

VO
Cecilia Alvé

Utvärdering och Nyttöanaly

Bedömningsstö

Bilaga till: Stöd för rätt sjukskrivning Rapport Socialdepartementet 2020

Innehåll

Utvärdering av SRS bedömningsstöd	3
Syfte	3
Covid-19 pandemins påverkan på piloten och utvärderingen	4
Nyttoanalys och Slutsatser	4
Omfattning och resultat.....	5
Effekter av SRS bedömningsstöd.....	5
Statistiska effekter av SRS bedömningsstöd i verksamheten.....	6
Användningsgrad och nytta av SRS bedömningsstöd.....	11
Direkta nyttor – effekter för intygsskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer.....	12
Indirekta nyttor – effekter av SRS bedömningsstöd på enhetsnivå.....	18
SRS bedömningsstöds påverkan på arbetssätt och rutiner	22
Effekter av ett riskbaserat arbetssätt.....	22
Kompetenshöjning genom SRS bedömningsstöd	24
Bedömningsstödet bidrag till en bättre patientdialog	27
Användbarheten i SRS bedömningsstöd	29
SRS bedömningsstöd som stöd för nya arbetssätt.....	29
Nyttor med SRS bedömningsstöd	30
Kostnads- och nyttoanalys	31
Kostnader för sjukskrivning	31
Nyttoanalys	31
Användbarheten i SRS bedömningsstöd	34
Användbarhetsutmaningar och lösningar under pilotens gång	35
Metod för utvärdering	36
SRS-projektets modell för utvärdering av nyttor, effekter och användbarhet.....	38
Utvärderingsmodellens delar.....	38
Kvalificering till slututvärdering.....	40

Utvärdering av SRS bedömningsstöd

Pilot 2 som genomförts under 2019-2020 har syftat till att utvärdera den digitala tjänsten SRS bedömningsstöd i skarp drift under en begränsad tid. Piloten förlängdes, från att ursprungligen vara planerad att avslutas under hösten 2019, till att pågå till juni 2020. Detta bedömdes vara nödvändigt för att deltagarna i piloten skulle hinna använda tjänsten tillräckligt länge för att kunna utvärdera den.

Effekter av att införa och använda SRS bedömningsstöd på en vård- eller hälsocentral har utvärderats löpande under såväl tidigare som denna pilot. Ansatsen för utveckling och kontinuerlig förbättring av bedömningsstödet har hela tiden varit hypotesdriven och användarcentrerad. Även utvärderingen av effekter som bedömningsstödet ger upphov till på de enheter där det implementeras görs hypotesdrivet. Det är inte fråga om en kontrollerad forskningsstudie, utan snarare en nyttoanalys. Från pilot 1 (2017/2018) fanns ett antal nyttohypoteser, som projektet under denna pilot ville pröva.

Under SRS piloten har konstaterats att användande av SRS bedömningsstöd ger effektvinster i sjukskrivningsarbetet som har en positiv inverkan på mängden sjukskrivningar som en vårdcentral hanterar, dvs. en minskning av pågående sjukskrivningsfall.

Bedömningsstödet har därmed potential att ge hälso- och sjukvården direkta positiva effekter och samhället stora ekonomiska besparingar på lång sikt. En bättre sjukskrivningsprocess förväntas leda till att rätt personer får rätt sjukskrivning vilket leder till minskat antal sjukskrivningar. En ökad återgång till arbetet ger en samhällsekonomiskt högre produktivitet under arbetade timmar (mindre sjuknärvaro) och en större närvaro på arbetet, som i sin tur minskar behovet av vikarier, nyintroduktioner och andra kortsiktiga lösningar, vilket innebär besparingar för arbetsgivare.

Syfte

Piloten har pågått under 10 månader, och innefattat 150 sjukskrivande läkare, 23 rehabiliteringskoordinatorer och 24 enhetschefer på 23 vård-/hälsocentraler i fyra regioner (Norrbotten, Jönköping, Sörmland och Halland). Under denna tid har SRS bedömningsstöd använts vid skapandet av 1562 sjukintyg, och 1139 riskberäkningar har genomförts.

Syftet med utvärderingen av SRS bedömningsstöd har varit att :

- Utredda effekter och möjliga nyttor av SRS bedömningsstöd på vårdenheten för målgrupperna intygsskrivande läkare, rehabiliteringskoordinatorer, övriga berörda vårdprofessioner samt verksamhetschefer
- Identifiera och jämföra nyttor mot kostnader som uppstår i användandet av SRS bedömningsstöd

- Utredda användbarhet, funktionalitet och innehåll i SRS bedömningsstöd i Webcert för målgruppen intygsskrivande läkare och i Rehabstöd för målgruppen rehabiliteringskoordinatorer.

Covid-19 pandemins påverkan på piloten och utvärderingen

Mitt under piloten drabbades världen av Covid-19 pandemin. Givetvis påverkade detta pilot 2 i stor grad. Efter diskussioner med deltagande vårdenheter och genomförande av en riskanalys, fattades beslutet att genomföra piloten och utvärderingen med vissa modifieringar. Exempelvis har planerade workshops i vissa fall ersatts av online intervjuer och fysiska besök har ersatts av videomöten.

I samband med pandemins intåg gjordes vissa lagändringar i sjukförsäkringen, vilket påverkade antalet sjukintyg som utfärdades. Detta gör att statistik för sjukintyg måste tolkas med försiktighet. För att väga upp för detta har projektet varit noga med att söka referensvärden (tex snittvärden per region) för att kunna bedöma pilotenheternas siffror.

När det gäller svarsfrekvens på enkäter och djupintervjuer, kan konstateras att pandemin har haft en inverkan på deltagarnas tillgänglighet. Trots detta har ett underlag som ger förutsättningar för analys och slutsatser kunnat samlas in.

Vidare har de deltagande enheternas personalsituation förändrats, i vissa fall i mycket stor utsträckning, vilket också påverkat utvärderingens förutsättningar. Dock är en stor personalomsättning inte något unikt för just åren 2019-2020, och kan därför inte sägas bero uteslutande på pandemin.

Nyttoanalys och Slutsatser

- SRS bedömningsstöd bidrar till att arbetet med sjukskrivning och rehabilitering blir bättre och mer effektivt genom ett antal direkta och indirekta nyttor.
- Direkta nyttor omfattar bland annat tidig identifiering av patienter med förhöjd risk för lång sjukskrivning, ökad kunskap om rehabiliteringsåtgärder bland läkare, förbättrad dialog med patienter vilket leder till tryggare patienter och ökad patientdelaktighet.
- Indirekta nyttor omfattar exempelvis ett förbättrat samarbete mellan rehabiliteringskoordinator och läkare kring sjukfall, och en mer effektiv hantering av sjukskrivning och rehabilitering på vårdenheten.
- Bedömningsstödet kan bidra till stora ekonomiska besparingar regionalt och nationellt genom mer träffsäkra bedömningar avseende behov av sjukskrivning och rehabiliteringsåtgärder och som följd av detta minskade sjukskrivningar.

- Det finns även andra identifierade och konstaterade viktiga samhällsnyttor som ökad folkhälsa, förbättrad livskvalitet och ökat förtroende för sjukförsäkringen m.fl. som inte redovisas i denna nyttoanalys.

Omfattning och resultat

Syftet med utvärderingen i sin helhet var att utvärdera om, och i så fall vilka, effekter SRS bedömningsstöd kan ha i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet på en vård- eller hälsocentral.

En grundtes är att effekter och eventuell nytta av en tjänst uppstår endast när den används. För att en digital tjänst ska användas och vara till nytta behöver den vara användbar. Därför utvärderades användbarheten av SRS bedömningsstöd för de primära målgrupperna; intygsskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer, som använder SRS bedömningsstöd i Webcert respektive Rehabstöd.

Utöver det utvärderades vilka effekter SRS bedömningsstöd har på en vård- eller hälsocentral, samt undersöker om, och i så fall i vilken utsträckning, bedömningsstödet kan sägas påverka sjuktalen statistiskt för pilotenheterna.

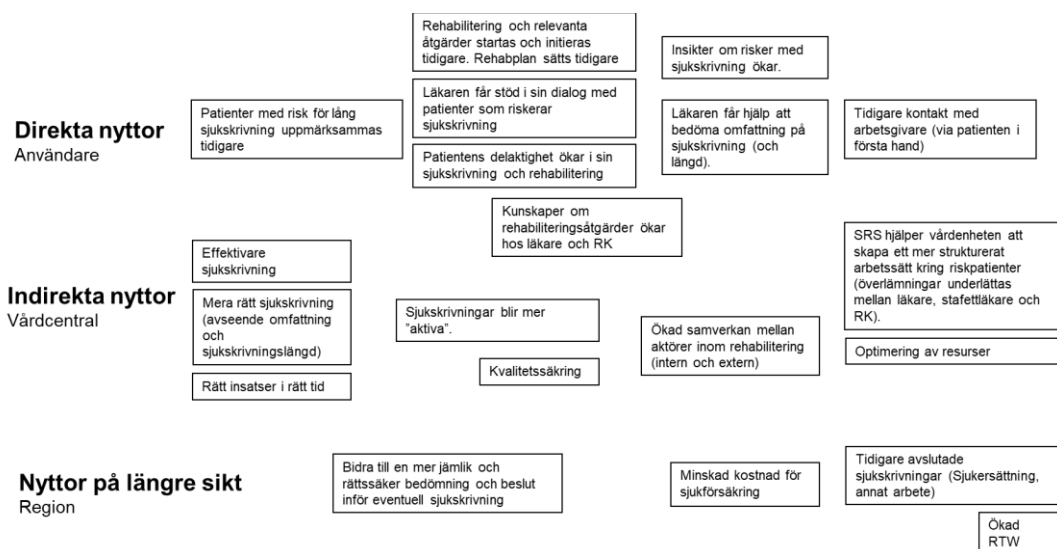
Följande delar har ingått i utvärderingen av piloten 2019-2020:

- Användbarheten i SRS bedömningsstöd i Webcert och Rehabstöd
- Effekter av SRS bedömningsstöd
- Effektivitet och utformning av införandemetoden av SRS bedömningsstöd

Effekter av SRS bedömningsstöd

Utvärderingens huvudfokus har varit att utvärdera eventuella effekter som användningen av SRS bedömningsstöd har på en vård- eller hälsocentral. I pilot 1 (2017/2018) testades bedömningsstödet i skarp drift på fem vård-/hälsocentraler, av totalt ca 20 läkare i Webcert och fem rehabiliteringskoordinatorer i Rehabstöd.

Utvärderingen som genomfördes efter den piloten pekade tydligt på ett antal nyttoeffekter, dels för den enskilda användaren (läkare och rehabiliteringskoordinator), och dels på enhetsnivå. Dessa hypoteser sammanställdes i en nyttokarta, och har varit underlag för delar av utvärderingen i pilot 2 (2019/2020).



Figur 1 - Karta över nyttohypoteser kopplade till SRS bedömningsstöd

I denna utvärdering har fokus legat på att testa huruvida dessa nyttoeffekter kan stärkas, genom att låta en betydligt större användargrupp testa att använda SRS bedömningsstöd i skarp drift. Effekter har utvärderats på såväl vårdenhetsnivå med hjälp av sjukskrivningsstatistik och fallstudier, som på målgruppsnivå med hjälp av enkätundersökning och djupintervjuer.

Statistiska effekter av SRS bedömningsstöd i verksamheten

När det gäller vilka effekter en aktiv användning av SRS bedömningsstöd har på en verksamhet har regional och enhetsspecifik statistik kopplad till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använts. En nollmätning genomfördes vid start av kvartal 3 2019, och en slutmätning vid samma tidpunkt 2020. Snittvärden för regionernas samtliga vårdcentraler finns angivna som referensvärden. Denna insamling genomfördes för regionerna Sörmland och Halland.

Antal sjukfall hos pilotenheterna

Vårdcentral	Kvartal 3 2019	Kvartal 3 2020	Förändring i %
Snitt region Sörmland	220	154	-30%
VC Skiftinge	377	241	-36%
VC Nävertorp	222	154	-31%
VC Stadsfjärden	374	297	-21%
VC Fröslunda	305	226	-26%
VC Linden	278	119	-57%
Snitt region Halland	166	125	-25%

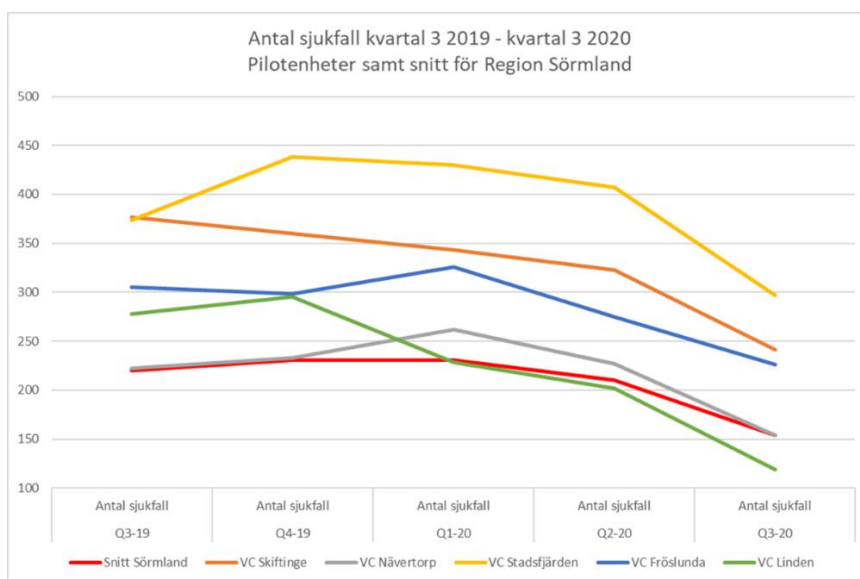
Tudorkliniken	358	228	-36%
Husläkarna Varmbadhuset	162	154	-5%
Amadeus Fyllinge	256	164	-36%
Andersbergs VC	115	89	-23%
Tvååkers VC	134	106	-21%
Amadeus Söndrum Fyllinge	287	183	-38%
Falkenbergs VC	229	155	-32%

Figur 2 - Antal sjukfall i snitt för Region Sörmland och Region Halland, samt för pilotenheterna under kvartal 3 2109 och kvartal 3 2020, samt förändring i %.

En tydlig nedgång i antal sjukfall kan ses hos samtliga pilotenheter i Sörmland och Halland. Regionssnitten visar också en nedgång på 25% för Halland och 30% för Sörmland.

Minskningen i antal sjukfall bekräftar rehabiliteringskoordinatorernas och läkarnas uppfattning, som framkommit i djupintervjuer, om att sjukskrivningarna faktiskt gått ner i antal under våren 2020, och sedan fortsatt ligger på en lägre nivå än tidigare.

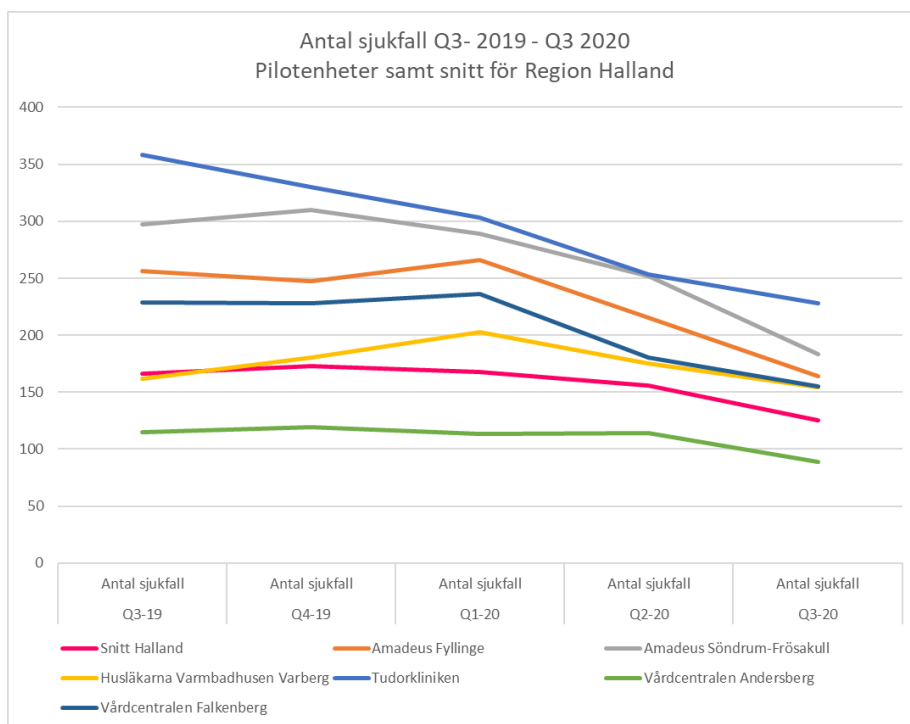
Snittvärdena för regionerna kan ses som referenspunkter för pilotenheternas nedgång. Viktigt att poängtera är att en generell nedgång i antalet sjukfall inträffade i samband med ändrade regler i sjukförsäkringen på grund av Corona-pandemin under våren 2020.



Figur 3 - Antal sjukfall i snitt för Region Sörmland, samt för pilotenheterna under kvartal 3 2109 och kvartal 3 2020, samt förändring i %.

Ett rimligt antagande är att effekterna av Corona-pandemin gav sig tillkänna i statistiken i början av kvartal 2 2020. I graferna syns en nedgång under kvartal 2 och kvartal 3 2020. Dock kan en nedgång ses redan tidigare, för flera av pilotenheterna. Redan i kvartal 4 2019 tycks ett försiktigt trendbrott ske för flera av enheterna.

Detta sammanfaller med tidpunkten för då pilotenheterna kommit igång med sin användning av SRS bedömningsstöd, och införande fasen nått sitt slut.



Figur 4 - Antal sjukfall i snitt för Region Halland, samt för pilotenheterna under kvartal 3 2019 och kvartal 3 2020, samt förändring i %.

Liksom för Region Sörmland, ses en nedgång i antalet sjukfall både i genomsnitt för regionen och för pilotvårdcentralerna i Halland med ett trendbrott mellan kvartal 1 och 2 2020.

Antal sjukfall/1000 listade på pilotenheterna

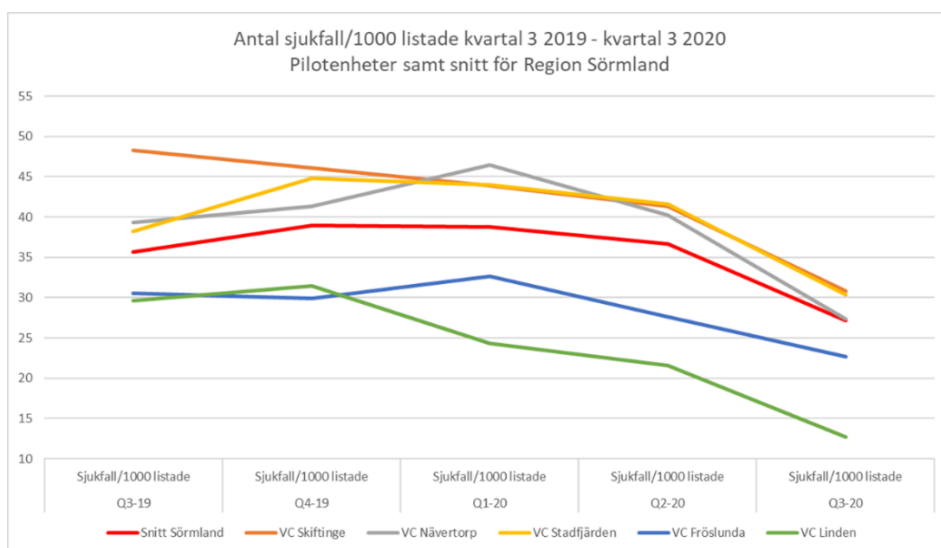
För att göra jämförelser mer rättvisande, användes statistik för antal sjukfall/1000 listade patienter. Dessa följer samma mönster som de faktiska sjuktalen för våra pilotregioner och enheter.

Vårdcentral	Kvartal 3 2019	Kvartal 3 2020	Förändring i %
Snitt region Sörmland	35,66	27,13	-24%
VC Skiftinge	48,25	30,85	-36%

VC Nävertorp	39,35	27,30	-31%
VC Stadsfjärden	38,26	30,38	-21%
VC Fröslunda	30,57	22,65	-26%
VC Linden	29,66	12,68	-57%
Snitt region Halland	37,73	28,77	-24%
Tudorkliniken	63,05	34,50	-45%
Husläkarna Varmbadhusen	45,05	42,83	-5%
Amadeus Fyllinge	53,86	34,50	-36%
Andersbergs VC	40,49	31,34	-23%
Tvååkers VC	35,72	28,26	-21%
Amadeus Söndrum Fyllinge	43,45	26,77	-38%
Falkenbergs VC	36,42	28,77	-32%

Figur 5 - Antal sjukfall/1000 listade i snitt för Region Sörmland och Region Halland, samt för pilotenheterna under kvartal 3 2019 och kvartal 3 2020, samt förändring i %.

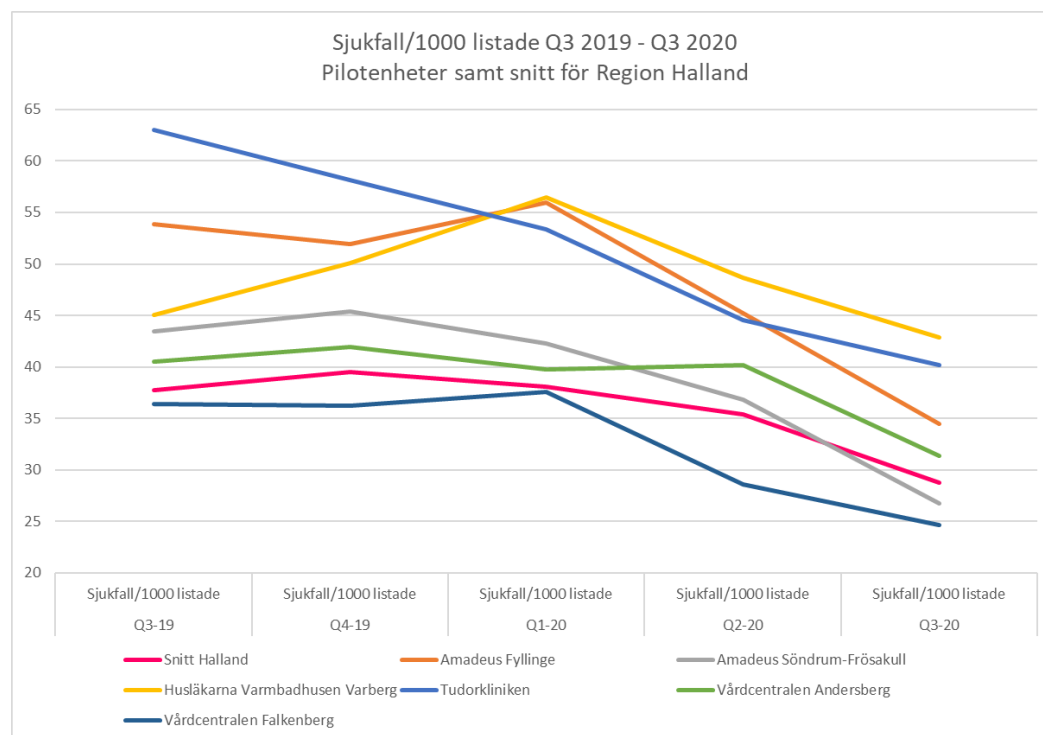
För Sörmland ses en tydlig nedgång i antalet sjukfall/1000 listade på både regionnivå och hos pilotenheterna. Medan vissa vårdcentraler har en stadigt nedåtgående kurva har andra en mer varierad bana. Snittet i Sörmland har också varierat under pilotens gång, och slutar på en nedgång på 24%.



I grafen syns att vissa pilotenheter minskat sina sjukfall mycket kraftigt (Linden och Skiftinge) under pilotens tid.

”Jag har ingen statistik på det, men jag tror att det har skett en liten förändring i hur läkarna tänker. Jag kan höra en tendens till att man vill sjukskriva kortare och inte lika mycket som tidigare, vilket jag tycker är positivt. Men det är för tidigt för att se några resultat i vår statistik än.”

Rehabiliteringskoordinator på vårdcentral i Sörmland



Nedgången i Halland är mer spridd och varierad än i Sörmland. Liksom i Sörmland har vissa vårdcentraler fått en kraftig minskning av sjukfall/1000 listade under pilotens gång (Tudorkliniken och Amadeus Fyllinge och Söndrum Frösakull). Värt att notera är att samtliga dessa vårdcentraler deltog även i pilot 1 av SRS bedömningsstöd, och kom igång snabbt med sin användning under pilot 2.

Analys av statistiska resultat i antal sjukfall

Statistiken visar en tydlig nedgång i antal sjukfall samt antal sjukfall/1000 listade både genomsnittligt i regionerna, och hos de deltagande pilotenheterna.

Utvärdering av den första piloten med SRS bedömningsstöd mynnade bland annat ut i en hypotes om att ju mer utbredd och frekvent användningen av SRS bedömningsstöd är på en enhet, desto större nyttoeffekter uppstår. Den första pilotens begränsningar i omfattning och tid gjorde det omöjligt att säkerställa några skillnader på statistisk nivå. Vid en analys av den användningsdata som SRS projektet loggat under hela denna pilot, syns en direkt korrelation mellan minskat antal sjukfall och hög användningsfrekvens av SRS bedömningsstöd. De enheter som använt

bedömningsstödet mest är de som har störst nedgång i antal sjukfall samt antal sjukfall/1000 listade.

Användningsgrad och nytta av SRS bedömningsstöd

För att ytterligare utreda i vilken mån de statistiska effekterna har en koppling, direkt eller indirekt, till SRS bedömningsstöd, har flera utvärderingstekniker använts. Som tidigare nämnts har en enkätstudie genomförts, och därefter följts upp av fördjupande individuella intervjuer samt avslutningsvis fallstudieworkshops med de vårdcentraler som uppvisat intressanta förändringar.

Enkätstudien visar att det genomgående är en högre *upplevd nytta* hos de frekventa användarna bland intygsskrivande läkare. Vid en jämförelse mellan frekventa användare och icke-frekventa, ligger de frekventa användarnas snittbetyg för SRS bedömningsstöd i enkätstudien ca 0,5 – 1,5 poäng högre på en 6-gradig skala, genomgående.

Rehabiliteringskoordinatorer påverkas i nästa led, dvs när en frekvent och utbredd användning av bedömningsstödet sker bland läkarna, får rehabiliteringskoordinatorn mest nytta av bedömningsstödet, eftersom riskbedömningarna kan användas för identifiering, prioritering och hantering av patienter, vilket effektiviserar koordinatorns arbete avsevärt.

Det kan alltid finnas en risk för medikalisering i samband med sjukskrivning. När man ser att en patient får hög risk, så kommer man åt risken lite tidigare, och får patienten på banan. Jag har använt mig av SRS i dialog med pt i de fall det har hjälpt/behövts. Det kan vara en hjälp på traven att få återgång på deltid i vissa fall.

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

I de uppföljande djupintervjuerna, styrks hypotesen kring vikten av ett utbrett och konsekvent användande ytterligare. Flera läkare påtalar att de initialt mest såg nyttan av att kunna få fler exempel på åtgärder att ta upp med patienten och infoga i intyget och att det skapade en bättre dialog med patienten. Efter att ha använt bedömningsstödet mer, såg de också nyttan av att riskberäkna, titta på statistiken och även använda råden i sin dialog med patienten.

”Vår rehabkoordinator presenterade SRS för oss läkare, och vi pratade om hur vi skulle använda det. Först kom folk inte igång riktigt, men nu är folk igång. Alltid med nya grejer så kan man vara lite tveksam, det finns lite motstånd, men när man har provat och ser att det funkar bra så vänder man om och är med.

SRS är bra eftersom vår rehabkoordinator inte alltid är här. Det här hjälper mig i min egen bedömning, och rehabkoordinatorn kopplas in snabbare. Förut tappade vi mycket tid, patienten försämrades, men nu går det snabbare.”

Intygsskrivande läkare på pilotenhet

Vid en analys av samtliga pilotenheters användningsgrad, samt de upplevda nyttorna med bedömningsstödet, gör SRS-projektet bedömningen att en användningsfrekvens på minst 40% krävs för att en vårdenhet ska uppleva tydliga nyttor med bedömningsstödet. Det innebär i praktiken att bedömningsstödet används (riskberäkning görs och åtgärder tas i beaktande) i 40% av de sjukskrivningsärenden där bedömningsstödet finns tillgängligt.

Direkta nyttor – effekter för intygsskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer

Under pilot 1(2017/2018) stod det klart att nyttorna som uppstod upplevdes olika tidigt i införandeprocessen. De effekter som märktes snabbast var de som rörde respektive målgrupp direkt, det vill säga läkarens upplevda nytta av SRS bedömningsstöd i Webcert under patientmötet, och rehabiliteringskoordinatorns nytta av bedömningsstödet i Rehabstöd. Även i pilot 2 (2019/2020) är det tydligt att de direkta nyttorna framträder tidigast under piloten, och är de mest utbredda bland pilotenheterna.

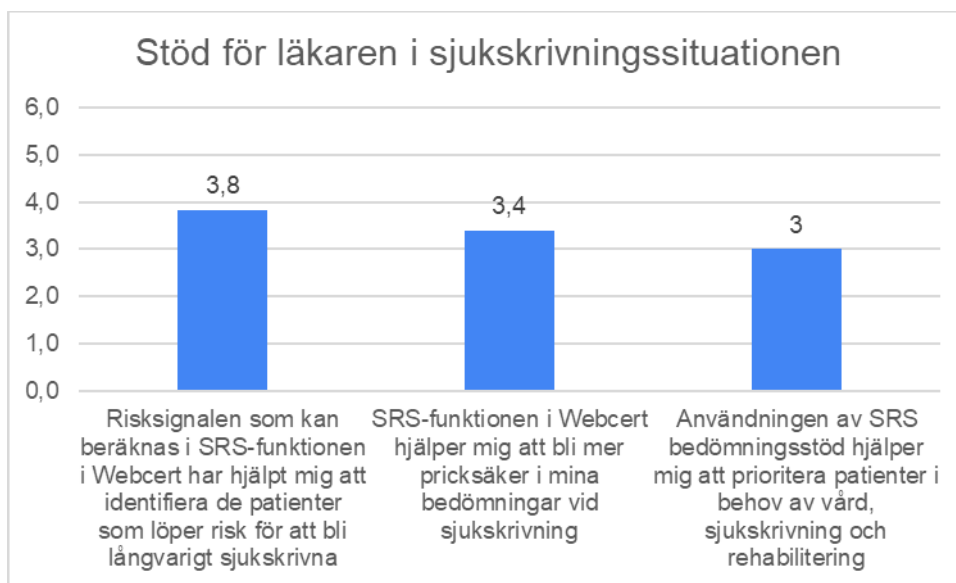
De direkta nyttorna av SRS bedömningsstöd kan kategoriseras till följande delar:

- Snabbare identifiering, bedömning, prioritering och hantering av patienter
- Kunskaps- och kompetenshöjning inom försäkringsmedicin och rehabilitering
- Förbättrad dialog och samarbete med patient

Nedan redovisas enkätsvaren från frekventa användare, det vill säga läkare som uppgett att de använt SRS bedömningsstöd varje månad, varje vecka eller varje gång de skriver intyg.

Snabbare prioritering, bedömning och hantering

De läkare i piloten som använt SRS bedömningsstöd håller i hög utsträckning med de påståenden om effekter som beskrivs i enkäten. Varje fråga kan besvaras med en siffra från 1= instämmer inte alls till 6= instämmer helt. Nedan visas resultatet från enkätstudien när det gäller identifiering av riskpatienter, samt prioritering och bedömning av patienter vid sjukskrivning.



I de uppföljande djupintervjuerna vittnar flera läkare om att risken som beräknas är till nytta för dem när de prioriterar patienterna för fortsatt behandling, och att de hamnar mer rätt i sin bedömning tidigare, med hjälp av SRS bedömningsstöd.

Det har medvetandegjort mig. Jag har nog inte ändrat mitt mönster, men åtgärdsbitarna har ändrats.

Läkare på pilotenhet
om hur användningen av bedömningsstödet påverkat arbetet

”Genom att ställa frågorna som krävs för riskberäkningen redan vid första besöket, upplever jag att jag kommer närmre pudelns kärna tidigare. Innan kunde det gå både ett och två besök innan patienten och jag ringade in de verkliga problemen.”

Läkare på pilotenhet

”Lika viktigt som det är att snabbt hitta de patienter som löper stor risk att bli långvarigt sjukskrivna, är det att se de patienter som faktiskt inte hör till den gruppen, utan bör hanteras lite ”enklare”. Det är ett sätt att undvika medikalisering av patienter som faktiskt bör komma ur sin sjukskrivning snabbt. Sätter jag in en massa åtgärder på en sådan patient så riskerar jag att förlänga sjukskrivningen, och patienten tror att hen är jättesjuk, när det faktiskt inte är så.”

Läkare på pilotenhet

Måttlig; det här är som för vem som helst på gatan. Sannolikt går det bra

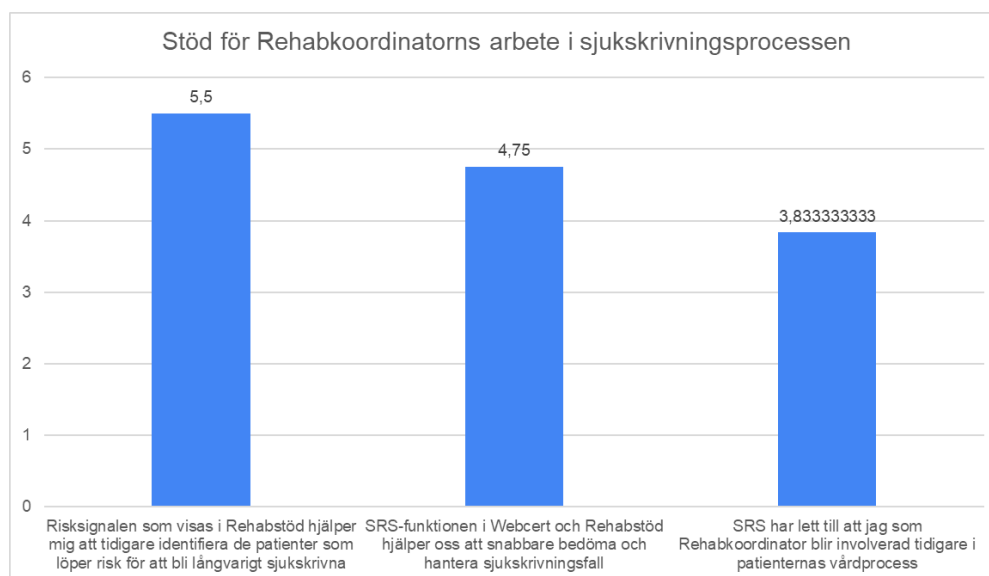
Hög: här måste jag tänka lite till, det finns nån riskfaktor

Mycket hög: in med alla insatser på en gång.

Läkare på pilotenhet, om hur hon tolkar risknivåerna i bedömningsstödet

I Rehabstöd kan rehabiliteringskoordinatorerna se riskberäkning som gjorts av läkaren i Webcert, och även sortera listan över pågående sjukskrivningar baserat på risknivå.

Detta upplevs som väldigt värdefullt av samtliga rehabiliteringskoordinatorer i studien.



Figur 8 - Svar från rehabiliteringskoordinatorers svar på enkätfrågor gällande identifiering, prioritering och hantering av sjukskrivningsfall

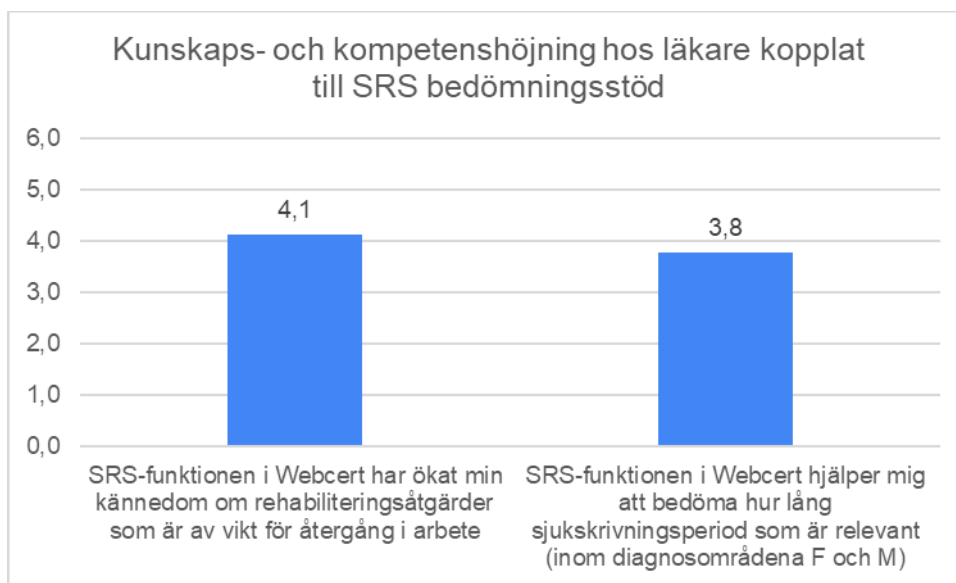
Läkarnas bild av att bedömningar sker snabbare som en följd av SRS stärks av rehabiliteringskoordinatorernas upplevelse av att komma in tidigare i patienternas vårdprocess (i de fall det är relevant).

”Genom att jag kommer in tidigare i patientens vårdförlopp är det lättare att undvika att patienten hinner passiviseras av sin sjukskrivning. Vi kan sätta igång med åtgärder direkt, och därmed korta ner längden på sjukskrivningen.”

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

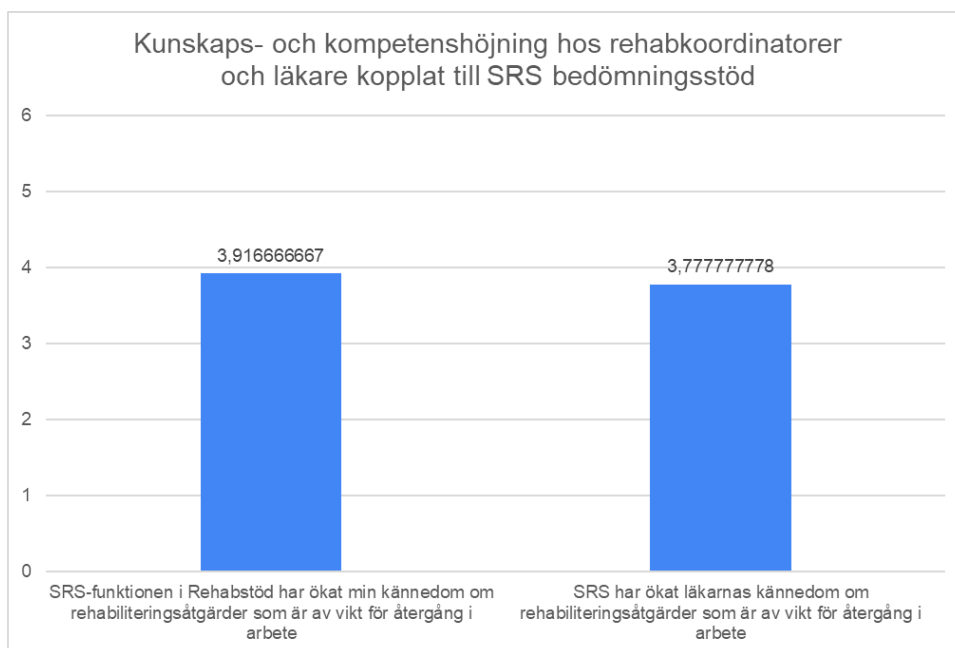
Kunskaps- och kompetenshöjning

Ett annat exempel på direkt nytta gäller kunskaps- och kompetenshöjning i samband med användning av bedömningsstödet. Även här upplever läkarna nytta med SRS bedömningsstöd när de ombeds ta ställning till stödets bidrag när det gäller att bedöma längd på sjukskrivning, samt bidra med ny kunskap om rehabiliteringsåtgärder.



Figur 6 - Läkares utvärdering av SRS bedömningsstöds bidrag till kunskapshöjning inom rehabiliteringsåtgärder samt bedömning av längd på sjukskrivning

Rehabiliteringskoordinatorerna i piloten fick dels utvärdera i vilken mån de själva upplevt en kunskaps-/kompetenshöjning med hjälp av SRS bedömningsstöd, och dels i vilken grad de upplevt att läkarna på enheten har gjort det. Resultaten visar höga siffror för båda alternativen, och stämmer väl överens med läkarnas egen uppfattning, när det gäller kunskaps- och kompetenshöjning.



Figur 7 - Rehabiliteringskoordinatorernas syn på SRS bedömningsstöds bidrag till den egna, samt läkarnas kunskaps- och kompetenshöjning

Liksom i pilot 1 uttalade flera deltagare att SRS bedömningsstöd är till störst nytta för nya läkare och/eller läkare som sjukskriver sällan. Dock delar inte alla den uppfattningen, och det tycks finnas en korrelation mellan användningsgrad och upplevd nytta även för mer erfarna läkare.

”En del av de äldre läkarna tycker att de redan kan allt. Men jag skulle säga att de yngre läkarna är mer utbildade i försäkringsmedicin och har bättre koll på de nyaste råden kring rehabilitering, och faktiskt ofta skriver bättre intyg.”

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

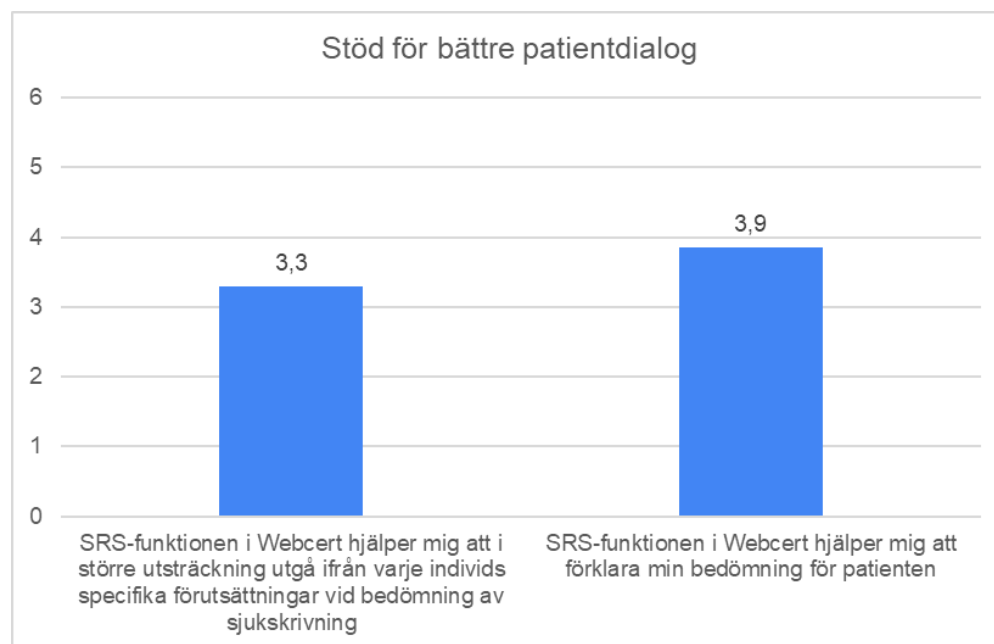
”Först använde jag SRS för att hjälpa vår rehabkoordinator, men ganska snabbt insåg jag att jag faktiskt hade stor nytta av det. Jag får en ”second opinion” som i vissa fall fått mig att omvärdera min bedömning. Jag skulle säga att vi erfarna läkare absolut har nytta av SRS, för att tänka nytt och inte köra på i samma spår när det gäller åtgärder.”

Läkare på pilotenhet

Förbättrad dialog och samarbete med patient

En tredje typ av direkt nytta rör stödet till en bra dialog mellan behandlande läkare och patient, samt mellan rehabiliteringskoordinator och patient. I pilot 1 (2017-2018) framkom tendenser till att bedömningsstödet stöttade läkare i att i större utsträckning utgå ifrån varje individs specifika förutsättningar, och i att förklara sin bedömning för patienter, vilket i sin tur kunde leda till en större delaktighet hos patienten.

I pilot 2 framkommer samma tydliga tendenser.



Figur 8 - Enkät svar från läkare gällande SRS bedömningsstöds bidrag till en förbättrad patientdialog

För rehabiliteringskoordinatorer, som ofta sköter kontakten med patienten under sjukskrivningen, syns tydligt positiva omdömen när det gäller bedömningsstödet nytta i patientdialogen och för att öka patienternas delaktighet.

”Det har påverkat hur jag pratar med pt, även om jag inte alltid pratar exakt om risken. Jag pratar om riskerna med sjukskrivning för att få patienten att förstå hur viktigt det är med en aktiv rehabilitering”

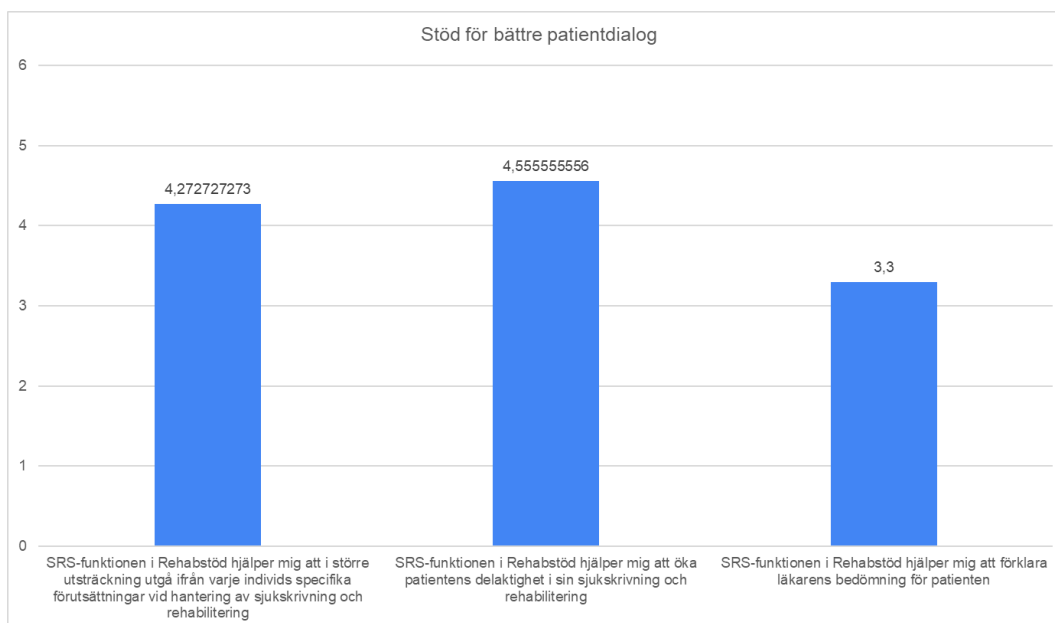
Läkare på pilotenhet

Jag tar med informationen från SRS i samtalet med patienten. Det beror på patienten förstås, men det funkar på de flesta. En del säger att de aldrig har tänkt på vissa lösningar på problem, det öppnar för nya idéer i rehabiliteringen.

Läkare på pilotenhet

En del patienter tror fortfarande att det inte är deras problem, att någon annan ska fixa allt åt dem. Där kan SRS hjälpa till.

Läkare på pilotenhet



Figur 9 - Enkät svar från samtliga rehabiliteringskoordinatorer i piloten gällande SRS bedömningsstöds bidrag till en bättre patientdialog.

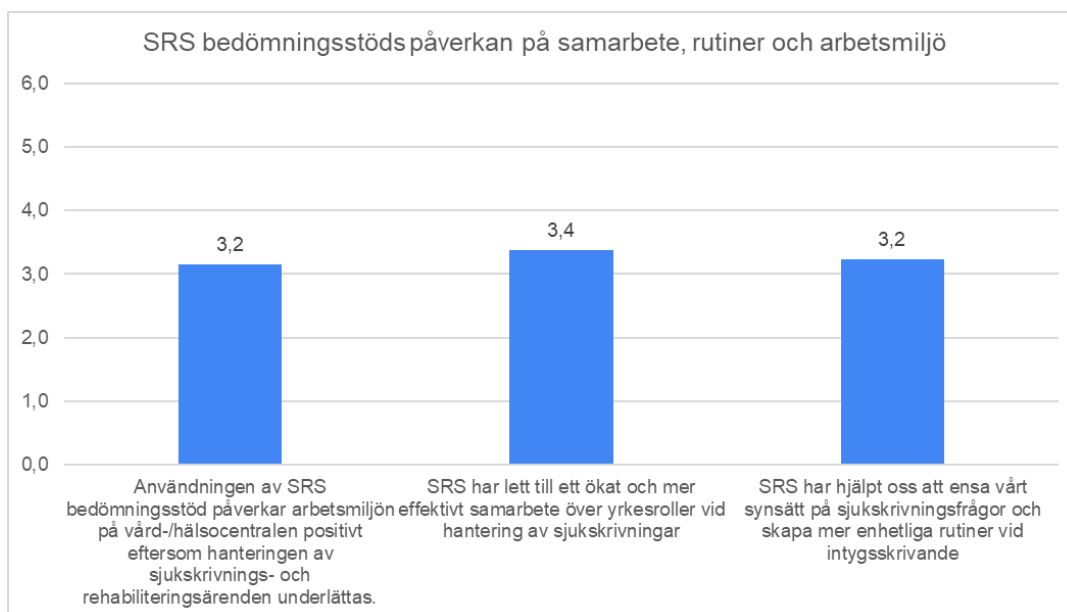
Även rehabiliteringskoordinatorerna i piloten vittnar om att bedömningsstödet hjälper dem att öka patientens delaktighet i sin sjukskrivning och rehabilitering. Till stor del handlar det om att läkaren och patienten kommer längre i sin dialog redan vid första mötet, och att rehabiliteringskoordinatorn kopplas in tidigare i processen. Detta gör att patienten är mer aktiv, och åtgärder som sätts in får större effekt genom patientens eget ”driv”.

Indirekta nyttor – effekter av SRS bedömningsstöd på enhetsnivå

Även på vård-/hälsocentralsnivå ses en tydlig skillnad i upplevd nytta mellan de vårdenheter som använt SRS bedömningsstöd frekvent och utbrett i läkargruppen och de vårdenheter som använt bedömningsstödet i mindre omfattning. Från pilot 1 (2017-2018) fanns ett antal nyttohypoteser kopplade till mer ”mjuka värden” såsom:

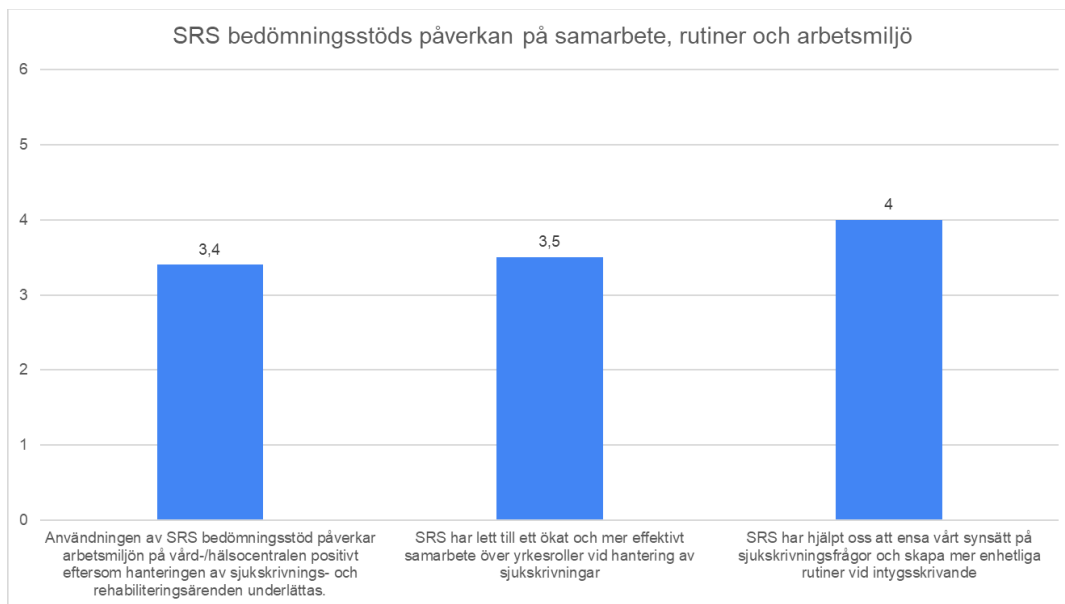
- internt och externt samarbete
- ensad syn kring sjukskrivning och rutiner kring det
- arbetsbelastning och psykosocial arbetsmiljö

Mittutvärderingen som genomfördes i november 2019 visade att medverkan i pilot 2 hade fått deltagarna att rikta fokus ännu mer mot sitt arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Pilotenheterna uppgav att läkare hade börjat diskutera sitt arbetssätt gemensamt och i flera fall tillsammans med rehabiliteringskoordinator och andra berörda professioner genomfört konkreta förändringar av arbetssättet till följd av detta. Den slutliga utvärderingsenkäten visar att dessa tendenser håller i sig.



Figur 10 - Enkät svar från läkare gällande SRS bedömningsstöds bidrag till bättre samarbete, rutiner och arbetsmiljö

Rehabiliteringskoordinatorerna är ytterligare lite mer positiva till bedömningsstödet effekt på arbetsmiljö, ensat synsätt och ett ökat samarbete. I djupintervjuerna framgår att rehabiliteringskoordinatorer på enheter där användningen av SRS bedömningsstöd kommit upp i goda nivåer, upplever en mycket stor förbättring av sin arbetssituation.



Figur 14 - Enkät svar från rehabiliteringskoordinatorer gällande SRS bedömningsstöds bidrag till bättre samarbete, rutiner och arbetsmiljö

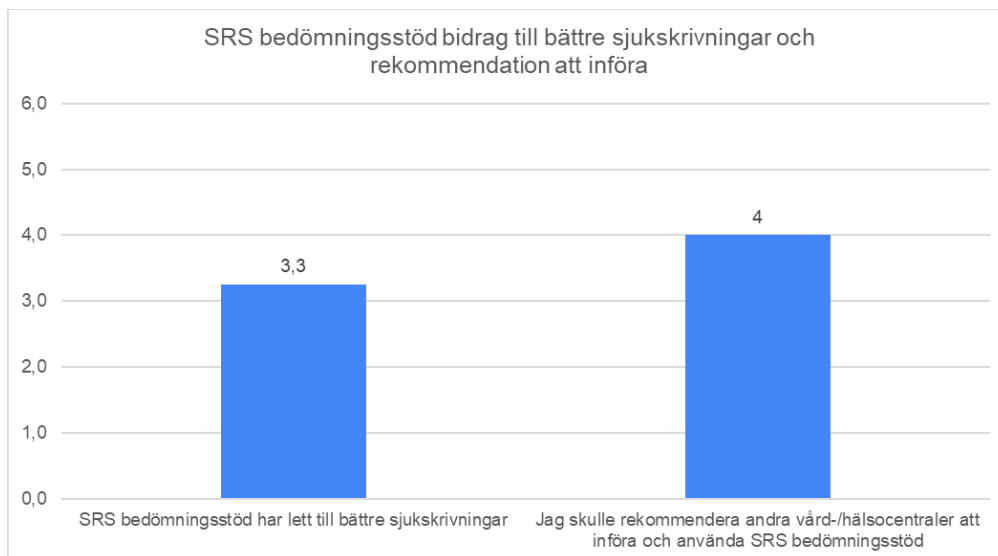
”Det går inte att beskriva hur mycket tid och energi jag sparar på att ha risksignalen i Rehabstöd! Nu kan jag ägna mig åt vettigare saker på den lilla tid jag har, tex att diskutera med läkare kring åtgärder, och kvalitetssäkra där det behövs.”

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

”Många har blivit mycket bättre på att sjukskriva. Högre kvalitet i intygen, jobbar mer aktivt med de sjukskriva. Man gör en plan med patienten för att återhämta sig. Vi har absolut fått en ökat samarbete internt på vårdcentralen, men vi har lite kvar att jobba med.”

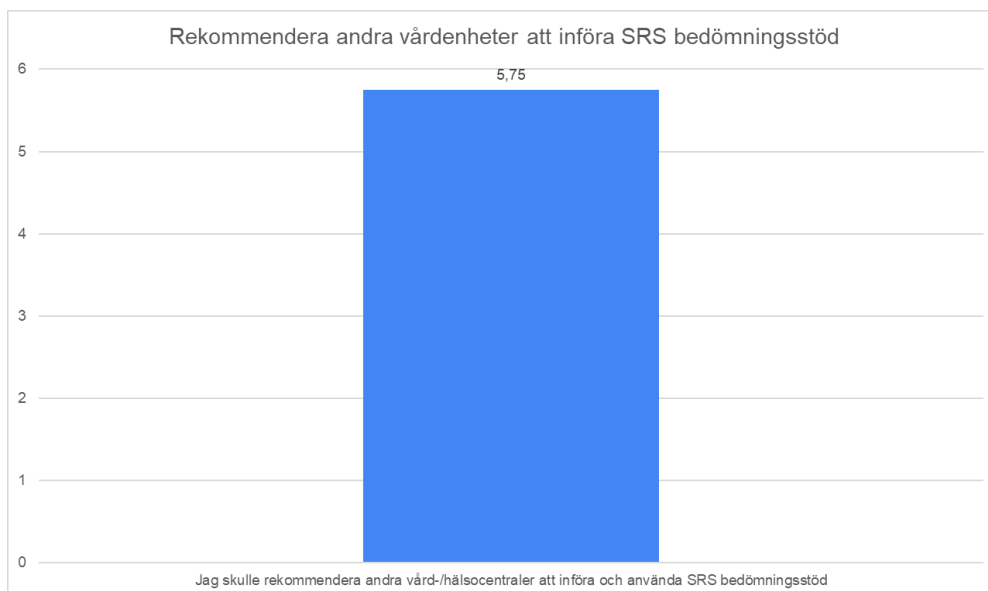
Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

I utvärderingsenkäten ombads läkare svara på om SRS bedömningsstöd har lett till bättre sjukskrivningar, samt om de skulle rekommendera andra vårdenheter att införa stödet. Både påståenden fick högt medhåll av läkarna i piloten.



Figur 15 - Resultat från enkätstudie för läkare; SRS bedömningsstöd leder till bättre sjukskrivningar samt rekommendation till andra vårdenheter att införa stödet

Rehabiliteringskoordinatorerna på pilotenheterna är eniga i sina starka rekommendationer till andra vårdenheter att införa SRS bedömningsstöd.



Figur 16 - Enkätvar från Rehabiliteringskoordinatorer gällande att rekommendera andra vårdenheter att införa SRS bedömningsstöd

I djupintervjuerna framträder även bilden av att användningen av SRS bedömningsstöd lett till förändringar i de rutiner man haft kring sjukskrivningar och rehabilitering. Rehabiliteringskoordinatorns roll förskjuts från att vara en ”allt-i-

allo” till att få en mer kvalitetssäkrande och konsulterande roll. Detta i sin tur leder till att samarbetet mellan läkare och rehabiliteringskoordinator på flera enheter har utvecklats och mognat, vilket upplevs som positivt av pilotdeltagarna.

”Jag använder Rehabstöd varje vecka, när jag går igenom nya sjukfall. Jag vill att läkarna själva ska titta på sina ärenden, så nu har jag precis ändrat så att alla kan logga in på sina sjukskrivningar. Jag kommer inte skriva ut listor till dem längre.”

Rehabiliteringskoordinator på vårdenhet

I djupintervjuerna som genomförts uppger de vårdenheter som kommit igång med sin användning av SRS bedömningsstöd att de vill fortsätta att arbeta riskbaserat. De ser bedömningsstödet som ett sätt att effektivisera och kvalitetssäkra sitt arbete med sjukskrivning och rehabilitering.

*”Att använda SRS bedömningsstöd har stärkt de kunskaper jag redan har. Men framför allt har det påverkat **hur** vi samtalar om sjukskrivning och deltidssjukskrivning på vårdcentralen. Vi har höjt nivån, helt klart!”*

Läkare på pilotenhet

Att bedömningsstödet kan fungera som en kvalitetssäkring av arbetet med sjukskrivning och rehabilitering, och i förlängningen öka patienternas möjligheter till en jämlik vård, framkom redan i pilot 1(2017-2018). Under pilot 2 (2019/2020) har detta blivit ännu tydligare. Dels upplever läkarna att de utmanas i sina bedömningar, eller i sina invanda mönster kring åtgärder, och dels ser rehabiliteringskoordinatorerna möjligheter för en övergripande kvalitetssäkring av vårdenhetens sjukintyg.

”Någon gång kanske man gör en felbedömning. Då ser man i SRS att det ser annorlunda ut.- om SRS som kvalitetssäkring”

Läkare på pilotenhet

”När jag ser att det dyker upp rödflaggade patienter i Rehabstöd så går jag direkt in och kollar hur läkaren har bedömt, och vilka åtgärder som är tänkta att sättas in. Om det då inte finns några åtgärder, så tar jag kontakt med läkaren för att diskutera vikten av att komma igång tidigt med rehabilitering. Likaså om det är en patient med låg risk, så kan jag kolla så att man inte slentrianmässigt har ordinerat alldeles för mycket åtgärder, i onödan.”

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

SRS bedömningsstöds påverkan på arbetssätt och rutiner

För att ytterligare undersöka vilka förändringar som ett införande av SRS bedömningsstöd kan ge upphov till, genomfördes fallstudieworkshops med ett urval av fem vårdcentraler som visat på en jämn och hög användning av SRS bedömningsstöd under piloten och där man uppgivit att förändringar hade uppstått. Vid varje tillfälle var verksamhetschef, rehabiliteringskoordinator och intygsskrivande läkare representerade.

För att utreda i vilken mån de indirekta nyttorna med SRS bedömningsstöd som enkätutvärderingen och djupintervjuerna identifierat kan kopplas ihop med de statistiska förändringarna i sjuktalen, gjordes ett antal övningar under varje workshop. Deltagarna ombads att skapa ”effekt- och nyttokedjor” baserade på sin egen verksamhet och sin upplevelse av SRS bedömningsstöds effekt på arbetet med sjukskrivning och rehabilitering. De ombads även att reflektera kring möjliga sätt att identifiera sätt att mäta kvantifierbara (”hårda”) och icke-kvantifierbara (”mjuka”) värden, i de fall det var möjligt.

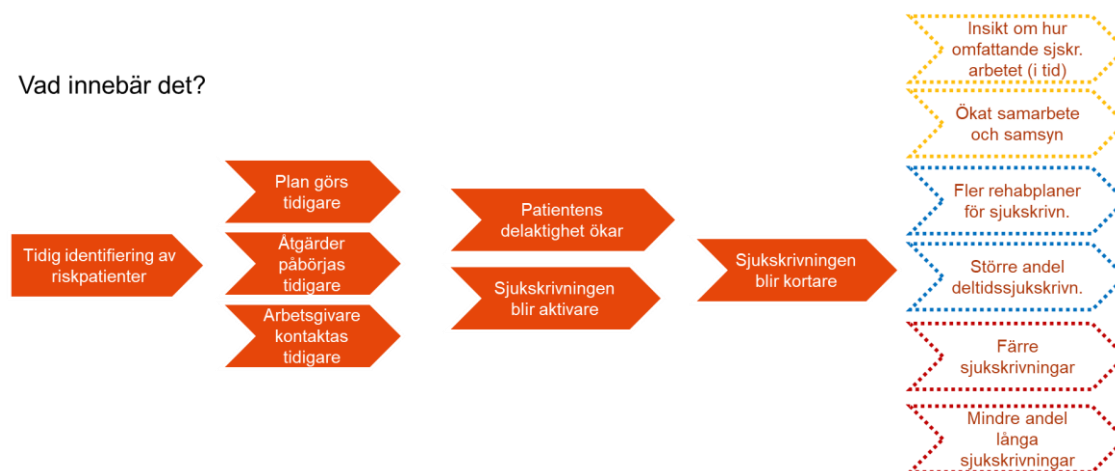
De deltagande vårdcentralerna hade alla olika förutsättningar gällande storlek, personalsituation och antal sjukfall. De hade även olika rutiner och organisatoriska strukturer kring hanteringen av sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. Trots detta sågs en stor samstämmighet mellan dem när det gäller de effekt- och nyttokedjor som togs fram.

I djupintervjuerna framkom att flera vårdenheter nu har olika långtgående tankar och planer på att förändra sitt sätt att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering. Exempelvis genom att utöka besökstiden för sjukskrivningar, för att hinna göra en mer fullständig bedömning vid det första besöket, samt att få läkarna att bli mer självständiga i hanteringen av sjukskrivningsärenden.

Effekter av ett riskbaserat arbetssätt

Samtliga vårdenheter i fallstudierna ansåg att SRS bedömningsstöd lett till att riskpatienter uppmärksammas tidigare, och att detta leder till en positiv kedja av händelser, som i slutänden är kopplat till färre andel långa sjukfall, färre sjukfall totalt, och en ökad andel deltidssjukskrivningar.

Vad innebär det?



Figur 17 - Nyttokedja med mätpunkter för tidig identifiering av riskpatienter. Från workshop med Tudorkliniken. Mätetalen syns längst till höger i figuren, i streckade pilar. Gula mätetal anger mjuka (icke kvantifierbara) nyttor, blå anger värden som idag inte följs upp men skulle kunna mätas, röda mätetal är sådana som följs upp i dagsläget.

Vårdcentralerna som deltog i fallstudieworkshopparna var eniga om att den tidiga identifieringen av riskpatienter, och framför allt den möjlighet till prioritering bland patienter som den leder till, kan ha stora effekter på vårdenhetens arbete, och leda till positiva effekter. De pilotenheter som deltog även i pilot 1(2017-2018) kan redan se flera av de effekter som är listade till höger i bilden, exempelvis färre sjukskrivningar totalt, fler rehabplaner, och ett förbättrat samarbete internt. För pilotenheter där SRS bedömningsstöd är nytt finns förhoppningar om större effekter i förlängningen, men redan nu använder de stödet för att få en bättre överblick och styrning över sin sjukskrivningssituation.

Stadsfjärdens omställning till ett riskbaserat arbetssätt

Berättat av läkare i ledande befattning och rehabiliteringskoordinator

Vi hade bestämt oss för att vi behövde göra något, för när man som patient behövde en åtgärd så fick man vänta i sex veckor, vilket är alldeles för lång tid.

Vi bestämde att när det är bestämt att en viss åtgärd ska sättas in för en patient, exempelvis sjukgymnastik, så ska den vara inbokad så att patienten får med sig tiden redan vid läkarbesöket. För att lyckas med det gjorde vårt schema, och skapade utrymme hos alla paramedicinare, så att de hade ”SRS-tider”, som vi direkt kunde boka in. Det gjorde att vi fick ett större flyt. Bedömningsteamet hjälpte tidigare till när ordinarie doktor hade kört fast. Nu tar vi alla

högriskpatienter på en gång, *innan* det har gått 90 dagar, snarare vid ca 30 dagar.

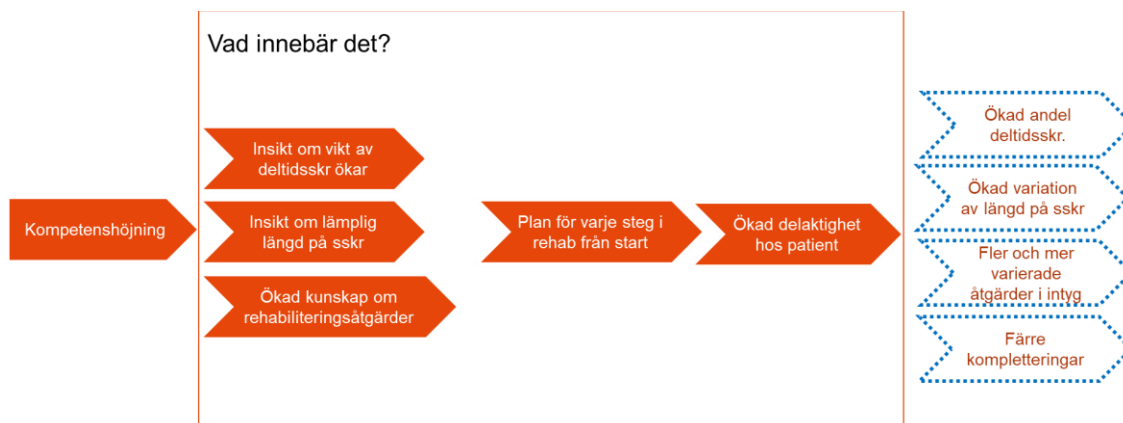
Från att vi haft krismöten kring patienter varje vecka har vi nu inte haft ett enda fall på hela hösten. Patienterna blir omhändertagna tidigare. De har planer nu, det finns en tanke för alla.

Det var en medveten satsning på högriskpatienter, men ganska snabbt märkte vi att vi inte behövde alla de tiderna hos paramedicinarna, eftersom vårt samarbete ökat så pass mycket, och vi fått in ett proaktivt tänk, så antalet katastrofsituationer minskade till i princip noll.

I början var det helt fantastiskt, att få nästa möte så snabbt. Om patienten inte alls gillar läget, så kan hen byta vårdcentral. Det har vi inget emot, vi vill ha delaktiga patienter. Tyvärr står vi inför större utmaningar nu, givet situationen med Corona,

Kompetenshöjning genom SRS bedömningsstöd

Både i enkätsvar och vid djupintervjuer framkom tydliga resultat gällande bedömningsstödet bidrag till en kunskaps- och kompetenshöjning inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Detta bekräftades även i fallstudierna, med förväntade tydliga effekter på sjukskrivningsmönstren hos läkare.



Figur 18 - Nyttokedja kopplat till kompetenshöjning inom sjukskrivning och rehabilitering vid användning av SRS bedömningsstöd. Från workshop med Falkenbergs vårdcentral. Längst till höger syns möjliga mätetal för nyttorna.

En tydlig effekt av den kompetenshöjning som skett hos framför allt läkare, är att vägen från det första patientmötet till att en aktiv insats utförs, har kortats ned, vilket flera vårdenheter vittnar om. Detta leder i sin tur till en ökad delaktighet hos patienten, som inte hinner passiviseras av en initialt inaktiv sjukskrivning. Även åtgärder och insatser i intygen har blivit mer riktade och relevanta, vilket leder till mer ”rätt sjukskrivning” för varje patient.

”Jag ser en skillnad på intygens kvalitet, dels när jag själv tittar på dem, och dels genom att det inte kommer några kompletteringsbegäranden från Försäkringskassan. Planerna sätts igång tidigare, vilket syns både i journalen, och genom att samarbetet med andra professioner snabbades upp.”

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet i Sörmland

Tudorklinikens kompetenslyft

Berättat av läkare, verksamhetschef och rehabiliteringskoordinator

En av våra största utmaningar är arbetet med patienter med psykisk ohälsa. Det är en jättesvår grupp att arbeta med, och vi saknar kompetens för att göra bedömningar i vissa fall. Dessutom kräver psykiska besvär hos patienten jättemycket tid för att utreda, bedöma och behandla.

”När jag började använda SRS bedömningsstöd så märkte jag att jag fick ett lite annat ”tänk”, att jag fick upp ögonen för åtgärder som jag tidigare inte använt mig av.”

Intygsskrivande läkare

Både de åtgärdsrekommendationer som finns i bedömningsstödet, de tips och råd kring vad man bör ta upp med patienten, och statistiken för avslutade sjukskrivningar är till nytta för oss i våra bedömningar. Vi har också fått en ökad medvetenhet i läkargruppen kring riskerna med att sjukskriva patienter.

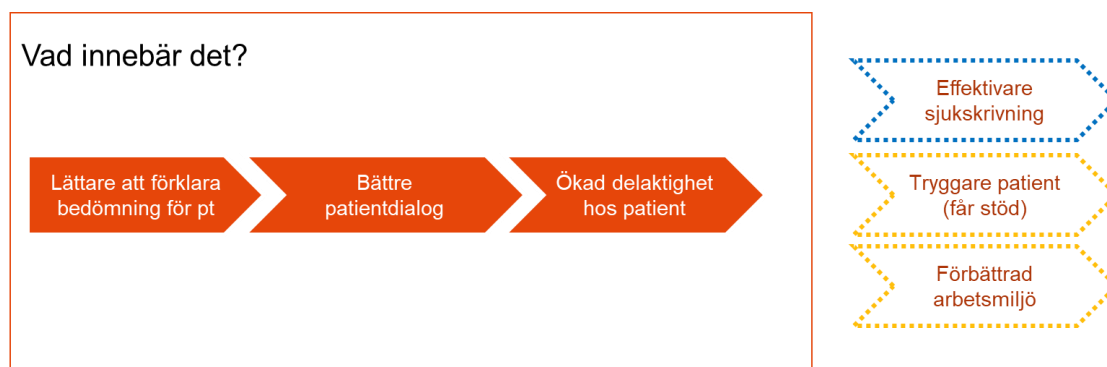
”Intygen har definitivt blivit bättre! Jag ser fler aktiva åtgärdsförslag i de enskilda intygen, och dessutom har vi minskat antalet kompletteringar till Försäkringskassan rejält”

Rehabiliteringskoordinator

Det har blivit tydligare att vi har hög- och lågriskpatienter, och att de skiljer sig åt, och kräver olika mycket tid och insats från vår sida. Det är för tidigt att säga att SRS leder till kortare sjukskrivningar, men vi ser att det leder till mer rätt sjukskrivningar.

Bedömningsstöds bidrag till en bättre patientdialog

En nyttokedja som på kort sikt främst genererar ”mjuka” värden, är den som är kopplad till en förbättrad patientdialog. På lång sikt finns även en koppling till kvantifierbara värden, såsom kortare sjukskrivningar, eftersom en ökad delaktighet hos patienten, och en mer aktiv rehabilitering, med största sannolikhet främjar en snabbare återgång i arbete.



Figur 19 - Nyttokedja kopplat till SRS bedömningsstöds bidrag till en förbättrad patientdialog. Från workshop med Tudorklinikens vårdcentral. Längst till höger syns möjliga måttetal för nyttorna.

En av de största utmaningarna för läkaren är att nå fram till patienten och kunna sätta förväntningarna på sjukskrivningen och rehabiliteringen på en bra nivå, och därmed främja delaktigheten för sin egen rehabilitering hos patienten. Samtliga vårdcentraler i fallstudierna vittnar om att användningen av SRS bedömningsstöd kan bidra till att dialogen med patienten kommer lite mer ”på djupet” tidigare i vårdförloppet, och att rehabiliteringen därmed kan bli mer aktiv från start.

En förändrad patientdialog i Falkenberg

Berättat av läkare och rehabiliteringskoordinator

En stor utmaning är när patienterna har orimliga förväntningar på vad en sjukskrivning innebär. Att det är något som de kan ”beställa” av oss, och även själva bestämma längd och omfattning. Vi möter många patienter som säger att de kommit ”för att sjukskriva sig”. Då har vi en väg att gå för att förklara för dem hur det faktiskt fungerar med sjukskrivning, och vad som förväntas av dem i sin egen rehabilitering.

”Det är oerhört svårt att få till något konstruktivt om man inte kan komma överens med patienten.”

Intygsskrivande läkare

”Vi har ett rehabteam som fungerar bra, och de är en viktig del i att vi har fått ner våra sjuktal, och håller dem på en rimlig nivå. Jag som rehabkoordinator har infört kartläggande samtal med patienter, och det har varit ett sätt att få stopp på felaktiga sjukskrivningar.”

Risksignalen som beräknas i SRS bedömningsstöd kan hjälpa till att belysa riskerna som finns kopplade till sjukskrivning, och att förklara dessa för patienten. De råd och åtgärder som finns kring deltidssjukskrivning är också nyttiga i dialogen med patienten. Även om vissa patienter initialt kan vara missnöjd över att inte få den sjukskrivning de tänkt sig, så blir de i slutändan tryggare, eftersom det vet att det finns en tydlig plan, vad som förväntas av dem, och förstår varför läkaren till exempel inte vill sjukskriva på heltid. Det blir en mer konstruktiv dialog från början till slut.

Rehabiliteringskoordinator

Användbarheten i SRS bedömningsstöd

I såväl enkätstudien som i djupintervjuerna framkommer tydligt att läkare och rehabiliteringskoordinatorer har direkt nytta av SRS bedömningsstöd i sin hantering av de enskilda patientfallen. Risksignalen blir snabbt ett viktigt verktyg för rehabiliteringskoordinatorerna i sin hantering av enhetens sjukfall, och majoriteten av rehabiliteringskoordinatorerna i piloten uttrycker att de sparar väldigt mycket tid och energi på att se risknivåerna redan i listan över sjukfall, eftersom det hjälper dem att prioritera bland patienterna. För läkarna innebär riskberäkningen att de får en ”second opinion” till sin egen bedömning, vilket upplevs som nyttigt och värdefullt.

SRS bedömningsstöd upplevs som enkelt att lära sig att förstå och använda, och utmaningarna har snarare handlat om att komma ihåg att använda sig av stödet i tidspressade situationer.

Såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer vittnar om att bedömningsstödet har ökat deras kunskap om rehabiliteringsåtgärder, och trovärdigheten av de åtgärdsrekommendationer och råd som finns i stödet är mycket hög. För att SRS bedömningsstöd ska fortsätta att upplevas som tillförlitligt och ett användbart stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, är det av stor vikt att såväl prediktiva modeller som råd och åtgärder hålls uppdaterade och relevanta.

Den interaktionsdesign och informationsstruktur som SRS bedömningsstöd i dagsläget har i Webcert och Rehabstöd fyller sitt syfte, och fungerar ur ett användarperspektiv. Dock bör användbarheten kontinuerligt följas upp och utvärderas, så att designen kan förbättras vid behov.

SRS bedömningsstöd som stöd för nya arbetssätt

För läkarna innebär riskberäkningen ett delvis ändrat arbetssätt, vilket tar lite tid att vänja sig vid. De läkare som kommit igång med sin användning hävdar dock att användningen av bedömningsstödet i patientmötet inte hindrar eller sinkar deras arbete, utan endast kräver att de fyller i beräkningsdelen av bedömningsstödet samtidigt som de samtalar med patienten. I de allra flesta fall är frågorna av karaktären att de ändå ställs under besöket, och hindrar inte dialogen.

Läkare uppger att de kommer längre i dialogen vid tidiga patientmöten tack vare de råd och åtgärder som finns i bedömningsstödet samt att de frågor som måste ställas vid riskberäkningen ringar in patientens verkliga problem. Detta leder till att läkaren tidigare når de viktigaste problemen och att rätt åtgärder sätts in tidigare. Detta i sin tur leder till en aktivare sjukskrivning, med en i högre utsträckning delaktig patient, vilket är viktiga beståndsdelar för att korta ner en sjukskrivning.

Utöver detta uppger såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer på samtliga vårdenheter i piloten att insikten om riskerna med sjukskrivning har ökat bland läkarna. Detta gör i sin tur att dialogen med patienten ändras, och även förskrivningen av åtgärder i vissa fall. Med mer rätt åtgärder, och ett i vissa fall försiktigare

förhållningssätt till förskrivning av sjukskrivning, finns chanser till snabbare rehabilitering och minskad risk för medikalisering.

En ökad medvetenhet om riskerna med sjukskrivning, och ett större fokus på verkligt ändamålsenlig sjukskrivning från start, leder också till optimering av resurser.

Nyttor med SRS bedömningsstöd

Genom att kombinera resultaten från enkäter, djupintervjuer och fallstudier i pilot 2 (2019/2020), framkommer att-de nyttohypoteser som identifierades i pilot 1 (2017/2018) stärks. Vidare att dessa nyttor jackar i varandra och bildar kedjor, vars slutliga nytta i flera fall kan mätas i hårda (kvantifierbara) och/eller mjuka (icke kvantifierbara) mått.

En aktiv och utbredd användning¹ av SRS bedömningsstöd bidrar till att skapa möjligheter för ett nytt, mer effektivt, och kvalitetssäkrat sätt att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering på en vårdenhet. Det bidrar också till en ökad patientdelaktighet och ett förbättrat internt samarbete. Det tycks finnas en tidsaspekt som spelar in för uppkomsten av nyttor, vilket tydligt ses i pilot 2 (2019/2020) där de vårdenheter som deltog även i pilot 1 (2017/2018) hade en mycket kortare startsträcka för att komma upp i en relevant användningsfrekvens. Dessa vårdenheter upplevde också fler och större nyttor än övriga vårdenheter. Användning över tid ger alltså mer nytta.

Läkare uppger att de har ett stöd i den pedagogiska dialogen och får en mer delaktig patient tidigt i sin kontakt med patienten. Detta i sin tur leder till en mer aktiv rehabilitering, vilket i förlängningen kan leda till kortare sjukskrivning.

Rehabiliteringskoordinatorer vittnar om att risksignalen i Rehabstöd, i kombination med läkarnas ökade insikt om riskerna med sjukskrivning, gör att de kommer in tidigare i patientfallen, vilket gör att passivisering kan undvikas, sjukskrivningen blir mer aktiv och **sjukskrivningar kortas**.

Såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer vittnar om att patienter som står inför sjukskrivning med SRS bedömningsstöd enklare och snabbare kan "sorteras" utifrån risk och åtgärder anpassas. Detta leder till en **optimering av resurser**, en **minskad arbetsbelastning** och **tryggare patienter**.

SRS bedömningsstöd bidrar även till att kvalitetssäkringen av sjukskrivningar och rehabilitering på en vårdenhet, vilket leder till en mer enhetlig och högre kvalitet på vårdenhetens sjukintyg och i slutändan en **ökad jämlikhet för patienterna**.

När det gäller statistiken på enhetsnivå ses först och främst en minskning av antalet totala sjukfall samt antal sjukfall/1000 listade patienter.

¹ En aktivt och utbredd användning innebär i praktiken att flerparten av läkarna på enheten använder stödet och stödet används vid en majoritet av sjukskrivningsärenden där det är tillgängligt.

På längre sikt kan det även förväntas en minskning av andel långa sjukfall, eftersom man gör mer rätt vid sjukskrivning. Likaså att en bättre fördelning mellan kön och heltid/deltidssjukskrivning uppstår (bättre sjukskrivningsmönster).

Kostnads- och nyttoanalys

Kostnads- och nyttoanalysen syftar till att identifiera och jämföra kostnader med nyttor som uppstår i användandet av SRS bedömningsstöd. Nyttoanalysen görs framförallt ur ett långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv. Effekter av bedömningsstödet på kort och mellanlång (direkta och indirekta nyttor) sikt ger en förklaring till de långsiktiga nyttorna som bedömningsstödet leder till. För denna koppling har arbetet med nyttoanalysen använt resultat från utvärderingen av SRS bedömningsstöd. I arbetet med utvärderingen och de nyttokartor och nyttokedjor som tagits fram med användare har ett antal indikatorer och statistiska mätetal tagits fram.

Kostnader för sjukskrivning

Sjukfrånvaron kostar årligen det svenska samhället stora summor. Enligt uppgift från [Försäkringskassan i juli 2019](#) kostade enbart sjukförsäkringen i Sverige cirka 76 miljarder kronor år 2018.

Sjukfrånvaron i Sverige svänger kraftigt över tid. Förändringen förklaras i stor utsträckning av förändring av regler och tillämpning av sjukförsäkringen. Även förändringar av förutsättningen att få rehabiliterande vård, konjunkturen, allmänhetens attityder till sjukskrivning samt arbetsgivares sjukskrivningsrutiner påverkar sjukfrånvarons omfattning.

Om man ser på kostnaderna för uteblivet arbete på grund av sjukskrivningar så får man lägga till 62 miljarder kronor i Sverige som helhet år 2017, enligt en ny [rapport från Skandia](#). Rapporten har beräknat det ekonomiska värdet som går förlorat när arbete inte utförs de dagar då sjuk- och rehabiliteringspenning betalas ut, från dag 14 i sjukskrivningsperioden. För våra typregioner Sörmland och Västerbotten uppskattas kostnaden för uteblivet arbete på grund av sjukskrivningar till 1.9 respektive 1.7 miljarder kronor per år.

Med ett samhällsekonomiskt perspektiv beräknas kostnaden för *sjukfrånvaron* utifrån de resurser som förbrukas eller går förlorade i samband med människors sjukskrivning. Den samhällsekonomiska kostnaden består huvudsakligen av den produktion som går förlorad till följd av att människor är sjukskrivna och inte kan utföra sina arbeten. Därtill kommer de resurser som faktiskt tas i anspråk för att driva exempelvis Försäkringskassan samt kostnader för hälso- och sjukvård och konsekvenser för berörda individer.

Nyttoanalys

Ett sätt att minska antalet sjukskrivningar är att satsa på bättre och effektivare sjukskrivningsprocesser. En tidig identifiering av patienter som behöver prioriteras i

vården och tidigare start av rehabiliteringsåtgärder, lönar sig inte bara för individerna som riskerar att hamna i långvarig sjukdom, utan även för samhället i stort.

Bedömningsstödet vision är att primärt vara ett stöd för sjukskrivande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att bidra till en säkrare och effektivare sjukskrivningsprocess genom mer träffsäkra bedömningar av sjukskrivningars längd och omfattning, tidig identifiering av individer med risk för lång sjukskrivning, en mer jämlig och rättssäker bedömning och beslut inför eventuell sjukskrivning samt ge möjlighet till att även förebygga en sjukskrivning. Bedömningsstödet stödjer läkare vid en bedömning inför en eventuell sjukskrivning så att individen i högre grad får ”rätt” sjukskrivning, det vill säga att längd och omfattning av sjukskrivning är rimlig och relevant i förhållande till den nedsättning av arbetsförmåga som är grund till sjukskrivningen. Detta i sin tur leder till en snabbare återgång till arbete och att individen eventuellt kan stanna kvar i arbete på heltid eller deltid genom att få rätt åtgärder, det vill säga effektiva metoder för rehabilitering och förbättring av arbetsförmågan, i rätt tid i sjukskrivningen.

Under SRS piloten har konstaterats att konsekvent och regelbundet användande av SRS bedömningsstöd ger effektvinster i sjukskrivningsarbetet som har en positiv inverkan på mängden sjukskrivningar som en vårdcentral hanterar, dvs. en minskning av pågående sjukskrivningsfall.

Bedömningsstödet har därmed potential att ge hälso- och sjukvården direkta positiva effekter och samhället stora ekonomiska besparingar på lång sikt. En bättre sjukskrivningsprocess förväntas leda till att rätt personer får rätt sjukskrivning vilket leder till minskat antal sjukskrivningar. En ökad återgång i arbete ger en samhällsekonomiskt högre produktivitet under arbetade timmar och en större närvaro på arbetet, som i sin tur minskar behovet av vikarier, nyintroduktioner och andra kortsiktiga lösningar, vilket innebär besparingar för arbetsgivare. Att samhällseffekterna blir stora beror främst på att besparingspotentialen är mycket stor då små förbättringar leder till stora effekter.

Projektet har tillsammans med användargrupperna läkare, rehabkoordinatorer och verksamhetschefer som deltagit under SRS piloten, använt den nyttokarta som tagits fram för att identifiera och konstatera de nyttor som användning av SRS bedömningsstöd leder till. Dessa nyttor är uppdelade i direkta, indirekta nyttor samt nyttor på längre sikt. Nyttokartan har vidare använts som underlag för att identifiera kvantifierbara respektive icke kvantifierbara nyttor.

SRS bedömningsstöd är ofta en del av ett större arbete med att försöka förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De nyttor som är konstaterade och av betydelse för detta arbete förväntas påverka sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet som helhet. Av särskilt intresse är de långsiktiga konsekvenser för samhället och dess medborgare som kan förväntas till följd av ett eventuellt förändrat sjukskrivningsmönster.

I utvärderingen av SRS bedömningsstöd kan konstateras att på vårdcentraler som använt SRS bedömningsstöd i större omfattning eller konsekvent vid sjukskrivning ses att förändringar gjorts i rutiner och i arbetet med sjukskrivning- och rehabiliteringsarbetet. På samtliga av dessa vårdcentraler kan statistiska förändringar ses i form av minskade antal pågående sjukskrivningar. Hos vissa av dessa vårdcentraler har man minskat sina pågående sjukskrivningar med över 10 % (netto efter Corona effekter).

Vid ett försiktigt antagande att SRS bedömningsstöd skulle bidra med att minska antalet sjukskrivningar nationellt med tre procent skulle det ge en total besparing av kostnaden för uteblivet arbete med 189 miljoner (62 miljarder – 3 %) per år.

Om man dessutom beräknar minskade kostnaden för sjukskrivning blir besparingen ytterligare 228 miljoner (76 miljarder – 3 %) per år.

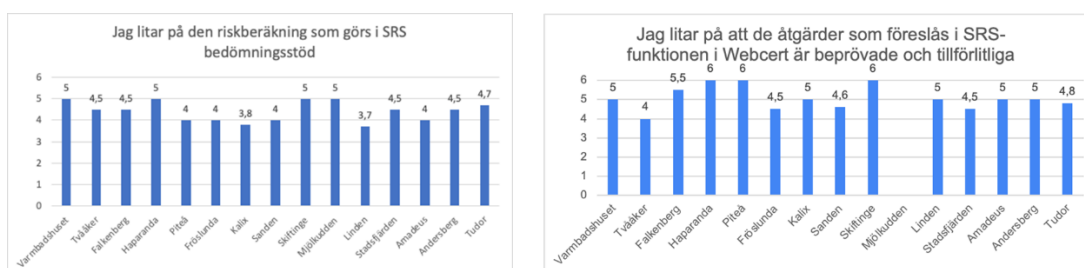
Om man använder samma beräkningsgrund med 3 % minskade kostnaden för uteblivet arbete för våra typregioner (Sörmland och Västerbottens) blir besparingen ca. 57 miljoner per län (1.9 miljarder – 3 %).

Användbarheten i SRS bedömningsstöd

För att läkare och rehabiliteringskoordinatorer ska uppleva positiva effekter av SRS bedömningsstöd i sitt arbete, krävs att insatsen de lägger på att använda systemet är mindre än den upplevda nyttan.

En viktig del av användbarheten är att användarna upplever att de kan lita på tjänsten. I enkätundersökningen ställdes frågor om tilliten till den risk som beräknas i bedömningsstödet, samt de åtgärdsrekommendationer som visas kopplat till varje diagnos.

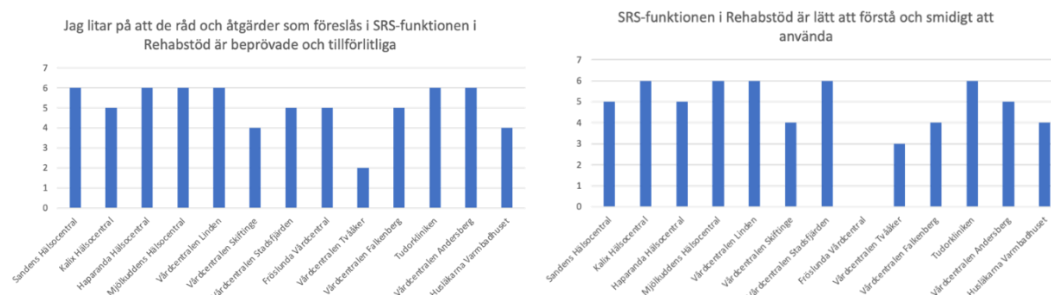
Vi kan se att såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer har hög tillit till såväl riskberäkningen som åtgärderna i bedömningsstödet.



Figur 20 - Läkarnas svar på enkätfrågor om risksberäkningen och åtgärdernas tillförlitlighet. Svar i snitt (1-6) per deltagande pilotenhet.

Rehabiliteringskoordinatorerna tillfrågades i enkäten endast om tilliten till de råd och åtgärdsrekommendationer som visas i Rehabstöd, eftersom de inte har möjlighet att beräkna risk.

I enkäten ombads Rehabiliteringskoordinatorerna även att ta ställning till i vilken utsträckning de anser att SRS-funktionen i Rehabstöd är lätt att förstå och smidig att använda.



Figur 21 och 22 - Rehabiliteringskoordinatorernas svar på enkätfråga om åtgärdernas tillförlitlighet samt om SRS-funktionen är lätt att förstå och smidig att använda. Svar i snitt (1 = håller inte med alls, 6 = instämmer helt) per deltagande pilotenhet.

Överlag får SRS bedömningsstöd höga omdömen när det gäller användbarheten i Rehabstöd. I uppföljande intervjuer har Rehabiliteringskoordinatorer bekräftat att de upplever SRS-tjänsten som enkel och smidig att använda och förstå. Det finns även en hög tillit till riskberäkningen, och en upplevelse av att riskmarkeringarna i Rehabstöd effektiviserar arbetet.

”Om du har lite tid, så är det lätt att se vilka du ska börja jobba med. Jag går inte in och läser journalen på de gula, utan tar de röda. Jag sorterar.”

Rehabiliteringskoordinator på vårdcentral i Halland

”Jag litar på riskberäkningarna, de har stämt väl. Ibland skriver läkaren ett separat meddelande, att risken var lägre. Risknivåerna har överlag stämt väldigt bra.”

Rehabiliteringskoordinator på vårdcentral i Sörmland

Även läkare uppger i de individuella djupintervjuerna att bedömningsstödet är lätt att lära sig och enkelt att förstå. Dock krävs en beteendeförändring under själva patientbesöket och intygsskrivandet, för att använda och dra nytta av bedömningsstödet.

”Jag ställer i vanliga fall ungefär samma frågor till patienten som de som behövs för riskberäkningen. Nu får jag göra det lite mer strukturerat, vilket jag tycker är bra. Jag har nytta av att kunna visa patienten risken, och pratar med patienten om risker med sjukskrivning i högre utsträckning än tidigare”

Läkare på vårdcentral i Sörmland

Användbarhetsutmaningar och lösningar under pilotens gång

Användbarheten av SRS bedömningsstöd har hela tiden legat i fokus för utvecklingen, och input från målgrupperna har aktivt tagits in i systemets backlog för prioritering och utveckling. Under de första månaderna av piloten, stod det klart att en del utmaningar fanns gällande användbarheten. Dessa rörde främst:

- Läkarna missade/glömde att använda bedömningsstödet
- Läkarna missade/glömde att göra individuella riskberäkningar

Inför en kommande release under pilotens gång gjordes ett antal förändringar, vilka hade en positiv effekt på användningsgraden. Användningsstatistiken, i kombination med återkoppling från användare i de löpande supportmötena, visade att framförallt två av de förändringar som gjorts var till stor nytta:

- Fliken ”Risk och råd” i Webcert, som innehåller SRS bedömningsstöd, flyttades fram så att den ligger längst fram i den högra ytan av Webcert. Detta ledde till en ökad användningsfrekvens bland läkarna.
- Scrollningsfunktionen i fliken för bedömningsstödet förbättrades, vilket ledde till en ökad grad av riskberäkning bland läkarna.

Användarna piloten har hela tiden varit engagerade och villiga att komma med förbättringsförslag för den fortsatta utvecklingen av bedömningsstödet. Samtliga förslag har dokumenterats för vidare utredning och eventuell utveckling.

Analys av SRS bedömningsstöds användbarhet

Analysen visar att tilliten till såväl riskberäkningen som till de råd och åtgärder som finns i bedömningsstödet är mycket högt hos båda målgrupperna. Vidare i såväl enkät- som i intervju svar, att aktiva användare inte upplever några problem i själva interaktionen med bedömningsstödet.

Baserat på den användarcentrerade metodiken som styrt såväl utveckling som utvärdering av bedömningsstödet, har en stabil och användbar modell skapats för bedömningsstödet användargränssnitt i Webcert och Rehabstöd. För att en fortsatt hög användbarhet ska säkras, krävs att kontinuerliga uppföljningar av användarupplevelse och –beteende görs, och att input från dessa förs in i den roadmap och backlogg som ligger till grund för fortsatt utveckling av bedömningsstödet.

Metod för utvärdering

Piloten inleddes med en nuläges- och nollmätning innan SRS bedömningsstöd infördes på vårdenheterna, för att sedan följas upp av en halvtidsutvärdering och till sist avslutas med en slututvärdering.

1. Kvalificeringsenkät

För att säkerställa att det fanns ett grundlagt intresse hos vårdenheten för att delta i piloten, samt att förutsättningar fanns för en medverkan från start till slut, ombads intresserade vårdenheter att svara på en första enkät. Frågorna i enkäten gällde grundläggande information om vårdenheten (antal listade patienter, antal anställda individer inom olika professioner, etc), information kring antal sjukfall och fördelning mellan diagnoser, längd, kön och omfattning på dessa, samt frågor om vårdenhetens mål och motivation med sitt deltagande.

2. Nollmätning

Hos de hälso- och vårdcentraler som kvalificerat sig till piloten, genomfördes en nollmätning i augusti 2019 för att mäta vårdenheternas läge inför kommande utvärderingar och identifiera områden där de önskar förbättringar. Mätningen

genomfördes genom en digital enkät till läkare, rehabiliteringskoordinator och verksamhetschefer på de deltagande vårdenheterna.

3. Halvtidsutvärdering

I november 2019 genomfördes en halvtidsutvärdering via en digital enkät som skickades till läkare och rehabiliteringskoordinatorer på de deltagande vårdenheterna. Användarna besvarade frågor om i vilken utsträckning de upplevde nytta av SRS Bedömningsstöd i sitt arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utöver detta innehöll enkäten även frågor om hur uppstart och utbildning kopplat till SRS bedömningsstöd upplevts och fungerat på enheten.

4. Slututvärdering

Vid pilotens slut i juni 2020 genomfördes en större slututvärdering som innehöll följande delar:

- insamling av statistik på enhets- och regionalnivå gällande sjuktal
- enkätstudie med verksamhetschefer, läkare och rehabiliteringskoordinatorer
- djupintervjuer med läkare, rehabiliteringskoordinatorer och verksamhetschefer
- fallstudieworkshops med utvalda enheter

Löpande loggning av användning

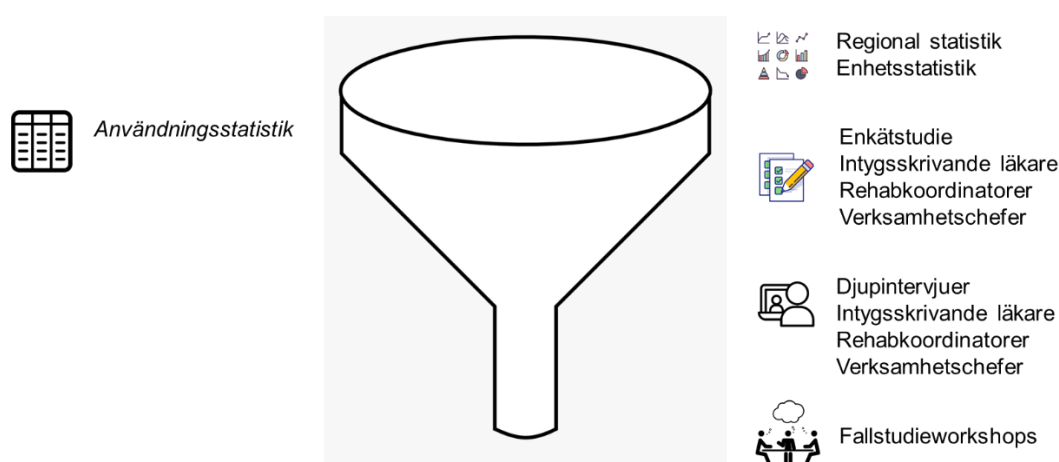
Under piloten samlades dagligen statistik över användandet av SRS bedömningsstöd in. I denna ingick huruvida prediktioner hade gjorts, för vilka diagnoser och resulterande predicerade risknivåer. Denna statistik bearbetades och redovisades veckovis på webbplatsen rattsjukskrivning.se. Statistiken användes sedan av projektet som underlag för de veckovisa diskussionerna med pilotverksamheterna. Analysdata från Google Analytics gällande webbplatsen rattsjukskrivning.se följdes också upp regelbundet av projektet.

Detta har varit avgörande för att kunna säkerställa att utvärderingen av bedömningsstödet görs av enheter och individer som har använt det, och därigenom har en grundad erfarenhet bakom sina uppfattningar om stödet. I de följande enkät- och intervjustudierna har endast aktiva användare av SRS bedömningsstöd ingått.

Användningsstatistiken har också varit vägledande när det gäller att upptäcka förbättringsmöjligheter gällande användbarheten i bedömningsstödet. Genom att studera dataloggar, kunde projektet konstatera att bedömningsstödet placering i flikssystemet inne i Webcert var avgörande för huruvida användaren uppmärksammade att stödet fanns, samt kom ihåg att använda det. Genom att ändra ordning på flikarna i Webcert kunde användbarheten höjas väsentligt för de intygsskrivande läkarna.

SRS-projektets modell för utvärdering av nyttor, effekter och användbarhet

SRS-projektets modell för utvärdering av användbarhet, effekter och nyttor illustreras i bilden nedan. Sammantaget ger de olika delarna av utvärderingen en stabil grund för analys av faktiska effekter och nyttor av bedömningsstödet, ur användarnas perspektiv.



Figur 11- SRS projektets modell för utvärdering av användbarhet, effekter och nyttor av SRS bedömningsstöd

Utvärderingsmodellens delar

Ett flertal datainsamlingsaktiviteter (både kvalitativa och kvantitativa) under pilotstudien har gett underlag för utvärdering av användarupplevelse, nytta och effekter av SRS bedömningsstöd.

Användningsstatistik

Som tidigare nämnts samlades användarstatistik in löpande under hela piloten, för att kunna följa enheternas progress i sin användning, och ge underlag för att bedöma vilka enheter som skulle ingå i den slutliga utvärderingen av bedömningsstödet.

Sjukskrivningsstatistik på regional- och enhetsnivå

För att kunna se om några faktiska förändringar skett gällande enheternas sjukfall, samlades data in för varje enhet: antal pågående sjukfall, antal sjukfall/1000 listade, könsfördelning i sjukfall, fördelning av sjukskrivningslängd på sjukfall, samt diagnosfördelning bland sjukfall.

Från regionen samlades statistik in gällande samtliga vård-/hälsocentraler i regionen, för att kunna jämföra eventuella förflyttningar för pilotenheterna med ett

regionsmedeltal. Här användes statistik för antal sjukfall totalt samt antal sjukfall/1000 listade på respektive vårdenhet.

Enkätstudie

Det första steget i utvärderingen av bedömningsstödet var att genomföra en enkätstudie, i vilken intygsskrivande läkare, rehabiliteringskoordinatorer och verksamhetschefer besvarade digitala enkäter individuellt och anonymt om så önskades. Svaren anonymiserades och sammanställdes dels per profession (alla läkare för sig, etc) och dels per pilotenhet (läkare, rehabiliteringskoordinator och verksamhetschef tillsammans).

Frågorna i enkäten var utformade som påståenden, och individen graderar påståendet från 1 (=instämmer inte alls) till 6 (=instämmer helt). Svartalernativet ”vet ej” fanns också med vid varje fråga, liksom möjligheten att lämna en kommentar till sitt svar.

Frågorna i enkäterna var uppdelade i olika delar; frågor kring individens erfarenhet, intresse och vana av sjukskrivning och rehabilitering, samt kunskap inom försäkringsmedicin, frågor kring användbarheten av SRS bedömningsstöd i Webcert och Rehabstöd, samt frågor gällande eventuella effekter av SRS bedömningsstöd i den egna verksamheten.

För att säkerställa att endast individer som faktiskt använt SRS bedömningsstöd deltog i utvärderingen ombads de kontaktpersoner som administrerade enkätutskicken på respektive enhet att kontrollera användningsgraden hos mottagarna innan enkäten skickades ut. I enkäterna fanns även kontrollfrågor kring grad av användning. Vid sammanställning och analys av enkäterna har deltagare i piloten som uppgett sin användning med något av alternativen: varje gång jag skriver intyg, varje vecka, eller någon gång per månad, ingått i underlaget. Övriga enkätsvar har uteslutits, eftersom endast aktiva användare kan sägas ha underlag för att utvärdera bedömningsstödet effekt i sitt arbete.

Målgrupp	Antal enkätsvar
Intygsskrivande läkare	31
Rehabkoordinatorer	13
Verksamhetschefer	12

Djupintervjuer

Efter att enkätsvaren samlats in, sammanställts och analyserats, genomfördes ett antal djupintervjuer med intygsskrivande läkare, rehabiliteringskoordinatorer och verksamhetschefer. Syftet med dessa var att förtydliga och fördjupa förståelsen av användarnas upplevelser som framkommit i enkäten.

Intervjuerna genomfördes individuellt via länk, och varade i ca 45 minuter. Under intervjuerna ombads deltagarna att svara på frågor kring sin egen användning av SRS bedömningsstöd, eventuella effekter som uppstått på enheten kopplat till bedömningsstödet, samt hur de upplevt införande, utbildning och support under piloten.

Fördelningen av intervjuer såg ut enligt tabellen nedan:

Målgrupp	Antal intervjuer
Läkare	5
Rehabkoordinator	5
Verksamhetschef	4

Fallstudieworkshops

Vid sammanställning av användningsstatistik, enkätsvar, intervjuresultat och enhetsstatistik, konstaterades att vissa enheter upplevde betydligt större, och mer långtgående effekter än andra i piloten, samt att deras sjukfall påverkats kraftigt under pilotens gång. För att förstå vad detta beror på, samt vilka konsekvenser detta kan ge på enheterna, genomfördes fallstudieworkshops med dessa enheter. Totalt genomfördes fem sådana workshops med vårdenheter i Sörmland och Halland. I workshopparna deltog verksamhetschef, rehabiliteringskoordinator och läkare. Varje workshop pågick under ca tre timmar och genomfördes digitalt via videomöte, på grund av rådande omständigheter.

Kvalificering till slututvärdering

En grundförutsättning för att kunna delta i slututvärderingen av SRS bedömningsstöd är att bedömningsstödet använts aktivt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet på vårdenheten. Inför genomförandet av utvärderingen användes användningsstatistik för att särskilja vilka enheter som faktiskt använt bedömningsstödet och därmed skulle ingå i utvärderingen.

Som en följd av detta föll samtliga vårdcentraler i Region Jönköping bort ur utvärderingen, tillsammans med en vårdcentral i Sörmland, samt två i Norrbotten. I Region Halland deltog samtliga pilotenheter i utvärderingen.

Genom att endast inkludera vårdenheter och individer som faktiskt använt SRS bedömningsstöd i sitt arbete med sjukskrivning och rehabilitering, kvalitetssäkras utvärderingens innehåll.