den mest grundläggande förutsättningen för samverkan tycks vara att det finns en gemensam uppfattning om syftet med samarbetet och hur det ska organiseras (se t.ex. Westrin 1984). Berggren (1982) menar även att samverkan förutsätter att parterna arbetar utifrån ett gemensamt referenssystem. Detta anses vara viktigt eftersom gemensamma definitioner av begrepp är en förutsättning för att förstå och tolka målen för samverkan på samma sätt.

För att överbrygga det ovan nämnda problemet med olika kunskaps-traditioner eller förklaringsmodeller menar Westrin (1984) att parterna måste utveckla en form för arbetet, en "samarbetsteknologi". Detta innebär att parterna tillsammans, t.ex. genom gemensam utbildning, utvecklar en kunskap om och arbetsmetod för hur de ska lösa den uppgift de samverkar om. Det finns även empiriskt stöd för att de hinder, som parternas olikheter medför, kan överbryggas när de arbetar tillsammans under en längre tid (Socialstyrelsen 2000b). Att tidigare erfarenhet av samverkan potentiellt har betydelse visar även utvärderingen av samverkansformen FINSAM (Statskontoret 2007). Där framkommer att hälften av de projekt som startats av samordningsförbunden innan 2006 liknade eller var identiska med tidigare projekt i kommunen. I en sammanfattning av tidigare utvärderingar konstaterar Statskontoret (2002) att enskilda individer, "eldsjälar", kan ha stor betydelse för samverkan inledningsvis. Över tid tenderar dock samverkan att bli mer formaliserad vilket också gör att det blir mindre individberoende.

3.1.1 "Gemensam uppfattning" inom Sjukvårdsmiljarden

Alla landsting utom Stockholm⁵ har självständigt eller i samarbete med Försäkringskassan hållit utbildningar i försäkringsmedicin för läkare. Vissa landsting har även gett försäkringsmedicinsk utbildning, eller annan utbildning som har betydelse för sjukskrivningar, till övriga yrkesgrupper. Utbildningarna kan ha betydelse för att överbrygga de svårigheter som uppstår till följd av yrkesgruppers olika kompetensområden och referenssystem. Utbildningarna kan även antas öka förståelsen mellan de olika parterna i sjukskrivningsprocessen och därmed underlätta för samarbetet mellan dem (Sibbmark och Chirico 2008). Gemensam utbildning betraktas därför som en potentiell framgångsfaktor och fångas genom variablerna *utbildning läkare* och *utbildning övriga*.

Utvärderingarna av FRISAM (Socialstyrelsen 2000b) och FINSAM (Statskontoret 2007) pekar på att det kan ta lång tid för en fungerande samverkan att utvecklas. Att samverka en längre period kan även antas bidra till att parterna utvecklar det Westrin (1984) kallar samarbetsteknologi. Tidigare erfarenhet av samverkan betraktas därför som en potentiell framgångsfaktor.

Det har förekommit samverkan i någon form mellan landstingen och Försäkringskassan i samtliga län, innan Sjukvårdsmiljarden infördes 2006. I april 2008 bedrev 18 län samverkan inom FINSAM genom samordningsförbund (Statskontoret 2008). För att ett län ska anses ha tidigare erfarenhet av samverkan har vi dock valt att sätta gränsen vid att det fanns ett samordningsförbund senast 2006, vilket gäller för 12 län. Vi har även tagit med tre län som har bedrivit samverkan utan samordningsförbund. Urvalskriteriet har varit att samverkan ska ha skett i en given form eller varit reglerat på något sätt. Denna variabel kallar vi *tidigare samverkan*.

Samverkan i team kan betraktas som en potentiell framgångsfaktor eftersom det vanligen sker utifrån ett specifikt syfte runt en given målgrupp. Det finns därför förutsättningar för de samverkande parterna att inom den givna formen för samarbetet utveckla en arbetsmetod eller samarbetsteknologi. Som visat ovan talar dock tidigare forskning (Anderzén m.fl. 2008) för att samverkan i team inte *alltid* har de effekter som avsetts. Team är dock en vanlig form för samverkan inom rehabiliteringsområdet och över hälften av länen har inrättat olika typer av team inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Det är därför av intresse att undersöka huruvida samverkansformen är en framgångsfaktor. Om det har förekommit samverkan i team eller liknande samverkan med ett specifikt syfte fångas med variabeln *team*.

⁵ I Stockholm ges stöd till nyutexaminerade läkare.

Fyra län har vidtagit åtgärder som på olika sätt varit riktade mot läkares intygsskrivande. Dessa åtgärder kan potentiellt förbättra kommunikationen mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare, genom att de ökar läkarnas förståelse för vad som krävs för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut i ett sjukskrivningsärende. Vidare visar Johansson och Nilssons studie (2008) att läkarintyg med bristande kvalitet förlänger sjukskrivningstiden. Vi inkluderar därför även variabeln *förbättrade sjukintyg* i studien.

3.2 Legitimitet

Flera studier och utvärderingar framhåller vikten av att samverkan ges legitimitet. Vidare framgår att yrkesgrupperna på operativ nivå uppfattar samverkan på ledningsnivå som en indikation på att det inte bara rör sig om ett honnörsord utan är en arbetsform som ska tillämpas (se t.ex. Fridolf 2000, Socialstyrelsen 2000b). I utvärderingen av SOCSAM finns även två exempel på försöksverksamheter med samverkan som avbrutits på grund av svag politisk förankring (RFV och Socialstyrelsen 2001).

3.2.1 "Legitimitet" inom Sjukvårdsmiljarden

I 19 län finns styrgrupper eller liknande samverkansorgan (t.ex. sjukskrivningskommittéer) på ledningsnivå. Dessa organ består av representanter från landstinget och Försäkringskassan och arbetar på olika sätt för att uppmärksamma sjukskrivningsfrågan i länet och underlätta för samverkan inom sjukskrivningsprocessen (Sibbmark och Chirico 2008). I studien används förekomsten av sådana organ som en indikator på att arbetsformen ges legitimitet. Det är dock viktigt att notera att existensen av styrgrupper på ledningsnivå inte per automatik innebär att samverkan har legitimitet i hela organisationen. Emellertid torde sådana ledningsgrupper skapa förutsättningar för att samverkan om sjukskrivningsprocessen uppfattas som en prioriterad fråga för alla inblandade parter. Om personalen upplever att deras chefer har gett dem ett mandat att samverka, skapas även bättre förutsättningar för samverkan. I fyra län har olika ledningsorgan uttryckt att sjukskrivningsprocessen är en prioriterad fråga. Eftersom detta legitimerar arbetet för att minska sjukskrivningarna tolkas det även som en indikator på att samverkan ges legitimitet. Dessa åtgärder används som indikatorer på att samverkan har givits legitimitet och fångas av variabeln *legitimitet*.

3.3 Utrymme

I en studie om samverkan mellan offentliga organisationer framhåller Statskontoret (2002) vikten av att skapa ett utrymme för samverkan. Att reglera samarbetet genom avtal mellan de samverkande parterna beskrivs som ett sätt att skapa ett sådant utrymme. Ett annat sätt är att minska det geografiska avståndet mellan de samverkande parterna genom samlokalisering, vilket även får stöd i annan samverkansforskning (se t.ex. Westrin 1986a; Boklund 1987). Ytterligare ett sätt att skapa utrymme för samverkan är att tillföra särskilda resurser, både i form av pengar och personal. Sådana resurser medför att samverkan kan ske utöver den ordinarie verksamheten och därför inte utgör något hot mot att respektive myndighet fullgör sina uppdrag i övrigt (Statskontoret 2002).

3.3.1 "Utrymme" inom Sjukvårdsmiljarden

De stödfunktioner som har inrättats i vissa län kan antas underlätta samarbetet mellan sjukskrivningsprocessens aktörer, t.ex. genom personalförstärkning eller att ansvar för samordning och liknande samlas hos en person. Genom att avlasta t.ex. läkare med stöd i bedömningar av patienter kan även stödfunktionerna antas frigöra tid till samverkan så att det inte konkurrerar med ordinarie verksamhet. Stödfunktionerna betraktas därför som ett sätt att skapa utrymme för samverkan och en potentiell framgångsfaktor. Utöver tillförsel av resurser i form av personal fångar även variabeln *stödfunktion* andra åtgärder som kan underlätta för samverkan, t.ex. överenskommelser om samverkan mellan olika enheter, stöd till befintliga team och elektronisk överföring av uppgifter mellan Försäkringskassan och vårdcentraler. Ytterligare en åtgärd som kan skapa utrymme för samverkan är att placera handläggare från Försäkringskassan på vårdcentraler. Sådant samlokalisering antas underlätta för kontakten och därmed samarbetet mellan parterna och är därför en potentiell framgångsfaktor. Detta fångas av variabeln *samlokalisering*.

I vår huvudanalys kommer vi att betrakta *stödfunktion* och *samlokalisering* som separata indikatorer på att samverkan givits utrymme. Anledningen till detta är att samlokalisering är en tydligt avgränsad åtgärd och därför intressant att undersöka för sig. I syfte att förbättra effektiviteten i skattningarna undersöker vi även om den sammanslagna variabeln *utrymme* (d.v.s. inrättande av stödfunktion, samlokalisering eller både och) är en framgångsfaktor.⁶

⁶ Dessa skattningar bör dock tolkas med en viss försiktighet eftersom principalkomponentanalysen i Bilaga C indikerar att dessa variabler fångar olika saker.

3.4 Belöningssystem

Statskontoret (2002) menar i den ovan nämnda studien att även ekonomiska incitament bör skapa utrymme och förutsättningar för samverkan. I utvärderingen av FRISAM (Socialstyrelsen 2000b) framgår också att personalen anser att det största hindret för samverkan är att det saknas belöningssystem för dem som samarbetar. Vidare menar Socialstyrelsen att dagens belöningssystem inom offentlig sektor har formats utifrån hierarkiska principer och premierar produktivitet, medan samverkan innebär horisontellt samarbete över myndighetsgränser. Statskontoret (2008) menar även i utvärderingen av FINSAM att de ekonomiska incitamenten för att öka arbetsåtergången kan anses vara svagare för landstingen än för Försäkringskassan, på kort sikt, eftersom landstingen saknar försörjningsansvar för sjukskrivna.

3.4.1 "Belöningssystem" inom Sjukvårdsmiljarden

I den ovan nämnda samverkansstudien, menar även Statskontoret (2002) att offentliga organisationer i större utsträckning bör pröva ekonomiska incitament för samverkan. Så har skett i de län som har inrättat belöningssystem för deltagande i avstämnings- eller trepartsmöten (Sibbmark och Chirico 2008). Belöningssystemen riktar sig dessutom till landstingen, som kan anses ha svagare drivkrafter att samverka i jämförelse med Försäkringskassan (se 3.4). Att inrätta sådana system är därför en potentiell framgångsfaktor och fångas av variabeln *belöningssystem*.

3.5 Sammanfattning av potentiella framgångsfaktorer

Avslutningsvis kan konstateras att Sjukvårdsmiljarden, genom sin utformning, skapar gynnsamma förutsättningar för samverkan. Sjukvårdsmiljarden syftar explicit till att minska sjukskrivningarna. Det finns därmed ett definierat överordnat mål och en målgrupp (personer som är sjukskrivna) för den samverkan som äger rum. Satsningen är också ett politiskt initiativ och skapar ekonomiska incitament för att samverka. Därmed ges samverkan politisk legitimitet och premieras genom belöningssystem. Slutligen skapas utrymme för samverkan genom att den regleras i överenskommelser mellan landstingen och Försäkringskassan.

Nedan listas de variabler som ingår i studien. De fångar åtgärder eller egenskaper (*tidigare samverkan*) hos länen, som enligt tidigare forskning skapar gynnsamma förutsättningar för samverkan. Vi undersöker därmed förutsättningarna för att samverkan mellan Försäkringskassan och landstinget

ska komma till stånd och inte i vilken utsträckning det har förekommit samverkan i länen. I nästa avsnitt undersöks om några av dessa variabler är associerade med större förändringar av sjukskrivningarna i jämförelse med andra variabler.

Tabell 1 Studiens variabler

Variabel
Utbildning läkare
Utbildning övriga
Tidigare samverkan
Team
Förbättrade sjukintyg
Legitimitet (samverkan på ledningsnivå)
Samlokalisering
Stödfunktion
Utrymme (samlokalisering och/eller stödfunktion)
Belöningssystem

Variablerna kan endast anta värdet 1 eller 0. Län som t.ex. har tidigare erfarenhet av samverkan tilldelas värdet 1 för variabeln *tidigare samverkan*, medan län som inte har det får värdet 0 o.s.v. Detsamma gäller för den sammanslagna variabeln *utrymme*. Län som antingen har inrättat stödfunktioner eller placerat handläggare på vårdcentraler, eller både och, får variabelvärdet 1 för *utrymme*⁷.

Åtgärder som påbörjats ”under hösten” 2007 eller senare tas inte med i studien eftersom våra sjukskrivningsdata sträcker sig fram till sista december 2007. Inte heller åtgärder som omfattar begränsade delar av ett län, t.ex. en stadsdel, tas med.

Utöver att ovanstående variabler fångar potentiella framgångsfaktorer, visar kartläggningen av åtgärder inom miljardsatsningen att de även fångar sju av de tio vanligaste åtgärderna som länen har vidtagit (Sibbmark och Chirico 2008).

Tabell 2 visar var de potentiella framgångsfaktorerna förekommer. Av tabellen framgår att *utbildning läkare*, *legitimitet*, *utrymme* och *tidigare samverkan* är vanligast förekommande. Vidare förekommer *belöningssystem*, *samlokalisering* och *förbättrade intyg* endast i ett fåtal län.

⁷ Med undantag för Halland, där det har upprättats handläggningsöverenskommelser mellan primär- och specialistvård, vilket kan anses skapa administrativt utrymme för samverkan.

Tabell 2 Potentiella framgångsfaktorer i respektive län

Län	Utbildning läkare	Utbildning övriga	Tidigare samverkan	Team	Förbättrade sjukintyg	Legitimitet	Sam- lokalisering	Stöd- funktion	Belönings- system	Utrymme
Stockholm			X		X	X				
Uppsala	X	X	X	X		X		X		X
Södermanland	X	X	X	X	X	X		X		X
Östergötland	X	X	X	X		X		X		X
Jönköping	X	X		X		X	X	X		X
Kronoberg	X		X	X		X		X		X
Kalmar	X	X	X	X		X		X	X	X
Gotland	X						X			X
Blekinge	X					X	X			X
Skåne	X					X		X	X	X
Halland	X		X		X	X				X
Västra Götaland	X		X	X				X	X	X
Värmland	X	X				X				
Örebro	X		X		X	X	X	X		X
Västmanland	X	X	X			X	X	X		X
Dalarna	X	X	X	X		X				
Gävleborg	X		X	X		X		X	X	X
Västernorrland	X	X	X			X		X	X	X
Jämtland	X	X	X	X		X				
Västerbotten	X	X	X	X		X		X		X
Norrbotten	X			X		X				
Totalt	20	11	15	12	4	19	5	13	5	16

Not: Då studien genomfördes hade vi inga uppgifter om att även Gävleborg hade placerat försäkringskassehandläggare på vårdcentraler.

4 Analys och resultat

I studien används sjukskrivningsdata från Försäkringskassan för perioden 1995–2007. Det mått som använts för att beskriva utvecklingen av sjukskrivningarna är ”sjukdelen av ohälsotalet”. Måttet ges av antalet nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning delat på antalet försäkrade i åldern 16–64 år. Valet av mått beror på att det visar förändringen i de utbetalningar som ligger till grund för beräkningen av det särskilda statsbidrag som betalas ut inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. För att komma bort från säsongsvariationerna i data beräknas sjukskrivningarna för varje år i löpande 12-månadersperioder, d.v.s. medeltalet av antalet nettodagar per månad delat på den månatliga populationen motsvarande period. Hädanefter är det detta mått som avses med ”sjukskrivningar”.

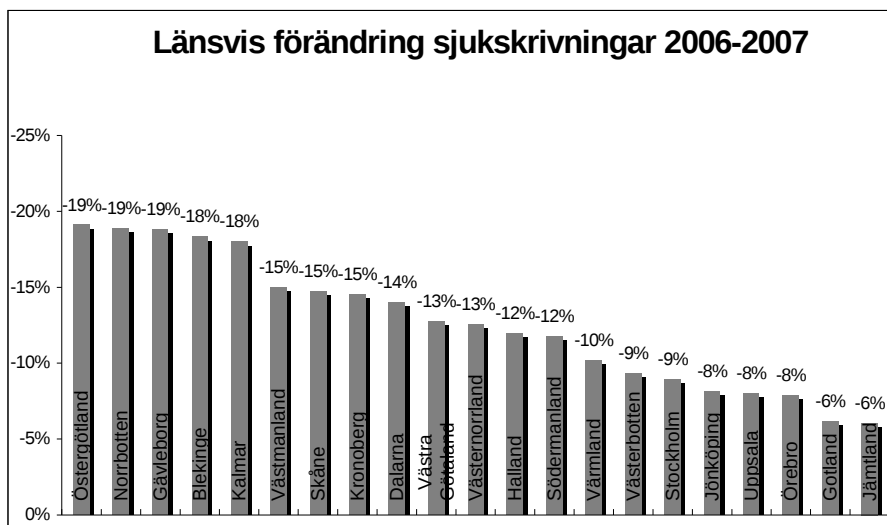
Figur 1 visar utvecklingen av sjukskrivningarna i riket 1995–2007. Av figuren



Figur 1 Nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringssjukpenning och arbetsskadesjukpenning per försäkrad individ 16–64 år.

framgår att sjukskrivningarna har minskat kontinuerligt sedan 2002. Figur 2 visar förändringen av sjukskrivningarna i respektive län från 2006, då Sjukvårdsmiljarden infördes, till året efter. Av figuren framgår att det totala antalet sjukskrivningar har minskat i samtliga län. I genomsnitt har sjukskrivningarna minskat med drygt 12 % mellan 2006 och 2007. Vi har även delat upp sjukskrivningarna i olika längdklasser: 1–14 dagar, 15–89 dagar, 3–6 månader, 6–12 månader och över 1 år. Sjuk-

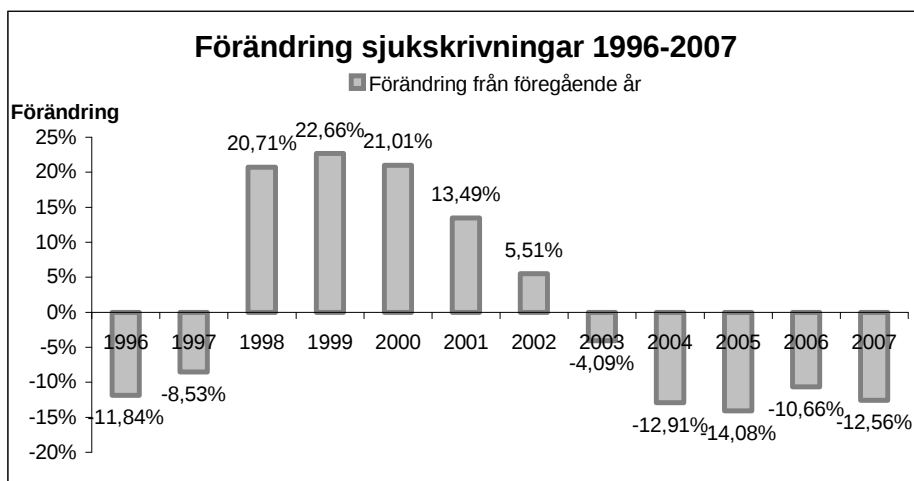
skrivningarna har minskat i alla dessa längdklasser i alla län förutom ett där sjukskrivningar som varat över ett år har ökat med knappt 8 %.



Figur 2 Länsvis förändring av sjukskrivningar 2006–2007.

Figur 3 visar förändringstakten av sjukskrivningarna från föregående år för perioden 1996–2007. Minskningen för 2007 är större än motsvarande siffra för 2006. Alltså minskade sjukskrivningarna i hela riket mer 2007 i jämförelse med föregående år, d.v.s. efter att Sjukvårdsmiljarden infördes. Av figuren framgår dock att det inte är fråga om något trendbrott, utan att det snarare är 2006 års minskning som avviker från trenden för de senaste fyra åren.

Det övergripande syftet med studien är att identifiera eventuella framgångsfaktorer för samverkan med avseende på resultatet. Analysen är uppdelad i två delar. I den första delen undersöker vi om någon av de ovan redovisade variablerna samvarierar med minskningar av antalet sjukskrivningar, d.v.s. det avsedda resultatet för den samverkan som har ägt rum inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Syftet har varit att identifiera variabler som är associerade med större minskningar av sjukskrivningarna än andra variabler. För att göra detta har vi genomfört regressionsanalyser. Resultatet av dessa presenteras i 4.1.



Figur 3 Förändringstakt för sjukskrivningar 1996–2007, riket.

I den andra delen av analysen undersöker vi om det tycks finnas någon systematik i vilka typer av åtgärder som länen har valt att genomföra. Syftet har varit att undersöka om vissa kombinationer av åtgärder är vanligare än andra samt att identifiera olika strategier bland länen vad gäller val av åtgärder. Därefter har vi genomfört ytterligare regressionsanalyser för att undersöka om vissa kombinationer av åtgärder är associerade med större minskningar av sjukskrivningarna än andra. Denna analys presenteras i 4.2.

Sjukskrivningsnivån beror på flera olika faktorer och inom ramen för den här studien har det inte varit möjligt att kontrollera för alla dessa. Studiens ambition är därför inte att skatta några samband mellan olika typer av åtgärder och minskade sjukskrivningar, utan snarare att generera hypoteser om vilka faktorer eller typer av åtgärder som tycks samvariera med förändringar av sjukskrivningarna.

4.1 Resultat av regressionsanalys

Nedan redovisas resultatet av regressionsanalysen, där vi har undersökt om någon eller några variabler samvarierar med förändringar av sjukskrivningarna. I Tabell 3 och Tabell 4 presenteras de skattade associationerna för samtliga variabler. Fetmarkerade siffror innebär att den skattade samvariationen är statistiskt säkerställd.

Det förväntade utfallet av samverkan inom ramen för Sjukvårdsmiljarden är framförallt minskade sjukskrivningar. Utfallsvariabeln i regressionsanalysen utgörs därför av den procentuella förändringen av antal nettodagar med sjukpenning,

arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning i respektive län mellan år 2006 och 2007. Vi undersöker både den totala förändringen av sjukskrivningarna och förändringen uppdelat på olika längdklasser.⁸ Dessa är; 1–14 dagar, 15–89 dagar, 3–6 månader, 6–12 månader samt sjukskrivningar som varar över ett år. Notera att utfallsvariabeln är skillnaden i sjukfrånvaro mellan 2006 och 2007, vilket innebär att negativa skattningar innebär en större minskning av sjukskrivningarna, d.v.s. ett ”bättre” utfall. Att skattningen för t.ex. *team* i längdklass 3–6 månader i Tabell 3 är 0,066 tolkas på följande sätt: team har inrättats i län som uppvisar en 0,066 procentenheters *mindre* minskning av sjukskrivningar i jämförelse med den genomsnittliga förändringen i riket, som var drygt 12 %.

I regressionerna har vi även tagit med sjukskrivningsnivån i respektive län för år 2005⁹, d.v.s. året innan Sjukvårdsmiljarden infördes. Anledningen till detta är att vi på så vis tar hänsyn till skillnader i länens utgångspunkter. Mot bakgrund av resonemanget i 3.3.1 undersöker vi variablerna *stödfunktion* och *samlokalisering* var för sig (Tabell 3) och sedan tillsammans, genom variabeln *utrymme* (Tabell 4).

Av Tabell 3 och Tabell 4 framgår att ingen variabel är associerad med minskningar av det *totala* antalet sjukskrivningar mellan 2006 och 2007. När vi delar upp sjukskrivningarna i längdklasserna utmärker sig dock ett antal variabler.

Tabell 3 visar att variabeln *legitimitet* samvarierar med större procentuella minskningar av sjukskrivningar som varat över ett år, i jämförelse med övriga variabler. När vi slår ihop variablerna *samlokalisering* och *stöd* samvarierar *legitimitet* med ett större utfall i alla längdklasser utom 6–12 månader. Att samverkan har givits legitimitet kan därför ha haft betydelse för minskningarna. I en rapport om problem med hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningar framkommer i intervjuer med läkare, paramedicinare och chefer inom landstinget att de upplever att det är oklart vem som har ansvar för sjukskrivningsfrågan. Det leder i sin tur till att det blir svårt att inom hälso- och sjukvården diskutera problem och erfarenheter av hur sjukskrivningar hanteras (Alexandersson 2005). Inrättandet av olika typer av ledningsorgan för arbetet med sjukskrivningsfrågan kan därför potentiellt ha betydelse för utfallet. Detta kan dock betraktas som en åtgärd för att stödja läkare i arbetet med sjukskrivningar framför att underlätta för samverkan.

Variabeln *team* tycks vara associerad med ett mindre utfall i längdklassen 3–6 månader, d.v.s. mindre minskningar, i jämförelse med övriga variabler. Från resultaten i Tabell 4 framgår att förekomst av team även är associerat med mindre

⁸ Vi har även genomfört regressionsanalyser separat för män och kvinnor. Vi fann inte att det fanns skillnader i hur variablerna är associerade med mäns respektive kvinnors sjukskrivningar.

⁹ Mätt som antalet nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning per försäkrad individ i åldern 16–64 år (löpande 12-månadersperioder).

minskningar av sjukskrivningar som varar mellan 1–89 dagar. En potentiell förklaring till att team är associerat ett mindre utfall i dessa längdklasser finns i resultaten från den ovan nämnda studien om Resursteam i Uppsala län (Anderzén m.fl. 2008). Studien visar att samverkan i team kan skapa inlåsningseffekter, eftersom de rehabiliteringsprogram som teamen tar fram förlänger individens sjukskrivning. Sådana inlåsningseffekter skulle även kunna uppstå p.g.a. de team som har inrättats inom ramen för Sjukvårdsmiljarden. Teamen består av olika yrkesgrupper som först gör en bedömning av den försäkrade för att sedan kunna besluta om ett rehabiliteringsprogram, som denne slutligen genomgår. Tillsammans kan detta bidra till att sjukskrivningen förlängs. Regressionsanalysen säger dock bara att sjukskrivningarna i de län som har inrättat team följer det ovan beskrivna mönstret. Vi vet därför inte om mönstret kan förklaras med att länen har inrättat team.

Län som har hållit utbildning för andra yrkesgrupper än läkare i försäkringsmedicin eller liknande uppvisar mindre utfall för de längsta sjukskrivningarna i jämförelse med övriga län. Resultatet kvarstår när vi tar hänsyn till nivån för 2005 och är statistiskt säkerställt på 5 % - nivån i båda analyserna. Att övrig personal utbildas indikerar att de även är delaktiga i sjukskrivningsprocessen. Mot bakgrund av resonemanget om team ovan skulle resultatet potentiellt kunna förklaras med att sjukskrivningstiden förlängs när fler aktörer blir inblandade i bedömning och rehabilitering av patienten. Det är dock svårt att förklara varför variabeln *utbildning* övriga endast är associerad med förändringar av de längsta sjukskrivningarna.

Tabell 3 Resultat från linjär regressionsanalys. Beroende variabel: förändringar av sjukskrivningar 2006–2007.

Variabel	Längdklass					
	Total förändring	1–14 dagar	15–89 dagar	3–6 månader	6–12 månader	Över 1 år
Utbildning läkare	-0,031 (0,064)	-0,033 (0,070)	-0,038 (0,051)	-0,052 (0,074)	-0,006 (0,102)	-0,060 (0,118)
Utbildning övriga	0,037 (0,026)	-0,029 (0,029)	-0,022 (0,021)	-0,021 (0,030)	0,003 (0,042)	0,108** (0,048)
Tidigare samverkan	-0,010 (0,033)	0,023 (0,037)	0,016 (0,027)	0,005 (0,039)	-0,024 (0,054)	-0,047 (0,062)
Team	-0,015 (0,029)	0,052 (0,032)	0,040 (0,023)	0,066* (0,034)	0,031 (0,047)	-0,093 (0,053)
Förbättrade sjukintyg	0,034 (0,037)	0,023 (0,041)	0,031 (0,030)	0,047 (0,044)	0,064 (0,060)	0,031 (0,069)
Legitimitet (samverkan på ledningsnivå)	-0,077 (-0,045)	-0,080 (0,050)	-0,062 (0,036)	-0,070 (0,053)	-0,099 (0,073)	-0,232** (0,084)
Belöningsystem	-0,036 (0,038)	0,021 (0,042)	-0,005 (0,031)	-0,002 (0,045)	-0,013 (0,062)	-0,080 (0,071)
Samlokalisering	-0,004 (0,035)	0,048 (0,038)	0,039 (0,028)	0,064 (0,041)	0,025 (0,056)	-0,108 (0,065)
Stöd	0,011 (0,036)	-0,001 (0,040)	0,018 (0,029)	0,000 (0,042)	0,000 (0,059)	0,052 (0,067)
Konstant	-0,046	-0,130	-0,138	-0,149	-0,041	0,148
R ²	0,441	0,542	0,589	0,510	0,325	0,588

Not: Skattningarna är baserade på 21 observationer. Alla regressioner kontrollerar för sjukskrivningsnivån i länen 2005. Skattat standardfel inom parentes. ** Statistiskt säkerställt på 5 %-nivån. * Statistiskt säkerställt på 10 %-nivån.

Tabell 4 Resultat från linjär regressionsanalys. Beroende variabel: förändringar av sjukskrivningar 2006–2007.

Variabel	Längdklass					
	Total förändring	1-14 dagar	15-89 dagar	3-6 månader	6-12 månader	Över 1 år
Utbildning läkare	-0,004	-0,108	-0,107*	-0,124	0,017	0,118
	(0,075)	(0,079)	(0,054)	(0,089)	(0,123)	(0,135)
Utbildning övriga	0,038	-0,025	-0,015	-0,016	0,003	0,108**
	(0,024)	(0,026)	(0,018)	(0,029)	(0,040)	(0,044)
Tidigare samverkan	-0,0001	-0,008	-0,007	-0,028	-0,024	0,032
	(0,031)	(0,033)	(0,023)	(0,037)	(0,051)	(0,056)
Team	-0,015	0,047*	0,041**	0,056*	0,020	-0,074
	(0,025)	(0,026)	(0,018)	(0,029)	(0,040)	(0,044)
Förbättrade sjukintyg	0,035	0,017	0,025	0,040	0,061	0,043
	(0,035)	(0,037)	(0,026)	(0,042)	(0,058)	(0,063)
Legitimitet (samverkan på ledningsnivå)	-0,068	-0,102**	-0,075**	-0,095*	-0,102	-0,164**
	(0,039)	(0,041)	(0,028)	(0,047)	(0,064)	(0,071)
Belöningssystem	-0,024	-0,017	-0,031	-0,046	-0,020	0,025
	(0,028)	(0,029)	(0,020)	(0,033)	(0,045)	(0,050)
Utrymme (samlokalisering och/eller stöd)	-0,014	0,073*	0,076**	0,077	-0,006	-0,138*
	(0,038)	(0,040)	(0,027)	(0,045)	(0,062)	(0,068)
Konstant	-0,028	-0,163	-0,171	-0,172	-0,011	0,227
R ²	0,442	0,584	0,671	0,500	0,310	0,617

Not: Skattningarna är baserade på 21 observationer. Alla regressioner kontrollerar för sjukskrivningsnivån i länen 2005. Skattat standardfel inom parentes. ** Statistiskt säkerställd på 5 %-nivån. * Statistiskt säkerställd på 10 %-nivån.

När vi slår ihop variablerna *stödfunktion* och *samlökalisering* framgår att även variabeln *utrymme* samvarierar med förändringar av sjukskrivningarna. I jämförelse med övriga län uppvisar de län som har skapat utrymme för samverkan mindre utfall för sjukskrivningar som varar upp till 3 månader och större utfall för de längsta sjukskrivningarna. Sjukskrivningarna följer alltså till viss del samma mönster som i de län som har inrättat team. Variabeln *utrymme* indikerar också att flera olika aktörer är involverade i rehabiliteringsprocessen, eftersom den fångar tillförsel av personal för att samordna insatser eller bistå läkare med bedömningar. Resultaten skulle därför kunna tolkas på samma sätt som resultaten ovan, d.v.s. att sjukskrivningstiden inledningsvis förlängs av att flera olika aktörer är inblandade i bedömning och rehabilitering samt att det är kö till åtgärderna i patientens rehabiliteringsprogram. Den större minskning för de längsta sjukskrivningarna kan potentiellt förklaras med att sjukskrivningen avslutas när individen har genomgått rehabiliteringsprogrammet, som då har varat i över ett år.¹⁰

I analysen med variabeln *utrymme* samvarierar även *utbildning läkare* med en större minskning av sjukskrivningarna i längdklass 15–89 dagar.

4.1.1 Sammanfattning

Inledningsvis kan konstateras att resultaten från regressionsanalysen inte är helt robusta, t.ex. finns det skillnader i signifikansnivåerna för estimaten i Tabell 3 och Tabell 4. Resultaten får därför tolkas med viss försiktighet, även om vi inte är ute efter att skatta kausala samband eller generalisera resultaten för all samverkan inom rehabiliteringsområdet. Det går dock att uttyda en tendens i resultaten. Variabler som indikerar att fler aktörer än sjukskrivande läkare och Försäkringskassehandläggare är inblandade i individens rehabilitering är associerade med mindre minskningar av sjukskrivningarna. *Utrymme* samvarierar dock med större minskningar för sjukskrivningar som varar över ett år. En potentiell förklaring till detta mönster är att inblandning av olika aktörer förlänger handläggningstiden och därmed även sjukskrivningstiden. Om rehabiliteringsprogrammet dessutom innehåller åtgärder med väntetid, t.ex. remiss till specialistvård, förlängs sjukskrivningstiden ytterligare. När individen har genomgått programmet avslutas dock sjukskrivningen, som då har varat i över ett år. Ett problem med tolkningen är att regressionerna endast säger vilka variabler som samvarierar med förändringar av sjukskrivningarna.

¹⁰ Vi har även genomfört regressioner där vi slagit ihop de variabler som fångar "Gemensam uppfattning" (se 3.1.1). Inga av dessa gav signifikanta resultat.

Vi vet därför inte om flera olika aktörer *de facto* har varit inblandade i rehabiliteringen av de individer, vars sjukskrivningar har avslutats. Vidare omfattar den här studien endast förändringen mellan 2006 och 2007, medan Sjukvårdsmiljarden sträcker sig över tre år. För att följa utvecklingen av de längsta sjukskrivningarna skulle det därför krävas ytterligare utvärderingar med data för 2008 och så småningom 2009.

Variabeln *legitimitet*, som fångar samverkan på ledningsnivå, utmärker sig genom att vara associerad med större minskningar av sjukskrivningarna totalt sett och i flera längdklasser. Att samverkan ges legitimitet framstår därför som en framgångsfaktor för samverkan. Samtidigt kan resultaten från regressionsanalysen, med försiktighet, tolkas som att samverkan om bedömning och rehabilitering av patienter är associerade med *mindre* minskningar av sjukskrivningarna. En tolkning av resultaten är därför att det just är samverkan på ledningsnivå, och inte att samverkan har givits legitimitet, som har haft betydelse för utfallet. Samverkan på ledningsnivå kan potentiellt ha gett ett bättre utfall genom att Försäkringskassan och framförallt landstinget har tagit ett samlat grepp om sjukskrivningsfrågan samt att läkare har fått stöd i arbetet med sjukskrivningar.

4.2 Kombinationer av åtgärder

Ett antal åtgärder är återkommande i flera län. Regressionsanalysen ovan visade dock att endast en av dessa åtgärder samvarierar på ett systematiskt sätt med förändringar av sjukskrivningarna. Detta säger dock inget om hur åtgärderna samvarierar med varandra, d.v.s. om det finns någon systematik i vilka åtgärder som länen har vidtagit och om vissa kombinationer av åtgärder, eller strategier, är vanligare än andra. Syftet med den här delen av analysen har därför varit att identifiera eventuella strategier för val av åtgärder för att sedan undersöka om några av dessa strategier har varit mer framgångsrika än andra.

För att hitta återkommande kombinationer av åtgärder har vi använt principalkomponentanalys. Syftet med en sådan analys är att sammanfatta variationen i data med ett litet antal variabler, så kallade komponenter¹¹. Givet att det finns en systematik blir det möjligt att med komponenterna sammanfatta vilka kombinationer av åtgärder som är återkommande. Resultatet av principalkomponentanalysen blev fyra komponenter, som redovisas i Tabell 5. Värdena i tabellen visar i vilken utsträckning komponenterna är förknippade med respektive variabel, d.v.s. förekomsten av de potentiella framgångsfaktorerna.

¹¹ För närmre beskrivning av principalkomponentanalys se Jolliffe (1989) eller Manly (1986).

Höga positiva värden för variabel X innebär att komponenten visar att variabel X har förekommit. Det omvända gäller för höga negativa värden. Värden som är lägre än 0,5 beaktas inte (Jolliffe 1989). Nedan redogörs för tolkningen av respektive komponent och i vilken utsträckning de beskriver åtgärderna i respektive län.

Vi har även genomfört regressionsanalyser för att undersöka om någon kombination av åtgärder är associerad med större minskningar av sjukskrivningarna i jämförelse med andra kombinationer.

Tabell 5 Resultat från principalkomponentanalys

Variabel	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3	Komponent 4
Utbildning läkare	0,60	- 0,88	0,32	0,29
Utbildning övriga	0,79	0,14	0,81	0,12
Tidigare samverkan	0,67	0,91	- 0,29	0,35
Team	1,00	0,04	0,17	- 0,53
Förbättrade sjukintyg	- 0,59	1,00	- 0,19	0,50
Legitimitet (samv. på ledn.nivå)	0,27	0,77	0,67	0,19
Samlokalisering	- 0,69	- 0,62	0,35	0,97
Stödfunktion	0,90	- 0,08	- 0,33	1,00
Belöningssystem	0,56	- 0,34	- 1,00	0,05

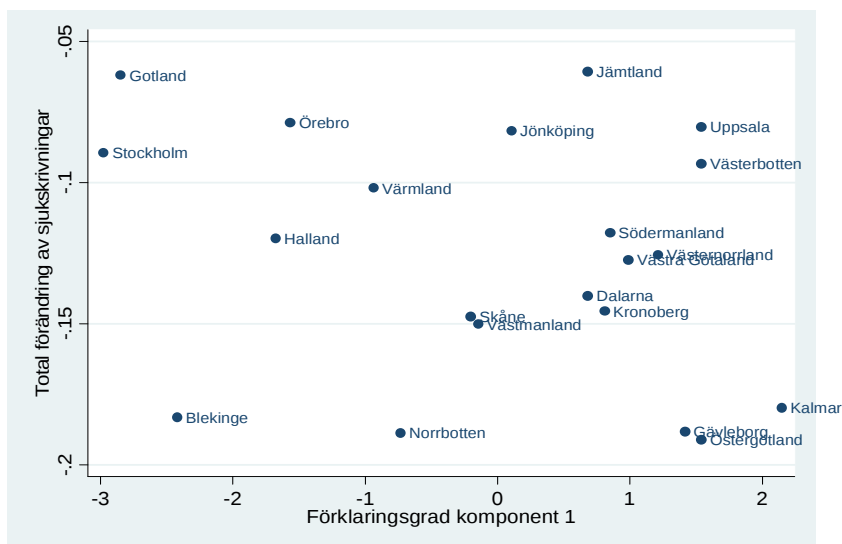
4.2.1 Komponent 1: Det generella mönstret

Den första komponenten kontrasterar *förbättrade sjukintyg* och *samlokalisering* mot övriga variabler, förutom *legitimitet*. Alltså fångar komponent 1 de län där det har inrättats team, givits utbildning till läkare och övriga yrkesgrupper, förekommit samverkan tidigare samt inrättats stödfunktioner, men *inte* har vidtagits några åtgärder riktade mot läkares intygsskrivande eller funnits handläggare från Försäkringskassan på vårdcentralerna. En jämförelse med Tabell 2 visar att dessa åtgärder är bland de vanligaste respektive ovanligaste.

Den första komponenten fångar vanligen den generella strukturen i data, medan övriga komponenter fångar det mer specifika (Jolliffe 1986). Så verkar även vara fallet med våra resultat. Genom att skatta i vilken utsträckning respektive län beskrivs av komponenterna, d.v.s. komponenternas ”förklaringsgrad”, blir detta tydligt. Figur 4 visar skattningen av den första komponentens förklaringsgrad i förhållande till den totala förändringen av sjukskrivningarna 2006–2007. Det finns ingen vägledning i litteraturen om principalkomponentanalyser för vad som är en hög respektive låg förklaringsgrad. Jolliffe (1986)

menar dock att syftet med att grafiskt illustrera komponenterna är att identifiera eventuella kluster och visa hur observationerna (länerna) förhåller sig till varandra. Vi har därför fokuserat oss på hur spridningen mellan länerna ser ut, framför länens värden för respektive komponent. Vi betraktar dock en förklaringsgrad runt 0 som att länet inte beskrivs av komponenten. Det är även viktigt att göra en åtskillnad mellan positiva och negativa värden. Om ett län har negativa värden för en komponent innebär det att länet har vidtagit de åtgärder som komponenten har negativa värden för.

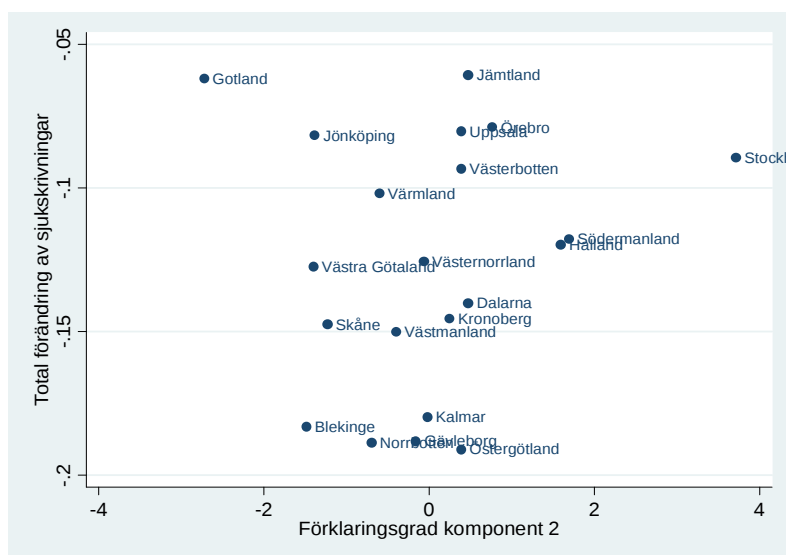
Av Figur 4 framgår att det finns fem län med negativa värden över 1 för komponent 1. Dessa län avviker från det generella mönstret eftersom de inte har inrättat team eller givit utbildning till övriga yrkesgrupper samt att det inte har förekommit samverkan tidigare, i samma utsträckning som i övriga län. I några av dessa fem län har det även förekommit samlokalisering och åtgärder för förbättrat intygsskrivande. De flesta län har positiva värden över 0 för komponent 1 vilket styrker tolkningen att komponenten fångar det generella mönstret. Att länerna överlag har valt ungefär samma åtgärder kan förklaras med att de har varit styrda att vidta åtgärder inom vissa områden genom överenskommelsen med staten. Ett av dessa områden är ledning och styrning vilket potentiellt kan förklara att i princip alla län har valt att inrätta någon typ av styrgrupp för samverkan och därmed givit samverkan legitimitet. Figuren visar även att det finns en spridning mellan länerna vad gäller förändringen av sjukskrivningarna.



Figur 4 Förklaringsgrad komponent 1: Det generella mönstret

4.2.2 Komponent 2: Tidigare samverkan och förbättrade sjukintyg

Komponent 2 är något mer svårtolkad. Den kontrasterar *legitimitet*, *tidigare samverkan* och *förbättrade sjukintyg* mot *utbildning läkare* och *samlokalisering*. Av Figur 5 framgår att komponenten fångar det specifika, eftersom de flesta länen ligger runt noll. De län som hamnar långt till höger i figuren är avvikande genom att de har satsat på åtgärder för förbättrat intygsskrivande. Det är dock svårt att förklara varför detta samvarierar med tidigare erfarenhet av samverkan (i en given form, se 3.1.1). Av de län som har negativa värden för komponenten saknar alla utom ett (Västra Götaland) tidigare erfarenhet av samverkan. Av dessa län har tre placerat försäkringskassehandläggare på vårdcentraler. Detta skulle kunna tolkas som ett sätt att snabbt skapa förutsättningar för samverkan mellan landstingen och Försäkringskassan, eftersom det inte tidigare har funnits någon given form för det. I övrigt är det svårt att se något gemensamt för de län som hamnar till vänster eller till höger om länen som har ett värde runt 0 för komponent 2.

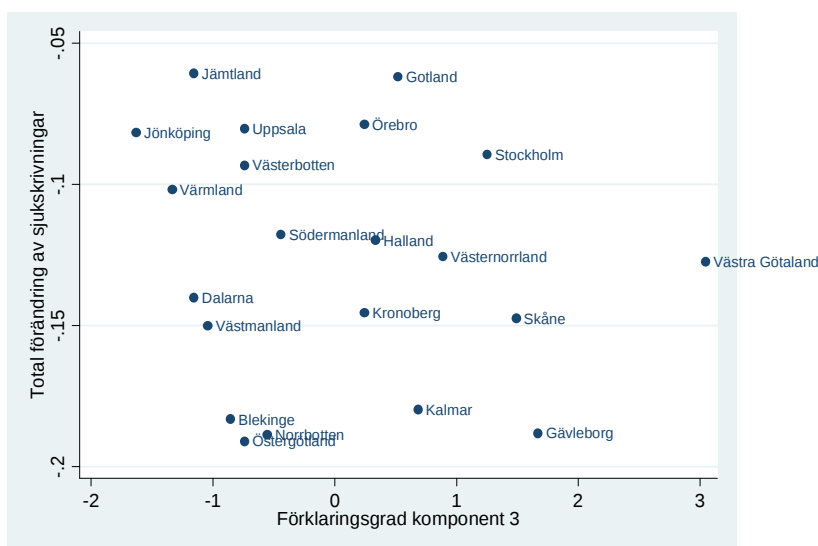


Figur 5 Förklaringsgrad komponent 2: Tidigare samverkan kontra förbättrade sjukintyg

4.2.3 Komponent 3: Belöningssystem

Komponent 3 visar framförallt förekomsten av belöningssystem för samverkan. Av Figur 6 framgår att ett fåtal län har positiva värden över 1 för komponenten, vilket kan förklaras med att belöningssystem endast förekommer i fem län.

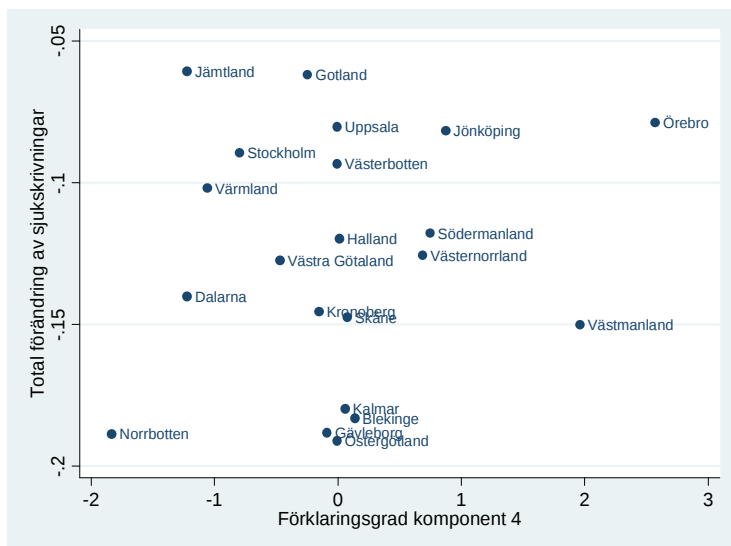
Komponenten kontrasterar även *belöningsystem* mot *utbildning övriga*. Detta innebär att komponent 3 även beskriver län som inte har givit utbildning till andra yrkesgrupper än läkare. De belöningsystem som har inrättats riktar sig ofta till läkare i syfte att uppmuntra dem att delta i avstämnings- eller treparts-möten. En potentiell förklaring skulle därför kunna vara att det i första hand är läkare som medverkar i sjukskrivningsprocessen i dessa län, varför utbildning till övriga yrkesgrupper inte har blivit aktuellt. I några av dessa län har det dock inrättats team eller stödfunktioner, vilket talar emot att övriga yrkesgrupper inte är delaktiga i sjukskrivningsprocessen.



Figur 6 Förklaringsgrad komponent 3: Belöningsystem

4.2.4 Komponent 4: Utrymme kontra team

Komponent 4 fångar län som har inrättat någon typ av stödfunktion för samverkan samt tre av de fem län som har placerat försäkringskassehandläggare på vårdcentraler. Komponentens kan därför tolkas som en indikation på att samverkan har givits utrymme. Samtidigt har komponenten negativa värden för *team*. En tolkning är därför att dessa län, istället för att inrätta team, har valt att samla ansvaret för samordningen av bedömning, rehabilitering och i vissa län även kontakten mellan landstinget och Försäkringskassan hos en eller ett litet antal personer. Av Figur 7 framgår att de flesta län har ett värde runt 0 för komponent 4, vilket innebär att endast ett fåtal län har skapat utrymme för samverkan.



Figur 7 Förklaringsgrad komponent 4: Utrymme kontra team

4.2.5 Sammanfattning av principalkomponentanalys

Det finns en förhållandevis stor spridning mellan länen vad gäller kombinationer av åtgärder, vilket innebär att respektive komponent endast beskriver åtgärderna i ett fåtal län. Vi har därför inte kunnat identifiera några tydliga strategier för val av åtgärder. Det verkar alltså snarare som att länen har valt att satsa på lite av varje framför att satsa på vissa områden. Vi vet dock inte hur valet av åtgärder har gått till i länen och kan därför inte avgöra huruvida det har förekommit olika strategier eller om länen har valt slumpmässigt.

För att undersöka om någon av komponenterna samvarierar med förändringar av sjukskrivningarna har vi, på samma sätt som med de enskilda variablerna, genomfört regressionsanalyser. Eftersom endast samverkan på ledningsnivå är systematiskt relaterad till minskningar i sjukskrivningstalen, är rimligen inte någon kombination av åtgärder mer framgångsrik än andra. Resonemanget får stöd i resultatet av regressionsanalysen genom att vi inte får några signifikanta resultat. Med andra ord är ingen av komponenterna associerade med förändringar av sjukskrivningarna. Detta gäller både för den totala förändringen samt för förändringen uppdelad i olika längdklasser.

5 Avslutande sammanfattning

I den här studien har vi undersökt potentiella framgångsfaktorer för samverkan. Vi har undersökt om sådana variabler som ökar förutsättningarna för samarbete också bidrar till att minska sjukskrivningar. Tidigare forskning och utvärderingar visar att samverkan är förknippat med svårigheter, eftersom arbetsformen kräver att olika yrkesgrupper – med olika sätt att förstå och lösa problem – samarbetar med varandra. Det finns dock exempel på samverkan som har varit framgångsrik i bemärkelsen att den har blivit av, trots dessa svårigheter. Det är utifrån dessa erfarenheter som ett antal framgångsfaktorer för samverkan har identifierats. Flera sådana framgångsfaktorer återfinns i utformningen av Sjukvårdsmiljarden. Satsningen kan därför sägas skapa goda förutsättningar för samverkan inom sjukskrivningsprocessen.

Det övergripande målet med Sjukvårdsmiljarden är att minska sjukskrivningarna. Sjukskrivningarna, mätt som antalet nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning per försäkrad individ, har minskat i samtliga län efter införandet av Sjukvårdsmiljarden 2006. I studien har vi, med regressionsanalyser, undersökt om dessa minskningar samvarierar med förekomsten av potentiella framgångsfaktorer för samverkan. Studiens ambition är inte att skatta några kausala samband mellan olika typer av åtgärder och minskade sjukskrivningar, utan snarare att generera hypoteser om vilka faktorer eller typer av åtgärder som tycks samvariera med förändringar av sjukskrivningarna.

Resultaten från regressionsanalysen är inte helt robusta och får därför tolkas med viss försiktighet. Det går dock att uttyda en tendens i resultaten. Åtgärder för att samordna sjukskrivningsprocessen på ledningsnivå samvarierar med större minskningar av sjukskrivningarna. Vidare kan resultaten från regressionsanalysen, med försiktighet, tolkas som att åtgärder som underlättar för (eller indikerar att det har skett) samverkan om bedömning och rehabilitering av patienter är associerade med *mindre* minskningar av sjukskrivningarna. En tolkning av resultaten är därför att samverkan på ledningsnivå har haft betydelse för att minska sjukskrivningarna, medan samverkan på operativ nivå istället tenderar att förlänga sjukskrivningarna. Detta kan förklaras med att handläggningstiden för ett sjukskrivningsärende förlängs när fler parter blir involverade, t.ex. genom multidisciplinära team. Vidare kan även sjukskrivningstiden förlängas om individens rehabiliteringsprogram innehåller åtgärder med väntetid. Variabeln *utrymme*, som indikerar att det har förekommit

samverkan på operativ nivå i länet, är associerad med en förkortning av de längsta sjukskrivningarna. Detta skulle kunna innebära att den ”inlåsnings-effekt” som uppstår inledningsvis försvinner över tid. För att undersöka detta närmare skulle det dock krävas att utvecklingen av sjukskrivningarna studeras under Sjukvårdsmiljardens alla tre år, d.v.s. 2006–2009.

Sammanfattningsvis framstår endast samverkan på ledningsnivå som en framgångsrik åtgärd i syfte att minska sjukskrivningar. Att samverkan på ledningsnivå är associerat med en större minskning av sjukfrånvaron kan potentiellt förklaras med att det tidigare saknats samordning av sjukskrivningsfrågan.

Referenser

- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson, A-S., Johansson, P., Lindahl, E. och U. Winblad (2008), *Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning*, IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, rapport 2008:8.
- Axelsson, R. och S. Bihari Axelsson, (red.) (2007), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Studentlitteratur, Lund.
- Berggren, B. (1982), "Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens om makt och ansvar", i *Psykiatri i omvandling*, Spri rapport 107.
- Boklund, A. (1987). Samverkan inom socialtjänsten. Fallet Eskilstuna - en studie om samverkan mellan äldreomsorgsassistenter, barnomsorgsassistenter och socialsekreterare. Rapport i socialt arbete nr 39. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Boklund, A. (1995), *Olikheter som berikar? - möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*, rapport i socialt arbete nr 71, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Stockholm..
- Bång, E. och N-G. Rudenstam (1984), "Betingelser för samverkan", *Socialmedicinsk tidskrift*, årg. 61, nr 3-4, s. 139-144
- Carlström, E. och J. Berlin (2004), *Boken om team - en kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*, Landstingsförbundet, Stockholm.
- Dahlquist, A-L. (1995), *Samarbete - nyckeln till framgång - en undersökning av teamarbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna*, Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.
- Danermark, B. och C. Kullberg (1999), *Samverkan – Välfärdsstatens nya arbetsform*, Studentlitteratur, Lund.
- Fridolf, M. (2000), *Samverkan i det lokala välfärdssystemet: Politikens och ledares betydelse*, CEFOS rapport 14, CEFOS, Göteborgs Universitet, Göteborg.

- Försäkringskassan (2008a), *Förändring av ohälsotalet under löpande 12-månadersperioder*. Hämtat från http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/4463/ohtid_web.xls, 11 mars 2008.
- Försäkringskassan (2008b), faktablad. *Avstämningsmöte – för snabbare återgång i arbete*.
- Hultberg, E-A. (2005), *Co-financed collaboration between welfare services - Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders*, doctors-avhandling, Institutionen för socialmedicin, Göteborgs Universitet.
- Johansson, P. och M. Nilsson (2008) *Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?*, IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, rapport 2008:27.
- Jolliffe, I. T. (1989), *Principal component analysis*, Springer-Verlag New York Inc., New York.
- Rabe-Hesketh, S. och B.S. Everitt (2007), *A handbook of statistical analysis using STATA*, Chapman & Hall/CRC, Boca Raton.
- Petersson, H. och L-G. Hultberg (2000), *Med förenade krafter - myndighets-samverkan mot arbetslöshet*, Statsvetenskapliga institutionen, Univ., Lund.
- Regeringens proposition (1990/91:121), *Försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvård m.m.*
- Regeringens proposition (1996/97:63), *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m.*
- Riksförsäkringsverket (RFV) och Socialstyrelsen (2001), *SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport*, Finansiell samordning 2001:1.
- Socialstyrelsen (2000a), *Samverkan som organiseringsprocess. Påverkan på organisation och system. En studie av åtta olika områden, samverkan inom rehabiliteringsområdet*, 2000:3.
- Socialstyrelsen (2000b), *Lönsam samverkan för individ och samhälle, Samverkan inom rehabiliteringsområdet*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 2000:5.
- SOU 2008:10, 21+1->2 *En ny myndighet för tillsyn och effektivitetsgranskning av socialförsäkringen*.

- Statskontoret (2002), *Tillsammans i storstaden – en studie av offentlig samverkan inom ramen för de lokala utvecklingsavtalen*, 2002:23.
- Statskontoret (2007), *Finsam rapport 3*, Uppföljning av finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, 2007:6.
- Statskontoret (2008), *Fyra år med Finsam*, 2008:7.
- Westrin, C-G. (1984), "Samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Erfarenheter från en internationell studie", *Socialmedicinsk tidskrift*, årg. 61, nr 3-4, s.129-138.
- Westrin, C-G. (1986a), *Primary Health Care: Co-operation between Health and Welfare Personell. An international study*, Almqvist och Wiksell, Uppsala.
- Westrin, C-G. (1986b), "Social och medicinsk samverkan - begrepp och betingelser", *Socialmedicinsk tidskrift*, årg. 63, nr 7-8, s. 280-285.

Bilagor

Bilaga A: Deskription av åtgärder

Tabell A 1: Utbildning läkare

Län	Åtgärd
Blekinge	Försäkringsmedicinsk, främst till AT/ST-läkare.
Dalarna	Utbildning till läkare, fokus beslutstöd.
Gotland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Gävleborg	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Halland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Jämtland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Jönköping	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Kalmar	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Kronoberg	Försäkringsmedicinsk utbildning och beslutstöd.
Norrbottn	Försäkringsmedicinsk utbildning främst till AT/ST-läkare.
Skåne	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Södermanland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Uppsala	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Värmland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västerbotten	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västra Götaland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västernorrland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västmanland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Örebro	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Östergötland	Försäkringsmedicinsk utbildning.

Tabell A 2: Utbildning övriga

Län	Åtgärd
Dalarna	Utbildning om socialförsäkringen.
Gävleborg	Försäkringsmedicinsk utbildning, till sjuksköterskor (hösten 2007).
Jämtland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Jönköping	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Kalmar	Försäkringsmedicinsk utbildning. "I huvudet på en doktor".
Norrbottn	Försäkringsmedicinsk utbildning (höst 2007 eller vår 2008).
Södermanland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Uppsala	Utbildning om socialförsäkringen.

Län	Åtgärd
Värmland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västerbotten	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västernorrland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Västmanland	Försäkringsmedicinsk utbildning.
Östergötland	Försäkringsmedicinsk utbildning.

Tabell A 3: Tidigare samverkan

Län	FINSAM	Övrigt
Dalarna	Sedan 2005	
Södermanland	Sedan 2005	Överenskommelse mellan landsting och FK om samverkan.
Västernorrland	Sedan 2005	
Västra Götaland	Sedan 2005	SOCSAM i Stenungssund (1994-2002), i Grästorps och på Hisingen (1997-2002).
Östergötland	Sedan 2005	Överenskommelse mellan landsting och FK om samverkan. SOCSAM i Finspång (1997-2002).
Stockholm	Sedan 2005	FK och landsting rehabgaranti för långtidssjukskrivna. SOCSAM i Haninge 1998-2002.
Kronoberg	Sedan 2006	
Kalmar	Sedan 2006	
Örebro	Sedan 2006	
Västmanland	Sedan 2006	
Jämtland	Sedan 2006	Överenskommelse mellan landsting och FK om samverkan sedan 2005.
Västerbotten	Sedan 2006	Lokala samverkansgrupper sedan 2003.
Gotland	Sedan 2007	SOCSAM (1997-2000).
Halland	Nej	Överenskommelse mellan landsting och FK om samverkan sedan 2005. SOCSAM i Laholm (1998-2002).
Uppsala	Nej	Fyrpartssamverkan med landsting, FK, AF och samtliga kommuner. Samverkan inom FRISAM.
Gävleborg	Nej	Överenskommelse mellan landsting och FK om samverkan sedan 2003.

Tabell A 4: Team eller liknande samverkan med specifikt syfte

Län	Åtgärd
Kronoberg	Tvärprofessionellt team, särskilt beakta patienter med viss diagnos
Uppsala	Tvärprofessionellt team, problematiska ärenden
Gävleborg	Team, svårare/komplicerade fall
Jönköping	Team med given plan för osäkra sjukfall
Kalmar	Samverkan mellan FK och läkare om nya sjukskrivningar
Norrbotten	Samverkan psykiatri och primärvård för att få

Län	Åtgärd
	unga i arbete
Södermanland	Psykosociala team ska stödja läkare i bedömning
Västerbotten	Paramedicinska team, hjälper läkare med bedömning. Rehabteam med läkare och FK.
Västra Götaland	Bedömnings- och rehabiliteringsteam.
Östergötland	Multidisciplinära team, diskuterar sjukskrivningar längre än 28 dagar
Dalarna	Samverkan mellan arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och läkare vid bedömning av arbetsförmåga.
Jämtland	Multidisciplinärt resursteam på varje hälsocentral, samverkar kring patient.

Tabell A 5: Förbättrade sjukintyg

Län	Åtgärd
Stockholm	Ekonomiska incitament för att styra innehåll.
Örebro	"
Södermanland	Mål för när utlånanden ska utfärdade.
Halland	Max 4 veckors svarstid vid komplettering av

Tabell A 6: Legitimitet

Län	Åtgärd
Stockholm	Ledningsgrupp för samverkan mellan Försäkringskassan och landstinget.
Uppsala	Styrgrupp, landstinget och Försäkringskassan.
Södermanland	Styrgrupp för samverkan runt sjukskrivna och rehabilitering.
Östergötland	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Jönköping	Sjukskrivningskommitté, Försäkringskassan och landstinget, bl.a. utveckla samarbete.
Kronoberg	Arbetsgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Kalmar	Ledningsgrupp, representanter från landstinget och Försäkringskassans högsta ledning
Blekinge	Sjukskrivningskommitté, samarbete Försäkringskassan och landstinget.
Skåne	Övergripande riktlinjer och principer för sjukskrivningsprocessen antagna av regiondirektören. Regiondirektörens ledningsgrupp (FK adjungerad).
Halland	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Värmland	Sjukskrivningsprocessen är prioriterad fråga i

Län	Åtgärd
	landstingets verksamhetsplan. Styrgrupp för planering och uppföljning av samverkan mellan FK och landsting
Örebro	Regional samverkansgrupp, chefstjänstemän FK, landsting, AF mm. Bl.a. förbättra förutsättningarna för de som arbetar med rehabilitering.
Västmanland	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Dalarna	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Gävleborg	Gemensam tjänstemannagrupp, Försäkringskassan och landstinget. Bl.a. uppföljning av avtal.
Västernorrland	Styrgrupp, landstinget och försäkringschef (Försäkringskassan).
Jämtland	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.
Västerbotten	Styrgrupp, endast landsting.
Norrbottn	Styrgrupp, Försäkringskassan och landstinget.

Tabell A 7: Samlokalisering

Län	Åtgärd
Blekinge	Försäkringskassehandläggare på vårdcentral
Gotland	"
Jönköping	"
Kronoberg	" (från hösten 2007)
Västmanland	"
Örebro	"

Tabell A 8: Stödfunktion

Län	Vad
Jönköping	Rehabiliteringssamordnare på alla VC utom de minsta. Säkerställer rehabiliteringsplan för fall längre än 4 veckor.
Södermanland	Rehabiliteringskoordinatorer på alla VC (bl.a. samordna insatser).
Uppsala	FK kontaktpersoner för respektive verksamhet.
Gävleborg	Tre projekt med rehabiliteringskoordinatorer som driver svåra/komplicerade fall.
Kronoberg	Diagnostiskt centrum, finansierat av FK och landstinget. Utreder arbetsförmåga.
Västerbotten	Koordinatorer på VC för att upprätta team.
Västra Götaland	Processledare i alla berörda utförarförvaltningar. FK har kontaktperson för varje VC.
Västernorrland	Koordinatorer på VC (bl.a. vara stöd till läkare

Län	Vad
Örebro	vid bedömningar i rehabiliteringsprocessen).
Västmanland	Sammanlagt 11 miljoner i tillskott (bl.a. för förstärkning av paramedicinskt personal).
Kalmar	Stöd till befintliga team samt uppbyggnad av nya. VC ska ha tillgång till kompetens inom bl.a. rehabilitering.
Skåne	Samverkansdokument för ortoped och primärvård. Metodstöd på intranät för svåra bedömningar.
Östergötland	Lokala sjukskrivningsnätverk för att informera och diskutera.
	Försök med elektronisk överföring mellan VC och FK

Tabell A 9: Belöningssystem

Län	Vad
Gävleborg	Ersättning till enhet inom landstinget (VC) för att delta på avstämningsmöte.
Kalmar	Ersättning till läkare för att delta i trepartsmöte.
Västernorrland	Ersättning till läkare för att delta på avstämningsmöte.
Västra Götaland	Ersättning för att delta på avstämningsmöte.
Skåne	Stimulansmedel för trepartsmöten, högre ersättning vid tidig kontakt
Jämtland	Stimulansmedel för avstämningsmöte (från hösten 2007)

Bilaga B: Deskription av komponenter

Tabell B 1: Skattning av förklaringsgrad (scoring coefficients)¹²

Län	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3	Komponent 4
Stockholm	-2,97689	3,71625	1,25258	-0,79831
Uppsala	1,540304	0,390666	-0,7397816	-0,00766
Södermanland	0,850263	1,695748	-0,4400282	0,747171
Östergötland	1,540304	0,390666	-0,7397816	-0,00766
Jönköping	0,106334	-1,38222	-1,628981	0,872787
Kronoberg	0,808473	0,24972	0,2455125	-0,15457
Kalmar	2,147513	-0,01891	0,6849965	0,058421
Gotland	-2,84812	-2,71942	0,5211466	-0,24579
Blekinge	-2,4205	-1,48296	-0,8539624	0,13691
Skåne	-0,20285	-1,23236	1,490251	0,07623
Halland	-1,67657	1,595007	0,3349908	0,011293
Västra Götaland	0,988058	-1,39631	3,0454	-0,4712
Värmland	-0,93777	-0,5978	-1,333889	-1,05913
Örebro	-1,56793	0,766756	0,2436915	2,570453
Västmanland	-0,14606	-0,39738	-1,041356	1,962545
Dalarna	0,680767	0,474701	-1,15385	-1,22386
Gävleborg	1,415682	-0,15986	1,670291	-0,0885
Västernorrland	1,21205	-0,06274	0,8887894	0,685663
Jämtland	0,680767	0,474701	-1,15385	-1,22386
Västerbotten	1,540304	0,390666	-0,7397816	-0,00766
Norrbottn	-0,73413	-0,69492	-0,5523878	-1,83329

Bilaga C: Principalkomponentanalys och regressioner

Principalkomponentanalysen har utförts på korrelationsmatrisen för variablerna som finns beskrivna under 3.5 I enlighet med det Rabe-Hesketh och Everitt (2007) kallar en "oskriven lag" vid principalkomponentanalys har endast de komponenter med ett eget värde som är högre än 1 behållits. De fyra komponenter som har behållits förklarar tillsammans 74,5 % av variationen i data. Att använda korrelationsmatrisen lämpar sig för de fall där variablerna uttrycks i olika typer av mått (t.ex. centimeter och gram) och syftet med analysen är att generalisera resultaten för populationen. Våra variabler är dock ordnade på nominalskala (d.v.s. endast kan anta värdet 1 eller 0) och vi är

¹² "Such scores are obtained by applying the elements of corresponding eigenvectors to the standardized values of the original observations for an individual" (Rabe-Hesketh och Everitt 2007, sid. 289)

endast ute efter att förenkla våra data genom att beskriva variationen med ett antal komponenter (Jolliffe 1986). Vi har därför även genomfört principal-komponentanalys på kovariansmatrisen. Detta gav dock inga komponenter med ett egenvärde högre än 1. Dessa komponenter var även mycket svårtolkade. Eftersom vi har så få observationer (21) har vi kunnat bedöma tolkningarna av komponenterna från korrelationsmatrisen utifrån vilka åtgärder respektive län har gjort. Vi har alltså kunnat jämföra våra tolkningar av vad respektive komponent tycks fånga med de åtgärder länen har vidtagit. Att principal-komponentanalysen är utförd på korrelationsmatrisen utgör därför inget problem.

Värdena i Tabell C 1 visar hur komponenterna korrelerar med respektive variabel, d.v.s. förekomsten av de potentiella framgångsfaktorerna. För att tabellen ska bli mer överskådlig har värdena räknats om i enlighet med Jolliffes (1986) rekommendation. Omräkningen har skett genom att alla koefficienter har delats med den koefficient som har det största absoluta värdet för respektive komponent. Därefter har koefficienterna normerats så att det största värdet blev ± 1 . Endast de värden som är större än 0,5 tas med i tolkningen av komponenterna. Förenklingen medför att koefficienterna inte längre speglar den exakta relationen mellan variablerna. Syftet med principalkomponentanalysen är dock att undersöka det generella mönstret för variationen i data och Jolliffe (1986) menar att detta är möjligt trots sådana förenklingar.

Tabell C 1: Komponenter och egenvärden

Variabel	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3	Komponent 4
Utbildning läkare	0,60	- 0,88	- 0,32	0,29
Utbildning övriga	0,79	0,14	- 0,81	0,12
Tidigare samverkan	0,67	0,91	0,29	0,35
Team	1,00	0,04	- 0,17	- 0,53
Förbättrade sjukintyg	- 0,59	1,00	0,19	0,50
Legitimitet	0,27	0,77	- 0,67	0,19
Samlokalisering	- 0,69	- 0,62	- 0,35	0,97
Stödfunktion	0,90	- 0,08	0,33	1,00
Belöningssystem	0,56	- 0,34	1,00	0,05
Egenvärde	2,40381	1,83952	1,43333	1,03535
Andel förklarad varians (%)	26,71 %	20,44 %	15,93 %	11,5 %

Tolkningen av komponent 3 är endast giltig om koefficienterna i Tabell C 1 byter tecken. Jolliffe (1989) framhåller att koefficienternas tecken är godtyckliga eftersom den variation som beskrivs av respektive komponent förblir densamma förutsatt att alla tecken byts. Skillnaden i tolkningen blir att ett positivt värde, i det här fallet, tolkas som att den potentiella framgångsfaktorn har förekommit och vice versa.

Vi har även genomfört regressioner där vi skapat egna komponenter genom att slå ihop de fem variabler som beskrivs under rubriken "Gemensam uppfattning" (se 3.1.1) till en variabel samt de två variabler som beskrivs under "Utrymme" (se 3.3.1). I dessa regressioner viktade vi variablerna som beskrivs under respektive rubrik så att det högsta värdet respektive variabel kunde anta blev ett (1). Att t.ex. skapa utrymme för samverkan genom samlokalisering men inte inrätta en stödfunktion ger värdet 0,5, att göra någon av de fem saker som beskrivs under "Gemensam uppfattning" ger värdet 0,2 o.s.v. Dessa regressioner gav inga signifikanta resultat, varken på 5 %- eller 10 %-nivån.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2008:24** Dahlberg Matz, Kajsa Johansson och Eva Mörk "Effekter av aktiveringskrav på socialbidragstagare i Stockholms stadsdelar"
- 2008:25** Grönqvist Erik och Jonas Vlachos "Hur lärares förmågor påverkar elevers studieresultat"
- 2008:26** von Below David och Peter Skogman Thoursie "Sist in först ut? En utvärdering av undantagsregeln"
- 2008:27** Johansson Per och Martin Nilsson "Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?"
- 2008:28** Holmlund Bertil och Martin Söderström "Hur påverkas inkomsterna av skatteförändringar?"
- 2008:29** Sibbmark Kristina och Gabriella Chirico "Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden"
- 2008:30** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd "Effekter av barnomsorgsavgifter på barnafödandet"
- 2009:1** Hartman Laura, Per Johansson, Staffan Khan och Erica Lindahl, "Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden"
- 2009:2** Chirico Gabriella och Martin Nilsson "Samverkan för att minska sjuk-skrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden"

Working papers

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

Dissertation series

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