

## Överlämnade av promemoria

### Beslut

ISF beslutar att överlämna promemorian *Vilka mekanismer har styrt sjukskrivningsmiljarden?*

### Ärendet

ISF har i myndighetens regleringsbrev för år 2010 fått i uppdrag att utvärdera sjukskrivningsmiljarden. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 oktober 2011.

Per Molander  
Generaldirektör

Helena Persson  
Forskare

Helena Persson  
Enheten för sjukförmåner  
08-58 00 15 48  
helena.persson@inspsf.se

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Vilka mekanismer har styrt sjukskrivningsmiljarden?

### 1 Bakgrund

Det övergripande målet med sjukskrivningsmiljarden<sup>1</sup> är att ge ekonomiska drivkrafter för landstingen att minska sjukfrånvaron i sitt län och prioritera sjukskrivningsfrågorna. Landstingen ska bidra till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

I regleringsbrevet för budgetåret 2011 gavs ISF i uppdrag att genomföra en uppföljning av sjukskrivningsmiljarden.<sup>2</sup> Denna PM är en del av rapporteringen. Syftet med denna PM är att kvalitativt analysera vilka mekanismer som har styrt landstingens arbete med sjukskrivningsmiljarden.

### 2 Sjukskrivningsmiljarden 2007-2010

#### 2.1 Villkoren i överenskommelsen

För att få en uppfattning om lämpliga åtgärder för att minska sjukfrånvaron gav Socialdepartementet i maj 2004 i uppdrag åt professor Kristina Alexanderson vid Karolinska Institutet att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kunde ha negativ effekt för handläggningen av sjukskrivningsärenden och sjukfrånvaro. Rapporten presenterades i januari 2005.<sup>3</sup> I rapporten redovisades forskning på området, och det konstaterades att forskningen inte gav något stöd för att avgöra vilka effekter olika

---

<sup>1</sup> Även benämnd landstingsmiljard eller sjukvårdsmiljard.

<sup>2</sup> Regeringsbeslut S2010/9173/SK (delvis).

<sup>3</sup> Alexanderson m.fl. (2005).

åtgärder har på sjukfrånvaron.<sup>4</sup> I rapporten identifierades ändå sju problemområden; kunskapsläget, patientens väg genom systemet, läkarrollen, läkares arbetssituation, ledning och styrsystem, faktorer utanför sjukvården samt samverkan med andra aktörer. Faktorer utanför sjukvården som ansågs viktiga när det gällde handläggningen av sjukskrivningsärenden var arbetsmarknaden och sjukförsäkringsreglerna.

Med Alexandersons rapport som utgångspunkt tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)<sup>5</sup> en överenskommelse.<sup>6</sup> Varje år 2007 till 2009 skulle högst en miljard kronor betalas ut mellan landstingen. Utbetalningarna skulle avse åtgärder genomförda 2006 till 2008. Av en miljard kronor per år utgick 250 miljoner kronor i ett fast bidrag som fördelades utifrån landstingens folkmängd, och ett rörligt bidrag på högst 750 miljoner som fördelades utifrån hur antalet sjukpenningdagar i landstingen hade minskat. För att förhindra att sjukpenningdagarna skulle minskas genom att personer med sjukpenning fördes över till sjuk- och aktivitetsersättning, infördes regler som reducerade det rörliga bidraget om antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar ökade i länet.

Mellan de olika landstingen och Försäkringskassan gjordes lokala överenskommelser. I dessa beskrev landstingen vad de planerade att göra inom ramen för sjukskrivningsmiljarden. Åtgärderna skulle rymmas inom fyra problemområden. Tre av dem var en sammanfattning av Alexandersons ovan nämnda sju problemområden. Det var ledning och styrning, samverkan samt kompetensutveckling. Det fjärde problemområdet var kvinnors ohälsa. Detta område hade inte sin utgångspunkt i Alexandersons rapport.

Innehållet och detaljnivån i överenskommelserna var mycket varierande. Landstingen hade stor frihet i hur de ville använda medlen. De kunde välja att ge redan existerande verksamheter ytterligare resurser eller genomföra nya projekt. Överenskommelserna skulle också innehålla en beskrivning av hur effekterna av åtgärderna skulle följas upp.

Försäkringskassan ansvarade för beräkning och utbetalning av bidragen. Innan utbetalningen gjordes skulle landstinget till Försäkringskassan rapportera vilka åtgärder i den regionala överenskommelsen som hade vidtagits. Vad som avgjorde utbetalningarnas storlek var dock inte åtgärderna i sig, utan hur mycket sjukpenningdagarna hade minskat inom respektive landsting samt landstingets folkmängd.

Inför insatserna 2007 kompletterades överenskommelsen med att landstingen åtog sig att inom hälso- och sjukvården implementera det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

I december 2008 förlängde SKL och regeringen överenskommelsen till att också gälla år 2010, avseende åtgärder genomförda 2009.

---

<sup>4</sup> Några av de åtgärder som togs upp i rapporten var olika typer av utbildning, snabb tillgång till rehabilitering, personliga rådgivare som stöttar patienter, riktlinjer för sjukskrivningstider, "second opinions", samt samverkan.

<sup>5</sup> Dåvarande Landstingsförbundet.

<sup>6</sup> SKL (2005).

## 2.2 Utvärderingar och uppföljningar av sjukskrivningsmiljarden 2007-2010

Alexanderson m.fl. (2007) följde upp hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Syftet var bland annat att samla in data för framtida utvärderingar med fokus på områdena ledning, kompetens, samverkan och kvinnors ohälsa. Chefer på olika nivåer intervjuades under perioden september 2006 till januari 2007. Studien visade på stora skillnader mellan chefsnivåer i synen på sjukskrivningsmiljarden. Sjukskrivningsprocessen fanns på agendan på högsta nivå i alla landsting, men graden av prioritet minskade avsevärt med chefsnivån. Ju lägre ner i organisationen, desto lägre andel av cheferna verkade vara inblandade i arbetet med sjukskrivningsmiljarden. I studien konstaterades också att det främsta problemet inte var *hur* man skulle styra och leda processen, utan *vad* som skulle styras och ledas.

Hittills har dock mycket få uppföljningar och effektutvärderingar av sjukskrivningsmiljarden för åren 2007–2010 genomförts. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) fick i uppdrag av regeringen att utvärdera sjukskrivningsmiljarden. Inom ramen för uppdraget genomfördes fyra studier; en studie som innehöll en beskrivning av överenskomna åtgärder inom ramen för sjukskrivningsmiljarden<sup>7</sup> och tre studier som studerade effekter av enskilda åtgärder gjorda inom ramen för sjukvårdsmiljarden<sup>8</sup>. Två av dessa avsåg samverkan och en avsåg komplettering och kvalitet på de medicinska underlagen. Uppdraget sammanfattades i en slutrapport.<sup>9</sup> IFAU konstaterade att sjukskrivningsmiljardens uppläggning gjorde det omöjligt att på nationell nivå utvärdera effekterna på sjukfrånvaron, eftersom alla landsting mötte samma incitamentsstruktur vid ett och samma tillfälle. I stället för att utvärdera själva miljarden valde IFAU därför att utvärdera vissa åtgärder inom ramen för miljarden. Man valde åtgärder som var möjliga att utvärdera och som inte vidtogs av samtliga landsting.

Bland de slutsatser som drogs i huvudrapporten var bland annat att incitament kopplade till en minskning av sjukfrånvaron inte var helt ändamålsenliga, eftersom det innebar att landsting med hög tidigare sjukfrånvaro gynnades och det fanns litet empiriskt stöd för att åtgärder som landstingen själva kunde styra över minskade sjukfrånvaron. Ekonomiska incitament för att minska sjukfrånvaron borde i stället vara knutna till faktorer som landstingen har kontroll över, till exempel att förkorta vårdköer, minska andelen återremitterade sjukintyg och medverka i avstämningmöten. En ytterligare slutsats var att tydligare mål för att få del av miljarden skulle underlätta en uppföljning och effektutvärdering av sjukskrivningsmiljarden. I rapporten nämndes en hög kvalitet på läkarintygen som ett exempel på ett tydligare mål.

---

<sup>7</sup> Sibbmark och Chirico (2008).

<sup>8</sup> Anderzén m. fl. (2008), Johansson och Nilsson (2008) samt Chirico och Nilsson (2009).

<sup>9</sup> Hartman m.fl. (2009).

#### *Utvärdering av området samverkan*

Det finns begränsad kunskap om betydelsen av samverkan för att minska antalet sjukskrivningsdagar. De kvalitativa studier som genomförts har ofta fokuserat på samverkan i sig och inte dess effekter. Många forskare har också konstaterat att samverkan har dåliga grundförutsättningar att lyckas på grund av olikheter i mål, problemdefinitioner, kunskapsnivå, ansvarsområden, regelverk och arbetssätt.

Samverkan är inte något homogent fenomen utan kan genomföras i många olika former. I överenskommelsen mellan regeringen och SKL nämndes behovet av ökad samverkan både internt och externt inom hälso- och sjukvården. Externa samarbetsaktörer som namngavs var arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Enligt överenskommelsen borde också samverkan och kommunikation med den enskilde utvecklas.

I en av delstudierna vid IFAU<sup>10</sup> undersöktes vilken effekt samverkan har för att minska sjukskrivningar. Författarna utgick från fyra framgångsfaktorer:

1. gemensam uppfattning – till exempel gemensam utbildning som har betydelse för sjukskrivningar till läkare och övriga yrkesgrupper inom landstinget
2. legitimitet – till exempel förekomsten av samverkansorgan på ledningsnivå
3. utrymme – till exempel stödfunktioner som underlättar samverkan såsom personalförstärkning och samlokalisering
4. belöningssystem

Studien fann att ingen av ovanstående faktorer var associerad med minskningar av det totala antalet sjukskrivningar mellan 2006 och 2007. En tänkbar förklaring, som författarna presenterade, var att flera inblandade aktörer förlänger handläggningstiderna och därmed även sjukskrivningstiderna.

I en annan av IFAU:s delstudier<sup>11</sup> utvärderades effekter av en speciell samverkansform, de så kallade resursteam. Resursteam var ett försök att minska långa sjukskrivningar och utgjordes av ett team med handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare. Studiens resultat visar på inga eller negativa effekter för de personer som blivit bedömda i resursteam. En förklaring enligt författarna kan vara att den personal som arbetade inom resursteam själva uttryckte att samverkan hade fungerat ineffektivt och haft brister.

Slutsatsen av de studier som gjorts är att resultaten varierar, antagligen beroende på att det inte finns någon gemensam definition av vad samverkan är. Det betyder att man i många fall jämför olika saker. Vilket resultat man får kan också bero på hur lång uppföljningstiden är. De flesta studier har en relativt kort uppföljningsperiod på några år. Samverkan kan till exempel ha som primärt syfte att höja livskvaliteten för de personer

---

<sup>10</sup> Chirico och Nilsson (2009).

<sup>11</sup> Anderzén m.fl. (2008).

som berörs. Effekter i form av mindre sjukskrivning eller ett högre arbetskraftsdeltagande är då en sekundär effekt som kan uppstå först många år senare.

#### *Utvärdering av sjukintyg; komplettering och kvalitet*

I en rapport från IFAU<sup>12</sup> studerades komplettering av sjukintyg och kvaliteten i intygen. Författarna fann att en komplettering av sjukintyget ledde till en förlängning av sjukfrånvaron med i genomsnitt 22 dagar. En orsak till komplettering skulle kunna vara att sjukintyget håller alltför låg kvalitet för att handläggaren ska kunna fatta rättssäkra beslut, varför handläggaren återremitterar intyget. Författarna fann visserligen ett samband mellan kvaliteten på intyget och andelen intyg som kompletterades, men sambandet var svagt. Ett stort antal intyg som saknade obligatoriska uppgifter återremitterades inte, samtidigt som även intyg som höll en god kvalitet kompletterades. Ett starkare samband än det mellan komplettering och kvalitet fanns mellan komplettering och personens utbildningsnivå. Sjukintyg för personer med enbart förgymnasial utbildning hade en större sannolikhet att behöva kompletteras än intyg för patienter med längre utbildning.

I en rapport från ISF som studerade kvaliteten i läkarintygen fann man, till skillnad från IFAU:s studie, inget samband mellan utbildningsnivå och krav på komplettering av läkarintyg.<sup>13</sup>

### 3 Sjukskrivningsmiljarden 2011-2012

Regeringen beslutade att fortsätta ge ekonomiska incitament för att utveckla sjukskrivningsprocessen och bibehålla de resultat som redan uppnåtts. Regeringen avsatte därför ytterligare en miljard kronor för 2011 och en miljard kronor för 2012. Överenskommelsen för åren 2011 till 2012 skiljer sig till stora delar från den tidigare överenskommelsen.<sup>14</sup> Den tidigare överenskommelsen var i liten grad styrande, medan den nya överenskommelsen är betydligt mer detaljerad. Andra förändringar är att man inte längre har med samverkan som ett fokusområde. Däremot är förbättrad kvalitet på de medicinska underlagen ett nytt villkor.

Fortfarande finns det en rörlig del som baseras på förändringen i sjukfrånvaron i respektive landsting, men den omfattar nu 495 miljoner kronor i stället för som tidigare 750 miljoner kronor. 5 miljoner kronor reserveras för utvärderingar. Resterande 500 miljoner kronor är kopplade till fem villkor som landstingen ska uppfylla för att få del av sjukskrivningsmiljarden, men utgångspunkten i fördelningen av de resterande 500 miljoner kronorna är fortfarande antalet invånare i respektive landsting. Pengarna är öronmärkta för respektive landsting, vilket innebär att om ett landsting inte uppfyller ett eller flera villkor, kommer de pengarna inte att delas ut utan återgå till staten. De fem villkoren handlar om ledningssystem, en jämställd sjukskrivningsprocess, kvaliteten på de medicinska underlagen, elektroniskt

---

<sup>12</sup> Johansson och Nilsson (2008).

<sup>13</sup> ISF (2011).

<sup>14</sup> SKL (2009).

överförbara underlag och fördjupade medicinska underlag. En förutsättning för att pengarna ska betalas ut är att varje landsting har slutit ett avtal med Försäkringskassan om vilka åtgärder som ska vidtas och att landstinget till Försäkringskassan redovisar vad som har gjorts. Det är Försäkringskassan som svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av bidragen.

Villkorsdelen i överenskommelsen 2011-2012 omfattar maximalt 500 miljoner kronor per år, och fördelas enligt följande.

	Villkor	Antal möjliga miljoner kr
1A	Hälso- och sjukvårdens ledningssystem	
1B	En jämställd sjukskrivningsprocess	50
2	Kvaliteten på de medicinska underlagen	150
3	Elektroniskt överförbara medicinska underlag i ärenden om sjukpenning	100
4	Fördjupade medicinska underlag	200

1A: Ett villkor för att landstingen ska få del av sjukskrivningsmiljardens första 50 miljoner per år är att villkor 1A och 1B är uppfyllda. Enligt villkor 1A ska landstinget implementera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemen för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen ska också omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Systemen ska bygga på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.<sup>15</sup> Socialstyrelsen ska också bistå Försäkringskassan i uppföljningen och är den instans som bedömer om villkoret är uppfyllt. Till 2010 ska det finnas ett ledningssystem på vårdgivarnivå; till 2011 ska det även finnas ett system på verksamhetsnivå.

1B: Kvinnors sjukfrånvaro är avsevärt högre än mäns. Villkor 1B slår fast att landstingen under 2010 ska analysera könsuppdelad statistik och utarbeta en handlingsplan för att minska omotiverade skillnader. Under 2011 ska landstingen ha genomfört minst tre kortsiktiga och påbörjat minst två långsiktiga åtgärder enligt handlingsplanen.

2: Villkoret handlar om att kvaliteten på de medicinska underlagen behöver bli bättre. Under 2010 ska hälften av underlagen vara av godkänd kvalitet för att landstinget ska få del av 75 miljoner kronor. De som lyckas få 70 procent godkända underlag får del av ytterligare 75 miljoner. Under 2011 krävs att 80 procent av underlagen i nya ärenden är godkända för att man ska få del av totalt 150 miljoner.

3: Ett sätt att förbättra de medicinska underlagen är att göra systemet elektroniskt. Enligt villkoret ska landstingen senast i december 2010 ha utformat en införandeplan för hur överföringen till Försäkringskassan ska gå till. Senast oktober 2011 ska landstingen ha anslutit sig till

<sup>15</sup>Socialstyrelsen (2005) .

systemet med elektronisk överföring av medicinska underlag. Då ska också minst 90 procent av underlagen överföras elektroniskt, och det ska finnas en plan för hur andelen ska ökas ännu mer. Det ska också finnas en elektronisk funktion för frågor och svar mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan angående det medicinska underlaget. Om landstingen genomför planen senast i oktober 2011, får de del av 100 miljoner kronor även för 2011.

- 4: För att bedöma individens arbetsförmåga behövs ibland fördjupade medicinska underlag. För att få del av 200 miljoner kronor, ska landstinget inom föreskriven tid efter förfrågan bistå Försäkringskassan med kompletterande utredningar. Landstinget får ersättning efter hur stor andel av utredningarna som man har kunnat leverera.

## 4 Resultat för det första året - verksamheten 2010

### 4.1 Den rörliga delen – baserad på minskning av sjukfrånvaron

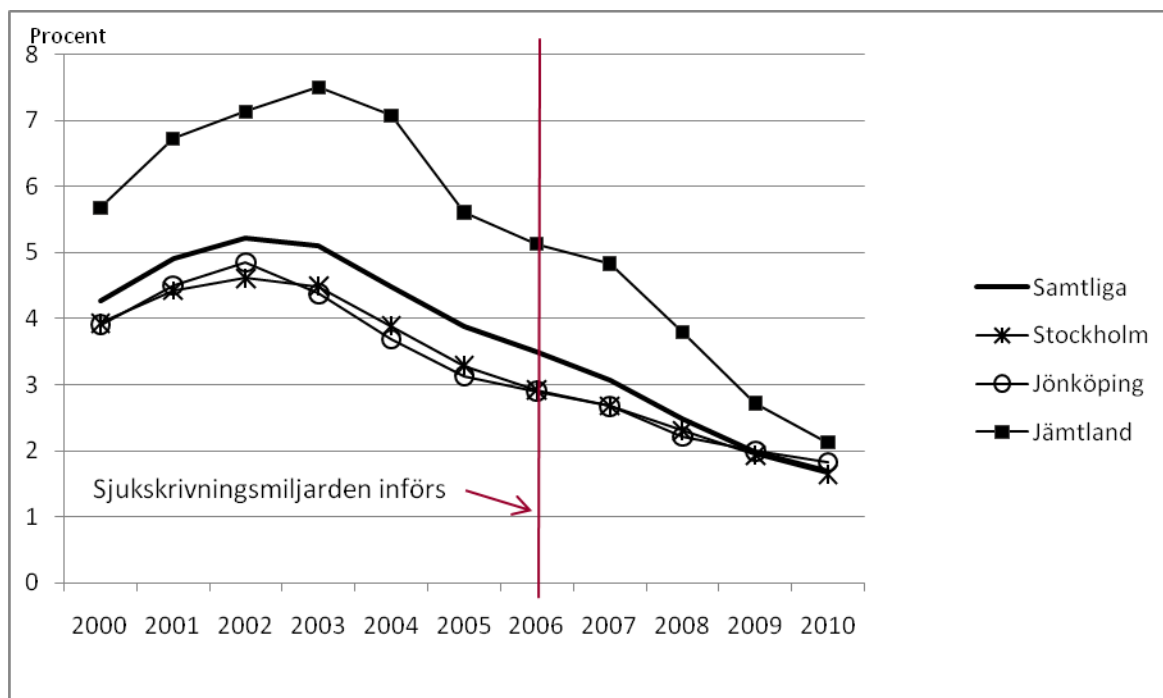
Den rörliga delen på 495 miljoner är konstruerad så att hela beloppet fördelas till landstingen.

Mellan 2009 och 2010 minskade sjukpenningdagarna<sup>16</sup> med 1,5 procent för landet. Samtliga landsting utom Södermanlands läns landsting och Västra Götalands läns landsting uppvisade en nedgång. Den största nedgången skedde i Blekinges läns landsting. Antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar minskade i samtliga landsting.

I figur 1 visas utvecklingen av andelen sjukskrivna av samtliga försäkrade i respektive landsting. Figuren innehåller ett landsting som uppvisade en av de lägsta andelarna (Jönköpings läns landsting) och ett landsting som uppvisade en av de högsta andelarna (Jämtlands läns landsting), samt Stockholms läns landsting och riket totalt. Figuren visar utvecklingen under senaste tio åren, det vill säga från sex år innan sjukskrivningsmiljarden infördes fram till och med 2010. För att göra serien jämförbar över tiden har bara sjukfall längre än 21 dagar inkluderats.<sup>17</sup> År 2006, när miljarden infördes, hade andelen sjukskrivna minskat flera år i följd, efter sin högsta nivå år 2002. Sjukskrivningarna har minskat i samtliga landsting och har 2010 konvergerat till ungefär samma nivå på knappt 2 procent av de försäkrade.

<sup>16</sup> Endast nettodagar för sjukfall med fallängder upp till 2,5 år används.

<sup>17</sup> Sjuklöneperioden var 14 dagar april 1998 till juni 2003, 21 dagar från juli 2003 till i december 2005, 14 dagar sedan dess.



Källa: Försäkringskassans datalager Store och egna beräkningar.

Figur 1. Andelen sjukskrivna av samtliga försäkrade för riket totalt, Stockholms läns landsting, Jönköpings läns landsting och Jämtlands läns landsting

De flesta av landstingen i norra Sverige ligger över riksgenomsnittet. I figur 1 finns Jämtlands läns landsting med som ett av de landsting som haft högst andel sjukskrivna åren 2000 till 2010. Även detta landsting har närmast sig riksgenomsnittet på 2 procent. Jönköpings läns landsting ligger under riksgenomsnittet samtliga år utom de sista. Stockholms läns landsting ligger också under riksgenomsnittet varje år.

## 4.2 Den villkorade delen – utfall år 2010

*Villkor 1A: hälso- och sjukvårdens ledningssystem och villkor 1B: en jämställd sjukskrivningsprocess*

Socialstyrelsen är den instans som följer upp och bedömer om landstinget har uppfyllt villkor 1A om ledningssystem. Enligt Socialstyrelsen ska följande tre punkter vara genomförda för att villkoret ska anses uppfyllt:

1. landstinget ska ha ett övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet,
2. sjukskrivningsprocessen ska ingå i detta ledningssystem och finnas på vårdgivarnivå under 2010 och
3. ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen ska omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Socialstyrelsen bedömer att 7 av 21 landsting inte uppfyller villkor 1A för år 2010. Två av dessa landsting har uppfyllt punkt 2 och 3, men inte punkt 1, och får därmed inte del av de 50 miljoner kronorna.

Alla landsting utom Östergötlands landsting har lyckats med att uppfylla villkor 1B, det vill säga leverera en handlingsplan för en jämställd sjukskrivningsprocess. Det ska dock tilläggas att om inte villkor 1A är uppfyllt, får landstingen inte del av de 50 miljonerna.

Det innebär att totalt 8 landsting inte har uppfyllt villkor 1 i överenskommelsen och därmed inte får några pengar. Till de landsting som uppfyllt villkoren betalas sammanlagt 38 miljoner kronor ut.

#### *Villkor 2: kvaliteten på de medicinska underlagen*

Försäkringskassan har bedömt hur stor andel av läkarintygen som håller en godtagbar kvalitet, det vill säga är korrekt ifyllda av den sjukskrivande läkaren, och kommit fram till en genomsnittlig andel på 45 procent. Andelen korrekta intyg för varje landsting ligger till underlag för utbetalning av 2010 års sjukskrivningsmiljard. Av landstingen var det 6 stycken som inte nådde upp till de 50 procent godkända medicinska underlag som krävs för att få del av de första 75 miljonerna. Inget landsting nådde upp till de 70 procent godkända medicinska underlag som krävs för att få del av de resterande 75 miljoner kronorna. Det landsting som hade högst andel godkända intyg var Jämtlands läns landsting med 61 procent. Totalt utbetalades 36,5 miljoner kronor av de 150 avsatta miljonerna.

Tidigare studier har påvisat en ännu lägre andel godkända medicinska underlag. Riksrevisionen och Försäkringskassan har kommit fram till att endast mellan 26 och 27 procent av sjukintygen innehåller tillräckliga uppgifter för beslut om sjukpenning.<sup>18</sup> Mycket få av de ofullständiga sjukintygen kompletteras. I Riksrevisionens rapport var det 4 procent av de ofullständiga intygen som kompletterades, i Försäkringskassans rapport var det 11 procent.

ISF har också studerat kvaliteten på underlagen för beslut om sjukpenning (rapport 2011:8). Granskningen visar att endast 13 procent av läkarintygen håller tillräcklig kvalitet enligt de krav som återfinns i Försäkringskassans vägledning. När ISF använder samma metod som Försäkringskassan har gjort för att komma fram till 45 procent godkända intyg, får ISF en liknande siffra: 41 procent. ISF anser dock att kvaliteten i sjukintygen ska utgå från vad som krävs i Försäkringskassans interna vägledning, och med den normen blev endast 13 procent godkända.

---

<sup>18</sup> Riksrevisionen (2009) och Försäkringskassan (2009).

*Villkor 3: elektroniskt överförbara medicinska underlag*

Samtliga landsting uppfyller villkoret och får därmed del av de avsatta 100 miljonerna.

*Villkor 4: fördjupade medicinska underlag*

Både teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) utgör fördjupade medicinska underlag. Under 2010 visade det sig att få landsting genomförde några SLU. Försäkringskassan beslutade därför i november, efter avstämning med Socialdepartementet, att villkoret enbart skulle omfatta TMU för år 2010. Från och med 2011 innebär en beställd men inte levererad SLU eller TMU avdrag från respektive landstings ersättning från miljarden.

Fyra landsting levererade inte några TMU under 2010. Jönköpings läns landsting började leverera TMU från april och Värmlands läns landsting från juni, medan resterande landsting inte började leverera TMU förrän under andra halvåret av 2010. Det betyder att Värmlands läns landsting, som får ut störst andel av de medel som avsatts för Värmlands del (5,8 miljoner kronor), får ut 58 procent av vad de skulle kunna få ut. Av de avsatta 200 miljoner kronorna till samtliga landsting betalas endast 43 miljoner kronor ut.

## 5 Problem med dagens konstruktion

### 5.1 Sjukfrånvaro som mål

Som framgår av figur 1 har sjukfrånvaron minskat stadigt sedan 2002 och ligger nu på relativt låga nivåer, knappt 2 procent av samtliga försäkrade individer. De olika landstingen har dessutom närmat sig varandra i andelen sjukskrivna. Man kan fråga sig om det ursprungliga syftet med sjukskrivningsmiljarden, att minska sjukfrånvaron ytterligare, är lika aktuellt även för kommande år.

Konstruktionen av den rörliga delen innebär också att enbart förändringar i antalet sjukpenningdagar premieras. Landsting som redan från början har en låg nivå på sjukfrånvaron får rimligtvis svårare att minska nivån ytterligare, än de landsting som börjar från en hög nivå.

Många faktorer som landstingen inte kan kontrollera påverkar sjukfrånvaron.<sup>19</sup> Hälsa är naturligtvis den viktigaste faktorn, men även andra faktorer spelar in. Konjunkturläget spelar roll; när arbetslösheten ökar sjunker sjukfrånvaron och tvärtom.<sup>20</sup> Normer har också betydelse för sjukfrånvaron. Studier visar att en persons sjukfrånvaro påverkas av sjukfrånvaron hos både arbetskamrater<sup>21</sup> och grannar<sup>22</sup>. Under den här

<sup>19</sup>Se Hägglund och Thoursie (2010) för en översikt.

<sup>20</sup> Larsson m.fl. (2005).

<sup>21</sup> Ichino och Maggi (2000).

perioden har det även skett förändringar i sjukförsäkringen som i sin tur påverkar sjukfrånvaron, bland annat nya regler som infördes 2008 (införandet av rehabiliteringskedjan och det försäkringsmedicinska beslutsstödet, striktare regler för sjukersättning) och Pila-projektet<sup>23</sup> som genomfördes 2007-2008. I Alexanderson m.fl. (2005) lyfter de intervjuade fokusgrupperna fram tre aspekter på arbetsmarknaden som påverkar sjukfrånvaron: ibland finns inte någon arbetsmarknad att friskskriva eller rehabilitera patienter till, arbetsmarknaden har blivit mer krävande, och för en del personer kan arbetet och arbetsplatsen i sig bidra till eller orsaka sjukdom. En studie visar att psykosociala problem på arbetsplatsen kan orsaka sjukfrånvaro.<sup>24</sup>

Det finns många konkurrerande verksamheter vid landstingen som också syftar till att minska sjukfrånvaron, till exempel Finsam<sup>25</sup> som syftar till att öka samverkan, och Kömiljarden<sup>26</sup> som syftar till att korta köerna i vården. För Stockholms läns landsting var utgiften för hälso- och sjukvård år 2009 närmare 45 miljarder kronor (enligt SKL:s webbplats). För insatserna inom sjukskrivningsmiljarden år 2010 får Stockholm 180 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 0,4 procent av 2009 års utgift. Samtidigt är en relevant jämförelse också hur mycket vård landstingen kan producera för 1 miljard kronor. Frågan är hur stort incitament sjukskrivningsmiljarden i sig kan förväntas utgöra för landstingen att minska sjukfrånvaron på ett övergripande plan, när landstingen har flera öronmärkta medel att ta hänsyn till, samtidigt som vart och ett av dem utgör en mycket liten del av budgeten.

## 5.2 Att utvärdera miljarden

Flera rapporter har pekat på att upplägget på sjukskrivningsmiljarden gör det svårt eller omöjligt att utvärdera effekter.<sup>27</sup> För att kunna svara på frågan vilken effekt miljarden har haft för att reducera sjukfrånvaron skulle man behöva veta hur sjukfrånvaron hade påverkats om inte miljarden hade funnits. Det krävs alltså att man kan jämföra den grupp som påverkats av miljarden med en alternativ grupp som inte har deltagit i eller påverkats av åtgärden. Eftersom alla landsting omfattades av samma åtgärd vid en och samma tidpunkt, blir det svårt att utvärdera effekter. Sjukfrånvaron började minska redan från och med år 2002, flera år innan den första sjukskrivningsmiljarden delades ut. Det är därför svårt att härleda en minskad sjukfrånvaro till effekter av själva sjukskrivningsmiljarden.

---

<sup>22</sup> Hesselius m.fl. (2008).

<sup>23</sup> Pila-projektet bedrevs av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Syftet var att förstärka insatserna för individer som varit sjukskrivna i två år eller mer och individer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning.

<sup>24</sup> Hultin m. fl. (2011).

<sup>25</sup> Finsam handlar om samverkan kring personer i behov av rehabiliteringsinsatser. De samverkande aktörerna ska verka för att individer ska förbättra sin förmåga att komma i arbete eller studier och på så sätt bli självförsörjande.

<sup>26</sup> Kömiljarden är en ersättning som inrättades för att uppfylla målen i vårdgarantin. Landstingen får ersättning efter hur många patienter som får vård i rätt tid.

<sup>27</sup> Molander (2007), Hartman m.fl. (2008).

Den första överenskommelsen överlät åt landstingen själva att besluta om vilka åtgärder som skulle vidtas. Detta skapade frihet för landstingen men gjorde det samtidigt i stort sett omöjligt att följa upp om särskilda åtgärder vidtagits och om de åtgärderna i så fall hade haft avsedd effekt. Utbetalningen av sjukskrivningsmiljarden baserades inte på om åtgärderna hade vidtagits eller inte, utan på minskad sjukfrånvaro och befolkningsstorlek. Den nuvarande överenskommelsen är i stället mer detaljerad, vilket minskar landstingens egna möjligheter att välja åtgärder eller utveckla nya strategier för att minska sjukfrånvaron. En risk med att ha så detaljerade uppföljningsmål är att landstinget fokuserar på det som ska mätas och prioriterar ned det som inte ska mätas, även om andra åtgärder kanske skulle kunna ge större effekter på sjukfrånvaron.

### 5.3 De villkorade delarna

Villkoren ska vara konstruerade så att de ger landstingen incitament att arbeta aktivt för att öka kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen. När det gäller konstruktionen på villkoren är den problematisk i vissa avseenden.

- Ersättningen för en handlingsplan för en jämställd sjukskrivningsprocess (1B) är beroende av om landstinget blir godkänt för implementeringen av ledningssystem (1A). Ett landsting som inte får sitt ledningssystem godkänt har därmed inget ekonomiskt incitament via sjukskrivningsmiljarden att arbeta för en jämställd sjukskrivningsprocess och vice versa.
- Kvaliteten på de medicinska underlagen har två brytpunkter, 50 procent och 70 procent. För att få någon ersättning alls krävs 50 procent godkända medicinska underlag. Det gör därför ingen skillnad för landstinget om det har 20 procent eller 49 procent godkända intyg. Nästa nivå är 70 procent, en nivå som inget landsting nådde upp till. Ett landsting som inser att det inte kommer nå upp till någon av brytpunkterna, har inget incitament via sjukskrivningsmiljarden att försöka öka andelen godkända intyg.
- Ersättningen för de fördjupade medicinska underlagen (i praktiken teambaserade medicinska utredningar) beror på när under året landstinget kom igång med arbetet. Det snabbaste landstinget startade i april, vilket innebär att även om alla utredningar är korrekt genomförda efter april, kan landstinget inte få mer än 75 procent av sin möjliga andel. Detta visar på behovet av god framförhållning när det gäller krav på så pass omfattande åtgärder i landstingen.

Totalt har 43,5 procent av landstingsmiljardens villkorade del betalats ut år 2010. Resten går tillbaka till staten och blir alltså inte använda i landstingens arbete med utveckla sjukskrivningsprocessen.

## 5.4 Övriga förutsättningar

Många har betonat vikten av ett väl fungerande samarbete mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. I dag är Försäkringskassan en av de parter som är med och förhandlar fram villkoren. Försäkringskassan är också den instans som följer upp om villkoren har uppfyllts och betalar ut pengarna. Det innebär att Försäkringskassan har dubbla roller gentemot hälso- och sjukvården, som inte är helt förenliga.

Slutligen behövs transparens och långsiktighet för att ge landstingen möjlighet att planera sin verksamhet i enlighet med villkoren i överenskommelsen. Därför bör inte villkoren ändras om inte ändringen är välmotiverad.

## 6 Förslag inför en eventuell ny överenskommelse

### 6.1 Mål

Att sätta upp kvalitetsmål för sjukskrivningsprocessen är att föredra framför minskad sjukfrånvaro. Kvalitetsmålen kan handla om kvaliteten i underlagen och för individer. Kömiljarden är ett exempel på en åtgärd som har medfört kortare väntetider för patienter, vilket också skulle kunna vara ett mål inom sjukskrivningsmiljarden.

Man bör överväga att helt avstå från minskad sjukfrånvaro som ett villkor för att få del av sjukskrivningsmiljarden. Det är ett trubbigt mått, som påverkas även av faktorer som landstingen inte har någon kontroll över.

### 6.2 Effektutvärdering

Vissa åtgärders effekter har vi en ganska god uppfattning om. Dit hör bland annat kvaliteten på läkarintygen. Andra åtgärder vet vi betydligt mindre om. Dessa åtgärder behöver utvärderas innan de inkluderas i sjukskrivningsmiljarden. Miljarden kan delas upp i en del som kopplas till åtgärder som vi vet fungerar, och en del som används för effektutvärderingar. Beträffande den senare kan landstingen antingen välja att vara ett landsting som inför åtgärden, eller ett som inte inför åtgärden. Viss ersättning bör i dessa fall utgå också till de landsting som inte inför åtgärden under utvärderingsperioden.

Det är nödvändigt att förbereda och planera hur uppföljningen och effektutvärderingen ska ske innan åtgärden sätts in, bland annat hur jämförelsegruppen till den grupp som får åtgärden ska identifieras. Hur datainsamlingen ska göras samt vilka data som ska samlas in bör också ingå i planeringen. Låt sedan en oberoende part göra uppföljningar av åtgärder inom sjukskrivningsmiljarden.

### 6.3 Utformning av villkoren

En trappa med fler steg eller en kontinuerlig skala för andel godkända läkarintyg, där transaktionen blir proportionell mot andelen godkända läkarintyg, är att föredra framför dagens konstruktion.

Ersättningen för ett uppfyllt villkor ska inte vara beroende av om ett helt annat villkor har uppfyllts. I synnerhet gäller detta åtgärder som inte har något direkt samband.

Det är önskvärt att så stor del av miljarden som möjligt kan användas för att öka de ekonomiska incitamenten. Exempelvis är villkoret om TMU ett sådant villkor som i praktiken inte gick att uppfylla till 100 procent år 2010. I sådana fall kan en annan lösning än att utgå från startdatum fungera bättre. När det gäller fördjupade medicinska underlag skulle incitamenten kunna skapas genom bidrag till en viss andel av investeringskostnaden för att bygga upp verksamheten i det egna landstinget.

### 6.4 Övrigt

En ny uppföljning av läkarnas sjukskrivningspraxis bör genomföras, för att få ett mått på om problemområdena har blivit färre eller mindre problematiska och för att eventuellt identifiera nya problemområden.

För att förbättra transparensen och förutsägbarheten i sjukskrivningsmiljarden bör proceduren för uppföljning skrivas in redan i överenskommelsen, så att landstingen känner till den, när verksamheten påbörjas.

## 7 Referenser

Alexanderson, K., M. Brommels, L. Ekenvall, E. Karlsryd, A. Löfgren, L. Sundberg och M. Österberg (2005): "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning", Sektionen för personskadeprevention, Institutet för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME, Karolinska Institutet.

Alexanderson, K., M. von Knorring, M. Parmander och A. Tyrkkö (2007) "Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning", Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Anderzén, I., I. Demmelmaier, A.-S. Hansson, P. Johansson, E. Lindahl och U. Winblad (2008): "Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning", Rapport 2008:8, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Chirico, G. och M. Nilsson (2009): "Samverkan för att minska sjukskrivningar - en studie av åtgärder inom sjukvårdsmiljarden", Rapport 2009:2, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Försäkringskassan (2009): "Kvaliteten på intyg och utlåtanden från läkarna", Dnr 31507-2009-FPSS.

Hartman, L., P. Johansson, S. Kahn och E. Lindahl (2009): "Uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden", Rapport 2009:1, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Hesselius, P., P. Johansson och J. Vikström (2008): "Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro?", Ekonomisk debatt nr 7.

Hultin, H., J. Hallqvist, K. Alexanderson, G. Johansson, C. Lindholm, I. Lundberg och J. Moller (2011): "Work-related psychosocial events as triggers of sick leave – results from a Swedish case-crossover study", BMC Public Health 11(1).

Hägglund, P. och P. S. Thoursie (2010): "De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: en diskussion om deras förväntade effekter", 2010/5 Studier i finanspolitik, Finanspolitiska rådet.

Ichino, A. och G. Maggi (2000): "Work environment and individual background: explaining regional shirking differentials in a large Italian firm", Quarterly Journal of Economics, 115(3).

ISF (2011): "Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning", Rapport 2011:8.

Johansson, P. och M. Nilsson (2008): "Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?", Rapport 2008:27, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Larsson, L., A. Kruse, M. Palme och M. Persson (2005): "Välfärdsrådets rapport 2005: en hållbar sjukförsäkring" SNS Förlag Stockholm.

Molander, P. (2007): "Kan landstingsmiljarden utvärderas?", Managing the Public sector (Mapsec).

Riksrevisionen (2009): "Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?", RIR 2009:07.

Sibbmark, K. och G. Chirico (2008): "Kartläggning av åtgärder inom sjukvårdsmiljarden", Rapport 2008:29, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

SKL (2005): "Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron", 2005/2453.

SKL (2009): "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011", 2009/5426.

Socialstyrelsen (2005): "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården", SOSFS 2005:12.