

Stöd för rätt sjukskrivning
– ett samverkansprojekt mellan Försäkringskassan
och Sveriges Kommuner och Landsting

Stöd för rätt sjukskrivning

Kostnads- och nyttoanalys

Lars Bernfort

Kaj Ekvall

Rikard Lövström

Lena Severin

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	4
2.1	Om kostnads- och nyttoanalysen	4
2.2	Slutsatser	4
2.3	Resultat	5
3	Bakgrund	8
3.1	Om bedömningsstödet	8
3.2	Samhällsekonomiska konsekvenser av bedömningsstödet	8
4	Syfte med kostnads- och nyttoanalysen	10
4.1	Omfattning och avgränsningar	10
5	Metod	10
5.1	Arbetets genomförande och förankring	10
5.2	Beskrivning av effektkedjan	11
5.3	Beskrivning av nyttoprocess	12
5.4	Hälsoekonomi	12
5.5	Samhällsekonomiska analyser	12
6	Resultat och slutsatser	14
6.1	Bedömningsstödet effektkedja	15
6.2	Möjliggörare och förväntade nyttor	15
6.3	Utvecklingsinsatser	18
6.4	Förändringar	18
6.5	Nyttor - effekter på kort sikt	19
6.6	Nyttor -> Nyttomål - effekter på lång sikt	19
7	Analys av nyttor, effekter och kostnader	22
7.1	Identifierade potentiella intäkter på lång sikt	22
7.2	Kostnader för socialt utanförskap	22
7.3	Ingående variabler i samhällsekonomisk uppföljning	24
7.4	Långsiktiga konsekvenser	25
7.5	Exempel på möjliga effekter av ett bedömningsstöd	26

1 Inledning

Försäkringskassans prognoser visar att sjukskrivningarna ökar både i omfattning och i längd. Sjukskrivning är en viktig del av vård och behandling, men forskning visar också att långvariga sjukskrivningar kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer.

Idén bakom projektet Stöd för rätt sjukskrivning, SRS, är att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive individen själv. Ett gemensamt IT-baserat bedömningsstöd kan bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att läkare ska kunna utfärda läkarintyg med större träffsäkerhet samt hjälpa hälso- och sjukvården att identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser. I framtiden skulle bedömningsstödet också kunna användas som ett stöd för arbetsgivare och av individen själv för att kunna ta en aktiv del i sin egen rehabilitering.

Förutsättningarna för att skapa ett bedömningsstöd utreddes i en förstudie 2014-2015. Slutsatserna var att det både ur ett juridiskt och tekniskt perspektiv är möjligt att utveckla ett bedömningsstöd och att läkare inom hälso- och sjukvården efterfrågar ett bättre stöd för att göra individuella bedömningar. Under 2016 har projektet genomfört ytterligare utredningsarbete inom tre områden:

- *Juridiska förutsättningar* – förslag om ansvar och roller för bedömningsstödet avseende personuppgifter samt ansvar för utveckling, drift och förvaltning.
- *Kostnads- och nyttoanalys* – identifiera och jämföra kostnader med nyttor ur både ett kort- och långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv för ett bedömningsstöd infört i hälso- och sjukvården.
- *Verksamhetsanalys* – användarbehov och prototyptester, etisk analys, utredning om insatser för återgång i arbete, insatsförteckning och fördjupad utredning om prediktiva modeller.

Projektet har finansierats via Socialdepartementet genom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. SKL har ansvarat för projektet och har tillsammans med Försäkringskassan utgjort projektets styrgrupp. Utredningsarbetet påbörjades i januari 2016 och slutredovisades till Socialdepartementet i oktober 2016.

Utredningsarbetet har utförts av en arbetsgrupp med bred kompetens och med stor samlad erfarenhet av nationella e-hälsoprojekt. Delar av utredningsarbetet har utförts av och med forskare och biostatistiker från Karolinska Institutet.

Denna delrapport redovisar endast en del av projektets arbete. Huvudrapport med en sammanfattning av hela projektets resultat samt övriga delrapporter går att få genom att kontakta cecilia.alfven@skl.se.

Mer information om projektet Stöd för rätt sjukskrivning finns på SKL:s webbplats: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden/rattsjukskrivningstod.5229.html>

2 Sammanfattning

2.1 Om kostnads- och nyttoanalysen

Kostnads- och nyttoanalysen syftar till att identifiera och jämföra kostnader med nyttor för ett framtida bedömningsstöd när det är infört och används i hälso- och sjukvården. Nyttoanalysen görs framförallt ur ett långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv men beskriver även effekter av bedömningsstödet på kort och mellanlång sikt.

Kostnads- och nyttoanalysen har genomförts i samarbete med Lars Bernfort, hälsoekonom vid institutionen för medicin och hälsa, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, Linköpings universitet.

2.2 Slutsatser

Sjukfrånvaron kostar årligen det svenska samhället stora summor. Enligt uppgift från Försäkringskassan i juni 2016¹ var kostnaden för sjukförsäkringen i Sverige 87 miljarder kronor under förra året och prognosen är stigande.²

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.

Visionen är att bedömningsstödet primärt ska kunna utgöra 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 jämlik 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.

Dessa förbättringar i sjukskrivningsprocessen förväntas leda till snabbare återgång till arbete och att individen eventuellt kan stanna kvar i arbete på heltid eller deltid genom att få rätt insatser, det vill säga effektiva metoder för rehabilitering och förbättring av arbetsförmågan, i rätt tid i sjukskrivningen.

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 högre produktivitet under arbetade timmar (mindre sjuknärvaro) och en

¹ Rapport: [Socialförsäkringen i siffror 2016](#)

² Försäkringskassan, pressmeddelande 2014-11-05, [Försäkringskassan spår fortsatt ökade utgifter för sjukförsäkringen](#)

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 av att besparingspotentialen är mycket stor då små förbättringar leder till stora effekter.

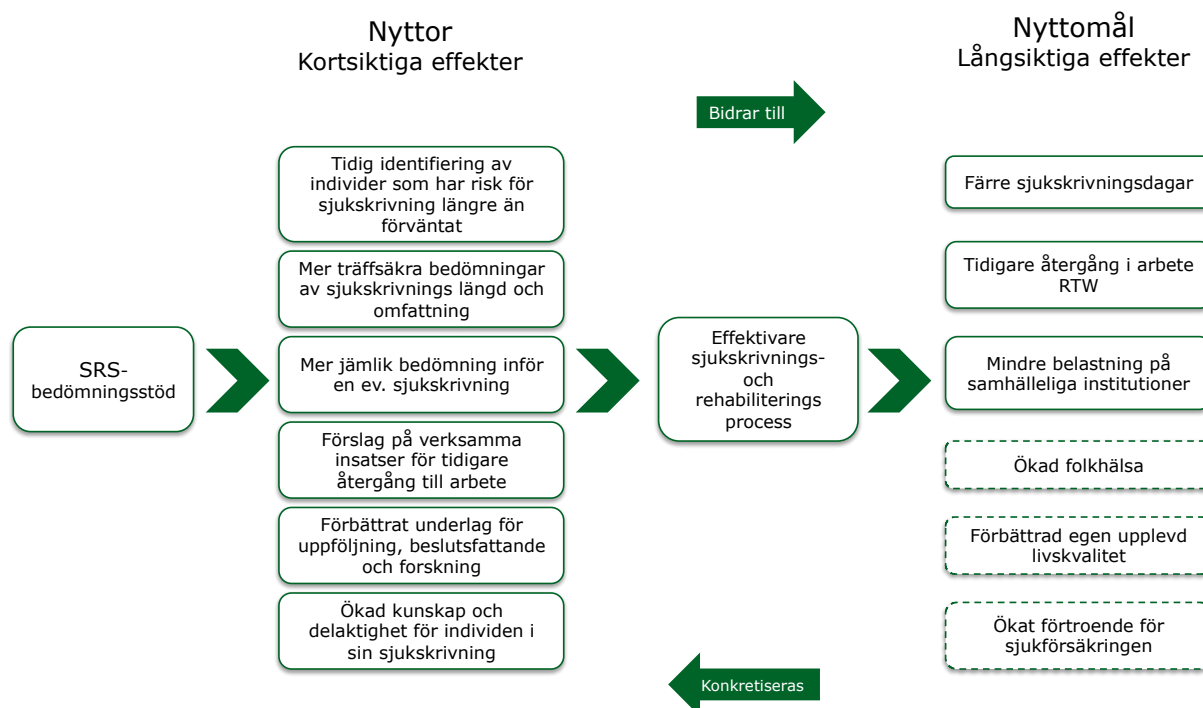
Slutsatserna kan sammanfattas enligt följande:

- Det finns ett antal troliga och tänkbara nyttor på kort sikt som är identifierade för främst hälso- och sjukvården.
- Det finns även andra identifierade troliga och viktiga samhällsnyttor som ökad folkhälsa, förbättrad livskvalitet och ökat förtroende för sjukförsäkringen som inte är lika lätta att mäta.
- Bedömningsstödet kan ge samhället stora ekonomiska besparingar. Detta visas dels i resonemang från hälsoekonom, dels via exempel inom två diagnoser.
- Ett antal kostnader har identifierats för utveckling, införande, drift och förvaltning.
- Sammantaget bedöms nyttorna vida överstiga de identifierade kostnaderna.

2.3 Resultat

Utredningen har tillsammans med användargrupperna läkare och rehabkoordinatorer tagit fram en effektkedja för att visa på kopplingen mellan bedömningsstödet mål och korta och långa nyttoeffekter. Effektkedjan tydliggör utvecklingsinsatser och förändring i verksamheten för att realisera införande av bedömningsstödet. Effektkartan har använts som utgångspunkt för att kvantifiera och uppskatta värdet på identifierade nyttor och kostnader.

SRS-projektet är en del av ett större arbete med att försöka förbättra sjukskrivningsprocessen. De faktorer som är kartlagda och av betydelse för sjukskrivningsmönstret förväntas påverkas av bedömningsstödet. Av särskilt intresse är vilka långsiktiga konsekvenser för samhället och dess medborgare som kan förväntas till följd av ett eventuellt förändrat sjukskrivningsmönster. Figur 1 nedan beskriver förväntade/önskade effekter på kort och lång sikt.



Figur 1 Förväntade effekter av ett bedömningsstöd på kort och lång sikt.

Den effektkedja som studerats närmare är:

Förbättringar på kort sikt (förbättring av sjukskrivningsprocessen) → Fler som kan delta aktivt på arbetsmarknaden → Vinster för samhället på längre sikt (ökad folkhälsa, högre produktivitet).

Andra identifierade troliga och viktiga samhällsnyttor som identifierats, exempelvis förbättrad livskvalitet och ökat förtroende för sjukförsäkringen, är inte lika lätta att mäta eller kvantifiera. Det som hela arbetet med en effektivisering av sjukskrivningsprocessen slutligen och förhoppningsvis mynnar ut i är en ökad folkhälsa och en för samhället högre produktivitet, dels genom att fler människor är i arbete och dels genom ökad effektivitet under arbetade timmar.

Utredningen visar att sjukskrivningar, särskilt (onödigt) långa sådana med eventuell exkludering från arbetsmarknaden som följd, innebär ett stort resursslöseri för samhället. Sjukskrivningarna (sjukförsäkring + kostnad för Försäkringskassan) kostar det svenska samhället uppemot 90 miljarder kronor per år³. Det innebär att varje procent som vi kan

³ Kostnaden för socialförsäkringen var 87,2 miljarder kronor under 2015, enligt Försäkringskassans rapport [SOCIALFÖRSÄKRINGEN I SIFFROR 2016](#). Summan omfattar sjukpenning, rehabiliteringspenning och andra rehabiliteringsersättningar, aktivitets- och sjukersättning, graviditetspenning, närståendepenning, högkostnadsskydd för arbetsgivare samt Försäkringskassans administration.

minska sjukfrånvaron skulle innebära en samhällelig resursbesparing på närmare 1 miljard kronor per år. Detta inkluderar såväl långa som korta sjukskrivningar.

Att belägga vinster på kort och lång sikt kräver en utvärdering av relevanta variabler (några år) efter att det nya bedömningsstödet införts och tagits i bruk. Vad vi vet är att sjukskrivningar, särskilt (onödigt) långa sådana med eventuell exkludering från arbetsmarknaden som följd bedöms innebära ett stort resursslöseri för samhället. Varje person som långvarigt står utanför arbetsmarknaden innebär en resursförlust för samhället motsvarande 300 000 kronor per år. En ekonomisk kalkyl som baseras på detta skulle visa att för varje 10 000-tal människor som på sikt kan räddas undan ett sådant utanförskap skulle samhället spara cirka 3 miljarder kronor per år.

Den kalkylerade nyttan av ett bedömningsstöd vid två olika diagnoser (underbensfraktur respektive utmattningssyndrom) väntas ge kostnadsbesparingar på mellan 54 miljoner respektive 98 miljoner kronor per år.

Kostnaderna för ett bedömningsstöd uppgår till mellan 60-80 miljoner kronor och omfattar utveckling, införande, drift och förvaltning under en treårsperiod. Under denna period utvecklas bedömningsstödet med sina ingående delar (kunskapsdatabasen och bedömningstjänsten), primära uppkopplade datakällor samt prediktionsmodeller för några utvalda diagnoser. Piloter ska ha genomförts på några vårdenheter och införandet av bedömningsstödet har startats. Bedömningsstödet ska även vara överlämnat till förvaltning.

Fortsatt utveckling av kunskapsdatabasen och prediktionsmodellerna kan därefter ske och vidare införande av bedömningsstödet hos nya användare påbörjas. Den fulla nyttoeffekten förväntas falla ut först efter då bedömningsstödet är fullt utvecklat och kvalitetssäkrat. Flera av de förväntade nyttorna kan realiseras redan efter det första utvecklings- och införandesteget.

Oavsett vilken enskild nyttoeffekt man utgår från i analysen så krävs mycket små förbättringar för att värdet av dessa vida ska överväga de identifierade kostnaderna för utveckling, införande, drift och förvaltning av bedömningsstödet.

3 Bakgrund

3.1 Om bedömningsstödet

Bedömningsstödet som utretts inom projektet Stöd för rätt sjukskrivning, SRS, är tänkt att stödja användare i sjukskrivningsprocessen genom att ge prognos för sjukskrivning och föreslå insatser som kan minska behovet av sjukskrivning, eller helt undvika en sjukskrivning, och öka individens möjlighet till återgång i arbete.

Bedömningsstödet bidrar med:

- Individanpassade och kunskapsbaserade bedömningar för prognos av sjukskrivningens längd och omfattning.
- En tidig identifiering av vilka individer som har behov av specifika eller samordnade insatser.
- Kunskap om insatser som visat sig effektiva för olika grupper.
- Pedagogiskt stöd för ökad samverkan och samsyn i dialogen med individen, och stöd för ökad samverkan och samsyn mellan olika aktörer i processen.

Utmärkande för bedömningsstödet är att det ska:

- Stödja flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- Bygga på en datamodell baserad på verkliga data
- Vara lärande och förbättras över tid.

3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser av bedömningsstödet

Sjukfrånvaron kostar det svenska samhället stora summor varje år. Enligt Försäkringskassans rapport [Socialförsäkringen i siffror \(juni 2016\)](#) kostade sjukförsäkringen i Sverige 87 miljarder kronor under 2015 och prognosen är stigande enligt tidigare uppskattning från Försäkringskassan.⁴ Kostnaderna för sjukförsäkringen består av dels utbetalade sjukersättningar och dels kostnader för drift av de samhällsliga institutioner som finns för ändamålet, främst Försäkringskassan.

Med ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle kostnaden för *sjukfrånvaron* istället beräknas 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.

För att studera vilka faktorer som bestämmer sjukfrånvarons nivå har flera studier analyserat de över tid stora variationerna i sjukskrivningsmönster i Sverige. De viktigaste faktorerna för

⁴ Försäkringskassan, pressmeddelande 2014-11-05, [Försäkringskassan spår fortsatt ökade utgifter för sjukförsäkringen](#).

sjukfrånvarons nivå har antagits vara sjukförsäkringssystemets utformning, konjunktur, befolkningens hälsa, arbetsmiljöfaktorer, samt kultur och attityder till sjukskrivning. Studierna har visat att befolkningens hälsa har relativt liten inverkan på nivån av sjukfrånvaro, som nästan helt kan förklaras av systemets utformning och konjunkturella faktorer.^{5 6}

Bedömningsstödet är primärt tänkt att kunna utgöra ett stöd för sjukskrivande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att bidra till en bättre sjukskrivningsprocess genom bland annat mer träffsäkra bedömningar av sjukskrivningars längd och omfattning, tidig identifiering av individer med risk för långa sjukskrivningar, mer jämlik och rättssäker bedömning och beslut inför eventuell sjukskrivning, och även förebyggande av sjukskrivning. Med andra ord ett system där människor i högre grad får ”rätt” sjukskrivning, det vill säga att en eventuell sjukskrivnings längd och omfattning är rimlig och relevant i förhållande till den nedsättning av arbetsförmåga som är grund till sjukskrivningen. Förbättringar i sjukskrivningsprocessen förväntas leda till snabbare återgång till arbete och att individen eventuellt kan stanna kvar i arbete på heltid eller deltid genom att få ”rätt insatser”, det vill säga effektiva metoder för rehabilitering och förbättring av arbetsförmågan.

I dagens sjukförsäkringssystem förekommer två typer av fel kopplade till sjukskrivning, vars omfattning man bör verka för att minska. Det ena felet brukar kallas för typ-1 fel, innebärande att människor som behöver vara sjukskrivna nekats ersättning och därför inte kan vara sjukskrivna. Typ-2 fel innebär att människor som har arbetsförmåga ändå beviljas sjukpenning och därför är sjukskrivna. Utöver dessa missförhållanden finns det förstås människor som borde vara sjukskrivna men som själva väljer att inte ansöka om sjukpenning. Det sistnämnda kan handla om attityder men kan även påverkas av ersättningsnivån i sjukförsäkringen. Eftersom det primära målet är att sjukskrivningarna ska bli så rätt som möjligt är det inte självklart att mindre sjukfrånvaro under en viss period alltid är bättre. Det kan till exempel vara så att vissa (kortare) sjukskrivningar är nödvändiga för att motverka senare längre sjukskrivningar. Långa sjukskrivningar har visat sig ge ökad risk för socialt utanförskap och för tidig död^{7 8 9}. Det bedöms dock som sannolikt att sjukfrånvaron bör minska jämfört med dagens nivå.

⁵ Försäkringskassan. *Analys av sjukfrånvarons variation – Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17

⁶ Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2016:2

⁷ Lindholm C, Ringbäck Weitof G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexandersson K. *Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män*. Delrapport 4 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin. ISBN 978-91-7457-382-4.

⁸ Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexandersson K. *Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män*. Delrapport 5 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin. ISBN 978-91-7457-383-4.

⁹ Melén D. 2008. Sjukskrivningssystemet – sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lunds universitet, sociologiska institutionen (Akademisk avhandling). ISBN 91-7267-254-4.

4 Syfte med kostnads- och nyttoanalysen

Syftet är att identifiera positiva och eventuella negativa kostnads- och nyttoeffekter av ett utvecklat, infört och tillämpat bedömningsstöd i hälso- och sjukvården. Nyttoanalysen har genomförts med två tidshorisonter, på kort sikt utifrån användandet av ett bedömningsstöd inom hälso- och sjukvården, och på längre sikt med nyttomål baserade på ett samhällsperspektiv.

Bedömningsstödet nyttor har tagits fram och utvärderats med hjälp av deltagare som representerar prioriterade målgrupper; läkare och rehabkoordinatorer, och har förankrats i referensgrupp och styrgrupp.

Nyttomålen och uppskattningar av effekterna av dessa har skett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Under analysen har en jämförelse mellan nyttor och kostnader gjorts för att bedöma den samhällsekonomiska lönsamheten av bedömningsstödet.

Utöver kostnads- och nyttoanalysen har även en kostnads-kalkyl tagits fram för utveckling, införande, drift och förvaltning av ett framtida bedömningsstöd. Se bilaga 1.

4.1 Omfattning och avgränsningar

Delprojektets utgångspunkter har varit att besvara följande frågeställningar;

- Hur ser effektkedjan ut för bedömningsstödet?
- Vilken hälsoekonomisk utvärderingsmetod har använts?
- Vilka är de identifierade nyttorna med ett bedömningsstöd och hur kan de värderas?
- Värdering på olika nivåer: för användare, verksamhet/vårdenhet och samhället.
- Slutsatser av den genomförda kostnads- och nyttoanalysen.
- Vilka är de identifierade kostnaderna för ett bedömningsstöds olika faser av utveckling, införande, drift och förvaltning?

5 Metod

5.1 Arbetets genomförande och förankring

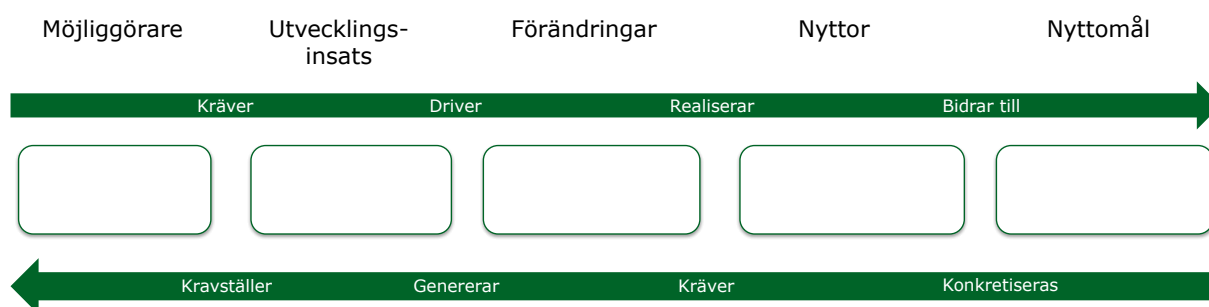
Under förstudiearbetet 2014-2015 togs en målbild fram, målgrupper identifierades samt deras behov, krav och önskemål på ett bedömningsstöd. Denna kostnads- och nyttoanalys bygger till stora delar på resultaten från dessa arbeten. Särskild vikt har lagts vid det tidigare omfattande arbetet med måldefiniering som hade en bred förankring genom en stor arbetsgrupp med representanter från olika målgrupper som hälso- och sjukvården, SKL, Försäkringskassan, Socialstyrelsen samt Läkarförbundet.

Under året har ytterligare nyttoaspekter tagits fram i samarbete med projektets verksamhetsutredning. Bland annat har verksamhetens behov och krav på funktionalitet kartlagts med hjälp av sakkunniga och användare i hälso- och sjukvården.

Delresultat från kostnads- och nyttoanalysen har stämts av med och förankrats i projektets referensgrupp och styrgrupp.

5.2 Beskrivning av effektkedjan

Effektkedjan är ett verktyg som används för att visa på kopplingen mellan verksamhetens mål och de aktiviteter som bedrivs för att utveckla verksamheten, se Figur 2 nedan.



Figur 2. Effektkedja

I effektkedjan är det tydligt hur förändringsinsatser omfattar både möjliggörare och införandeinsatser för att skapa den beteendeförändring som realiserar förväntade nyttor, vilka bidrar till verksamhetens måluppfyllelse.

Effektkedjan är indelad i fem steg; Möjliggörare, Utvecklingsinsats, Förändringar, Nyttor och Nyttomål. Stegen utvecklas vidare här nedan.

5.2.1 Möjliggörare (behov)

En möjliggörare är något som skapar förutsättningar för nyttorealisering. Ofta är en möjliggörare införandet av ett nytt IT-verktyg (i detta fall ett bedömningsstöd) men det kan också handla om till exempel ny kunskap, en ny arbetsmetod eller en omorganisation. Men nyttan uppkommer ofta inte direkt kopplat till införandet av möjliggöraren, ofta krävs ytterligare aktiviteter för att åstadkomma nödvändiga förändringar.

5.2.2 Utvecklingsinsatser

Utvecklingsinsatser handlar om att specificera och utveckla/leverera de möjliggörare som krävs för att nödvändiga förändringar ska kunna komma till stånd.

5.2.3 Förändringar

En verksamhetsförändring innebär att förbättra, öka, reducera eller sluta göra något befintligt, eller att göra någonting nytt. En verksamhetsförändring är ofta en förutsättning för att kunna realisera potentiella nyttor, det kan till exempel vara att ärenden hanteras effektivare med hjälp av ett nytt ärendehanteringssystem. Det är inte ovanligt att verksamhetsförändringar inte är budgeterade för, eller styrda i nödvändig omfattning.

5.2.4 Nyttor

En nytta har tidigare definierats som resultatet av en förändring som upplevs som positivt av dess intressenter. I exemplet med en ny process för ärendehantering kan potentiella nyttor

vara kortare ledtider för sökande med hjälp av en delvis automatiserad beredningsprocess, bättre kvalitet i beslutsunderlaget samt frigjord arbetstid. Nyttor används här för att beskriva effekter på kort sikt.

5.2.5 Nyttomål

Anger de effekter som satsningen ska bidra till. Nyttomål används här för att beskriva effekter på medel- och lång sikt.

5.3 Beskrivning av nyttoprocess

Nyttoprocessen är en metod för att på ett överskådligt sätt visa de nyttor som lösningen bidrar till. Nyttorna beskrivs som en process av nyttor som är kopplade till varandra med en start och ett slut. Att nyttorna uppstår på ett sekventiellt sätt eller i den beskrivna ordningen är inte säkert och inte det som är väsentligt med modellen.

5.4 Hälsoekonomi

Hälsoekonomi är ett område inom nationalekonomi, inom vilket man analyserar hälsa och sjukvård med hjälp av vanligt förekommande ekonomisk teori och empiri, eller med metoder specifikt utvecklade för området.

5.5 Samhällsekonomiska analyser

Har traditionellt använts för att analysera om gemensamt finansierade (via skatter) investeringar är lönsamma för samhället, det vill säga om en investering kan förväntas öka eller minska samhällets välfärd. Eftersom denna typ av analyser ofta omfattar såväl olika delar av samhället som ett långt tidsperspektiv så innehåller analyserna generellt många antaganden med avseende på kausala samband och olika aspekters utveckling över tiden. Resultat av samhällsekonomiska analyser bör således ses som fingervisningar snarare än som definitiva svar. Samhällsekonomiska analyser har ändå använts frekvent särskilt inom vissa samhällssektorer såsom investeringar inom infrastruktur av olika slag.¹⁰

5.5.1 Skillnad mellan kostnads-intäktsanalys och kostnads-effektanalys

En samhällsekonomisk analys kan utföras som antingen:

- kostnads-intäktsanalys (cost-benefit analysis, CBA)^{11 12}, eller som
- kostnads-effektanalys (cost-effectiveness analysis, CEA)^{13 14 15}.

¹⁰ Exempelvis Trafikverket, se <http://www.trafikverket.se/for-dig-i-branschen/Planera-och-utreda/Planerings--och-analysmetoder/Samhallsekonomisk-analys-och-trafikanalys/Analysmetod-for-samhallsekonomisk-effektivitet/>

¹¹ Boardman AE, Greenberg DH, Vining AR, Weiner DL. 2006. *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, 3rd edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

¹² Mishan EJ, Quah E. 2007. *Cost-Benefit Analysis*, 5th edition, Routledge, New York.

¹³ Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. 2015. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 4th edition, Oxford University Press, Oxford.

¹⁴ Garber AM, Phelps CE. Economic foundations of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 1997;16(1):1-31.

I en CBA mäts och uttrycks samtliga såväl kostnader som konsekvenser i monetära termer. Tolkningen av resultatet av en CBA är att om intäkterna är större än kostnaderna så är den analyserade investeringen samhällsekonomiskt lönsam och bör genomföras, annars inte. Detta bygger på att analysen är fullständig, det vill säga att alla kostnader och konsekvenser inkluderats. En fullständig CBA är i praktiken närmast omöjlig varför resultatet bör tolkas med förnuft och viss försiktighet.

I en CEA uttrycks kostnader i monetära termer och konsekvenser i termer av något önskvärt effektmått, vilket kan innebära svårigheter att göra jämförelser mellan olika typer av verksamheter.

I till exempel en hälsoekonomisk utvärdering med samhällsperspektiv används företrädesvis kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life years, QALYs) som effektmått i kostnads-effekt analyser där resultatet presenteras som en inkrementell kostnads-effekt kvot (kostnad per QALY) för en behandlingsstrategi jämfört med en annan. QALY är en sammanvägning av kvantitet (tid) och kvalitet (nytta, livskvalitet) av liv, så människors livskvalitet är av stor betydelse i hälsoekonomiska utvärderingar.

5.5.2 Analysmetod för bedömningsstödet

Det bedömningsstöd som utretts av SRS-projektet har potentiellt konsekvenser för flera olika delar av samhället, varför det i utgångsläget känns mest relevant med en bredare ansats och därmed tillämpning av CBA. Ett problem med CBA är att vissa konsekvenser (exempelvis livskvalitet) är svåra att värdera i monetära termer och man kan få nöja sig med att konstatera eventuella positiva konsekvenser på dessa variabler.

I en samhällsekonomisk analys med grund i välfärdsekonomisk teori består kostnader för och intäkter av en åtgärd/investering av all förändring i resursförbrukning som denna ger upphov till. Kostnader är alltså ökat behov av vissa resurser och intäkter är minskat behov av vissa resurser. Resurser ska alltid värderas enligt en alternativkostnadsansats, vilket innebär att värdet av en resurs är detsamma som resursens värde i dess bästa alternativa användning.

Om bedömningsstödet leder till en bättre sjukskrivningsprocess så antas kostnaderna i denna analys huvudsakligen bestå av kostnader för utveckling, införande samt drift och förvaltning av bedömningsstödet. Intäkterna består av de positiva konsekvenser som en effektivare sjukskrivningsprocess antas leda till på olika områden.

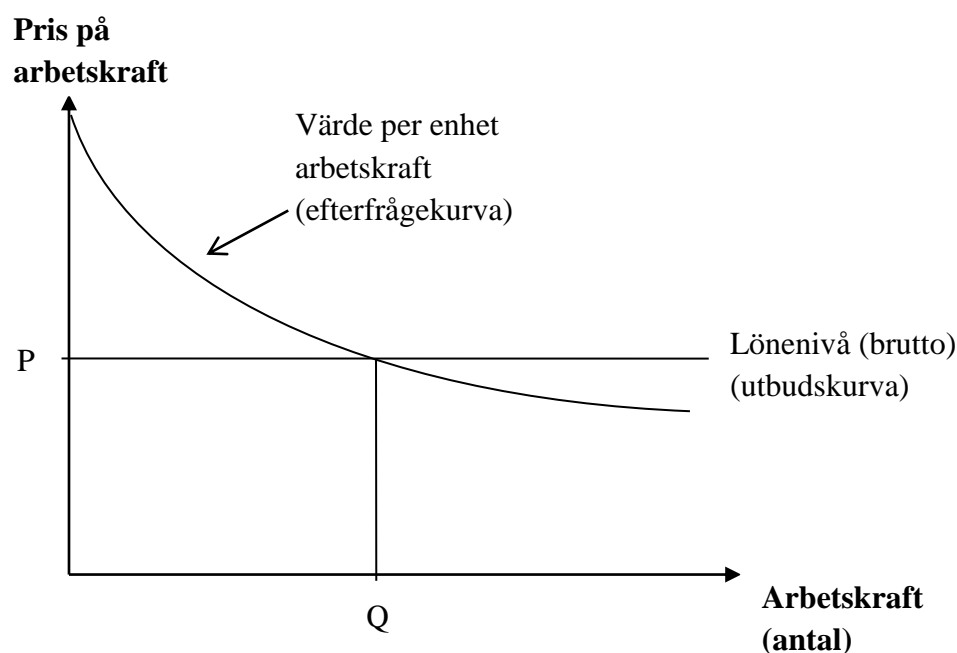
5.5.3 Värdering av produktion

Produktionsförluster i samhället uppstår när människor i arbetsför ålder inte arbetar och är således tämligen centralt vid studier av arbetsmarknad och sjukskrivningar. Att människor inte arbetar beror ofta på att de av hälsoskäl inte kan arbeta och istället har sjukpenning- eller sjuk- och aktivitetsersättning. Det kan även bero på arbetslöshet, marginalisering och en mängd andra orsaker. Produktionsförluster till följd av ohälsa och låg arbetsförmåga, eller

¹⁵ Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR. Recommendations for reporting cost-effectiveness analyses. *JAMA*, 1996;276(16):1339-41.

produktionsvinster till följd av minskad ohälsa och ökad arbetsförmåga, värderas traditionellt i samhällsekonomiska analyser i enlighet med humankapitalmetoden.

Humankapitalmetoden bygger på teoretiska antaganden om perfekt fungerande marknader, fri rörlighet på arbetsmarknaden och full sysselsättning. Värderingen baseras på antagandet att konkurrensen gör att lönenivån för en viss typ av arbetskraft är lika för alla (P = utbudskurvan i Figur 3). Marginalnyttan av att anställa arbetskraft är avtagande så att för varje ny anställd är det värde som denne tillför företagets produktion något mindre än värdet av föregående anställd.



Figur 3. Utbud och efterfrågan på arbetsmarknaden.

Vinstmaximerande företag kommer då att anställa arbetskraft (enligt efterfrågekurvan i Figur 3) tills kostnaden för den sist anställda är lika med värdet av dennes arbetsinsats/produktion, dvs vid antalet Q i Figur 3. Företagets kostnad för en anställd (bruttolön + sociala avgifter = P i Figur 3) motsvarar därför värdet av vad den sist anställda producerar, och detta används som en värdering av produktionsförlusten då en person på grund av sjukdom är frånvarande från arbetet. Produktionsförlustens storlek gäller bara på marginalen, och man antar att andelen frånvarande på ett företag normalt är så pass liten att denna förenkling är godtagbar.

Ovanstående resonemang gäller ett samhällsperspektiv. Från individens perspektiv uppstår vid sjukskrivning inkomstbortfall och från arbetsgivares perspektiv uppstår åtminstone vid längre sjukskrivningar ökade kostnader relaterade till exempelvis vikarier, administration och förlorad kompetens.

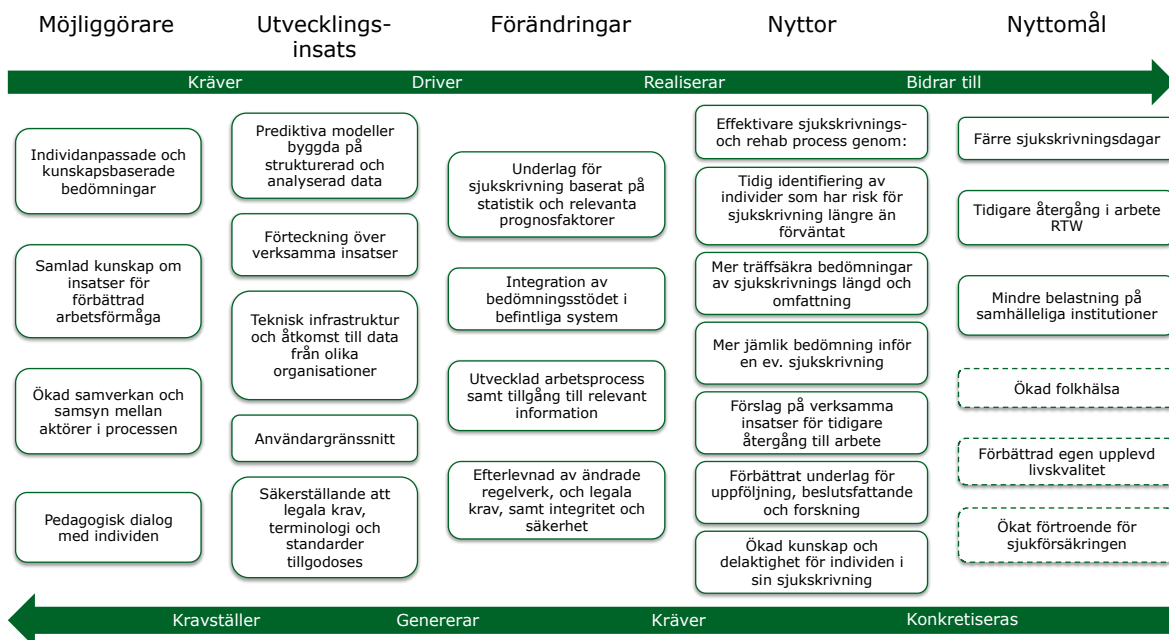
6 Resultat och slutsatser

Det är inte självklart på kort och medellång sikt vilka konsekvenser bedömningsstödet kommer att få på sjukfrånvarons nivå och på omfattningen av tidiga insatser. Det är troligt att sjukfrånvaron minskar något och att omfattningen av tidiga insatser ökar något. Förändringar på sjukfrånvaron och tidiga insatser är, på kort och medellång sikt, konsekvenser av det som tidigare i texten kallats för ”mer träffsäkra bedömningar”.

De aspekter som nämns under rubriken på lång sikt är ett försök att aggregera de mer specificerade posterna på medellång sikt för att förtydliga vilka övergripande samhälleliga konsekvenser som kan förväntas på lång sikt. Allt hänger ihop och de mer specificerade konsekvenserna på kort och medellång sikt är förutsättningar för att uppnå de övergripande konsekvenserna på lång sikt.

Det som hela arbetet med en effektivisering av sjukskrivningsprocessen slutligen och förhoppningsvis mynnar ut i är en ökad folkhälsa och en för samhället högre produktivitet. Att människor blir sjukskrivna vid rätt tillfällen och att de vid dessa tillfällen får rätt åtgärder antas innebära förbättrad såväl hälsa som arbetsförmåga, så att produktiviteten under arbetade timmar förbättras. Kombinationen av högre produktivitet och fler arbetade timmar utgör en ökning av samhällets samlade produktion. Detta kapitel kan ses som ett försök att skissa en konsekvenskedja som med stor sannolikhet leder fram till dessa övergripande mål.

6.1 Bedömningsstödet effektkedja



Figur 4 Effektkedjan för bedömningsstödet.

6.2 Möjliggörare och förväntade nyttor

Nedan beskrivs bedömningsstödet möjliggörare, det vill säga identifierade behov inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Möjliggörare beskrivs tillsammans med de

nyttor som bedömningsstödet förväntas bidra till, för att tydliggöra hur behoven är tänkta att tillgodoses.

Aktuell forskning visar att långvariga sjukskrivningar kan medföra allvarliga risker som kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer för den som blir sjukskriven. Karolinska Institutets forskargrupp *Sjukfrånvaro, hälsa och livsvillkor*¹⁶ har visat att det finns risk för att individer drabbas av depression, försämrade arbetsmöjligheter, försämrad ekonomi och försämrade relationer vid långvariga sjukskrivningar. Det är därför viktigt att varje bedömning av sjukskrivning är rätt, så att individen får en optimal sjukskrivning både gällande längd och omfattning utifrån sitt specifika behov.

6.2.1 Individanpassade och kunskapsbaserade bedömningar av sjukskrivning

Användare i hälso- och sjukvården har behov av att kunna göra en mer individbaserad bedömning av en patients sjukskrivning, så att längd och omfattning i högre grad anpassas efter individens specifika förutsättningar och behov. En tidig och mer träffsäker bedömning gör det möjligt att undvika att en individ riskerar att fastna i en sjukskrivning som blir längre än nödvändigt.

När en läkare idag ska avgöra om en person behöver sjukskrivas grundar hen ofta sitt beslut på en dialog med patienten, en medicinsk bedömning, sin egen kunskap och erfarenhet från det försäkringsmedicinska området samt de vägledningar som finns inom området, till exempel Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB). Bedömningar av sjukskrivningsärenden kan därför variera stort mellan olika läkare.

Bedömningsstödet ger läkaren möjlighet att få tillgång samlad information om statistik om utfall av tidigare sjukskrivningar och om andra prognosfaktorer som påverkar individens risk för lång sjukskrivning. Under förstudien 2015 genomfördes två olika studier som bägge visar på goda möjligheter att utläsa mönster i genomgång av statistik och därmed kunna predicera sjukskrivningslängd och identifiera individer med behov av specifika eller samordnade insatser.

Det innebär att det finns goda möjligheter att på mer detaljerad nivå identifiera personer med risk för sjukskrivning som blir lång eller längre än förväntat utifrån det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer. I förlängningen underlättar detta också att kunna ta ställning till behovet av eventuella insatser och vilken eller vilka som är bäst lämpade för varje enskild persons situation.

6.2.2 Samlad kunskap om insatser för förbättrad arbetsförmåga

¹⁶ <http://ki.se/cns/kristina-alexandersons-forskargrupp-shol>

I 2015-års socialförsäkringsutredning¹⁷ framkom att alltför många sjukfall blir långvariga utan att tillräckliga utredningar och insatser har genomförts och att det saknas samlad kunskap om vilka insatser som görs och vilka effekter de ger. Något som gör att ingen aktör kan följa upp hur olika insatser påverkar sjukskrivningens omfattning, arbetsförmåga och återgång i arbete.

Om insatserna dokumenterades strukturerat skulle ett bedömningsstöd över tid kunna inhämta, analysera och presentera information om insatsers olika effekter, eventuellt i form av rekommendationer. Det gör att läkaren då kan rekommendera rätt insats, i rätt omfattning och vid rätt tidpunkt i det enskilda fallet, kanske redan innan en sjukskrivning blir aktuell, och på så sätt förkorta eller i vissa fall helt undvika en sjukskrivning. Ytterligare nytta är att denna kunskap även kan bidra till att skapa en samsyn mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen.

6.2.3 Ökad samverkan och samsyn

Det finns ett behov av en ökad samverkan och samsyn mellan olika aktörer som exempelvis hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling och individen själv. Ett problem med dagens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är att många aktörer är inblandade utan att dela information med varandra på något enkelt sätt. Detta leder ofta till missförstånd och onödig väntetid och individen som är sjukskriven tvingas bli informationsbärare mellan aktörerna.

Samtliga intervjuade användare under projektets förstudie betonade vikten av ett gemensamt bedömningsunderlag för både Försäkringskassan och för hälso- och sjukvården, för att underlätta dialog och samverkan för individens bästa. I förstudiens litteraturoversikt om prognosfaktorer som påverkar sjukfrånvarons omfattning framkom att en viktig faktor är vårdpersonalens och handläggarnas kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. En viktig slutsats är därför att det finns ett behov av ökad samsyn och samverkan mellan aktörerna och med individen för att ytterligare förbättra både sjukskrivningen och sjukskrivningsprocessen.

6.2.4 Pedagogiskt stöd i dialogen med individen

Användarintervjuer med personal inom hälso- och sjukvården visar på ett behov av ett bättre stöd i dialogen med individen för att kunna involvera individen själv i en dialog om ett eventuellt sjukskrivningsbehov och dess omfattning. De senaste årens e-hälsoutveckling har lett till att individen fått ökade möjligheter att ta aktiv del i sin egen vård och behandling, men sjukskrivningsprocessen uppfattas fortfarande som svårbegriplig av den som blir sjukskriven.

Individens delaktighet är i linje dels med Patientlagen¹⁸ som ställer krav på att patienter ska kunna förstå sina alternativ och vara delaktiga i sin vård, dels med den nya nationella visionen för e-hälsa som belyser både individens delaktighet och verksamheternas behov.

¹⁷ [Slutbetänkande Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21](#)

¹⁸ https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Bedömningsstödet kommer att vara ett pedagogiskt stöd i dialogen med individen för att öka kunskapen om möjligheter och risker med sjukskrivning och på så sätt göra individen mer delaktig i sin egen sjukskrivning.

6.3 Utvecklingsinsatser

För att kunna realisera möjliggörarna enligt modellen krävs utveckling av en stödjande systemlösning för bedömningsstödet. Kostnadskalkylen som bifogas rapporten bygger på den utveckling som beskrivs i detta kapitel samt de förändringsinsatser som beskrivs i kapitel 6.4

Det bedömningsstöd som utretts består av:

- prediktiva modeller byggda på strukturerad och analyserad data
- förteckning över verksamma insatser
- kunskapsdatabas som bland annat skapar och uppdaterar prediktiva modeller
- operativ SRS-tjänst som tar emot frågor, använder prediktiva modeller, sammanställer och lämnar ut svar
- teknisk infrastruktur och åtkomst till data från olika organisationer både för utvecklings- och kvalitetssäkringsdatabasen och för SRS-tjänsten
- tekniskt gränssnitt som kan användas av konsumentsystem för att ställa frågor och få svar.

För att bedömningsstödet ska kunna verka fullt ut behöver även legala krav, terminologi och standarder tillgodoses.

Mer om arkitektur och integration finns att läsa i förstudiens [bilaga 9 Övergripande arkitektur och informationskällor](#).

Mer om insatser finns att läsa om i rapportbilaga 7 SRS Insatsförteckning 2016.

6.4 Förändringar

För att bedömningsstödet ska fungera fullt ut och få effekt krävs även förändringar i verksamheten hos användarna i form av:

- ett infört system som används i verksamheten
- tillgång till bedömningsstödet underlag i befintliga system
- utvecklad arbetsprocess och tillgång till relevant information
- efterlevnad av ändrade regelverk, och legala krav, samt integritet och säkerhet.

För att införande av bedömningsstödet ska lyckas, förändringarna ska få effekt och leda till nyttor behövs arbete med förändringsledning och utbildning.

Bedömningsstödet kommer att behöva en genomtänkt organisation för bl.a. utveckling och förvaltning, främst av juridiska, men också av IT-strategiska skäl.

Bedömningsstödet förväntas också stödja samverkan över organisatoriska och myndighetsgränser. Detta kommer innebära nya arbetssätt som kan leda till förändringar som bör understödjas.

Ett bedömningsstöd för sjukskrivning kommer att innehålla bland annat känsliga personuppgifter om individers hälsa, exempelvis uppgift om diagnos. Hanteringen av dessa uppgifter måste följa gällande rätt.

Mer om legala krav finns att läsa i rapportbilaga 2 SRS Juridiska förutsättningar 2016.

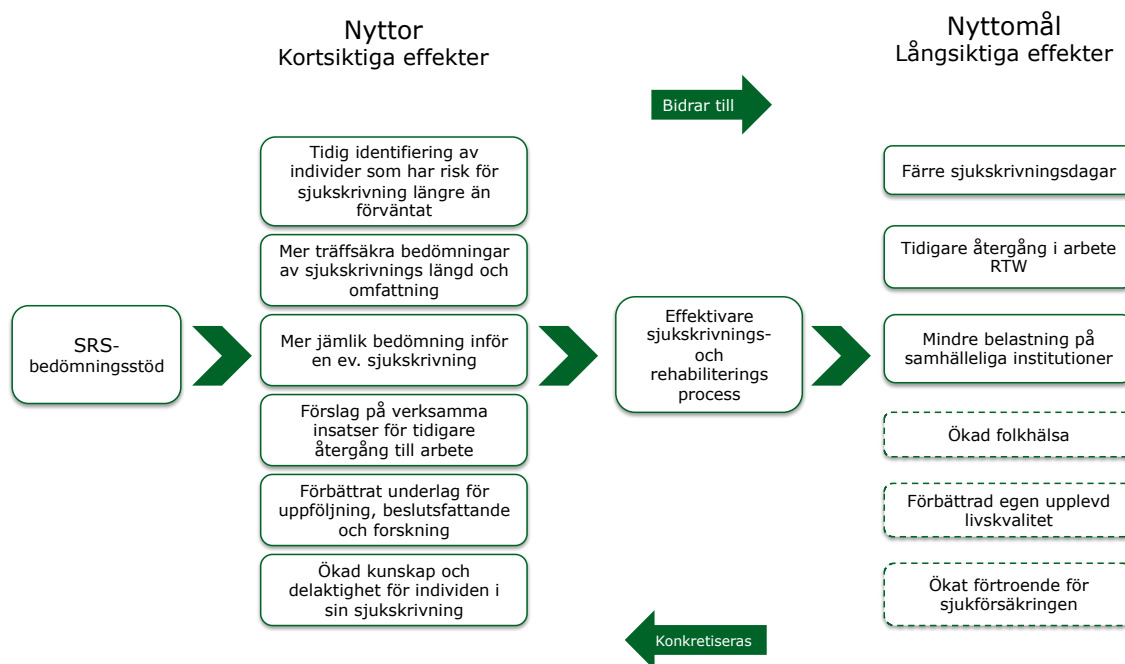
6.5 Nyttor - effekter på kort sikt

Nyttor delas här in i direkta nyttor som uppstår i sjukskrivningsprocessen och nyttor per aktörer som är verksamma i processen, här läkare, individen, handläggare och Rehabkoordinatorer.

För att få en tydlig koppling av vilka nyttor som möjliggörarna leder till redovisas de tillsammans i kapitel 6.2 Möjliggörare och förväntade nyttor. På samma sätt kopplas nyttor och nyttomål i kapitel 6.6 Nyttor -> Nyttomål - effekter på lång sikt.

6.6 Nyttor -> Nyttomål - effekter på lång sikt

Det som är intressant att belysa här är vilka faktorer av betydelse för sjukskrivningsmönstret som kan förväntas påverkas av bedömningsstödet, som är en del av ett större arbete med att försöka förbättra sjukskrivningsprocessen. Av särskilt intresse är vilka långsiktiga konsekvenser för samhället och dess invånare som kan förväntas till följd av ett eventuellt förändrat sjukskrivningsmönster. Figur 5 nedan beskriver förväntade/önskade effekter på kort och lång sikt.



Figur 5 Förväntade effekter av bedömningsstödet på kort och lång sikt

6.6.1 Färre sjukskrivningsdagar och tidigare återgång i arbetet (ökad produktivitet)

Genom att rätt insatser sätts in i rätt tid (och av rätt aktör/-er) främjas individens arbetsförmåga och en eventuell sjukskrivning kan förebyggas eller förkortas och individen kommer snabbare tillbaka i arbete. Tidigare återgång till arbete och förebyggande av sjukskrivning eller deltidssjukskrivning ger per definition färre dagar av sjukfrånvaro, vilket gynnar produktionen. Ökad arbetsförmåga kan dessutom antas ge en högre produktivitet när människor är på sin arbetsplats, det vill säga att den så kallade sjuknärvaron minskar. I detta sammanhang är det viktigt att komma ihåg att det finns en balans mellan sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Personer med nedsatt arbetsförmåga behöver ibland vara borta från arbetet, vilket ökar sjukfrånvaron och minskar sjuknärvaron. Att personer är sjukskrivna när de behöver vara det kan förväntas främja den långsiktiga produktiviteten. En minskning av totalen av sjukfrånvaro och sjuknärvaro förväntas innebära stora besparingar för samhället. För beräkning av produktivitetsvinster, se ovanstående avsnitt om värdering av produktion.

6.6.2 Minskad belastning på hälso- och sjukvården

En av de stora poängerna med ett bedömningsstöd är att ge sjukskrivande läkare och personal i hälso- och sjukvården stöd för att kunna göra mer träffsäkra och jämlika bedömningar av en individs behov av eventuell sjukskrivning och insatser, för att främja arbetsförmågan och återgången i arbete. Tid kan sparas för läkarna och hälso- och sjukvården då patienten tidigare kan återgå i arbete och inte behöver belasta sjukvården på samma sätt som om de var kvar i en sjukskrivning. Dessutom innebär tydligare bedömningsunderlag att dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan förbättras och behovet av komplettering minskar, vilket också sparar tid.

Förutom den ovan beskrivna förenklingen av sjukskrivningsförfarandet kan en effektivare sjukskrivningsprocess förväntas leda till bättre genomsnittlig hälsa i befolkningen, eftersom fler människor får adekvat hjälp i rätt tid. Detta bör i sin tur leda till totalt sett färre läkarbesök vilket minskar belastningen på hälso- och sjukvården. Det är svårt att i detta skede uppskatta hur mycket tid som kan sparas, men att detta är en faktor som genom bedömningsstödet påverkas positivt torde stå klart.

6.6.3 Minskad belastning på Försäkringskassan

Försäkringskassan har under senare år varit överbelastad och man har haft svårt att på ett bra sätt hinna med alla de ärenden som man haft på sitt bord¹⁹ ²⁰. Tydligare bedömningar vid sjukskrivningar minskar kravet på kompletteringar av läkarintyget och effektiviserar därmed

¹⁹ Lördagsintervju i P1 med Ann-Marie Begler 14 maj 2016.

<http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/718212?programid=3071>

²⁰ Exempel på artiklar som berört ämnet:

"Försäkringskassan hinner inte med sitt jobb", <http://8sidor.se/inrikes/2015/03/forsakringskassan-hinner-inte-med-sitt-jobb/>

"Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet?" En granskningsrapport från Riksrevisionen, RIR 2015:7.

"Försäkringskassan begärde mer", Publikt, 2015-09-21.

"Jag har inte tid att göra mitt jobb". Dagens Arena 2013-06-25.

processen för Försäkringskassans handläggare och möjliggör också mer korrekta beslut och förslag till åtgärder.

6.6.4 Ökad folkhälsa

Med folkhälsa avses här parametrar med vilka befolkningens hälsa i stora drag beskrivs. Dessa utgörs i huvudsak av genomsnittlig livslängd i befolkningen samt olika mått på sjuklighet, utifrån till exempel befolkningsundersökningar och sjukskrivningstal. Att använda sjukskrivningstal som en indikator för hälsan i befolkningen är dock problematiskt eftersom mängden sjukskrivningar visat sig till stor del bero på strukturella faktorer.

Det är rimligt att förvänta sig att en effektiv sjukskrivningsprocess har positiv inverkan på folkhälsan. Detta genom att människor får den hjälp de behöver när de behöver den vilket främjar människors hälsa/livskvalitet genom att förebygga ohälsa och onödiga sjukskrivningar. Detta kan förväntas leda till att färre människor hamnar i långvariga sjukskrivningar och eventuellt ett permanent utanförskap från arbetsmarknaden.²¹

6.6.5 Förbättrad egenupplevd livskvalitet

Av central betydelse för att kunna hävda att vi har ett välmående samhälle är att dess medborgare faktiskt själva upplever att de har ett bra liv, en god livskvalitet. Det är uppenbart att den genomsnittliga livskvaliteten i befolkningen borde gynnas av att fler människor har en bra balans i sitt arbetsliv, att fler får rätt hjälp i rätt tid, att färre människor hamnar i långvariga sjukskrivningar och eventuellt utanför arbetsmarknaden. Att mäta människors egenupplevda livskvalitet innebär dock att människor faktiskt måste tillfrågas om just detta, vilket kan vara resurskrävande om ett stort antal människor ska tillfrågas.

6.6.6 Ökat förtroende för sjukförsäkringen

Förtroendet för sjukförsäkringen kan förväntas öka om bedömningar och beslut blir mer jämlika, rättssäkra och transparenta. Befolkningens förtroende för samhällsliga institutioner och regelverk är av stor vikt, för att regler ska efterföljas men även för människors allmänna välmående. Aspekter som denna är dock svåra att tillmäta något ”värde” som kan inkluderas i en samhällsekonomisk kalkyl.

²¹ Melén D. 2008. Sjukskrivningssystemet – sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lunds universitet, sociologiska institutionen (Akademisk avhandling). ISBN 91-7267-254-4.

7 Analys av nyttor, effekter och kostnader

7.1 Identifierade potentiella intäkter på lång sikt

Det allra viktigaste ur ett samhällligt perspektiv är vad bedömningsstödet, som är en pusselbit för att skapa en effektivare sjukskrivningsprocess, ger för konsekvenser på lång sikt för olika delar av samhället. Flera av de ovan beskrivna antagna effekterna på kort och medellång sikt följer med även på längre sikt. Detta gäller sådana aspekter som tidigare återgång till arbete och därmed färre dagar av sjukfrånvaro, minskad belastning på hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, ökat förtroende för sjukförsäkringen, ökad folkhälsa och bättre egenupplevd livskvalitet. Dessa långsiktiga positiva effekter leder potentiellt till att färre människor till följd av (onödigt) långa sjukskrivningar riskerar mista sitt jobb och hamna utanför arbetsmarknaden, som i sin tur leder till försämrad ekonomi, risk för socialt utanförskap, etc.

Tanken är att en effektivare sjukskrivningsprocess främjar människors hälsa och livskvalitet, genom att människor i behov får adekvat hjälp i rätt tid. Förbättrad hälsa och livskvalitet antas innebära generellt bättre arbetsförmåga och därmed att omfattningen av (onödigt) långa sjukskrivningar kan minskas. Eftersom långa sjukskrivningar innebär en förhöjd risk att hamna i permanent inaktivitet, antingen genom förlängd sjukskrivning alternativt aktivitetsersättning eller genom arbetslöshet, så innebär färre långa sjukskrivningar också att färre människor riskerar hamna utanför arbetsmarknaden. Att hamna i den typ av utanförskap som avses här, att inte ha möjlighet att bidra till samhället och sin egen försörjning, ökar risken för diverse oönskade utfall såsom psykisk ohälsa, somatisk ohälsa, missbruk/kriminalitet, bidragsberoende, etc.^{22 23} Samtliga dessa utfall är negativa för drabbade personers hälsa och livskvalitet, varför det är mycket viktigt att så långt som möjligt skapa förutsättningar för att inkludera människor i meningen att de kan delta på arbetsmarknaden efter bästa förmåga. Detta leder till ett samhälle med större delaktighet, bättre folkhälsa och högre produktivitet.

7.2 Kostnader för socialt utanförskap

Det är sedan länge känt, och rapporterat i litteraturen att arbetslöshet är kopplat till dålig såväl fysisk som psykisk hälsa.^{24 25 26} Det har dock diskuterats huruvida det är arbetslösheten som orsakar dålig hälsa eller om det är den dåliga hälsan som gör att människor inte får

²² Nilsson I. *Är du lönsam lille vän? En socioekonomisk analys av unga, skolmisslyckanden och arbetsmarknaden*. Ingvar Nilsson/SEE, 2011-06-25.

²³ Nilsson I & Wadeskog A. *Handbok i beräkning av sociala investeringar*. Idéer för livet, Skandia.

²⁴ Jackson PR, Warr PB. Unemployment and psychological ill health: the moderating role of duration and age. *Psychological Medicine*, 1984;14:605-614.

²⁵ Kessler RC, Turner JB, House JS. Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying, and mediating effects. *Journal of Social Issues*, 1988;44(4):69-85.

²⁶ Lahelma E. Unemployment, re-employment and mental well-being: a survey of industrial job-seekers in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1989; Supplementum 43.

anställning.²⁷ Även om kausaliteter i båda riktningar förekommer tycks det vara ett faktum att arbetslöshet faktiskt ger sämre hälsa, mycket på grund av den stress som följer av ekonomisk utsatthet.²⁸ Samma negativa konsekvenser finns kopplade till längre sjukskrivningar.

Konsekvenser av vad som här kallas socialt utanförskap har studerats tidigare. Dessa studier har ofta handlat om att förebygga att unga människor hamnar utanför arbetsmarknaden, genom insatser i skolan etc. Exempelvis har Nilsson²⁹ och Nilsson & Wadeskog³⁰ uppskattat kostnader för att unga inte etablerar sig på arbetsmarknaden, både generellt och för typfall. Skattningarna är visserligen summariska men det är uppenbart att varje individ som hamnar utanför arbetsmarknaden kostar mycket för samhället. Nilsson³¹ anger att knappt 12 % av ungdomarna i varje årskull i Sverige några år efter avslutat gymnasium varken arbetar eller studerar. Var och en av dessa anges kosta samhället 10-15 miljoner kronor under sitt vuxna liv (21-65 år) om de inte tar sig in på arbetsmarknaden. Kostnaderna är högre för personer med komplicerade livssituationer, innehållande sådant såsom psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet. Utifrån dessa skattningar är det rimligt att kostnaden per person och år utanför arbetsmarknaden uppgår till åtminstone 300 000 kronor. Den största delen av denna kostnad utgörs av produktionsförluster, och för personer med tilläggsproblematik tillkommer kostnader för till exempel hälso- och sjukvård, rättsväsende och kommunala insatser.

²⁷ Mastekaasa A. Unemployment and health: selection effects. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1996;6:189-205.

²⁸ Tøge AG. Health effects of unemployment in Europe (2008-2011): a longitudinal analysis of income and financial strain as mediating factors. *International Journal for Equity in Health*, 2016;15:75-86.

²⁹ Nilsson I. *Är du lönsam lille vän? En socioekonomisk analys av unga, skolmisslyckanden och arbetsmarknaden*. Ingvar Nilsson/SEE, 2011-06-25.

³⁰ Nilsson I & Wadeskog A. *Handbok i beräkning av sociala investeringar*. Idéer för livet, Skandia.

³¹ Nilsson I. *Är du lönsam lille vän? En socioekonomisk analys av unga, skolmisslyckanden och arbetsmarknaden*. Ingvar Nilsson/SEE, 2011-06-25.

7.3 Ingående variabler i samhällsekonomisk uppföljning

I tabell 1 nedan framgår de aspekter som identifierats som potentiella/troliga konsekvenser av ett införande av bedömningsstödet och som därför är viktiga att följa upp efter bedömningsstödet införande. De flesta faktorer bör kunna värderas i konkreta kostnader. De ”mjukare” variabler för vilka detta sannolikt blir svårt anges inom parentes.

<i>På kort sikt</i>	<i>På medellång sikt</i>	<i>På lång sikt</i>
+	+	+
Tidig identifiering av individer med risk för lång sjukskrivning	Tidig identifiering av individer med risk för lång sjukskrivning	(Förbättrad hälsa)
Tidiga insatser som främjar återgång i arbete	Tidiga insatser som främjar återgång i arbete	(Förbättrad livskvalitet)
Mindre omfattning (antal/längd) av sjukskrivningar	Mindre omfattning (antal/längd) av sjukskrivningar	(Ökat förtroende)
Tidsbesparing, läkare	Tidsbesparing, läkare	(Ökat deltagande)
Mer ”rätt” utifrån individen (minskat lidande)	Mer ”rätt” utifrån individen (minskat lidande)	Mindre total sjukskrivning
Mer jämlik – utifrån diagnos, kön, ålder, geografi mm	Mer jämlik – utifrån diagnos, kön, ålder, geografi mm	Färre i utanförskap
	Minskad belastning på HoS/FK	Ökad folkhälsa
		Högre produktivitet
-	-	-
Utvecklingskostnader bedömningsstöd	Tidiga insatser (?)	
Tidiga insatser (?)	Omfattning av sjukskrivningar (?)	
Omfattning av sjukskrivningar (?)		

Tabell 1 Variabler för en framtida samhällsekonomisk utvärdering av bedömningsstödet och andra initiativ som kan förbättra sjukskrivningsprocessen.

På kort och medellång sikt ligger fokus på mer direkta konsekvenser för individer, arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Att variablerna ”Tidiga insatser” och ”Omfattning av sjukskrivningar” följs av (?) syftar till att markera att det på kort och medellång sikt är osäkert åt vilka håll dessa kommer att gå. På kort sikt är det mycket möjligt att tidiga insatser kommer att öka till följd av en effektivare sjukskrivningsprocess, och detsamma skulle kunna vara fallet även gällande omfattning av sjukskrivningar. På medellång sikt bedöms det som rimligt att i alla fall sjukskrivningarnas omfattning kommer att minska. Konsekvenserna på lång sikt är av mer övergripande karaktär på samhällsnivå. Dessa konsekvenser kommer, om man lyckas effektivisera sjukskrivningsprocessen, att vara fullt synliga först efter ett antal år.

7.4 Långsiktiga konsekvenser

Det finns en mängd troliga och tänkbara konsekvenser på kort respektive lång sikt av en effektiv sjukskrivningsprocess. I detta kapitel ligger fokus på långsiktiga konsekvenser för samhället i stort.

Vissa troliga och viktiga konsekvenser såsom ökad folkhälsa, förbättrad livskvalitet och ökat förtroende för sjukförsäkringen har inte samma tydliga direkta kostnadskonsekvenser, även om de indirekt och på längre sikt har tydliga samhällsekonomiska implikationer.

Den effektkedja som är av intresse är:

Förbättringar på kort sikt (förbättring av sjukskrivningsprocessen) → Fler som kan delta aktivt på arbetsmarknaden → Vinster för samhället på längre sikt (ökad folkhälsa, högre produktivitet).

Eftersom vi i dagsläget inte vet hur bedömningsstödet kommer att fungera och vilka förbättringar detta eventuellt ger upphov till kan vi bara resonera kring effektivitetsförbättringar i sjukskrivningsprocessen samt vad dessa kan tänkas ge på längre sikt. En bättre sjukskrivningsprocess kan förväntas innebära högre produktivitet vid arbete och en större närvaro på arbetet. Detta minskar behovet av vikarier, nyintroduktioner och andra kortsiktiga lösningar vilket förstås innebära besparingar för arbetsgivare.

Att belägga vinster på kort och lång sikt kräver en utvärdering av relevanta variabler (några år) efter att det nya bedömningsstödet införts och tagits i bruk. Vad vi vet är att sjukskrivningar, särskilt (onödigt) långa sådana med eventuell exkludering från arbetsmarknaden som följd, innebär ett stort resursslöseri för samhället. Det har uppskattats att sjukskrivningarna (sjukersättningar + kostnad för Försäkringskassan) kostar det svenska samhället uppemot 90 miljarder kronor per år.³² Om detta stämmer skulle varje procent som vi kan minska sjukfrånvaron kunna innebära en samhällelig resursbesparing på närmare 1 miljard kronor per år. Detta inkluderar såväl långa som korta sjukskrivningar.

Varje person som långvarigt står utanför arbetsmarknaden har (mycket summariskt) antagits innebära en resursförlust för samhället motsvarande 300 000 kronor per år. För varje 1000-tal människor som på sikt kan räddas undan ett sådant utanförskap skulle samhället spara 300 miljoner kronor per år. Om vi efter hand lyckas inkludera ytterligare 10 000 människor på arbetsmarknaden skulle detta spara samhället cirka 3 miljarder kronor per år.

Att bara addera de två summorna ovan (1 miljard + 300 miljoner/3 miljarder) skulle kunna innebära viss dubbelräkning eftersom en delmängd av de sjukskrivna personerna ingår i båda beräkningarna. Dock ger beräkningarna en indikation av storleksordningen på potentiella besparingar av att effektivisera sjukskrivningsprocessen.

³² Detta är inte vad som normalt motsvarar en samhällsekonomisk kostnad, som bör utgå från kostnad i termer av förlorad produktion, eftersom utbetalade sjukersättningar bara är transfereringar. Tyvärr är denna uppskattning, som sannolikt är en underskattning, det enda som finns att tillgå.

7.5 Exempel på möjliga effekter av ett bedömningsstöd

För att belysa vad ett bedömningsstöd skulle kunna innebära i praktiken beskrivs nedan några exempel på möjliga effekter.

Fraktur på underben inklusive fotled (S82)

Exemplet utgår från tanken att ett ganska vanligt misstag är att läkaren förbiser möjligheten att använda sig av arbetsresa som insats. Om läkaren bedömer att arbetet skulle kunna utföras med hjälp av arbetsresor (och anger detta på läkarintyget), så gör handläggare på Försäkringskassan en beräkning avseende om detta är rimligt. En viktig aspekt för att bevilja arbetsresor är att den totala kostnaden inklusive resorna inte överstiger nyttan av produktionen. Vi vet att arbetsresor som möjlighet till fortsatt arbete är något som ofta förbises av läkaren. Praktiska erfarenheter visar att arbetsresor sällan kommer igång under sjuklöneperioden, dvs. de första 14 dagarna. Dels för att gips-smärta-svullnad osv. innebär svårigheter att genomföra arbetet, dels för att det är ekonomiskt mindre fördelaktigt för arbetsgivaren vilket gör insatsen mindre lockande.³³

Nedan följer en beräkning om vilken effekt som användande av insatsen Arbetsresa för diagnosen S82 Fraktur på underben inklusive fotled skulle ge.

År 2014 hade 4 997 patienter i åldern 15-64 års ålder som kom i kontakt med sjukhus diagnosen S82 enligt Socialstyrelsens statistikdatabas om diagnoser i slutenvård.³⁴

Vårt antagande är att var femte patient har arbete som kan klaras av trots ett ben i gips. Vi antar att patienten klarar av sitt arbete från dag 15 och i det läget har nytta av typ taxitransport till arbetet.

20 procent av 4 997 patienter = 999 sjukskrivna som skulle kunna få arbetsresor men där läkaren missar att fylla i krysset om arbetsresor i intyget.

S82 har mediansjukskrivningstid på 63 dagar enligt statistikkontakt på FK. Vi antar att detta gäller även för den population vi nu räknar på.

Från en sjukskrivningstid på i snitt 63 dagar beräknas den minska till 14 dagar. Mindre än 14 dagar är inte rimligt att räkna med, med tanke på att gips ska stabiliseras och smärta/svullnad ska minska tillräckligt för att kunna flytta sig runt med benet i gips.

49 dagar kortare sjukskrivning med arbetsresa

999,4 patienter * 49 dagar = 48 951 färre sjukskrivningsdagar per år

$48\,951 / 250^{35} = 196$ årsarbeten

$196 * 500\,000$ kr årslön³⁶ = 98 miljoner kronor

³³ Enligt muntlig kommunikation med Gert Lindenger.

³⁴ Statistik från Socialstyrelsens statistikdatabas om diagnoser i slutenvård

³⁵ Arbetsdagar per år inklusive semesterdagar beräknas till cirka 250.

Till detta kommer sannolika inbesparingar i kostnader för sjukvård, förknippat med sjukskrivning för de 999 patienterna.

Den totala kostnadsbesparingen på 98 miljoner kronor kan påverkas av till exempel kostnaderna för arbetsresorna. Om arbetsresorna kostar hälften av kostnadsbesparingen, så blir vinsten 49 miljoner kronor. Beräkningen ovan är en försiktig beräkning av underlaget då det kan vara så att det är fler än 20 procent av patienterna som går miste om möjligheten med att få hjälp av arbetsresor.

Även medtaget osäkerheten i beräkningarna så ser det ut som att en enda insatsrekommendation, om den får genomslag på populationsnivå, kan kompensera för kostnaderna för både utveckling, införande och förvaltning av ett bedömningsstöd av den typ som projektet arbetar med.

Utmattningssyndrom (F43.8A)

För diagnosen utmattningssyndrom finns inte tillgängliga uppgifter om medianen för sjukskrivningens längd. Vi får därför göra vissa antaganden.

Vi antar att 10 procent av populationen kan minska sjukskrivningstiden med i genomsnitt 10 dagar. Det kan ske till exempel genom att rekommendera rätt insatser tidigare, aktivera ett strukturerat schema för arbetsåtergång när tiden är mogen, eller att se till att byte av arbetsplats rekommenderas betydligt tidigare än idag ofta sker.

Populationen är stor för diagnosen F43, cirka 27 000 patienter årligen.³⁷

10 dagar för 10 procent av 27 000 patienter ger 27 000 dagar och därmed 54 miljoner kronor enligt liknande beräkning som tidigare. Från detta behöver inga kostnader dras bort.

Antagandet om en förkortning av sjukskrivningen med 10 dagar är sannolikt konservativt, men bara för att ge ett exempel så ger redan 10 dagar för var tionde patient besparingar på nivån med kostnaden för framtagandet/utveckling av bedömningsstödet.

Bilaga 1 - Kostnads kalkyl bedömningsstödet

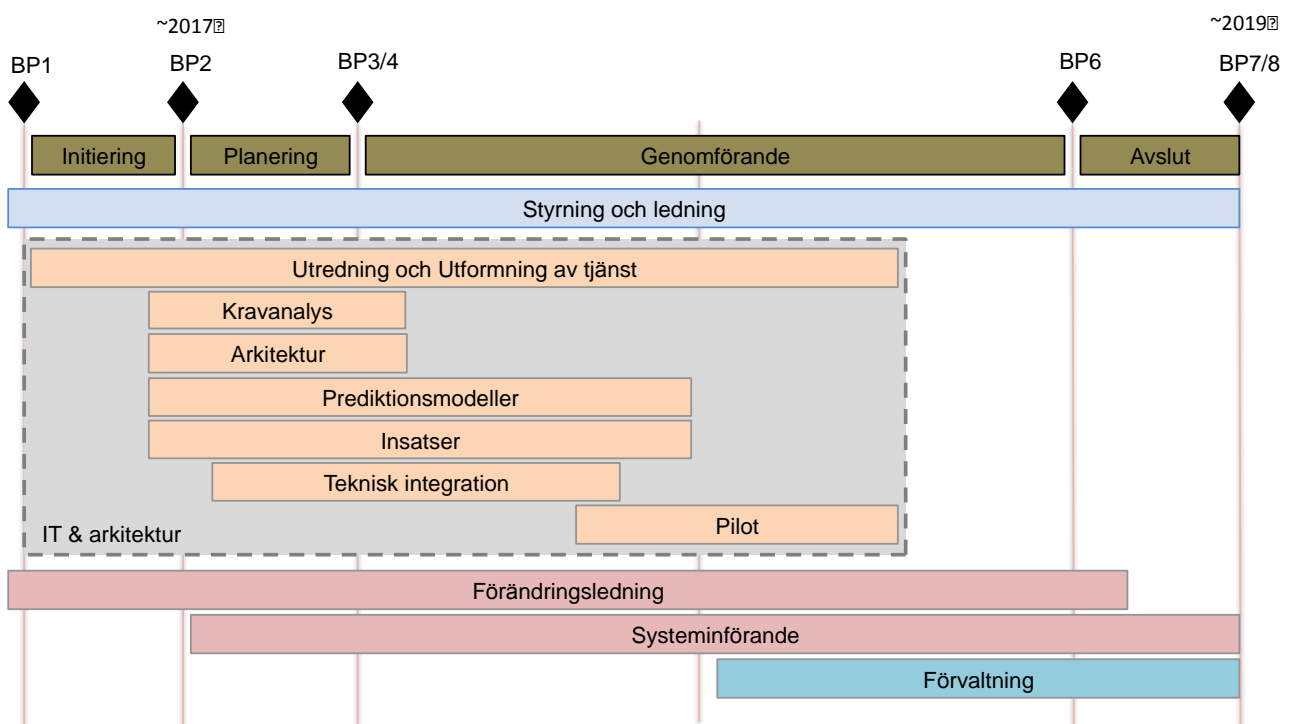
³⁶ Baserat på genomsnittlig månadslön (ca 31 500 kr) och lagstadgad miniminivå på arbetsgivaravgifter (31,42 %): $31500 * 12 * 1,3142 = 500\ 510$ kronor. Detta utgör den samhällsekonomiska kostnaden av att en arbetare (med genomsnittlig lön) inte arbetar på ett år.

³⁷ Ref. Kl, Kristina Alexanderson.

Kostnads kalkylen nedan redogör för projektkostnaderna för ett utvecklings- och införandeprojekt av ett bedömningsstöd, samt kostnader för förvaltning för detta bedömningsstöd.

Projektet beräknas pågå i två år (2017-2018) varefter projektet övergår i förvaltning. Förvaltningskostnaden i kalkylen avser förvaltningens första år. Kostnaderna redovisas här med syfte att kunna ställas mot de nyttor som kvantifierats och se om nettoytan överstiger kostnaderna.

Utvecklingsprojektet omfattar framtagning av bedömningsstödet, version 1 med omfattning och funktionalitet beskrivet i huvudrapporten kapitel 4.2



Den fortsatta utvecklingen av bedömningsstödet kan därefter vidare utvecklas och införas stegvist där de ingående delarna i bedömningsstödet utvecklas och införs i ett annat tempo av olika strategiska orsaker. Sådana orsaker kan vara snabbare nyttoeffekt (genom utveckling och införande av komponenter som snabbt ger nytta), invänta utredningar eller lagstöd etc. Ett sådant upplägg påverkar både tidplan och kostnader.

Kostnader

Faser och områden	tkr
Projektledning, 2017-2018 inklusive stabsfunktioner	12 000 tkr
Utvecklingsprojekt centralt, 2017-2018	
Prediktiva modeller	6 000
Kunskapsdatabas inklusive analysverktyg	4 000
Insatsförteckning inklusive utredning, införande och användning av koder	5 000
SAD och kravanalys	2 500
Utveckling av bedömningsstödet	6 000
Utveckling klient (Webcert)	2 000
Utredning alternativ klient	2 000
Planering av pilotdrift	1 500
Pilotdrift, start år 2018	3 000
Planera utveckling av alternativ till Webcert	1 000
Anpassningar efter utvärderingar av pilot	2 000
Eventuellt nya gränssnitt	
Summa utveckling	35 000 tkr
Införandeprojekt, (2-3 st. med början av tidigare piloter)	
Förändringsledning	3 500
Införande inkl. utbildning	2 000
IT-stöd: Integration Webcert	1 500
Summa införande	7 000 tkr
Förvaltning, år 1 (från år 2019 och framåt)	15 000 tkr
Totalsumma utveckling, införande, förvaltning 2017-2019	69 000 tkr