

Stöd för rätt sjukskrivning 2020



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Innehåll

Sammanfattning	3
Uppdraget 2019-2020	3
Slutsatser	4
Kort om SRS bedömningsstöd	4
Utvärdering av SRS bedömningsstöd under Pilot 2.....	5
Värdet av nyttan	7
SRS förvaltning och huvudmannaskap	8
Kostnader och finansiering.....	8
Metod för införande av SRS bedömningsstöd	8
Förslag till nästa steg	9
Bakgrund	11
Om projektet Stöd för rätt sjukskrivning	11
Därför behövs ett stöd för bedömning vid sjukskrivning	11
Utvärdering av SRS bedömningsstöd	14
Utvärderingens syfte och innehåll	14
Slututvärderingens upplägg och metod.....	14
Resultat	16
Analys och slutsatser	18
Kostnader för sjukskrivning	20
Nyttan med SRS bedömningsstöd	21
Nyttoanalys.....	21
Huvudmannaskap och förvaltning	22
SRS förvaltning	22
Kostnader och finansiering	23
Metod för införande	25
Behovet av en metod för införande	25
Metod för kontrollerat införande	26
Förslag till nästa steg	28

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR har sedan 2014 utrett och testat ett AI-baserat bedömningsstöd för hälso- och sjukvården. Syftet med SRS bedömningsstöd är att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, framför allt läkare och rehabiliteringskoordinatorer. SRS bedömningsstöd kan bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att tidigt och mer effektivt kunna identifiera individer som riskerar en längre sjukskrivning och som har behov av specifika eller samordnade åtgärder för att kunna återgå till arbetslivet tidigare.

Det fortsatta arbetet inom projektet Stöd för rätt sjukskrivning,¹ SRS, har ingått i SKR:s överenskommelse med regeringen om ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” 2020. Årets uppdrag har varit att i samarbete med Inera slutföra pilotverksamheten av den vidareutvecklade versionen av SRS Bedömningsstöd. Bedömningsstödet skulle också förberedas för en fortsatt lansering, vidareutveckling och förvaltning.

Uppdraget 2019-2020

Under 2017-2018 genomfördes Pilot 1 där en första version av SRS bedömningsstöd testades i primärvården. Den visade bland annat att användningen av stödet ledde till att patienter med risk för långvarig sjukskrivning upptäcktes tidigare och att sjukskrivande läkare fick ökade kunskaper i försäkringsmedicin och om relevanta åtgärder för återgång i arbete. Vidare visades exempel på att vårdenheterna fick ökad samsyn och bättre samarbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor.

Uppdraget för 2020 var att slutföra en utvidgad pilot (Pilot 2) i primärvården med en uppdaterad version av SRS bedömningsstöd. Den utvidgade pilotstudien startade hösten 2019 med 23 vård- och hälsocentraler i fyra regioner².

Syftet med Pilot 2 var dels att bekräfta tidigare utvärderade nyttor och effekter, dels inhämta erfarenheter och kunskaper för att kunna erbjuda ett effektivt införande och uppstart av bedömningsstödet till regionerna. För piloten skulle en färdigutvecklad och kvalitetssäkrad version av SRS bedömningsstöd användas, där krav och önskemål från tidigare piloter var införda.

¹ <https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/rattsjukskrivningstod.5229.html>

² Region Norrbotten, Sörmland, Jönköping och Halland

I december 2019 beslutades att utvärderingsperioden för Pilot 2 skulle förlängas fram till och med våren 2020, för att få ett mer omfattande underlag för utvärdering. Detta har inneburit att användarna i piloten (150 sjukskrivande läkare och 23 rehabiliteringskoordinatorer) fått möjlighet att använda SRS bedömningsstöd under totalt tio månader.

Förlängningen har gjort det möjligt att inte bara utvärdera användningen och verksamhetsnyttan av SRS bedömningsstöd utan också utvärdering av införande och uppstart av bedömningsstödet. Under perioden har SRS uppgraderats med förbättringar och önskemål från användarna. Detta arbete har genomförts med stöd av Inera. Bedömningsstödet har också förberetts för nationell lansering. Samtal har också förts med Socialstyrelsen om långsiktig förvaltning av SRS bedömningsstöds råd och åtgärdsförslag samt hur stöden FMB och SRS bedömningsstöd skulle kunna byggas ihop till ett gemensamt användarstöd i Webcert.

Slutsatser

Slutsatser efter avslutat uppdrag kan sammanfattas enligt följande:

- 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, en ökad kunskap om rehabiliteringsåtgärder bland läkare, och ett stöd för förbättrad dialog med patienter, medan indirekta nyttor exempelvis ses som ett förbättrat samarbete mellan rehabiliteringskoordinator och läkare kring sjukfall, och en mer effektiv hantering av sjukskrivning och rehabilitering på vård-enheten.
- Bedömningsstödet kan bidra till ekonomiska besparingar regionalt och nationellt genom mer träffsäkra sjukskrivningar och med minskade sjukskrivningar som följd.
- Förslag finns framtaget på fortsatt lansering och införande, vidare-utveckling och förvaltning inklusive förslag på kostnader.

Kort om SRS bedömningsstöd

SRS bedömningsstöd består av tre delar. Huvuddelen består av ett AI-system med prediktiva modeller som används för att ta fram en individuell beräkning av risk för längre sjukskrivning för patienter där sjukskrivning kan vara aktuellt. Modellerna är utvecklade algoritmer med historiska, individspecifika data över

sjukskrivningar och andra prognosfaktorer för långa sjukskrivningar, bland annat tidigare sjukskrivning, kön och ålder.

SRS bedömningsstöd är också ett kunskapsbaserat system som presenterar råd och åtgärder per diagnos, utarbetade av en medicinsk expertgrupp.

Den tredje delen består av nationell sjukskrivningsstatistik som dels visas i ett stapeldiagram som genomsnittlig risk för sjukskrivning mer än 90 dagar för diagnosgruppen samt i en visuell graf. Den visuella grafen visar andel avslutade sjukskrivningsfall för patienter med samma huvuddiagnos som den aktuella patienten, efter 30, 90, 180 och 365 dagar.

När bedömningsstödet används visar det ett underlag som innehåller flera delar:

- en **riskberäkning**, som indikerar om en patient löper risk för att vara sjukskriven längre än 90 dagar,
- **råd och rekommendationer** om lämpliga rehabiliteringsåtgärder för aktuell diagnos,
- nationell **sjukskrivningsstatistik** baserad på aktuell diagnosgrupp,
- en **webbsida**, rattsjukskrivning.se,³ med fördjupade beskrivningar av råd och rehabiliteringsåtgärder samt beskrivningar av riskberäkningen och den nationella statistiken.

Den senaste versionen, SRS bedömningsstöd 3.0, är liksom tidigare version integrerad i hälso- och sjukvårdens befintliga intygsapplikationer Webcert och Rehabstöd som ingår i Intygstjänster⁴ vid Inera AB.

Utvärdering av SRS bedömningsstöd under Pilot 2

Pilot 2 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.

Enkäter och fallstudier från Pilot 2 visar att läkare, verksamhetschefer och rehabiliteringskoordinatorer bedömer att SRS bedömningsstöd bidrar till bättre sjukskrivningar. Sjukskrivningarna blir mer träffsäkra och kvalitativa (bättre underbyggda), patientdialogen förbättras och kunskapen och kompetensen gällande sjukskrivning och rehabilitering ökar.

³ <https://rattsjukskrivning.se/index.html>

⁴ <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster/>

Statistiska mätbara effekter av detta kan redan ses i dag i form av minskat antal sjukfall totalt och minskat antal sjukfall per 1000 listade patienter hos de vårdenheterna som använt bedömningsstödet mest frekvent. Andra statistiska förändringar som kan förväntas bli synliga över tid är ökad andel deltidssjukskrivningar, minskad andel långa sjukfall samt minskade skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män. Flera vårdenheter rapporterar redan i denna utvärdering att de ser sådana tendenser.

SRS bedömningsstöd får även höga omdömen när det gäller användbarheten. Utvärderingen visar att såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer har hög tillit till såväl riskberäkningen som åtgärderna i bedömningsstödet.

Metod

I Pilot 2 har fokus legat på att testa huruvida de nyttoeffekter som visades i Pilot 1 (2017-2018) kan stärkas, genom att låta en betydligt större användargrupp testa 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.

Utvärderingen under Pilot 2 syftade till att utreda följande aspekter av SRS bedömningsstöd:

- Användbarhet, funktionalitet och innehåll i SRS bedömningsstöd i Webcert för målgruppen intygsskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer i Rehabstöd.
- Effekter och möjliga nyttor av SRS bedömningsstöd på vårdenheten för målgrupperna intygsskrivande läkare, rehabiliteringskoordinatorer, övriga berörda vårdprofessioner samt verksamhetschefer.

Pilot 2 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 utvärdering.

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 är det tydligt att de direkta nyttorna framträder tidigast i piloten, och är de nyttorna som är mest utbredda bland vårdenheterna.

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

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

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. Från Pilot 1 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

Mittutvärdering 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. Vårdenheterna uppgav att läkare hade börjat diskutera sitt arbetssätt gemensamt och i flera fall tillsammans med rehabiliterings-koordinator och andra berörda professioner genomfört konkreta förändringar av arbetssättet till följd av detta. Den slutliga enkätstudien visar att dessa tendenser håller i sig.

Värdet av nyttan

Ett sätt att minska behov av sjukskrivning är att verka för bättre och mer effektiva sjukskrivningsprocesser, med möjlighet att erbjuda de som blir sjuka snabb och rätt rehabilitering. En tidig identifiering av patienter som behöver prioriteras i vården så att rehabiliteringsåtgärder kan påbörjas snabbt lönar sig inte bara för individerna som riskerar att hamna i långvarig sjukdom, utan även för samhället i stort.

SRS bedömningsstöd är ofta en del av ett större arbete med att försöka förbättra sjukskrivningsprocessen. De nyttor som är konstaterade och av betydelse för sjukskrivningsarbetet förväntas även påverka sjukskrivningen 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 Pilot 2 kan konstateras att de vård- och hälsocentraler som använt SRS bedömningsstöd i större omfattning och konsekvent, förutom själva användandet också förändrat rutiner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet på vårdenheten. Hos samtliga av dessa vård- och hälsocentraler kan statistiska förändringar ses i form av minskade antal pågående sjukfall.⁵ Hos vissa av dessa vård- och hälsocentraler har man minskat sina pågående sjukskrivningar med över 10 % (netto efter Corona effekter (framräknade av projektet i två regioner)).

Sammantaget bedöms nyttorna överstiga de identifierade kostnaderna för bedömningsstödet.

SRS förvaltning och huvudmannaskap

SRS Bedömningsstöd består av fem objekt som behöver förvaltas var för sig och som hålls samman av en förvaltningsledare. Förslag på lämpliga förvaltare finns lämnade. Den övergripande samordningen av förvaltningen av samtliga ingående komponenter ligger i SRS huvudansvar i rollerna som objektägare och förvaltningsledare och föreslås inledningsvis tas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Kostnader och finansiering

Ett finansieringsförslag har tagits fram där kostnaderna uppskattas för förvaltningens ingående poster. Införandestödet är också inräknat i kalkylen då detta är en framgångsfaktor för snabb och lyckad uppstart och användning av SRS bedömningsstöd.

Metod för införande av SRS bedömningsstöd

Erfarenheter från införande av andra stödsystem visar att det kan ta tid att införa och att få igång ett kontinuerligt användande.

SRS bedömningsstöd är ingen komplicerad eller svår applikation att lära sig hantera. Utmaningen ligger snarare i hur användare och organisation ska använda kunskapen som systemet ger. Om användaren agerar och använder kunskapen som applikationen producerar, kommer det att påverka arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering på vårdenheten på flera sätt. Förutom att påverka den enskilda läkarens arbete med sjukskrivningar och intygsskrivande, kan också vårdteamet och andra aktörer påverkas. Vårdenheterna som deltagit i Pilot 2 har alla haft sina egna resor från de tidigare arbetssätten mot de nya, med varierande hastighet och utmaningar under de olika faserna. Under Pilot 2 blev

⁵ Här används begreppet sjukfall på samma sätt som i tjänsten Intygsstatistik vid Inera AB.

det tydligt att det fanns ett behov av att använda en strukturerad metod för att hantera införandet av SRS bedömningsstöd.

Metod för kontrollerat införande

Ett *kontrollerat införande* är en införandemetod i tre steg för införande av SRS bedömningsstöd. Syftet är att få användare att så snabbt som möjligt (3-6 mån) komma igång med användandet. När nyttoeffekter uppstår hos användarna driver detta i sig ett ökat användande.

Utvärdering av införandemetoden

Sammantaget visar utvärderingen att den modell för införandestöd som SRS-projektet tagit fram har fungerat bra. För att en vårdenhet ska uppleva nytta av SRS bedömningsstöd är det avgörande att en frekvent och utbredd användning uppstår, vilket innebär att:

- SRS bedömningsstöd används vid skapande av läkarintyg för sjukpenning i minst 40% av fallen för de diagnoser som finns i bedömningsstödet.
- användningen av SRS bedömningsstöd innefattar användning av samtliga ingående delar (riskberäkning, råd och åtgärder och nationell statistik).
- majoriteten av de intygsskrivande läkarna på vårdenheten, inklusive eventuella hyr- och stafettläkare, använder SRS bedömningsstöd.

För att nå en användningsfrekvens som genererar nytta till verksamheten, krävs dessutom att vissa förutsättningar finns på plats:

- Ett aktivt intresse och engagemang från ledning, rehabiliteringskoordinator och intygsskrivande läkare för att förändra och förbättra arbetet med sjukskrivning och rehabilitering
- Tids- och energimässigt utrymme hos medarbetarna för att ta till sig och lära sig det nya stödet

Givet att dessa förutsättningar finns på plats, fungerar den metod för införande, baserat på förändringsledning enligt ADKAR-modellen, som SRS-projektet tagit fram, mycket bra.

Förslag till nästa steg

Nästa steg innebär fortsatta förberedelser för ett eventuellt nationellt införande av SRS bedömningsstöd hos samtliga regioner. Påbörjade införanden och diskussioner med regioner bör fortgå under 2021 och förslag på erbjudande till

regionerna tas fram. Vidare behöver förslag på förvaltningsorganisation för SRS bedömningsstöd etableras.

Bakgrund

Om projektet Stöd för rätt sjukskrivning

Projektet Stöd för rätt sjukskrivning, SRS, har sedan 2014 ingått i överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” som tecknats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

Projektidén var att skapa ett IT-baserat bedömningsstöd för att, med större träffsäkerhet och tidigare än i dag, kunna identifiera individer med ökad risk för längre sjukskrivning och med behov av särskilda eller samordnade åtgärder⁶ för att öka deras möjlighet till återgång i arbetslivet⁷.

Förstudie 2014-2015

När projektet startade 2014 deltog både Försäkringskassan och SKR i arbetet med att ta fram en gemensam förstudie. Förstudien visade att det är tekniskt möjligt att utveckla ett AI-baserat bedömningsstöd. Den visade också att läkare inom hälso- och sjukvården och handläggare på Försäkringskassan såg nytta av att få ett gemensamt underlag som sträcker sig över de organisatoriska gränserna och de efterfrågade ett bättre stöd för att göra individuella bedömningar.

Prototyp 2016

Under 2016 ändrades inriktningen för projektet, och bedömningsstödet avgränsades till att gälla enbart för hälso- och sjukvården. Försäkringskassan klev av projektet och SKR blev ensam projektägare och beställare.

En prototyp av bedömningsstödet togs fram och förfinades i tester med läkare och rehabiliteringskoordinatorer. Samtidigt genomfördes utredningar om ansvar, roller och juridiska förutsättningar för en framtida drift och förvaltning av ett bedömningsstöd, projektet gjorde också en etisk analys och en kostnads- och nyttoanalys.

För en mer utförlig beskrivning av projektet hänvisas till tidigare resultat.

Därför behövs ett stöd för bedömning vid sjukskrivning

Sjukfrånvaron kostar det svenska samhället stora pengar varje år. Enligt uppgift från Försäkringskassan i juli 2019 kostade enbart sjukförsäkringen i Sverige

⁶ I SRS-projektet används genomgående termen ”åtgärd” och inte dess synonym ”insats”.

⁷ I rapporten används uttrycket ”återgå till arbetslivet” genomgående då det är det önskade målet. Men det kan för en individ även innebära att återgå till studier, arbetslöshet eller föräldraledighet.

cirka 76 miljarder kronor år 2018⁸. 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 Skandia⁹.

Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling¹⁰. Ett antal studier, bland annat från Karolinska Institutets Avdelning för försäkringsmedicin¹¹, har visat att det finns en högre risk för långtids-sjukskrivna personer att drabbas av sjukdomar som depression, försämrade arbetsmöjligheter, försämrade ekonomi och för tidig död, än jämförelsegrupper även efter justeringar för sjuklighet. Det är därför viktigt att varje bedömning inför en eventuell sjukskrivning är rätt, så att individen får en optimal sjukskrivning både gällande längd och omfattning och att rätt åtgärd ordineras utifrån individens behov, men också för att kunna förebygga eller undvika en sjukskrivning.

Det finns därför ett stort värde för olika professioner i hälso- och sjukvården att kunna få effektiva stöd för att underlätta och förbättra bedömningar och arbetsprocesser vid sjukskrivning.

Få vägledningar vid svåra bedömningar

Läkare som ska bedöma och avgöra om en person behöver sjukskrivas grundar vanligen beslutet på en dialog med patienten, en medicinsk bedömning samt sin egen kunskap och erfarenhet från det försäkringsmedicinska området. Utöver det används idag framförallt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, FMB, som stöd vid bedömning av sjukskrivningslängd. FMB riktar sig både till hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

I Karolinska Institutets enkätstudie¹² riktad till samtliga sjukskrivande läkare i landet uppgav knappt hälften att de minst en gång per vecka upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska att hantera. Det ansågs särskilt problematiskt att bedöma arbetsförmåga och att göra en prognos för varaktigheten av arbetsförmågan – ett resultat som är genomgående under samtliga år enkäten genomförts, sedan 2004.

⁸ Socialförsäkringen i siffror 2019: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/02d14692-594c-4218-91bf-9362644d9235/socialforsakringen-i-siffror-2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

⁹ <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/samhallskostnaden-for-langre-sjukfranvaro-181008.pdf>

¹⁰ Enligt Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska Beslutsstöd

¹¹ <https://ki.se/cns/forsakringsmedicin>

¹² Alexanderson et al. [Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter](#). Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018. Karolinska Institutet.

Behov av kunskapsstöd inom försäkringsmedicin

I Karolinska Institutets läkarenkät framkommer också att läkarna har behov av att öka sin kompetens inom kunskapsområdet försäkringsmedicin, som handlar om medicinska förhållandens koppling till försäkringsjuridik och försäkringsmässiga konsekvenser vid sjukdom och skada.

Regionerna har under senare år genomfört olika satsningar för att utveckla kompetensen inom området försäkringsmedicin. SKR har bistått med olika stöd och även tagit fram en hel del material som stöd till regionernas arbete inom det försäkringsmedicinska området, såsom webbutbildningar och vägledningar. Kunskapsområdet försäkringsmedicin finns även numera i hälso- och sjukvårdens gemensamma organisation för kunskapsstyrning. Försäkringsmedicin ingår i ett eget programområde tillsammans med rehabilitering och habilitering.

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. Pilot 2 förlängdes, från att ursprungligen vara planerad att avslutas under hösten 2019, till att pågå till juni 2020. Detta var nödvändigt för att deltagarna i Pilot 2 skulle hinna använda tjänsten tillräckligt länge för att kunna utvärdera den.

Effekter av att införa och använda SRS bedömningsstöd på en vård- eller hälso-central har utvärderats löpande. 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 vårdenheter där det implementeras görs hypotesdrivet. Det är inte fråga om en kontrollerad forskningsstudie, utan en utvärdering av användningen av stödet inklusive nyttoanalys. Från den tidigare Pilot 1 som genomfördes 2017-2018, fanns ett antal nyttohypoteser, som har prövats under Pilot 2.

Utvärderingens syfte och innehåll

Pilot 2 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.

Pilot 2 syftade till att utvärdera följande aspekter av SRS bedömningsstöd:

- Användbarhet, funktionalitet och innehåll i SRS bedömningsstöd i Webcert för målgruppen intygsskrivande läkare och i Rehabstöd för rehabiliteringskoordinatorer.
- Effekter och möjliga nyttor av SRS bedömningsstöd på vårdenheten för målgrupperna intygsskrivande läkare, rehabiliteringskoordinatorer, övriga berörda vårdprofessioner samt verksamhetschefer.

Slututvärderingens upplägg och metod

Pilot 2 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 utvärdering.

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. Frågor i enkäten gällde dels 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 av dessa, samt frågor om vårdenhetens mål och motivation med sitt deltagande.

2. Nollmätning

Hos de vård- och hälsocentraler 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, rehabiliteringskoordinatorer 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 vård- enheterna. 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 vårdenheter.

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 vårdenheter och individer som har använt det. I de följande enkät- och intervjustudierna har endast aktiva användare av SRS bedömningsstöd ingått.

Resultat

Användbarheten av SRS bedömningsstöd utvärderades för de primära målgrupperna intygsskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer, som använder SRS bedömningsstöd i Webcert respektive Rehabstöd.

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

Följande delar har ingått i utvärderingen av Pilot 2 (2019-2020):

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

SRS bedömningsstöds användbarhet

Tilliten till såväl riskberäkningen som till de råd och åtgärder som finns i bedömningsstödet beskrivs högt hos båda målgrupperna. Vidare framkommer i såväl enkät- som i intervjusvar att aktiva användare inte upplever några problem i själva interaktionen med tjänsten.

Baserat på den användarcentrerade metodiken som styrts såväl utveckling som utvärdering av bedömningsstödet, har en stabil och användbar modell skapats för bedömningsstödet användargränssnitt i Webcert och Rehabstöd.

Statistiska resultat i antal sjukfall

Sjukskrivningsstatistiken visar en tydlig nedgång i antal sjukfall¹³ samt antal sjukfall/1000 listade både genomsnittligt i regionerna, och hos de deltagande vårdenheter under perioden som pilot 2 pågick (september 2019 – juni 2020). Statistiken hämtades från Ineras Statistiktjänsten.

¹³ Utifrån statistiken som finns vid regionerna och som bygger på statistiken från intygen i Intygstjänsten, Inera.

Pilot 1 (2017-2018) 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. De begränsningar som fanns i Pilot 1 avseende omfattning och tid gjorde det omöjligt att säkerställa några skillnader på statistisk nivå gällande antal sjukfall eller sjukfall/1000 listade hos de deltagande enheterna. Vid en analys av den användningsdata som SRS projektet loggat under Pilot 2 (2019-2020), syns en korrelation mellan minskat antal sjukfall och hög användningsfrekvens av SRS bedömningsstöd. De vårdenheter som använt bedömningsstödet mest är de som har störst nedgång i antal sjukfall samt antal sjukfall/1000 listade. Sådana effekter uppstår först efter en tids användning, på ca. 10-12 månader. Nedgången i antal sjukfall och sjukfall/1000 listade kan bero på en mängd faktorer, och för att utreda i vilken mån användningen av SRS bedömningsstöd bidragit, utvärderades vilka nyttor som bedömningsstödet bidragit till hos pilotenheterna.

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 är det tydligt att de direkta nyttorna framträder tidigast i piloten, och är de nyttorna som är mest utbredda bland vårdenheterna.

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

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

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. Från Pilot 1 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

Mittutvärdering 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. Vårdenheterna 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 enkätstudien visar att dessa tendenser håller i sig.

Analys och slutsatser

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 Pilot 2 uttrycker att de sparar mycket tid och energi att se risknivåerna redan i listan över pågående sjukskrivningar, 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.

Både läkare och rehabiliteringskoordinatorer vittnar om att bedömningsstödet har ökat deras kunskap om rehabiliteringsåtgärder, och trovärdigheten av de rekommendationer och råd som finns i stödet är mycket hög.

Den interaktionsdesign och informationsstruktur som SRS bedömningsstöd i dagsläget har i Webcert och Rehabstöd fyller sitt syfte, och fungerar ur ett användarperspektiv.

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 försvårar 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 vid riskberäkningen måste ställa ett antal frågor som ringar in patientens underliggande problem. Detta kan leda till att läkaren tidigare når fram till de viktigaste problemen och att rätt åtgärder kan sättas in tidigare. Detta i sin tur kan leda till en mer aktiv sjukskrivning, med en i högre utsträckning delaktig patient, som kan innebära en kortare sjukskrivning.

Utöver ovanstående uppger såväl läkare som rehabiliteringskoordinatorer på samtliga vårdenheter i Pilot 2 att insikten om riskerna med sjukskrivning har ökat bland läkarna. Detta gör i sin tur att dialogen med patienten ändras, och även förskrivningen av rehabiliteringsåtgärder 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 ändamålsenlig sjukskrivning från start, leder också till optimering av resurser.

Nyttor med SRS bedömningsstöd

Genom att kombinera resultaten från enkäter, djupintervjuer och fallstudier, framkommer att de nyttohypoteser som identifierades i Pilot 1 stärks. 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 användning¹⁴ 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. Utvärderingen av Pilot 2 visar tydligt att de vårdenheter som deltog även i Pilot 1 hade en mycket kortare startsträcka för att komma upp i en relevant användningsfrekvens, och att dessa vårdenheter också upplevde fler och större nyttor än övriga vårdenheter. Användning över tid ger alltså mer nytta.

När det gäller sjukskrivningsstatistiken på enhetsnivå ses först och främst en minskning av antalet totala sjukfall samt antal sjukfall/1000 listade patienter. En sammanställning av sjukfallsdata på vårdenhetsnivå, visar effekter av SRS

¹⁴ 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.

bedömningsstöd, i relation till snittvärden för respektive pilotregion. Exempelvis sjönk antalet sjukfall i Region Sörmland och Region Halland med 30% respektive 25% i snitt under pilotperioden, samtidigt som de vård- och hälso-centraler där SRS bedömningsstöd användes mest frekvent i dessa regioner visade en minskning med 57% respektive 38%. Dessa vårdenheter har framför allt utvecklat sitt arbete med sjukskrivning med hjälp av SRS bedömningsstöd.

På sikt förväntas även en minskning av andelen långa sjukfall, eftersom sjukskrivningarna blir bättre och en jämnare fördelning mellan kön samt mellan heltid/deltid,(bättre sjukskrivningsmönster).

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 2018¹⁵.

Sjukfrånvaron i Sverige svänger kraftigt över tid. Förändringen förklaras i stor utsträckning av förändring av regler och tillämpningar 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 uppgår de till 62 miljarder kronor i Sverige som helhet år 2017, enligt rapport från Skandia¹⁶. 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.

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 konsekvenser på kompetensförsörjningen som drabbar inte minst verksamheter inom vård- och omsorg i kommuner och regioner samt berörda och drabbade individer.

¹⁵ Socialförsäkringen i siffror 2019: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/02d14692-594c-4218-91bf-9362644d9235/socialforsakringen-i-siffror-2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

¹⁶ <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/samhallskostnaden-for-langre-sjukfranvaro-181008.pdf>

Nytan med SRS bedömningsstöd

Ett sätt att minska sjukskrivningar är att satsa på bättre och effektivare sjukskrivningsprocesser, med möjlighet att erbjuda de som blir sjuka snabb och rätt rehabilitering. En tidig identifiering av patienter som behöver prioriteras i vården så att rehabiliteringsåtgärder kan påbörjas snabbt lönar sig inte bara för individerna som riskerar att hamna i långvarig sjukdom, utan även för samhället i stort.

Under Pilot 2 har konstaterats att konsekvent och regelbundet användande av SRS bedömningsstöd ger effektvinster i sjukskrivningsarbetet som har en positiv inverkan på mängden sjukskrivningsärenden som en vård- eller hälsocentral hanterar,.

Bedömningsstödet har därmed potential att ge både hälso- och sjukvården och patienter direkta positiva effekter och samhället ekonomiska besparingar på lång sikt. En bättre sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess förväntas leda till att personer får rätt sjukskrivning vilket kan leda till lägre sjukskrivning och förbättrat hälsotillstånd hos individer. En ökad återgång i arbete 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.

Nyttoanalys

SRS bedömningsstöd är ofta en del av ett större arbete med att försöka förbättra sjukskrivningsprocessen. De nyttor som är konstaterade och av betydelse för sjukskrivningsarbetet förväntas även påverka sjukskrivningen som helhet.

I utvärderingen av Pilot 2 kan konstateras att hos vård- och hälsocentraler som använt SRS bedömningsstöd i större omfattning och konsekvent i sin sjukskrivning har förändringar gjorts i rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. Hos samtliga av dessa vård- och hälsocentraler kan statistiska förändringar ses i form av minskade antal pågående sjukskrivningar. Hos vissa av dessa vård- och hälsocentraler har man minskat sina pågående sjukskrivningar med över 10 % (netto efter Corona effekter som uppskattats av projektet för två regioner).

Sammantaget bedöms nyttorna överstiga de identifierade kostnaderna för bedömningsstödet.

Huvudmannaskap och förvaltning

SRS förvaltning

Förvaltningsmodellen som föreslås följer vedertagna modeller.

Förvaltningen av tjänsten SRS behöver säkerställa att leverera förväntade och överenskomna nyttor i rätt tid, till rätt kostnad, och med hög kvalitet.

Förvaltningen leder och samordnar övergripande resultatstyrning, kommunikation, kvalitet och operativ styrning (till exempel leveranser och förbättringar av tjänsten). Förvaltningen ska även ta fram en plan för hur man ska arbeta för att nå uppsatta mål, identifiera aktiviteter och risker samt förankra planen hos objektsledningen.

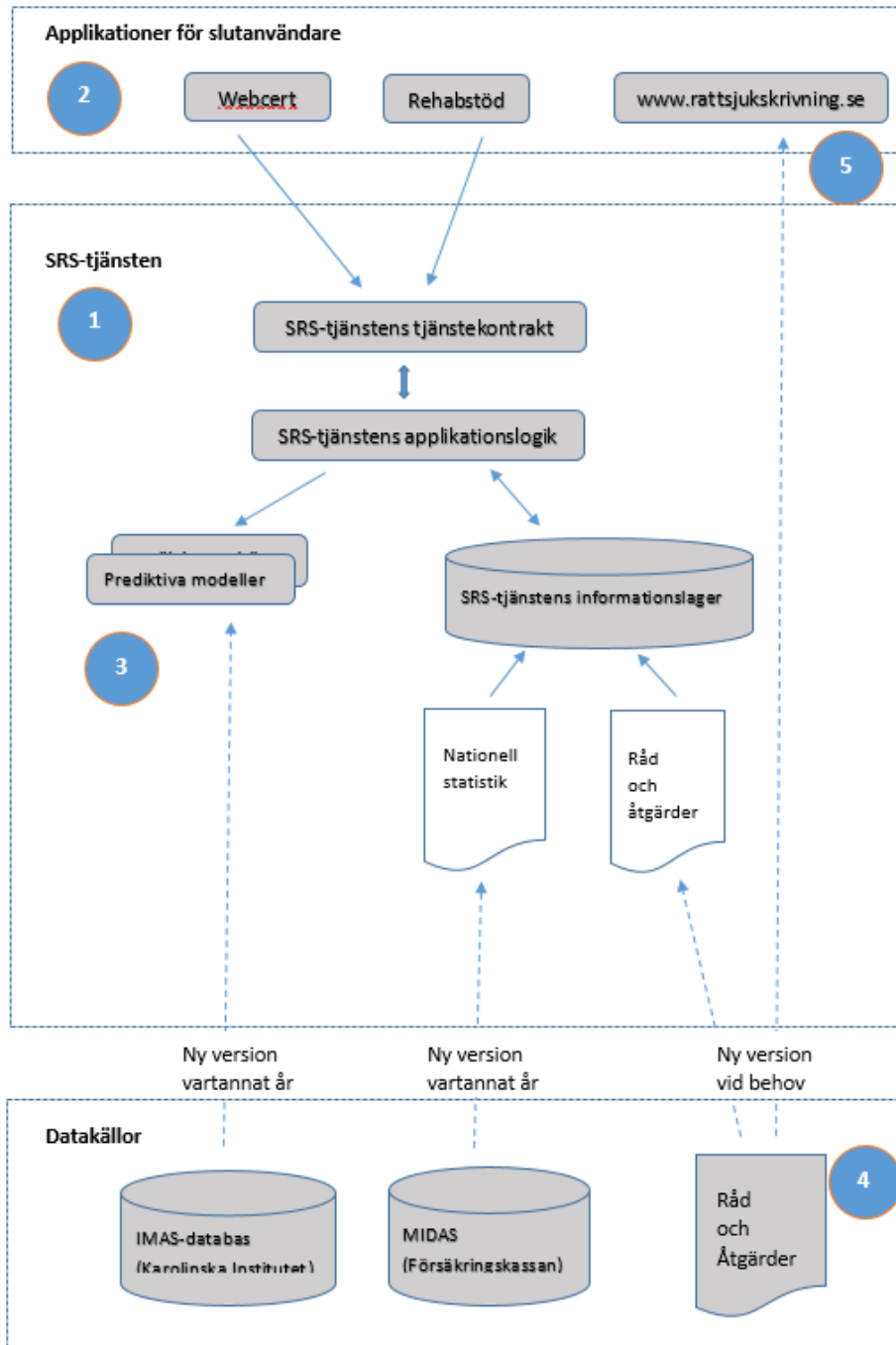
SRS Bedömningsstöd består av fem objekt (se nedan lista och bild) som kommer att förvaltas var för sig och hållas samman av en förvaltningsledare. Förslag på lämpliga förvaltare finns i listan.

Den övergripande samordningen av förvaltningen av samtliga ingående komponenter ligger i SRS huvudansvar i rollerna som objektägare och förvaltningsledare och föreslås tas inledningsvis av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

De fem förvaltningsobjekten (se bild nedan) är:

1. SRS-tjänsten.
Förslag på förvaltare: Inera eller fristående IT-leverantör.
2. SRS-integration i användarsystem (t.ex. Webcert, Rehabstöd, journal-system). Förslag på förvaltare för SRS-integrationen i Webcert och Rehabstöd: Inera.
3. SRS Prediktiva modeller och statistik.
Förslag på förvaltare: Karolinska Institutet (KI)
4. SRS Åtgärder
Förslag på förvaltare: Socialstyrelsen
5. Webbplats – rattsjukskrivning.se
Förslag på förvaltare: Socialstyrelsen

Figur 1. Bilden visar schematiskt den tekniska arkitekturen för SRS fem förvaltningsobjekt.



Kostnader och finansiering

Tjänsten SRS bedömningsstöd är i princip en färdigutvecklad tjänst, som både utvecklats och prövats inom ramen för det statligt finansierade SRS-projektet,

vilket innebär att det i huvudsak är drifts- och förvaltningskostnader som återstår att finansiera. Kostnaderna omfattar innehålls- och teknisk förvaltning, vidareutveckling och stöd vid införande.

Förslag till finansieringsmodell finns framtagen och kostnadskalkyler genomförda. I finansieringsförslaget är kostnaderna uppskattade för förvaltningens ingående poster. Införandestödet är också inräknat i kalkylen då detta är en framgångsfaktor för snabb och lyckad uppstart och användning av SRS bedömningsstöd. Förslaget på finansieringsmodell arbetas vidare med i samband med förslag på nästa steg och förberedelser för erbjudande till regionerna.

Metod för införande

Förutom att utveckla och utvärdera SRS bedömningsstöd har SRS-projektet även haft som uppdrag att identifiera och utvärdera effektiva metoder för ett framgångsrikt införande och uppstart av bedömningsstödet.

Metoden har prövats och utvärderats av ca 200 användare på de totalt över 23 vård- och hälsocentraler som deltagit i Pilot 1 (2017-2018) och Pilot 2 (2019-2020).

Båda piloterna, pågick under en tidsbegränsad period, vilket ställde krav på att användningen av bedömningsstödet skulle komma igång så fort som möjligt för att projektet skulle kunna utvärdera effekterna av bedömningsstödet i verksamheterna.

Erfarenheter från införande av andra stödsystem visar att det kan ta tid att införa och att få igång ett kontinuerligt användande.

SRS bedömningsstöd är ingen komplicerad eller svår applikation att lära sig att hantera. Utmaningen ligger snarare i hur användare och organisation ska använda kunskapen som systemet ger. Om användaren agerar och använder kunskapen, kommer det att påverka arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering på vårdenheten på flera sätt. Förutom att påverka den enskilda läkarens arbete med sjukskrivningar och sjukintygsskrivande, påverkas också vårdteamet och andra aktörer, både interna och externa, som är delaktiga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, till exempel patienten och arbetsgivaren.

Behovet av en metod för införande

Införande av kunskapssystem som påverkar arbetssätt, rutiner och beteenden i verksamheter som är utsatta för hård arbetsbelastning kan skapa negativ stress. Därför behövs effektiva metoder som ger rätt stöd vid olika faser i förändringsprocessen, annars kan ett införande försvåras.

Vårdenheterna som deltagit i de båda piloterna har alla haft sina egna resor från de gamla arbetssätten mot de nya, med varierande hastighet och utmaningar under de olika faserna. Det blev tydligt att det fanns ett behov av att använda en strukturerad metod för att hantera införandet av SRS bedömningsstöd hos de deltagande vårdenhetererna.

Metod för kontrollerat införande

Ett *kontrollerat införande* är en införandemetod i tre steg för införande av SRS bedömningsstöd. Syftet är att få användare att så snabbt som möjligt (3-6 mån) komma igång med användandet. När nyttoeffekter uppstår hos användarna driver detta i sig användandet.

Tanken med införandemetoden är att skapa en vilja hos övriga vårdenheter i regionen att följa efter.

Införande av SRS bedömningsstöd – steg för steg

Införandemetoden bygger på ADKAR- modellen och på erfarenheter från införandet och uppstarten av Pilot 1 (2017-2018) och Pilot 2 (2019-2020). Hela införandefasen har utvärderats under piloternas genomförande för att ytterligare kunna anpassas och användas vid ett breddinförande. Stödmaterial för metodens alla steg har tagits fram och finns tillgängligt i projektets arkiv.

Utvärdering av införandemetod

Sammantaget visar utvärderingen att den modell för införandestöd som SRS-projektet tagit fram har fungerat bra. För att en vårdenhet ska uppleva nytta av SRS bedömningsstöd är det avgörande att en frekvent och utbred användning uppstår, vilket innebär att:

- SRS bedömningsstöd används vid skapande av läkarintyg för sjukpenning i minst 40% av fallen för de diagnoser som finns i bedömningsstödet.
- användningen av SRS bedömningsstöd innefattar användning av samtliga ingående delar (riskberäkning, råd och åtgärder och nationell statistik).
- majoriteten av de intygsskrivande läkarna på vårdenheten, inklusive eventuella hyr- och stafettläkare, använder SRS bedömningsstöd.

För att nå en användningsfrekvens som genererar nytta till verksamheten, krävs dessutom att vissa förutsättningar finns på plats:

- Ett aktivt intresse och engagemang från ledning, rehabiliteringskoordinator och intygsskrivande läkare för att förändra och förbättra arbetet med sjukskrivning och rehabilitering
- Tids- och energimässigt utrymme hos medarbetarna för att ta till sig och lära sig det nya stödet

Givet att dessa förutsättningar finns på plats, fungerar den metod för införande, baserat på förändringsledning enligt ADKAR-modellen, som SRS-projektet

tagit fram, mycket bra. Genom att först väcka en medvetenhet om möjligheter att förbättra det egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet (Awareness i ADKAR), skapas en lust till att förändra och förbättra (Desire i ADKAR) hos vårdenhetens medarbetare. Därefter tillhandahåller införandemetoden material i olika format och kanaler som höjer användarnas kunskap om rehabiliteringsåtgärder, risker med sjukskrivning, med mera (Knowledge i ADKAR). Vidare innehåller införandemetoden pedagogiska filmer och lathundar som hjälper användaren att komma igång med SRS bedömningsstöd (Ability i ADKAR). Slutligen fyller de löpande supportmötena i införandemetoden, tillsammans med strukturen för återkoppling av användningsstatistik behovet av återkoppling till användarna, för att hålla igång användningen på en bra nivå (Reinforcement i ADKAR).

Under Pilot 2 använde sig vårdenheterna av olika strategier för att komma igång med användningen beroende på vårdenhetens egna förutsättningar. Genomgående är det tydligt att de vårdenheter som kommer igång upplever en nytta av SRS bedömningsstöd.

Förslag till nästa steg

Nästa steg kan beskrivas som förberedelser inför ett erbjudande till regionerna och ett eventuellt fortsatt införande av SRS bedömningsstöd . Det innebär bl.a. kommunikation med regionerna, etablering och förankring av finansieringsmodell, samt etablering av en långsiktig förvaltning centralt och med ingående förvaltare.