



**Karolinska
Institutet**

En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa

Slutrapport del I

I maj 2009 fick Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4650/SF). I uppdraget ingår att undersöka vilken effekt behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete, samt att undersöka rehabiliteringskedjans tidsgränser i relation till detta. I december 2010 utökades Karolinska Institutets uppdrag till att även innefatta en analys av hur rehabiliteringsgarantin och dess intentioner har implementerats i landstingen. Denna processutvärdering syftar till att systematiskt följa rehabiliteringsgarantins genomförande, och att särskilt studera förutsättningarna för uppställda målformuleringar. För uppdraget ansvarar enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.

I uppdragsgruppen för *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa* ingår:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig
Fil dr Hillevi Busch, projektledare
Fil dr Jan Hagberg
Fil mag Hanna Bonnevier, projektassistent
Usk Eva Nilsson, projektassistent
Fil dr Malin Lohela Karlsson
Professor Lennart Bodin
Docent Anders Norlund (Karolinska Institutet samt SBU)

Externa sakkunniga:

Professor Per Johansson, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU
Professor Ulf Johansson, Mälardalens Högskola

I uppdragsgruppen för *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin* ingår:

Från IMM:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig
Fil dr Ann-Sofie Bakshi, projektledare
Fil mag Hanna Bonnevier, projektassistent

Från Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik,
Karolinska Institutet:

Professor Mats Brommels
Fil dr Johan L Hansson
Fil mag Charlotte Klinga

Stockholm 15 augusti 2011

Denna rapport refereras till enligt följande: Busch H., Bonnevier H., Hagberg J., Lohela Karlsson M., Bodin L., Norlund A., Jensen I. *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2011.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser slutrapport del I och del II	6
Slutsatser	12
För att förbättra rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron konstateras att:	13
Resultatsammanfattning av effektutvärderingen	14
Behandlingarna.....	14
Utveckling av sjukfrånvaro och hälsa efter MMR	14
Utveckling av sjukfrånvaro och hälsa efter PB	15
Inledning	17
Bakgrund.....	19
Sjukfrånvaron i Sverige.....	19
Rehabiliteringskedjan och Försäkringskassans regler för ersättning	20
Rehabiliteringsgarantin	21
Evidensbaserade behandlingar	22
Diagnosgrupperna	23
Icke-specifika smärttillstånd	23
Psykisk ohälsa	24
Depression och ångest.....	24
Stressrelaterad psykisk ohälsa.....	24
Utveckling av rehabiliteringsgarantin i landstingen	24
Implementering och generalisering.....	25
Utvärderingens upplägg	26
Förväntade resultat	27
Syfte med föreliggande rapport	28
Utveckling av sjukfrånvaro i riket.....	29
Metod	29
Datainsamling	29
Bortfall	29
MIDAS.....	30
Referensgrupper	30
Statistiska analyser	31
Etiska aspekter	32
Resultat.....	33
Behandlingar inom rehabiliteringsgarantin 2009 och 2010	33
Sjukfrånvaroutveckling efter multimodal rehabilitering.....	35
Matchning	36
Behandlingsgruppen.....	37
Sjukfrånvaroutveckling	38
Andra faktorer av betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen.....	40
Sjuk- och aktivitetsersättning	40
Andel som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen	41
Behandlingsstartens samband med sjukfrånvaroutvecklingen.....	41
Utveckling för personer som saknade sjukfrånvaro före behandling.....	42
Kohort I.....	42
Sammanfattning av sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I.....	43
Sjukfrånvaroutveckling efter psykologisk behandling.....	45
Matchning	45
Behandlingsgruppen.....	47

Sjukfrånvaroutveckling	48
Andra faktorer av betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen.....	50
Sjuk- och aktivitetsersättning	51
Andel som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen	52
Behandlingsstartens samband med sjukfrånvaroutvecklingen.....	52
Utveckling för personer som saknade sjukfrånvaro före behandling.....	52
Kohort I	53
Sammanfattning av sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I.....	53
Utveckling av sjukfrånvaro i landstingen	56
Fördelning av behandlingar.....	56
Genomsnittlig sjukfrånvaro i kohort II per landsting.....	57
Landstinget i Blekinge	58
Landstinget Dalarna	59
Region Gotland	60
Landstinget Gävleborg	61
Region Halland.....	62
Jämtlands läns landsting.....	63
Landstinget i Jönköpings län.....	64
Landstinget i Kalmar län	65
Landstinget Kronoberg.....	66
Norrbottens läns landsting.....	67
Region Skåne	68
Stockholms läns landsting	69
Landstinget Sörmland	70
Landstinget i Uppsala län.....	71
Landstinget i Värmland.....	72
Västerbottens läns landsting.....	73
Landstinget Västernorrland	74
Landstinget Västmanland.....	75
Västra Götalandsregionen	76
Örebro läns landsting	77
Landstinget i Östergötland	78
Hälsa och arbetsförmåga	79
Metod	79
Datainsamling	79
Procedur enkätstudien	80
Material	80
Enkäten.....	80
SMS-frågor.....	82
Statistiska analyser	82
Etiska aspekter	82
Resultat.....	83
Multimodal rehabilitering	85
Utveckling av hälsa och arbetsförmåga	85
Hälsa och arbetsförmåga relaterat till tidigare sjukfrånvaro	87
Bemötande i samband med rehabiliteringen	88
SMS-frågor.....	89
Psykologisk behandling.....	92
Utveckling av hälsa och arbetsförmåga	92
Hälsa och arbetsförmåga relaterat till tidigare sjukfrånvaro	93

Bemötande i samband med rehabiliteringen	94
SMS-frågor.....	95
Kostnadseffektivitet	98
Bakgrund	98
Resultat.....	98
Sjukpenning.....	98
Sjukersättning.....	98
Multimodal rehabilitering	99
Psykologisk behandling	99
”Numbers needed to treat”	100
Numbers needed to treat - MMR	100
Numbers needed to treat - PB	100
Betalningsvilja.....	100
Livskvalitet.....	101
Diskussion	102
Utveckling sjukfrånvaro i riket	102
Sjukfrånvaroutveckling i landstingen	104
Hälsoutveckling.....	105
Referensgruppens jämförbarhet	105
Styrkor och svagheter i utvärderingen	106
Avslutande reflektioner	107
Slutsatser	108
Referenser	110
Bilagor	

Sammanfattning och slutsatser slutrapport del I och del II

Detta är den tredje och sista rapporten från Karolinska Institutets nationella utvärdering av rehabiliteringsgarantin som genomförs på uppdrag av Socialdepartementet. Slutrapporten består av två delar: del I rapporterar effekterna av rehabiliteringsgarantins insatser på sjukfrånvaro, hälsa och arbetsförmåga (effektutvärderingen); del II redogör för rehabiliteringsgarantins implementeringsprocess, utifrån ett övergripande organisations- och verksamhetsperspektiv (processutvärderingen).

Insatserna - som enligt överenskommelsen - skall ges inom rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke-specifika nack- och ryggbesvär medan personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa skall erbjudas psykologisk behandling (PB) bestående av kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi. Evidensläget rörande MMR för ryggbesvär och återgång i arbete är relativt gott och nyare systematiska sammanställningar påvisar vikten av att den kliniska insatsen sker i nära anslutning till, och i kombination med, insatser på arbetsplatsen. Evidensläget för lätt/medelsvår psykisk ohälsa och insatser för återgång i arbete är sämre. De psykologiska behandlingsmetoder som ingår i rehabiliteringsgarantin har visat sig vara effektiva för att minska symptom men det saknas evidens för effekt på sjukfrånvaro och arbetsåtergång. I Rehabiliteringsrådets sammanställning av internationell forskning (1) påvisas att det för stressrelaterad psykisk ohälsa finns visst stöd för att arbetsåtergång underlättas av att rehabiliteringen innehåller åtgärder på arbetsplatsen.

Effektutvärderingen har genomförts på två sätt; genom en registerstudie och en enkätstudie. För att undersöka behandlingsinsatsernas effekter på sjukfrånvaro har en registerbaserad uppföljning genomförts av samtliga patienter som har påbörjat behandling inom rehabiliteringsgarantin under åren 2009 och 2010. I denna uppföljning följs två årskullar; kohort I som erhållit behandling under de tre första kvartalen 2009, och kohort II som påbörjade insatser under 2010 eller under det fjärde kvartalet 2009. Kohort I följs under 12 månader efter påbörjad rehabilitering. I kohort II kan majoriteten följas sex månader efter rehabiliteringsstart medan en mindre grupp kan följas 12 månader. I båda kohorterna jämförs sjukfrånvaron med en matchad referensgrupp bestående av sjukskrivna individer som inte har erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin. Denna design med matchade individer är enligt vetenskapliga kriterier att föredra när man inte kan fördela deltagare slumpmässigt till behandling/icke-behandling. Matchningen har gjorts för att säkerställa att diagnos, ålder, kön och sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart är likvärdiga både i behandlingsgruppen och i referensgruppen. Matchningen har genomförts på tre olika sätt för att pröva jämförelsen mellan grupperna så hårt som möjligt. Samtliga analyser mellan behandlingsgrupp och referensgrupp har därmed prövats på tre olika sätt och resultaten är samstämmiga. För kohort I (2009) har resultaten från delrapport II (2) även kompletterats på detta sätt. Samtliga jämförelser mellan behandlingsgrupp och referensgrupp görs enbart med behandlade individer som har fått minst en referensperson. Det är viktigt att betona att analysen av sjukfrånvaro görs mellan sjukskrivna individer som *har* erhållit insats inom rehabiliteringsgarantin och sjukskrivna individer som *inte har* erhållit insatser inom garantin, men som väl kan ha genomgått andra insatser. Jämförelsen avser alltså inte ”rehabiliterade” mot ”icke-rehabiliterade”. Istället studeras om rehabiliteringsgarantin har inneburit en minskning av sjukfrånvaro jämfört med den reguljära verksamheten för dessa patientgrupper. Kunskapen om vilka insatser referensgruppen har genomgått – om de har genomgått insatser – kan inte inhämtas via Försäkringskassans register. Samtliga resultat redovisas uppdelat på tre grupper; omatchad behandlingsgrupp, matchad behandlingsgrupp och referensgrupp.

För att följa utveckling av hälsa och arbetsförmåga efter rehabilitering, samt hur man som patient har upplevt behandling och bemötande på olika instanser i samband med rehabiliteringen genomfördes en enkätstudie. Dessa resultat baseras på frågeformulär som har erbjudits samtliga patienter som har påbörjat behandling inom rehabiliteringsgarantin (år 2010), på 66 slumpmässigt utvalda vårdenheter i 12 landsting. I enkätstudien har det inte varit möjligt att tillsätta en referensgrupp att jämföra resultaten med.

I tilläggsuppdraget (processutvärderingen) studeras hur rehabiliteringsgarantin har implementerats inom landstingen, vilket görs genom tre olika datainsamlingsmetoder; enkät till samtliga landsting, intervjustudie samt en dokumentanalys i ett urval av landsting. Representanter för landstingsledning, processledning samt vårdenheter inom sex landsting ombads att delta i en intervju. Dokument som producerats i arbetet med införandet av rehabiliteringsgarantin inom såväl SKL som de utvalda landstingen inhämtades och analyserades.

Som ett komplement till utvärderingens redovisas i bilaga 1 resultat från Region Skånes egen utvärdering av deras insatser inom rehabiliteringsgarantin. Region Skåne har ett unikt uppföljningssystem som möjliggör uppföljning och utvärdering av patientarbetet inom regionen.

Sammanfattningsvis visar resultaten av processutvärderingen att landstingen strävat efter att tydliggöra och följa regeringens intentioner med rehabiliteringsgarantin. Ett ökat fokus på rehabilitering av garantins målgrupper och ett aktivt utvecklingsarbete för att kunna erbjuda tidig rehabilitering har skapats. I genomförandet av rehabiliteringsgarantin har – ur ett implementeringsteoretiskt perspektiv – fyra mycket starka styrfaktorer kombinerats för att stärka implementeringsprocessen: ekonomisk ersättning för behandlingsinsatser har utgjort ett incitament för vårdgivare och landsting att delta i rehabiliteringsgarantin. Politiska beslut som har förankrats på regional nivå har tillsammans med lagar, såsom Hälso- och sjukvårdslagen, samt riktlinjer från myndigheter reglerat genomförandet av rehabiliteringsgarantin. Vetenskap har använts som ett kunskapsunderlag för vilka insatser som ska ingå i rehabiliteringsgarantins verksamhet, samt hur dessa ska utföras. Dessa fyra element har utgjort starka styrfaktorer, vilka har medfört att rehabiliteringsgarantin har kunnat implementeras utan större avvikelser i syfte och mål, både på landstingsnivå och i den kliniska verksamheten.

Det är inte ovanligt att projekt som implementeras i redan existerande kontexter på olika sätt till sin form förskjuts, och att syfte, målgrupper och de insatser som genomförs inte överensstämmer med projektets intentioner. Processutvärderingens resultat visar att detta inte tycks ha skett under implementeringen av rehabiliteringsgarantin. Istället har den - i princip oförändrad - haft genomslag både på central landstingsnivå och på lokal verksamhetsnivå. En viss tendens till förskjutning av syftet anas när rehabiliteringsgarantin implementeras på lokal nivå, då ibland ett mer vårdande, individcentrerat fokus läggs till. Detta perspektiv lyfter fram individens livskvalitet och vårdens uppgift att lindra lidande. Rehabiliteringsgarantins överordnade syfte, att främja återgång i arbete, hamnar dock inte i skymundan, men väl vid sidan om denna - för vården traditionella - värdegrund. Framförallt på lokal implementeringsnivå kan det föreligga en risk för utveckling av konkurrerande syften, ett nationellt direktiv som betonar återgång i arbete och lokalt utvecklade syften för att i första hand lindra, bota och befrämja livskvalitet. Utifrån det perspektivet är det viktigt att i manualer och riktlinjer tydliggöra hur man inom de olika insatsmodellerna MMR och PB arbetar med det kombinerade syftet att främja hälsa genom arbetsåtergång. Vikten av detta

påtalas även i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (1). En förstärkning av stödet för urval och insats gällande MMR har också publicerats under 2011 i skriften Medicinska indikatorer (3).

Varken i intervjuerna eller i de dokument som har tillkommit inom landstingen vid införandet av rehabiliteringsgarantin är anknytningen till arbetsplatsen speciellt framträdande. Beskrivningar ges framförallt i form av att återfå funktion och arbetsförmåga vilket kan tolkas som en indikation på att landstingen har uppfattat att återgång i arbete är centralt i garantin, men på lokal verksamhetsnivån ges inte någon större plats för beskrivning av hur arbetsplatsen och arbetet skall integreras i insatsen. Resultaten från enkätstudien visar att cirka 40 procent uppger att förändringar i arbete har genomförts under uppföljningstiden. Landstingsverksamheter har mer sällan tradition av - och heller inte som uppdrag - att bedriva vård i samverkan med arbetsplatsen. Som tidigare har nämnts stärks evidensen om återgång i arbete när rehabiliteringsinsatsen sker i nära samverkan med arbetsplatsen. Det är dock viktigt att målet återgång i arbete inte bara blir en minskning av sjukfrånvaro utan att målet genomsyrar hela rehabiliteringsinsatsen genom nära samverkan med arbetsplatsen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det är även viktigt att stödet till patienten inte upphör direkt vid arbetsåtergång då risken för återfall i långvarig sjukfrånvaro för rehabiliteringsgarantins diagnosområden är mycket hög, särskilt under det första året efter arbetsåtergången (4).

Det framkommer också i resultaten att framförallt de ekonomiska incitamenten har varit viktiga styrfaktorer för landstingen då dessa har möjliggjort en stor satsning på genomförandet. Svårigheter vid införandet har framför allt uppgivits vara bristen på långsiktighet i de ekonomiska incitamenten, det vill säga att överenskommelsen görs för ett år i taget, bristen på mer specifika urvalskriterier/rutiner samt bristen på ett specificerat behandlingsinnehåll (manualer/utbildningar) framförallt avseende MMR. Ytterligare hinder har utgjorts av personal på vårdenheter som i viss utsträckning har haft en negativ inställning till de förändrade arbetssätt som det inneburit att gå från individuellt utformade arbetsrutiner till mer teambaserade arbetssätt.

Resultatet av effektutvärderingen visar att en stor andel av patienterna som har fått insatser inom rehabiliteringsgarantin har en sjukfrånvaro som har pågått längre än 60 dagar (MMR: 58 %, PB: 47 %) då behandlingen inleds. Det är även en betydande andel som har utförsäkrats redan före behandlingen startat (MMR: 12 %, PB: 6 %). Det är därmed en stor andel som faller utanför urvalskriteriet i överenskommelsen om att insats bör påbörjas inom 6-8 veckors sjukfrånvaro. Detta kriterium är satt utifrån evidensläget för MMR om vem som behandlingen är effektiv för. Resultaten visar också att längden på sjukfrånvaro påverkar framtida utveckling av densamma. Internationell evidens visar att MMR främst är effektiv i tidig besvärutveckling.

I delrapport II framkom att en stor andel av de som fått insatser inom rehabiliteringsgarantin inte var sjukskrivna kvartalet innan insats påbörjades. Efter insats var det en anmärkningsvärd andel av dessa som hade en långvarig sjukfrånvaro. I slutrapporten har detta studerats vidare genom att utvidga kriteriet för sjukfrånvaro till att analysera utvecklingen för de som inte haft någon sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden *året* före rehabiliteringsstart. Resultaten är samstämmiga för kohort I (2009) och kohort II (2010). Analyser visar att en betydande andel fortfarande går in i sjukskrivning efter rehabilitering. Vid det fjärde och sista uppföljningskvartalet hade 14 procent av MMR-gruppen och sex procent av PB-gruppen sjukfrånvaro trots att de saknat detta under det år som föregick rehabiliteringen. Jämförelser i

hälsostatus gjordes mellan personer med respektive utan initial sjukfrånvaro. Patienter utan sjukfrånvaro före insats har ett bättre hälsoläge både gällande upplevd psykisk och fysisk hälsa samt arbetsförmåga. Utvecklingen av hälsa efter insats var dock likartad i båda grupperna, vilket indikerar att båda grupperna har nytta av rehabiliteringen. Dessa resultat överensstämde väl med Region Skånes resultat (bilaga 1). Den evidensgrund som rehabiliteringsgarantin vilar på, framförallt gällande MMR, baseras på resultat för rehabilitering av patienter med sjukfrånvaro. Att överföra dessa resultat till att också inkludera förebyggande insatser för individer utan sjukfrånvaro, trots att det saknas egentlig vetenskaplig grund för detta, är inte oproblematiskt vilket även framkommer i resultatet av utvärderingen.

Både processutvärderingen och effektutvärderingen tyder på att den lokala implementeringen på vårdenhetsnivå inte har givits tillräckligt stöd. Resultatet från uppföljningen av sjukfrånvaroutvecklingen visar en statistisk säkerställd skillnad i effekt av insatserna beroende på när i tiden av införandet av garantin som insatsen har genomförts. Vid det sista halvåret år 2010 har effekten av rehabiliteringen ökat jämfört med 2009 både för MMR och PB, vilket indikerar en ökad rutin att rehabilitera patienter mot arbetsåtergång. Skillnaden som kunde påvisas mellan vårdgivare under det första året av garantin (2009) där privata vårdgivare hade signifikant bättre utveckling av sjukfrånvaron än övriga har också minskat och är i 2010-kohorten inte längre statistisk signifikant. Dock kvarstod en interaktionseffekt som visar att de privata vårdgivarna fortfarande har bättre resultat på sjukfrånvaro för de med lång sjukfrånvaro före rehabiliteringsstart. Sammantaget antyder dessa fynd att den lokala implementeringsprocessen med förstärkt kompetens och utveckling av insatserna har förbättrats men att den måste ges ett fortsatt betydande stöd innan rehabiliteringsgarantin kan förväntas ge optimala effekter i enlighet med internationell evidens.

Den ekonomiska ersättningen från staten betalas ut till landstingen för varje patient som har påbörjat insats inom rehabiliteringsgarantin. Detta innebär att vi inte vet hur många patienter som de facto genomgått en fullständig rehabiliteringsinsats. Det är troligen så att en viss andel påbörjade behandlingar avbryts i ett tidigt skede. Data från Region Skåne (bilaga 1) indikerar att cirka 11 procent av de som påbörjat MMR och 23 procent av de som påbörjat PB avslutar behandlingen inom sex behandlingstillfällen. Sex behandlingstillfällen kan anses vara en mycket liten insats i perspektivet rehabilitering. Detta har implikationer för både genomförandet och utvärderingen av rehabiliteringsgarantin. För genomförandet innebär det att landstingen får in extra resurser på förvaltningsnivå för insatser som inte till fullo har genomförts. För vårdenheten kan det innebära att interna lokala resurser satsats för att "starta" upp en patientbehandling men vid ett tidigt avbrott ges ingen eller enbart en mindre ersättning från landstinget. Därmed drabbas den lokala enheten av extra kostnader för att genomföra rehabiliteringsgarantin vilket kan påverka motivationen till att utveckla garantin inom enheten. För utvärderingen innebär det att resultaten kan påverkas negativt om en stor andel av de ingående patienterna inte har fullföljt rehabiliteringen och därmed inte fått en fullständig behandlingsinsats.

I sammanställningen över landstingens ingående vårdenheter och antalet behandlade patienter per vårdenhet framkommer dels att ett stort antal vårdenheter erbjuder behandling inom rehabiliteringsgarantin, dels att antalet patienter per enhet ofta är mycket lågt. I processutvärderingen framstod det begränsade patientunderlaget som ett av de största hindren för att kunna erbjuda högkvalitativa insatser framförallt i form av MMR som kräver stora initiala investeringar för att bygga upp multidisciplinära team. Mycket begränsad tillgång till patienter som påvisas vid många enheter (färre än fem patienter per år) bör även påverka den

egna möjligheten att upprätthålla en specialistkompetens. Kostnadseffektiviteten i att bygga upp högspecialiserade multidisciplinära team för att erbjuda MMR vid ”varje” primärvårdsenhet måste starkt ifrågasättas utifrån det begränsade patientunderlaget som visats i denna utvärdering. Flertalet landsting uttrycker även enligt processutvärderingen idéer om att MMR bör ges på ett mindre antal enheter och därmed centralisera denna typ av verksamhet.

I denna rapport har inte enskilda vårdenheter analyserats dels på grund av det begränsade patientunderlaget per enhet men också då relevanta jämförelsegrupper har saknats. Detta innebär sannolikt att de nationella och regionala resultaten döljer enheter med såväl exceptionellt goda som dåliga resultat. Erfarenheter från andra utvärderingar, bland annat i Stockholms läns landsting, visar att aggregerade medelvärden över enhetsnivå ”döljer” resultat på mer nedbrutna nivåer (enheter) (5).

Resultatet av effektutvärderingen visar att utvecklingen av total sjukfrånvaro (sjukskrivning + sjuk- och aktivitetsersättning) är likartad oberoende av om man erhåller insatser inom rehabiliteringsgarantin eller inte och detta gäller både för patienter behandlade 2009 och 2010. Referensgruppens sjukfrånvaro består i högre grad av sjuk- och aktivitetsersättning medan behandlingsgruppens sjukfrånvaro i högre grad består av sjukpenning. Icke desto mindre konstaterar vi att - utifrån evidensen rörande MMR - bör utvecklingen av sjukfrånvaro kunna förbättras ytterligare även under denna korta tidsperiod. Två långtidsuppföljningar i Sverige visar att den största effekten på sjukfrånvaro efter MMR sker under det första året efter rehabiliteringen för att sedan ytterligare minska något och därefter vidmakthållas upp till 10 år efter insats (6, 7).

Viktiga aspekter vid investeringar i nya ”projekt” är dels vad investeringen förväntas att ge för effekter, dels tidsperspektivet för när investeringen beräknas vara ”avbetald” (”pay off”). Även här är implementeringsperspektivet viktigt då hänsyn måste tas till tiden att införa det nya, i detta fall rehabiliteringsgarantin. Uppföljningen av rehabiliteringsgarantins andra år visar att resultaten har förbättrats. En analys av effekten av tid visar att ju längre rehabiliteringsgarantin har varit verksam desto bättre resultat på individnivå. För sjuk- och aktivitetsersättning (SA) fanns år 2009 en tendens till att rehabiliteringsinsatserna minskade andelen som gick in i SA, samt att referensgruppen hade en något ökad risk för detta. För 2010-kohorten visar dock resultaten en statistisk säkerställd skillnad i andel som går in i sjukersättning mellan behandlingsgrupp och referensgrupp. Referensgruppen har cirka 170 procents högre risk för sjukersättning under uppföljningstiden. Jämfört med år 2009 finner vi att insatserna under rehabiliteringsgarantins andra år (2010) signifikant minskar risken för sjukersättning.

Undvikande av sjukersättning innebär stora besparingar i mänskligt lidande men ger också samhällsekonomiska vinster. Individer som har genomgått behandling inom rehabiliteringsgarantin upplever också en förbättring av sin psykiska och fysiska hälsa samt arbetsförmåga under uppföljningstiden. Analyser visar på ett starkt signifikant samband mellan den upplevda hälsan (mätt med EQ5D) och utveckling av sjukfrånvaro. EQ5D är ett frågeformulär som mäter hälsorelaterad livskvalitet på en skala från 0-1. Analyser visar att en förbättring om 0,1 i genomsnitt ger runt 20 dagars minskning av sjukfrånvaron per kvartal. I denna del av effektutvärderingen har det inte varit möjligt att tillsätta en jämförelsegrupp och det är därför svårt att uttala sig om det är insatsen i sig som har givit upphov till förbättringarna eller om det är fråga om en spontant uppkommen förbättring. Den genomsnittliga förbättringen i EQ5D var 0,12 för MMR och 0,15 för PB, vilket torde innebära att förbättringen i hälsa också medfört en minskning av sjukfrånvaron.

Majoriteten av de patienter som har påbörjat insatser inom rehabiliteringsgarantin uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med behandlingsinsatsen. Skattningarna av upplevt bemötande på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen var lägre.

Baserat på resultaten för risken för sjukersättning genomfördes en ekonomisk kalkyl av kostnaderna för rehabilitering i relation till potentiell undviken kostnad för framtida förlorade arbetsår. Den ekonomiska kalkylen visar att insatsen är samhällsekonomisk kostnadseffektiv utifrån perspektivet att man undviker sjukersättning med en nettovinst i form av minskat produktionsbortfall om drygt 133 miljoner per 1000 individer som behandlats med MMR och 139 miljoner per 1000 individer som har fått PB. För att undvika en sjukersättning på grund av nack- och ryggbesvär (MMR) behöver man inom rehabiliteringsgarantin behandla 43 patienter respektive 52 patienter för psykisk ohälsa (PB). Nuvärdet av en undviken sjukersättning understiger behandlingskosten för båda behandlingsformerna och kan därmed anses vara kostnadseffektiv. Den så kallade betalningsviljan är ett ytterligare mått som används för att beräkna om en samhällsinsats är kostnadseffektiv. Den uppskattade kostnaden för en förtidspension uppgår till 7,8 miljoner kronor. Förutsatt att staten är beredd att betala ca 2,2 miljoner kronor för att undvika en förtidspension hos personer med nack- och ryggproblematik samt 660 000 kronor för personer med psykisk ohälsa anses insatsen vara kostnadseffektiv.

En gemensam rapport från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (8) visar att majoriteten av de som utförsäkras är inom rehabiliteringsgarantins diagnosområden – smärta från rörelseapparaten och psykisk ohälsa. Rapporten visar också att mindre än 10 procent går tillbaka till reguljärt arbete efter utförsäkring. Merparten går antingen tillbaka till sjukförsäkringen eller hamnar i olika typer av insatser via Arbetsförmedlingen. Att förhindra och förebygga att individer hamnar i utanförskap till följd av nedsatt hälsa är oerhört viktig både ur ett medmänskligt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Utvärderingen av rehabiliteringsgarantin visar sammantaget att under det andra året av rehabiliteringsgarantin föreligger det en ökad möjlighet till arbetsåtergång för sjukskrivna personer genom en minskning av risken för sjukersättning.

Slutsatser

- Personer som genomgår rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin upplever en förbättrad hälsa och arbetsförmåga. Denna förbättring yttrar sig dock inte som minskad *total* sjukfrånvaro under de första 12 månaderna efter insats.
- Rehabiliteringsgarantin ger det andra året av införandet en minskning av risken att få sjukersättning. Denna minskade risk gör att man för varje 1000 behandlad undviker 19 (PB) respektive 23 (MMR) fall av sjukersättning. Undvikandet av sjukersättningar ger en nettovinst i storleksordningen 133 till 139 miljoner per 1000 behandlade individer.
- Implementeringen av insatserna inom rehabiliteringsgarantin förbättras över tid och ger därmed bättre effekter på sjukfrånvaro längre fram i implementeringsprocessen(tiden).
- Införandet av rehabiliteringsgarantin har medfört ett ökat fokus och prioritet på utveckling av rehabilitering inom landstingen.
- Landstingen har erbjudit ett stort antal patienter insatser inom rehabiliteringsgarantin men måste framöver bli bättre på att selektera vilka patienter som är hjälpta av de specificerade insatserna. Sjukfrånvaro över 60 dagar, pågående sjukersättning och hög ålder är faktorer som påverkar sjukfrånvaroutvecklingen negativt.
- Många landsting erbjuder insatser via rehabiliteringsgarantin på ett stort antal enheter, vilket gör att patientunderlaget per enhet är litet. Detta riskerar att påverka behandlarnas möjlighet att upprätthålla kompetens, men innebär också att kostnadseffektiviteten i att etablera rehabiliteringsinsatser på ett stort antal enheter inom landstingen kan ifrågasättas, i synnerhet när det gäller den högspecialiserade teambaserade multimodala rehabiliteringsinsatsen. Uppföljningen av införandet visar på svårigheter i implementering på framförallt lokal nivå där mer specificerade urvalskriterier och manualer för behandlingsinsatsen efterfrågas.
- Anknytningen till och samverkan med arbetsplatsen för att förstärka återgång i arbete förefaller i dagsläget vara svag inom rehabiliteringsgarantin och bör utifrån existerande evidens förstärkas. Ur det perspektivet är det viktigt att i manualer och riktlinjer tydliggöra hur man inom de olika insatsmodellerna MMR och PB kan arbeta med det kombinerade syftet att främja hälsa genom arbetsåtergång.
- Hinder vid införandet av rehabiliteringsgarantin är framförallt ett begränsat patientunderlag per enhet, brist på långsiktighet, samt otydlighet i urval och behandlingsinnehåll, samt att behandlingspersonalen i vissa fall har haft en negativ inställning till de förändrade arbetsätt som det inneburit att gå från individuellt utformade arbetsrutiner till mer teambaserade arbetsätt.

- Faktorer som har underlättat införandet av rehabiliteringsgarantin är framförallt de ekonomiska incitament som har givits samt erfarenheter från tidigare satsningar av samma slag, framförallt den så kallade sjukskrivningsmiljarden.

För att förbättra rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron konstateras att:

- Urvalskriterier för vilka patienter som har nytta av rehabiliteringsgarantins insatser bör specificeras och tydliggöras.
- Rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin bör sättas in under sjukfrånvarons två första månader. Personer med längre sjukfrånvaro bör erbjudas andra typer av insatser inom landstingens reguljära rehabiliteringsverksamhet för att öka möjligheten för att återfå fysisk och psykisk funktionsförmåga.
- Det förebyggande målet inom rehabiliteringsgarantin, formulerat som att förebygga sjukfrånvaro, bör skiljas från rehabiliteringsmålet med dess evidensgrund. Den förebyggande verksamheten bör specificeras tydligare utifrån rådande evidens för urvalskriterier och vilken typ av insats som bör ges.
- För att möjliggöra ett optimalt genomförande av rehabiliteringsgarantins behandlingar bör manualer med tydlig koppling till metoder för arbetsåtergång specificeras och utarbetas.
- Översyn av finansieringen av arbetsplatsinriktade insatser i rehabilitering bör göras. Ansvaret för denna del av rehabiliteringen är i dag arbetsgivarens. Av olika skäl fungerar detta ej optimalt inom den nuvarande utformningen av rehabiliteringsgarantin.
- Rehabilitering inom garantin måste ges i närmare samverkan med arbetsplatsen.
- Multimodal rehabilitering (MMR) bör centraliseras till ett mindre antal enheter.
- Registrering av behandlingstid och datum för behandlingsavslut bör införas i rapporteringen för att öka kvaliteten på uppföljning av rehabiliteringsgarantins effekter.
- En fortsatt utvärdering av de långsiktiga effekterna på sjukfrånvaro bör göras i syfte att följa utvecklingen av sjukersättning relativt till sjukskrivning samt om målet arbetsåtergång, och inte endast minskning av sjukfrånvaro, uppnås.

Resultatsammanfattning av effektutvärderingen

Behandlingarna

Sjukfrånvaroutvecklingen har undersökts för samtliga individer som har inrapporterats till Försäkringskassan inom ramen för rehabiliteringsgarantin under år 2009-2010. Sjukfrånvaromönstret har jämförts med en matchad referensgrupp som delar behandlingsgruppens egenskaper, men som inte har erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin. Materialet har analyserats utifrån tre olika matchningsförfaranden och analyserna visar att resultaten är stabila och någorlunda oberoende av matchningsmetod. En betydande andel av de behandlade fick inga referenspersoner och denna omatchade behandlingsgrupp kännetecknas av en mycket hög sjukfrånvaro och en hög andel av sjuk- och aktivitetsersättning – både före och efter rehabilitering.

Kohort I påbörjade behandling under de tre första kvartalen 2009 och består av sammanlagt 17 780 individer. I kohort II ingår 44 911 personer som inledde behandling under år 2010 eller det sista kvartalet 2009. Psykologiska behandlingar (PB) dominerar stort och multimodal rehabilitering (MMR) utgör enbart 15 procent av de inrapporterade behandlingarna. Medelåldern vid behandlingsstart är 43-44 år för MMR och 39 år för PB. 15 procent av de behandlade är utrikesfödda och merparten (72 %) är kvinnor. Kohort II innehåller fler personer som har behandlats inom primärvård (82 %) än kohort I där motsvarande andel är 61 procent. Andelen behandlingar givna i privat regi ökar från 18 till 33 procent.

Utveckling av sjukfrånvaro och hälsa efter MMR

Kohort I utgörs av 2 788 personer som har påbörjat MMR och kohort II innehåller 6 709 personer. Kohorterna delar flertalet bakgrundsegenskaper, undantaget sjukfrånvaro före rehabilitering som är lägre i kohort II (58 %) än i kohort I (66 %). Beskrivande statistik tyder på en likartad sjukfrånvaroutveckling för behandlingsgruppen och referensgruppen, där sjukfrånvaron gradvis trappas upp mot behandlingsstart för att sedan minska successivt. Referensgruppen minskar sin sjukfrånvaro i snabbare takt än behandlingsgruppen. Jämförande statistik visar att skillnaden i sjukfrånvaro är statistiskt signifikant och att referensgruppen under hela uppföljningen har lägre sjukfrånvaro än behandlingsgruppen. Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan grupperna minskar dock under uppföljningen. Cirka 25-30 procent av de som saknade registrerad sjukfrånvaro året före behandling får sjukfrånvaro under uppföljningen. Det finns även indikationer om att sjukfrånvaron minskar i takt med etableringen av rehabiliteringsgarantin. Detta kan tolkas som en implementeringseffekt där en ökad rutin att arbeta med rehabiliteringsgarantin leder till bättre resultat på individnivå.

Resultatet visar på ett starkt samband mellan sjukfrånvarolängd före och efter rehabilitering och detta oberoende av om man har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin eller inte. Ålder, men inte kön hade ett statistiskt samband med sjukfrånvaroutvecklingen under uppföljningen. Sjukfrånvaroutvecklingen i landstingen varierar mycket och redovisas enbart i beskrivande syfte. Inga säkra slutsatser kan dras utifrån denna analys, då en nedbrytning på landstingsnivå i många fall innebär mycket små gruppstorlekar.

40-44 procent av sjukfrånvaron före behandlingsstart utgörs av sjuk- och aktivitetsersättning. Under uppföljningen sker en minskning av ersättningen samtidigt som nya fall tillkommer. En analys av risken att få sjukersättning bland personer som hade sjukpenning före rehabilitering visade att personer (kohort II) som *inte* erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin har en

fördbladdad risk att få sjukersättning under uppföljningen gentemot personer som har påbörjat rehabiliteringsgarantins insatser.

För att undvika ett fall av sjukersättning behöver 43 personer behandlas till en kostnad av 2 150 000 kronor. Kostnaden för ett fall av sjukersättning uppgår till 7 800 000 kronor, vilket alltså är mer än rehabiliteringskostnaden. Om syftet är att undvika sjukersättning kan rehabiliteringen därför anses vara kostnadseffektiv.

Utveckling av självskattad hälsa och arbetsförmåga undersöktes via enkäter i ett urval av patienter rehabiliterande under 2010 (n=336). Resultatet visar på en signifikant förbättring av så väl hälsa och arbetsförmåga som handlingsutrymme under uppföljningen. Den största hälsoförbättringen erhålls under den första behandlingsmånaden. Värdena vid behandlingsstart är dock låga i de flesta parametrar och även efter behandling har MMR-gruppen betydligt sämre värden än vad som antas vara normalt i populationen. Den självupplevda möjligheten till arbetsåtergång för personer med sjukfrånvaro förbättras inte under uppföljningen. Resultatet visar vidare att gruppen *utan* sjukfrånvaro skattar hälsa och arbetsförmåga som bättre både vid behandlingsstart och vid uppföljningen, jämfört med gruppen *med* sjukfrånvaro. Det finns dock ingen skillnad i hur hälsa och arbetsförmåga utvecklas över tid, utan båda grupperna förbättras i samma utsträckning, utifrån sina respektive ingångsvärden. Resultatet har inte kunnat jämföras med en jämförelsegrupp, varför man inte kan dra slutsatsen att det är insatserna inom rehabiliteringsgarantin som har lett till hälsoförbättringen.

Behandlingen inom rehabiliteringsgarantin ges ett mycket gott omdöme i drygt 60 procent av fallen och det finns även en stor nöjdhet med det upplevda bemötandet på den vårdenhets där behandlingen ägt rum. Även bemötandet vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren får ett godkänt betyg.

Utveckling av sjukfrånvaro och hälsa efter PB

Kohort I utgörs av 14 650 personer som har påbörjat PB och kohort II innehåller 38 202 personer. Kohorterna delar flertalet bakgrundsegenskaper, undantaget sjukfrånvaro före rehabilitering som är lägre i kohort II (29 %) än i kohort I (39 %). Beskrivande statistik tyder på en likartad sjukfrånvaroutveckling för behandlingsgruppen och referensgruppen, där sjukfrånvaron gradvis trappas upp mot behandlingsstart för att sedan minska successivt. Referensgruppen minskar sin sjukfrånvaro i snabbare takt än behandlingsgruppen. Jämförande statistik visar att skillnaden i sjukfrånvaro är statistiskt signifikant och att referensgruppen under hela uppföljningen har lägre sjukfrånvaro än behandlingsgruppen. Skillnaden mellan grupperna minskar dock under uppföljningen. Runt 8-10 procent av de som saknade registrerad sjukfrånvaro året före behandling får sjukfrånvaro under uppföljningen. Det finns indikationer om att sjukfrånvaron minskar i takt med etableringen av rehabiliteringsgarantin. Detta kan tolkas som en implementeringseffekt där en ökad rutin att arbeta med rehabiliteringsgarantin leder till bättre resultat.

Resultatet visar på ett starkt samband mellan sjukfrånvarolängd före och efter rehabilitering och detta oberoende av om man har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin eller inte. Ålder, men inte kön, hade ett statistiskt samband med sjukfrånvaroutvecklingen under uppföljningen. Sjukfrånvaroutvecklingen i landstingen varierar mycket och redovisas enbart i

beskrivande syfte. Inga säkra slutsatser kan dras utifrån denna analys, då en nedbrytning på landstingsnivå i många fall innebär små gruppstorlekar.

39-44 procent av sjukfrånvaron före behandlingsstart utgörs av sjuk- och aktivitetsersättning. Under uppföljningen sker en minskning av andelen med ersättningen samtidigt som nya fall tillkommer. En analys av risken att få sjukersättning bland personer som hade sjukpenning före rehabilitering visade att personer (kohort II) som *inte* erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin har närmare tre gånger högre risk att få sjukersättning under uppföljningen än personer som har tagit del av rehabiliteringsgarantins insatser. För kohort I är motsvarande riskökning 1,6.

För att undvika ett fall av sjukersättning behöver 52 personer behandlas till en kostnad av 650 000 kronor. Kostnaden för ett fall av sjukersättning uppgår till 7 800 000 kronor, vilket alltså är långt mer än rehabiliteringskostnaden. Om syftet är att undvika sjukersättning kan rehabiliteringen därför anses vara kostnadseffektiv.

Utveckling av självskattad hälsa och arbetsförmåga undersöktes via enkäter i ett urval av patienter rehabiliterande under 2010 (n=413). Resultatet visar på en signifikant förbättring av så väl hälsa och arbetsförmåga som handlingsutrymme under uppföljningen. Den största hälsoförbättringen erhålls under den första behandlingsmånaden. Hälsoutvecklingen når dock inte riktigt upp till normvärdet för populationen. Den självupplevda möjligheten till arbetsåtergång för personer med sjukfrånvaro förbättras inte under uppföljningen. Resultatet visar vidare att gruppen *utan* sjukfrånvaro skattar hälsa och arbetsförmåga som bättre både vid behandlingsstart och vid uppföljningen, jämfört med gruppen *med* sjukfrånvaro. Det finns dock ingen skillnad i hur hälsan utvecklas över tid, utan båda grupperna förbättras i samma utsträckning, utifrån sina respektive ingångsvärden. Resultatet har inte kunnat jämföras med en obehandlad grupp, varför man inte kan dra slutsatsen att det är insatserna inom rehabiliteringsgarantin som har lett till hälsoförbättringen.

Behandlingen inom rehabiliteringsgarantin ges ett mycket gott omdöme i 70 procent av fallen och det finns även en stor nöjdhet med det upplevda bemötandet på den vårdenhet där behandlingen ägt rum. Även bemötandet vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren får ett godkänt betyg.

Inledning

I december 2008 undertecknade Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti, efter ett regeringsbeslut. Under 2009 förtydligades överenskommelsen samtidigt som ersättningsformen ändrades till att utgå till genomförda eller påbörjade insatser. Under 2010 gjordes några smärre justeringar i överenskommelsen bland annat med förtydliganden kring psykologiska behandlingar.

Rehabiliteringsgarantin vänder sig till individer i yrkesverksam ålder (16-67 år) som har – eller riskerar att få - sjukfrånvaro till följd av lindrig/medelsvår psykisk ohälsa eller icke-specifika smärttillstånd i rörelseorganen. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgängligheten på evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket ska ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur ska leda till kortare sjukskrivningar, alternativt förhindra att sjukfrånvaro uppstår. I överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL framgår även att rehabiliteringsgarantin ska följas upp. I maj 2009 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4649/SF). I uppdraget ingår följande:

- ”KI ska i sin utvärdering fokusera på vilken effekt som behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete”
- ”I utvärderingen ska beaktas i vilken omfattning rehabiliteringskedjans tidsgränser påverkat att individer återgår i arbete”
- ”KI kan därutöver utvärdera andra faktorer som bedöms viktiga för återgång i arbete”

Samtidigt med Karolinska Institutet fick även Socialstyrelsen i uppgift att följa upp rehabiliteringsgarantin. I detta uppdrag ingick bland annat att ge en beskrivning av rehabiliteringsgarantins insatser för att utröna om behandlingarna lever upp till de krav på evidens som efterfrågades (9). I december 2010 utökades Karolinska Institutets uppdrag till att även innefatta en analys av hur rehabiliteringsgarantin och dess intentioner har implementerats i landstingen. Denna så kallade processutvärdering syftar till att systematiskt följa rehabiliteringsgarantins genomförande, och att särskilt studera förutsättningarna för uppställda målformuleringar. Fokus är verksamheter, strategier och praktiker som genererar vissa effekter, utifrån det förändringsperspektiv som denna komplexa och omfattande regleringsimplementering innebär. Processutvärderingen ger även insikt i om regleringen fungerar enligt regeringens intentioner. Den klargör områden som behöver vidareutvecklas likväl områden som fungerar väl och som - av den anledningen - bör lyftas fram som ”goda exempel”. Detta är särskilt värdefullt att uppmärksamma när innovativa förändringar genomförs, för att utveckla effektiva modeller och ramverk för framtida satsningar.

I december 2009 gav regeringen även särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet (dir. 2009:131). Utredningen antog namnet Rehabiliteringsrådet. Rådet kom med ett slutbetänkande i februari 2011 (1). Professor Irene Jensen som är uppdragsansvarig för den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin ingick i rehabiliteringsrådet för att delge rådet synpunkter utifrån de resultat och erfarenheter som framkom genom utvärderingen. Rehabiliteringsrådet bestod av nio forskare med

mångårig erfarenhet av forskning inom rehabiliteringsområdet. De kommer från fem olika universitet och representerar specialiteter med anknytning till rehabilitering. Rehabiliteringsrådets uppdrag var att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Rådet skulle vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen, till exempel när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Rådet lämnade även förslag på hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas samt föreslog utformningen av den fortsatta överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin efter 2010. Rehabiliteringsrådet konstaterar att det är endast multimodal rehabilitering vid smärttillstånd i rörelseorganen som med vetenskaplig evidens kan visa arbetsåtergång efter genomgången rehabilitering. Rådet föreslår tillskapandet av ett nationellt kvalitetsregister baserat på rehabiliteringsgarantin. Detta register bedöms tidigarelägga utvärderingen av olika rehabiliteringsmetoder. Rehabiliteringsrådet föreslår också att ett kunskapscenter inrättas, som dels kan ansvara för ett rehabiliteringsregister och som dels kan följa den vetenskapliga utvecklingen, samt initiera och genomföra angelägna forskningsprojekt inom rehabiliteringsområdet.

Bakgrund

Sjukfrånvaron i Sverige

Sjukfrånvaron varierar över tid. Förändringar i sjukförsäkringssystemet, arbetslöshet och den rådande konjunkturen är alla faktorer som är kända för att påverka sjukfrånvarons växlingar. När samhällsekonomin är god, med låg arbetslöshet och höjda ersättningsnivåer i sjukförsäkringen tenderar sjukfrånvaron att öka. Omvänt kan man ofta se en minskad sjukfrånvaro i perioder av lågkonjunktur, hög arbetslöshet och lägre ersättningsnivåer i sjukförsäkringen. Statistiken från Försäkringskassan visar vidare att även om sjukfrånvarosiffrorna har varierat över åren så är dess orsaker i princip oförändrade. Under 2000-talets första decennium har sjukfrånvaron dominerats av symptom från rörelseapparaten samt lätt till måttlig psykisk ohälsa. Både för kvinnor och män gäller att rygg- och nacksmärta, depression, ångest och stressrelaterade symptom utgör de vanligaste skälen till så väl sjukskrivning som sjuk-och-aktivitetsersättning (SA). En rapport från Försäkringskassan visar att depressioner tillsammans med ryggsjukdomar svarar för en fjärdedel av Sveriges sjukförsäkringskostnader (10).

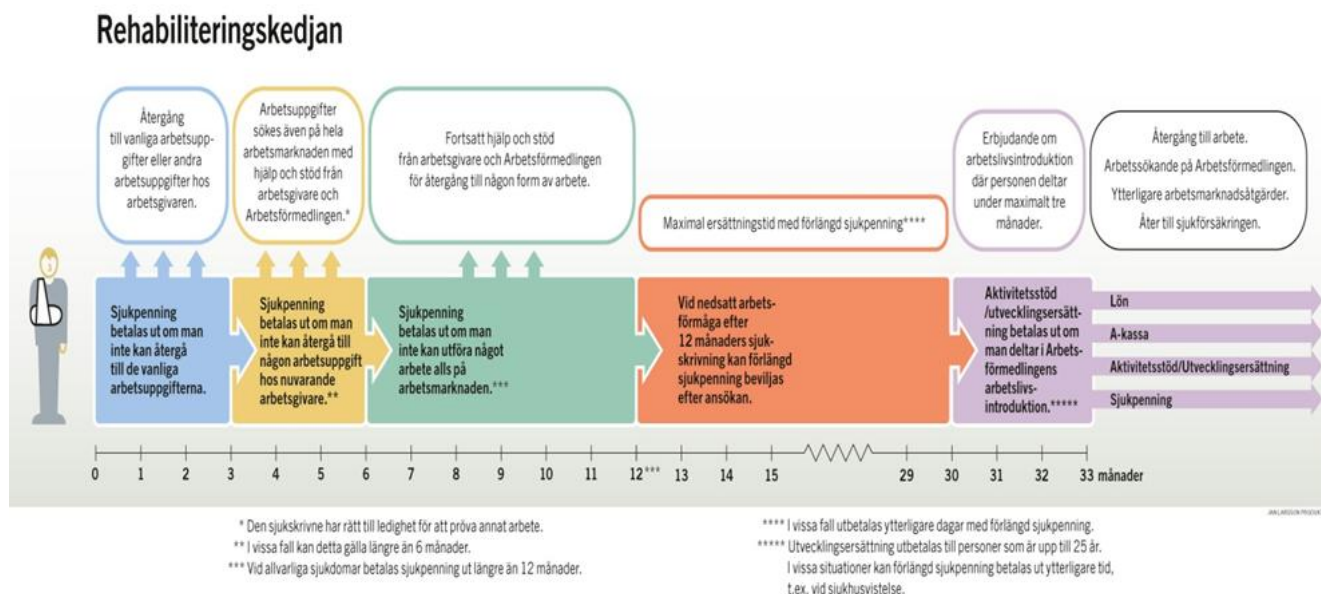
Ohälsotalet är ett mått som används för att beskriva och jämföra sjukfrånvaro över tid. Genom ohälsotalet kan man erhålla ett genomsnittligt värde för antalet sjukfrånvarodagar per år överstigande 14 dagar i befolkningen 16-64 år. Ohälsotalet inkluderar alla sjukförmåner, även sjuk- och aktivitetsersättning. Knappt 500 000 individer har i dagsläget denna ersättningsform. Mellan åren 2009 och 2010 minskade andelen nybeviljade fall av sjuk- och aktivitetsersättning med 36 procent, men utflödet för beviljade fall är mycket lågt. Då sjuk- och aktivitetsersättning innebär långa utbetalningstider svarar denna ersättningsform för en stor andel av kostnaderna för sjukförsäkringen. Som exempel kan nämnas att denna ersättningsform stod för 81 procent av sjukförsäkringskostnaderna för diagnosgrupperna psykisk ohälsa och rörelseapparatsens sjukdomar (10). För att spegla utvecklingen av sjukfrånvaro undantaget sjuk- och aktivitetsersättning redovisar Försäkringskassan från och med april 2011 även sjukpenningtalet, vilket speglar det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning (11). Den senaste toppnoteringen av ohälsotalet gjordes år 2003 med 43,2 utbetalade sjukfrånvarodagar per individ (Försäkringskassan, 2010). Därefter har ohälsotalet och de relaterade kostnaderna gradvis sjunkit och i april 2011 låg ohälsotalet på 28,8 dagar.

Försäkringskassans statistik över sjukfrånvaron visar att kvinnor har högre ohälsotal än män. För toppåret 2003 hade kvinnor i genomsnitt 52 ersättningsdagar medan män hade knappt 35 dagar, en skillnad på 17 dagar. I februari 2011 har kvinnor i genomsnitt 34,4 dagar medan männen har 23,9 dagar. Detta innebär att könsskillnaden i sjukfrånvaro har minskat, även om kvinnor fortfarande har fler sjukdagar/år än män. Könsskillnaderna verkar accentueras av ökad ålder, vilket innebär mindre skillnader i yngre åldersgrupper och större skillnader i äldre åldersgrupper (Ordinarie årsstatistik, Försäkringskassan 2010). De regionala skillnaderna i ohälsotalet har minskat något under åren, men även 2011 är ohälsotalet lägst i Stockholms län (24,3 dagar) och högst i Norrbottens län (35,6 dagar) och i Jämtlands län (34,7 dagar). Ohälsotalet är även högre för personer som har invandrat till Sverige. Färsk statistik för personer födda utrikes saknas men år 2008 hade utrikes födda ett ohälsotal på 43,1, vilket ska jämföras med de svenskföddas dåvarande 36,2 dagar (SCB databas, 2010).

Rehabiliteringskedjan och Försäkringskassans regler för ersättning

En person vars arbetsförmåga är nedsatt till följd av sjukdom kan få sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning i olika omfattning (heltid, trekvartstid, halvtid eller kvartstid). För en person med anställning betalar arbetsgivaren ut sjuklön under de första 14 dagarna (undantaget den första sjukdagen vilken är en karensdag), därefter övergår betalningsansvaret till Försäkringskassan. Förebyggande sjukpenning kan ges i preventivt syfte för att en person ska kunna delta i en medicinsk behandling i syfte att förebygga sjukdom eller för att förkorta sjukdomstiden. Rehabiliteringspenning ges när en person deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering (exempelvis rehabiliteringsgarantin). Sjukpenning, förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning motsvarar 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) och kan betalas ut under 364 dagar under en period om 450 dagar. Om sjukdomen eller rehabiliteringsbehovet kvarstår efter denna tid kan förlängd sjukpenning beviljas i ytterligare 550 dagar och då med en ersättningsnivå på 75 procent av SGI. För personer som – på medicinsk grund - har en långvarigt nedsatt arbetsförmåga kan det bli aktuellt med aktivitetsersättning eller sjukersättning. Aktivitetsersättning är en tidsbegränsad förmån som kan ges från och med juli det år en person fyller 19 till och med månaden innan han eller hon fyller 30 år. Sjukersättning ges till personer mellan 30-64 år som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av en funktionsnedsättning, skada eller sjukdom.

För att pröva arbetsförmågan utgår man – sedan juli 2008 – från den så kallade rehabiliteringskedjan. De olika faserna i rehabiliteringskedjan illustreras i figur 1. Sammanfattningsvis kan man konstatera att det är under de tre första månaderna som arbetsförmågan prövas utifrån de ordinarie arbetsuppgifterna, därefter sker prövningen av arbetsförmågan även i relation till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren och efter 180 dagar dessutom i relation till hela den reguljära arbetsmarknaden. Då sjukförmåner numera är tidsbegränsade innebär detta att en stor andel går miste om rätten till sjukpenning när maximal tid inom sjukförsäkringen uppnåtts. I särskilda fall kan personen få förlängd sjukpenning, men många gånger förlorar individen rätten till sjukpenning till dess att man kvalificerar sig för en ny period. Sedan januari 2010 erbjuds personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen en arbetslivsintroduktion i Arbetsförmedlingens regi. Arbetslivsintroduktion kan pågå under maximalt tre månader och under den perioden ges ersättning från Försäkringskassan. Fram till och med 30 september 2010 har 45 011 individer uppnått maximal tid i sjukförsäkringssystemet och alltså förlorat rätten till sjukpenning eller tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning. Av dessa blev 25 509 individer (57 %) kvar i – eller återvände till - sjukförsäkringssystemet (8). Merparten av återvändarna hade diagnoser som omfattas av rehabiliteringsgarantin.



Figur 1. Rehabiliteringskedjans olika faser. Bild från Socialdepartementet (juni 2010).

Rehabiliteringsgarantin

Efter överenskommelsen mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting påbörjades en gradvis implementering av rehabiliteringsgarantin från och med år 2008. Som tidigare nämnts vänder sig rehabiliteringsgarantin till individer i yrkesverksam ålder (16-67 år), som är – eller löper risk att bli – sjukskrivna till följd av långvarig, icke-specifik smärta från rörelseorganen och/eller lindrig till medelsvår psykisk ohälsa (figur 2). Genom rehabiliteringsgarantin ska personer med dessa symptom erbjudas skyndsamt behandling enligt evidensbaserade metoder i syfte att förebygga, alternativt förkorta sjukfrånvaro. För att en behandling ska anses vara evidensbaserad krävs ett omfattande stöd från vetenskapliga studier av hög kvalitet. För att avgöra om det finns evidens för behandlingarnas effektivitet används systematiska sammanställningar av forskningsresultat, exempelvis rapporter från Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). För att en behandling ska omfattas av rehabiliteringsgarantin krävs att det finns evidens för att den har en positiv effekt på individens arbetsförmåga. Effekten av behandling för psykisk ohälsa har dock sällan utvärderats i relation till arbetsförmåga eller sjukfrånvaro och de behandlingsmetoder som ingår i rehabiliteringsgarantin är istället sådana som har visat sig ha positiva effekter på symtom och funktionsförmåga. Dessa metoder är kognitiv psykoterapi (KP), kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT). I föreliggande rapport används begreppet psykologisk behandling (PB) för att referera till alla rehabiliteringsgarantins behandlingar vid psykisk ohälsa. När det gäller rehabilitering av icke-specifik smärta finns en starkare tradition att inkludera arbetsförmåga och sjukfrånvaro som utfallsmått och den metod som i dagsläget bedömts ha starkast evidens är multimodal rehabilitering (MMR). Att andra behandlingsmetoder inte har evidens behöver inte betyda att de är verkningslösa, utan innebär ofta att det saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att avgöra vilken effekt behandlingen har när utfallsmåttet är sjukfrånvaro eller arbetsåtergång. I takt med att evidensläget ändras kan även andra behandlingsmetoder komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Behandlingar som ges inom rehabiliteringsgarantin ersätts av staten. Ersättning ges per behandlingsserie, och enstaka behandlingar ska inte omfattas av garantin. Staten ger landstingen 10 000 kronor i ersättning per patient som får psykologisk behandling (PB) och 40 000 per patient som påbörjar multimodal rehabilitering (MMR). Därutöver ges ett extra påslag per patient, vilket ska bekosta en vidareutveckling av verksamheten kring rehabiliteringsgarantin. För år 2009 och 2010 var detta påslag 25 procent, men sänktes för år 2011 till 15 procent. Hur landstingen väljer att fördela medlen och i vilken mån ersättningen kommer de enskilda vårdenheterna till godo varierar. För att få ersättning från Försäkringskassan ska landstingen göra kvartalsvisa redovisningar av de behandlingar som har utförts. Dessa rapporter ligger även till grund för utvärderingen av rehabiliteringsgarantin.

Icke-specifik smärta

- Vara i arbetsför ålder (16-67 år)
- Smärta > 3 månader från:
 - nacke/skuldra/ländrygg
 - generaliserad smärta (t.ex. fibromyalgi)
- Arbetsåtergång bedöms vara rimlig

Lindring/medelsvår psykisk ohälsa

- Vara i arbetsför ålder (16-67 år)
- Ångestsyndrom
- Förstämmningssyndrom
- Stressyndrom
- Tillstånden orsakar påtagliga funktionsinskränkningar

Figur 2. Kriterier för att omfattas av rehabiliteringsgarantin. (Rehabiliteringsgarantin, informationsfolder SKL).

Evidensbaserade behandlingar

Multimodal rehabilitering (MMR) utgår från ett biopsykosocialt perspektiv, vilket återspeglas i att flera olika professioner - med så väl medicinsk som beteendevetenskaplig kompetens - samarbetar kring patienten och där patienten själv medverkar aktivt. Rehabiliteringen är ofta omfattande och ges vanligen i frekvens om två till tre dagar i veckan under 6-8 veckor. Behandlingsprogrammet ska innehålla olika samordnade aktiviteter så som fysik aktivitet, pedagogiska inslag som ska öka patientens förståelse för smärtan och dess konsekvenser, liksom patientens egen möjlighet att hantera smärtan på ett konstruktivt sätt. MMR ska därutöver genomsyras av ett välplanerat psykologiskt förhållningssätt där övningar som stärker individens handlingskraft och ansvarstagande ska vara en viktig beståndsdel. Eftersom ett av målen med MMR i rehabiliteringsgarantins regi är återgång i arbete bör även regelbunden kontakt med arbetsplatsen vara ett viktigt inslag. Forskning visar att MMR vid smärtproblematik leder till minskad sjukfrånvaro, ökad arbetsförmåga samt faktisk arbetsåtergång, men nya rön tyder inte på att MMR har större smärtlindrande effekt än andra behandlingsmetoder (12).

För behandling av psykisk ohälsa gäller metoder där man arbetar för att påverka tankemönster, känslor och beteenden. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har fått ett stort genomslag när det gäller behandling av psykisk ohälsa och har visat på symptomlindrande effekt vid olika typer av ångesttillstånd (13) samt vid depression (14). KBT är egentligen ingen specifik behandlingsform utan kan bättre förstås som ett paraplybegrepp, innehållande olika skolbildningar och angreppssätt. Vissa gemensamma kännetecken finns dock. Insatser inom

KBT är strukturerade och både patient och behandlare tar aktiv del i behandlingen för att utforska de kognitiva, emotionella och beteendemässiga inslag som bidrar till att förstärka eller vidmakthålla patientens symptom. En grundpelare är att många psykiska symptom uppstår till följd av kognitiv påverkan (t.ex. tankar och föreställningar). Behandlingen syftar då till att skapa en medvetenhet kring detta och att utmana invanda tankemönster och förhållningssätt. KBT innehåller därför pedagogiska inslag och ofta olika exponeringstekniker. Kognitiv psykoterapi (KPT) är en likartad behandlingsform, men där beteendeinslag (så som exponering) tar en betydligt mindre plats. Interpersonell psykoterapi (IPT) är en behandlingsform som än så länge enbart genomförs i begränsad skala i Sverige, men som har visat sig vara effektiv vid depressioner (14). Fokus i behandlingen ligger på mellanmänniska relationer och hur man förhåller sig i dessa relationer. Sammantaget kan man säga att den evidens som finns för de psykoterapeutiska behandlingsformer som redovisas här gäller för symptomlindring vid depression och ångesttillstånd medan det för stressrelaterad psykisk ohälsa saknas evidens. Det finns heller ingen evidens för arbetsåtergång.

Diagnosgrupperna

Icke-specifika smärttillstånd

Symptom från rörelseorganen och lindrig till måttlig psykisk ohälsa är att betrakta som ett stort folkhälsoproblem inte enbart i Sverige utan även i flertalet industrialiserade länder. Uppskattningsvis beräknas 54 till 80 procent att drabbas av smärta i rygg- eller nackregionen under livets gång. Prognosen är dock vanligen god. En metaanalys visar att merparten av alla som drabbas av akut ryggsmärta återhämtar sig inom loppet av tre månader (15). De som inte förbättras under denna period löper dock stor risk att fastna i långvariga smärttillstånd med tillhörande funktionsinskränkningar och nedsatt arbetsförmåga. Epidemiologiska data tyder på att långvarig icke-specifik smärta är vanligare bland kvinnor än män, och att dess förekomst ökar med tilltagande ålder. Ur ett historiskt perspektiv verkar det dessutom förkomma en generell ökning av långvarig smärta, något som kan ses hos så väl kvinnor som män, unga som gamla samt, bland olika nationaliteter (16).

Personer med långvariga icke-specifika smärttillstånd i rygg och nacke står för en stor andel av sjukfrånvaron i Sverige. Icke-specifika smärttillstånd kännetecknas av att de saknar en specifik medicinsk förklaring (så som en tumör eller en fraktur). De anatomiska avvikelser eller degenerativa förändringar som man kan finna hos dessa patienter återfinns ofta hos symptomfria personer, varför dessa inte kan antas vara ett tillräckligt skäl för att förklara varaktigheten eller intensiteten i smärtan. Forskning har länge visat att psykologiska faktorer kan ha en avgörande betydelse för uppkomsten och utvecklingen av icke-specifika smärttillstånd (17). Detta ska *inte* tolkas som att patienten "inbillar sig" eller låtsas ha ont. Snarare är det så att psykologiska processer påverkar kroppen direkt och indirekt, något som påverkar så väl läkning som återhämtning. Psykisk ohälsa, företrädesvis depression, kan exempelvis både föregå och vara en konsekvens av långvarig smärta (18). Föreställningar om smärta påverkar i hög grad hur man upplever och förhåller sig till smärta, vilket kan resultera i rädsla och passiva bemästringsstrategier så som undvikande av fysisk aktivitet och sjukskrivning. Det finns stark evidens för att patientens egenbedömning av möjligheterna att återgå i arbete i hög utsträckning påverkar den faktiska arbetsåtergången (19).

Psykisk ohälsa

Symptom från rörelseorganen har länge varit den dominerande orsaken till sjukfrånvaro, men under senare tid har psykisk ohälsa blivit en minst lika vanlig källa till sjukfrånvaro. Av Försäkringskassans statistik framgår att det inte är de allvarligare psykiatriska diagnoserna som står för den största ökningen av sjukfrånvaro. Istället kan ökningen nästan helt tillskrivas tillstånd så som lindriga till medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressrelaterade psykiska besvär. Uppskattningsvis 27 procent av befolkningen i Europa (18-65 år) har eller har haft någon form av psykisk ohälsa under det senaste året (20). Enligt denna metaanalytiska studie är ångestsyndrom, depression och stressrelaterade besvär de vanligast förekommande. Det finns även en betydande samsjuklighet, vilket innebär att var tredje person med psykisk ohälsa har fler än en diagnos.

Depression och ångest

Statistik visar att var femte svensk riskerar att drabbas av depression under livets gång (14). Sjukdomen är betydligt vanligare hos kvinnor än hos män. Det centrala symptomet vid depression är nedstämdhet, men även andra symptom så som ångest, minskat emotionellt engagemang, koncentrationssvårigheter, oföretagsamhet, sömnproblem och kroppsliga besvär är mycket vanligt förekommande. En depression kan indelas i olika svårighetsgrader beroende på hur många symptom patienten uppvisar. En lindrig eller medelsvår depression har således färre symptom än en svår depression. Det personliga lidandet kan dock vara lika stort oavsett svårighetsgrad. En depressiv episod kan pågå olika länge men varar oftast mellan 3-12 månader. Omkring 10-30 procent av fallen varar längre än två år och betraktas då som kroniska. Dessa fall har ofta en mycket dålig prognos när det gäller tillfrisknande (14). En stor andel deprimerade förblir obehandlade, antingen för att man inte alls söker vård eller för att behandlingen avbryts i förtid (14). Resultat från Nationella Folkhälsoenkäten (21) visar att 25 procent av männen och 37 procent av kvinnorna anger att de har besvärats av ångest och oro och andelen är ännu högre för kvinnor i åldrarna 16-29 år (43 %).

Stressrelaterad psykisk ohälsa

Den stressrelaterade psykiska ohälsan har ökat i Sverige och den övriga västvärlden under de senaste decennierna. Fortfarande saknas en hel del kunskap om hur denna patientgrupp ska diagnosticeras och behandlas (22). Man kan skilja mellan åtminstone tre nivåer av stressrelaterad ohälsa; anpassningsstörning, utmattningsdepression och utmattningssyndrom. Symptomen är likartade med trötthet, minnes- och koncentrationsproblem, sömnsvårigheter och diffusa kroppsliga symptom. Anpassningsstörning (eller maladaptiv stressreaktion) utgör en mildare form av stressrelaterad ohälsa och är en reaktion på en i tiden närliggande stressande händelse. Utmattningsdepression är en mer genomgripande reaktion på långvarig stress, som inte sällan är arbetsrelaterad och där en egentlig depression har utvecklats. Utmattningssyndrom delar samma kliniska bild som utmattningsdepression men med avsaknad av depression.

Utveckling av rehabiliteringsgarantin i landstingen

I Socialstyrelsens uppföljning av rehabiliteringsgarantin (9) konstateras att landstingen – på kort tid – har lyckats utveckla en relativt god tillgång på de efterfrågade behandlingsmetoderna. En jämförelse mellan år 2009 och år 2010 visar att andelen rapporterade MMR-behandlingar har ökat med 23 procent medan motsvarande ökning för PB

är 41 procent (23). Förutsättningarna för att utveckla en rehabiliteringsgaranti har dock varierat mellan olika landsting och utbyggnaden har gått i olika takt. Enligt SKL:s rapport uppger i stort sett alla landsting att man har god eller relativt god tillgång till PB och MMR. Sedan 2009 har tillgången på MMR ökat i de allra flesta landsting och en stor del av ökningen beror på tillskapandet av multimodala team i primärvården (14). Utbyggnaden av MMR i primärvården påbörjades främst under det sista kvartalet 2009 och i början av 2010 (24). Socialstyrelsens rapport baserar sig på de förhållanden som rådde under det andra och tredje kvartalet 2009 och visade då att merparten av de psykologiska behandlingarna har utförts av personal utan legitimation, så kallad ”steg-I-kompetens”. Information om hur kompetensnivån har utvecklats efter detta saknas.

Implementering och generalisering

Implementeringsforskning är ett relativt nytt vetenskapligt fält. Centralt för forskningsområdet är att studera processer varvid evidensbaserade behandlingsmetoder överförs från vetenskap till praktik, samt att undersöka vilka faktorer som främjar respektive försvårar införandet av nya metoder i den kliniska verksamheten. Det finns ofta ett glapp mellan forskning och praktik, vilket innebär att det kan ta många år innan framgångsrika vetenskapliga metoder börjar införas i praktiken. Orsakerna till detta varierar, men en låg grad av samarbete mellan forskare och praktiker har identifierats som en viktig aspekt. Detta kan till exempel innebära att de behandlingsprogram som utformas och utprovats av forskare är svåra att upprätthålla i den kliniska verksamheten på grund av ekonomiska eller andra praktiska skäl (t.ex. brist på tid, personal, kompetens). En viss anpassning av de evidensbaserade behandlingarna brukar vara nödvändig för att behandlingarna överhuvudtaget ska kunna ges inom ramen för den kliniska verksamheten. Frågan är då hur mycket man kan ändra i behandlingsprogrammen *utan att behandlingen förlorar i effektivitet*. Detta är också ett område som undersöks av implementeringsforskare.

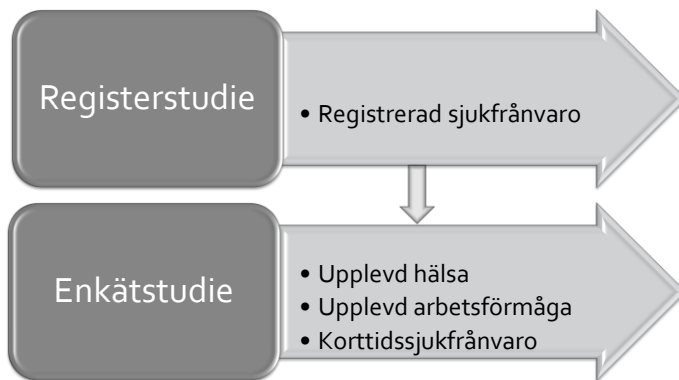
Att en behandlingsmetod är effektiv i ett sammanhang (randomiserade kliniska studier) betyder inte nödvändigtvis att den fungerar likadant i ett annat sammanhang (den kliniska verksamheten). Utöver implementeringsprocesserna finns det andra faktorer som kan påverka i vilken mån evidensbaserade behandlingsmetoder kan generaliseras till att gälla andra patienter i andra verksamheter. För att avgöra om en behandling har evidens eller inte används normalt randomiserade kontrollerade studier. Som namnet anger innebär detta att man har en hög grad av kontroll avseende vilka personer som behandlas och förutsättningarna under vilken behandlingen ges. Många gånger är det tvunget att exkludera personer med komplex problematik om det ska vara möjligt att se den ”rena” effekten av behandlingen. Patienter som ingår i vetenskapliga studier tenderar även att vara mer följsamma i behandlingen och mindre benägna att avsluta behandlingen i förtid jämfört med personer som inte ingår i en sådan undersökning. Vid vetenskapliga studier väljs välutbildade behandlare med kompetens att ge den specifika behandlingen. Behandlingarna är dessutom ofta manualbaserade, i syfte att försäkra att alla personer får samma behandling.

Det bör betonas att utvärderingen av rehabiliteringsgarantin inte är en utvärdering av behandlingsmetoderna per se. Utvärderingen innebär dock ett lysande tillfälle att undersöka i vilken mån evidensbaserade behandlingsmetoder snabbt kan implementeras och ge liknande effekter som i de vetenskapliga studierna. Den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin innehåller därmed två parallella spår; dels att undersöka vilken effekt rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers hälsa och arbetsförmåga

(effektutvärderingen), dels att undersöka hur de evidensbaserade behandlingarna har implementerats inom landstingen (processutvärderingen).

Utvärderingens upplägg

För att undersöka om en viss typ av behandling är effektiv eller inte är det viktigt att inkludera olika typer av utfallsmått. Utifrån detta syfte har både registerdata och enkätdata insamlats och analyserats. Utöver detta genomfördes även en kvalitativ analys av själva implementeringsprocessen, vilken publiceras separat. Figur 3 illustrerar de primära utfallsmåtten i effektutvärderingen. Enkätstudien baseras på ett urval landsting (n=12) och ett urval vårdenheter (n=66) där materialet insamlas prospektivt, det vill säga i samband med att patienten påbörjar sin behandling. Det primära utfallsmåttet i denna studie är självskattad hälsa och arbetsförmåga efter rehabilitering. I registerstudien inhämtas data retrospektivt, det vill säga för personer som redan har genomgått behandling inom rehabiliteringsgarantin. Fokus i registerstudien är förändring av sjukfrånvaro efter rehabilitering. Resultatet för den grupp som har behandlats inom rehabiliteringsgarantin jämförs med en referensgrupp, en så kallad matchad referensgrupp. Denna design med matchade individer är enligt vetenskapliga kriterier att föredra när det inte är möjligt att fördela deltagare slumpmässigt till behandling/icke-behandling (randomisering). Referensgruppen används för att jämföra utvecklingen av sjukfrånvaro mellan patienter som har, respektive inte har genomgått insatser inom rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen är hämtad från Försäkringskassans register och har tillsatts genom matchning utifrån ett antal viktiga egenskaper: Ålder (+/-5 år), kön, diagnos och sjukfrånvaro (+/-30 dagar) kvartalet före den månad då behandlingen startade. Referensgruppen består därmed av personer som har registrerad sjukfrånvaro i liknande omfattning och av liknande orsaker som patienterna, samma genomsnittliga ålder och likvärdig fördelning av antal kvinnor och män. Matchning utifrån region var inte möjlig att uppnå. Varje behandlad patient tilldelades upp till tre matchade referenspersoner. För att bedöma om behandlingsgrupp och referensgrupp är likvärdiga är det bra att samla in mycket information om deltagarna när de allokeras in i studien. I denna utvärdering var det inte möjligt att exempelvis inhämta mer information via frågeformulär utan endast data från landstingens och försäkringskassans register var möjligt att använda. Detta ger en viss osäkerhet i jämförelsen men det är ändå så att analyserna kan kontrollera för tre av de viktigaste faktorerna för sjukfrånvaroutveckling, det vill säga tidigare sjukfrånvaro, kön och ålder. Samtliga jämförelser mellan behandlingsgrupp och referensgrupp görs enbart för individer som har fått minst en referensperson. Det är viktigt att betona att jämförelsen görs mellan sjukskrivna individer som *har* respektive *inte har* påbörjat insats inom rehabiliteringsgarantin. Då personer som inte har fått insatser inom rehabiliteringsgarantin kan ha fått annan behandling är det sålunda inte frågan om en undersökning av rehabiliterade kontra icke-rehabiliterade. Jämförelsen görs för att undersöka om rehabiliteringsgarantin har inneburit en minskning av sjukfrånvaron i relation till den reguljära verksamheten för dessa diagnosgrupper. Information om vilka eventuella insatser som referensgruppen har fått kan inte inhämtas via försäkringskassans register.



Figur 3. Utvärderingens två delstudier med respektive utfallsmått.

Förväntade resultat

Insikten om hur svårt och tidskrävande det är att implementera nya behandlingsmetoder gör att man kan förvänta sig att effekterna av rehabiliteringen kan skilja sig åt beroende på vilken tidsperiod man studerar. I registerstudien utvärderas två olika årskullar som har fått rehabilitering under skilda faser av rehabiliteringsgarantins införande. Den första kohorten fick sin behandling under de tre första kvartalen 2009, då utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin var som mest intensiv. Den andra årskullen påbörjade behandling under det fjärde kvartalet 2009 eller under 2010, då utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin var genomförd i flera landsting. Implementering tar tid och inledningsvis kan det ha funnits en stor osäkerhet kring hur behandlingarna ska genomföras för att den ska leva upp till riktlinjerna för rehabiliteringsgarantin. Nya rutiner införs och – i många fall – nya sätt att arbeta. Det är troligt att dessa aspekter påverkar både utformningen och kvaliteten på de behandlingar som ges. En annan faktor är att det kan ha funnits ett uppdämt behov av rehabilitering, vilket innebär att man har varit tvungen att inledningsvis ”beta av” rehabiliteringsbehovet hos personer med mer uttalad eller långvarig problematik innan man kunde ta sig an de mindre komplicerade fallen. Detta skulle i så fall innebära att förutsättningarna – och därmed prognosen – för årskull ett och årskull två skiljer sig åt.

I föreliggande rapport används sjukfrånvaro som ett indirekt mått på arbetsförmåga. Fördelen med detta mått är att det är objektivt och att man genom Försäkringskassans register kan få tillförlitliga data. Nackdelen är att det inte finns något absolut likhetstecken mellan minskad sjukfrånvaro och ökad arbetsförmåga. Detta gäller inte minst idag då sjukförsäkringen är tidsbegränsad. Det är därför viktigt att försöka skilja mellan individer som har blivit arbetsföra för att behandlingen har haft god effekt (ökat hälsan och arbetsförmågan) och personer som försvinner ut ur Försäkringskassans system till följd av att den rådande sjukskrivningspraxisen inte längre tillåter fortsatt sjukfrånvaro.

Syfte med föreliggande rapport

Detta är den tredje och sista rapporten som redovisar resultatet av den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin. Den föreliggande rapporten har följande syften:

- a) Att beskriva hur behandlingar som har givits inom ramen för rehabiliteringsgarantin år 2009 och 2010 har fördelats nationellt och mellan olika aktörer, samt att redogöra för vilka individer som har fått ta del av rehabiliteringsgarantins insatser.
- b) Att beskriva utvecklingen av sjukfrånvaro före och efter rehabilitering för individer som rehabiliterats under 2009 och 2010. I analyserna jämföra behandlingsgruppen med en matchad referensgrupp som inte har tagit del av rehabiliteringsgarantins insatser, men som i övrigt delar behandlingsgruppens egenskaper.
- c) Att undersöka om någon insats (MMR, PB) är mer effektiv än den andra när det gäller att minska sjukfrånvaron.
- d) Att genomföra en analys av kostnadseffektiviteten i behandlingarna för att se om insatserna är lönsamma ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.
- e) Att beskriva och att analysera utvecklingen av hälsa och arbetsförmåga före och efter rehabilitering.

Utveckling av sjukfrånvaro i riket

I detta kapitel beskrivs sjukfrånvaroutvecklingen för individer som har påbörjat multimodal rehabilitering (MMR) eller psykologisk behandling (PB). Resultatet redovisas separat för de båda behandlingstyperna samt uppdelat per årskull. Med sjukfrånvaro avses i denna rapport all – av Försäkringskassan – registrerad sjukfrånvaro, så som sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

Metod

Datainsamling

För att få ersättning för behandlingar som givits inom ramen för rehabiliteringsgarantin gör varje landsting detaljerade redovisningar till Försäkringskassan där följande uppgifter ingår: Patientidentifikation, kön, ålder, typ av insats (MMR/KBT/IPT), tid då behandlingsserien påbörjas (månad eller fullständigt datum), behandlarens profession, namn på behandlarens arbetsställe, typ av vårdgivare (privat/offentlig). Redovisningarna lämnas in kvartalsvis och i oidentifierat skick. Vid behov – till exempel vid granskning och utvärdering – ska uppgifterna kunna hänföras till enskilda individer. Uppgifterna från landstingen inhämtades vid två olika tillfällen och berör två olika årskullar: (a) Kohort I inkluderar individer som påbörjade rehabilitering under de tre första kvartalen 2009; (b) Kohort II omfattar personer som startade sin behandling under 2010 eller det sista kvartalet 2009. Uppgifter om vilken typ av vård (primärvård/specialistvård) som bedrivs på enheten lämnades på uppmaning av processledarna i landstingen. Sjukfrånvarodata inhämtades från Försäkringskassan. Grunddata fanns tillgängligt för samtliga individer och omfattade: födelseland, antal barn, hemkommun och hemlandsting. Därutöver erhöles sjukfrånvarodata för den aktuella tidsperioden samt för en period om två år tillbaka i tiden. Även uppgifter om personer som avlidit eller som uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen ("utförsäkrats") inhämtades. Försäkringskassan registrerar enbart sjukfall som ingår i en sjukperiod där sjukpenning har utbetalats. De första 14 dagarna betalar arbetsgivaren ut sjuklönen vilket registreras hos Försäkringskassan först om sjuklöneperioden utmynnar i sjukpenning. En sjuklöneperiod som inte resulterar i sjukpenning registreras inte hos Försäkringskassan, vilket betyder att uppgifter om korttidssjukfrånvaro saknas i dessa register.

Bortfall

Kohort I

Landstinget i Kalmar län ingick inte i kohort I. Landstinget i Västmanland lämnade uppgifter för delar av sin verksamhet, och i Stockholms läns landsting saknades uppgifter från ett antal enskilda vårdenheter. Därutöver upptäckte Försäkringskassan 360 felaktiga personnummer. 30 av dessa kunde efter kontroll korrigeras av Karolinska Institutet medan de resterande exkluderades. Det förekom ett visst internt bortfall. Exempelvis kunde information saknas om vilken typ av behandling personen fått, om behandlaren varit privat eller offentlig eller tidpunkt för behandlingsstart. I merparten av dessa fall kunde man genom eftersökningar få fram kompletterande information, men i ett fåtal fall gick det inte att få fram exakta uppgifter. Dessa fall är då inte inkluderade i analyserna. Även om majoriteten av vårdenheterna hade registrerat exakt datum då patienten påbörjade behandling, saknades detta i några landsting. I Västra Götalandsregionen angavs enbart "kvartal 1" som behandlingsstart. Denna uppgift omfattade 2933 personer. För senare kvartal finns en mer detaljerad redovisning från Västra

Götaland. I Västmanlands län fanns enbart årtalet (2009) registrerat som behandlingsstart för 437 personer. I de fall när tidpunkt för behandling saknades gjordes en uppskattning av behandlingsstart, vilken sattes till mitten av tidsperioden. För Västra Götaland innebar det att alla som behandlats under kvartal ett fick behandlingsstart 15 februari. För Västmanlands län sattes tidpunkten till mitten av hela studieperioden (jan-sep) det vill säga 15 maj. De redovisade uppskattningarna gjordes då det saknades möjligheter att få fram kompletterande information och för att ändå kunna använda så mycket data som möjligt. För att minska risken att dessa data påverkar utfallet har analyserna genomförts både med och utan dessa två landsting. Den slutgiltiga filen bestod av 17 780 individer som behandlats i kohort I.

Kohort II

I den senare datainsamlingen deltog samtliga landsting, även Kalmar, Stockholm och Västmanland redovisade delar av sin verksamhet. Uppgifterna om kohort II var av betydligt högre kvalitet än året innan, med mer fullständiga uppgifter och mindre internt bortfall. 46 individer rensades bort ur filen på grund av ofullständiga personnummer och 32 på grund av att datum för behandlingsstart saknades. I många fall fanns enbart behandlingsmånad angivet. I samtliga dessa fall sattes behandlingsstart till den 15:e den givna månaden. 1172 individer fanns registrerade mer än en gång i filen. Orsaken till detta var oftast att en individ påbörjat fler än en behandling inom rehabiliteringsgarantin. För individer med mer än en behandlingsomgång, inkluderades enbart den första behandlingen. Den slutgiltiga filen bestod av 44 911 individer som behandlats i kohort II.

MIDAS

Information om registrerad sjukfrånvaro beställdes genom registerutdrag från Försäkringskassan. I diskussion med analytiker på Enheten för Statistisk analys på Försäkringskassan valdes paneldata som underlag för uppföljningen av sjukfrånvaro. Även uppgifter om sjuk- och aktivitetsersättning, samt om personer som avlidit eller uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen inhämtades. För personer med registrerad sjukfrånvaro finns uppgifter om primär diagnos, baserad på det diagnostiska systemet ICD-10. I samtliga fall är diagnosen den huvudsakliga diagnos som en individ hade vid sjukfallets start. För kohort I fanns tillförlitliga data i MIDAS fram till den 31 oktober 2010 och de är dessa som ligger till grund för de jämförande analyserna i föreliggande rapport. För kohort II fanns tillförlitliga sjukfrånvarodata fram till februari 2011.

Referensgrupper

För att undersöka om rehabiliteringsinsatserna har haft effekt på sjukfrånvaron behövs en relevant jämförelsegrupp. Det mest optimala är att slumpa individer till olika betingelser, vilket innebär att alla har känd sannolikhet för att ingå i behandlingsgruppen respektive kontrollgruppen. Denna så kallade randomisering genomförs vid kliniska kontrollerade studier. Detta låter sig dock inte göras vid observationsstudier, där målet är att studera behandlingen i sin naturliga miljö. Vid denna typ av studie får man istället konstruera en referensgrupp i efterhand. I denna rapport har vi analyserat materialet utifrån tre olika matchningsförfaranden för att undersöka om olika inklusionskriterier genererar olika resultat. Det primära kravet för att bli referensperson – i samtliga matchningar – var att man *inte* erhållit behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin under den aktuella tidsperioden (2009-2010) *och* att man haft registrerad sjukfrånvaro till följd av de diagnoser som

rehabiliteringsgarantin avser. Referensgruppen ska inte betraktas som en obehandlad jämförelsegrupp, utan kan ha fått behandling som inte omfattas av rehabiliteringsgarantin.

1. **Kvartalsmatchning:** Detta är den ursprungliga matchningen som genomfördes av Försäkringskassan och den som låg till grund för resultatredovisningen i Delrapport II (2). Enbart individer med sjukfrånvaro kan matchas, då matchningen görs i Försäkringskassans sjukfrånvaroregister. Instruktionen var att varje behandlad individ som förekom i registret skulle ges en till tre referenspersoner. För kohort I användes metoden återläggning, vilket innebär att en matchningsindivid kan förekomma som referensperson åt mer än en behandlad individ. Återläggning användes inte för kohort II. Därutöver gjordes matchningen i båda kohorterna utifrån följande egenskaper: Kön, ålder (+/-5 år), diagnosområde, samt sjukfrånvaro (+/- 30 dagar) kvartalet före behandlingsstartsdatum (exklusive månaden för behandlingsstart).
2. **Månadsmatchning:** Detta avser matchning med strängare krav på inklusion i de statistiska analyserna, vilket innebär att enbart individer med sjukfrånvaro *månaden* före behandlingsstart studerades.
3. **CEM** ("Coarsened exact matching"): Utöver kvartalsmatchningen och månadsmatchningen gjordes även en helt annan typ av matchning utifrån ett multivariat perspektiv, där själva matchningens resultat, den jämförbara referensgruppen, mer direkt kan jämföras med behandlingsgruppen utan att avancerad modellbaserad analys nödvändigtvis behöver genomföras (25, 26). Två olika utgångspunkter för denna matchning har tillämpats, dels samma variabler som i kvartalsmatchningen ovan, dels en matchning som baserats på ålder, sjukfrånvaro året före behandlingsstart samt uppgift om pensionsgrundande inkomst året 2009 (PGI). PGI användes som ett indirekt mått på socioekonomisk status. Den efterföljande analysen efter denna typ av matchning har varit att jämföra vägda medelvärden av sjukfrånvaron i den framtagna behandlingsgruppen respektive referensgruppen.

Rapporteringen i denna rapport kommer att vara enligt den ursprungliga kvartalsmatchningen (1), men analyser med de andra förfaringssätten har också gjorts i syfte att pröva jämförelserna så djupgående som möjligt. Om resultaten skiljer sig åt beroende på matchningssätt kommer detta att redovisas, annars presenteras enbart resultatet från kvartalsmatchningen.

Statistiska analyser

Sjukfrånvaro för kohort I följdes under sammanlagt 12 månader efter påbörjad rehabilitering. Knappt två procent av de rehabiliterade hade kortare uppföljningstid än 12 månader – vid det andra datainsamlingstillfället - och dessa individer har exkluderats från analyserna. För kohort II fanns tillförlitliga data fram till februari 2011, vilket gav en grupp som kan följas minst 12 månader och en annan grupp som kan följas minst sex månader efter påbörjad rehabilitering. För att möjliggöra jämförelser med referensgruppen görs separata analyser för personer med respektive utan sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Personer som avled under uppföljningen är exkluderade från analyserna. Individer som uppnådde maximal tid inom sjukförsäkringen redovisas separat. Då det enbart fanns information om datum för

behandlingsstart innebär detta att rehabiliteringsperioden (exklusive första behandlingsmånaden) ingår i uppföljningen av sjukfrånvaro.

Merparten av databearbetning skedde i statistikprogrammet SPSS, version 18. Beskrivande statistik redovisas i form av frekvenser, medelvärden och standardavvikelse. För att jämföra utveckling av sjukfrånvaro användes variansanalys (ANOVA) och kovariansanalys (ANCOVA). Genom kovariansanalyser kan man studera vilken effekt andra faktorer (t.ex. ålder) har på utfallet (sjukfrånvaro) och även kontrollera för ("ta bort") denna effekt. De kovariat som valdes har alla stöd i litteraturen: ålder, kön, sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering.

Etiska aspekter

De studier som ingår i den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin är godkända av Etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer: 2009/1750-31/1) Registerdata har samlats in med stöd av 24 kap. 8 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Samtliga personuppgifter har behandlats med största aktsamhet och sekretess. All information innehållande känsliga personuppgifter förvaras i ett låst brandskyddat skåp dit enbart forskargruppen har tillgång. I detta skåp har även en kodnyckel förvarats. Denna sammankopplar löpnummer och personnummer och har använts vid insamling av data från Försäkringskassan. Personnummer har enbart använts vid datainsamlingar, därefter har materialet bearbetats i avidentifierat skick.

Resultat

Behandlingar inom rehabiliteringsgarantin 2009 och 2010

Tabell 1 ger en sammanfattning av de behandlingar som har givits inom ramen för rehabiliteringsgarantin samt en övergripande beskrivning av patientgruppernas sammansättning i kohort I och kohort II. Siffrorna avser det *totala* antalet inrapporterade personer med fullständiga uppgifter.

Tabell 1. Fördelning av behandlingar, samt sociodemografiska data för kohort I och II. Kohort I omfattar behandlingar som påbörjades under de tre första kvartalen 2009 medan kohort II avser behandlingar som inleddes år 2010 eller under det fjärde kvartalet 2009.

	Kohort I <i>n=17 780</i>	Kohort II <i>n=44 911</i>
Insats		
MMR	2 897 (16 %)	6 709 (15 %)
PB	14 883 (84 %)	38 202 (85 %)
Sektor		
Offentlig (%)	14 608 (82 %)	29 859 (67 %)
Privat (%)	2 686 (18 %)	15 011 (33 %)
Vårdform		
Primärvård	10 845 (61 %)	37 031 (82 %)
Specialist	6 935 (39 %)	7 880 (18 %)
Kön		
Kvinnor	12 801 (72%)	32 475 (72 %)
Män	4 979 (28 %)	12 436 (28 %)
Ålder, m (sd)	39 (12)	39 (12)
Nationalitet		
Svenskfödd	14 603 (85 %)	38 142 (85 %)
Utrikesfödd	2 667 (15 %)	6 758 (15 %)

Som framgår av tabellen är det stora likheter mellan årskullarna avseende vilka som har rehabiliterats. Medelålder, könsfördelning och nationalitet är i det närmaste identiska i kohorterna. Dock framgår vissa olikheter när det gäller hur behandlingarna har fördelats. I den första kohorten svarade den offentliga sektorn för merparten av behandlingarna (82 %). Privata aktörer var då oftare involverade i multimodal rehabilitering (MMR: 26 %) än i psykologisk behandling (PB:14 %). I kohort II har andelen behandlingar inom den privata sektorn ökat från 18 till 33 procent jämfört med föregående år. Det är främst inom PB som ökningen sker (från 14 % till 34 %), medan andelen MMR som ges i privat regi är nästintill oförändrad.

I kohort I gavs sammanlagt 61 procent av behandlingarna i primärvården och resterande inom den specialiserade vården. Andelen skiljer sig dock åt för de två behandlingstyperna. MMR bedrevs oftare inom den specialiserade vården (71 %) medan PB vanligen gavs inom primärvården (67 %). Mellan årskullarna sker en stor ökning av andelen behandlingar givna i primärvården och i kohort II har 82 procent fått sin rehabilitering där.

Två procent av kohort II har påbörjat mer än en behandlingsserie inom rehabiliteringsgarantin. Orsakerna till detta har inte kartlagts i detalj, men det kan handla om två behandlingsperioder som övergår i varandra, vilket i praktiken ger en längre sammanhängande behandlingsperiod.

I andra fall kan det vara fråga om två behandlingsperioder som är tydligt separerade i tid. Ibland kan samma individ ha rehabiliterats vid olika tidpunkter och med olika behandlingstyper (MMR ena gången och PB den andra gången). Dessutom kan det vara fråga om avbrutna behandlingsserier, som ”återupptas” senare i tiden.

Tabell 2a och 2b ger en beskrivning av patientunderlaget i kohort II, där det framgår att en hel del vårdenheter har haft mycket få patienter (≤ 5) under de fem kvartal som har undersökts. I vissa landsting har mer än hälften av vårdenheterna rapporterat fem eller färre påbörjade MMR. För PB är *andelen* vårdenheter med få patienter lägre.

Tabell 2a. Antal vårdenheter och patienter som ingår i kohort II uppdelat per landsting. Tabellen visar även antal vårdenheter som har behandlat ≤ 5 patienter och ≥ 50 patienter under 2010, samt det fjärde kvartalet 2009. Avser MMR.

MMR	Totalt antal vårdenheter	Totalt antal patienter	Antal vårdenheter med ≤ 5 patienter	Antal vårdenheter med ≥ 50 patienter
Blekinge	8	168	4	1
Dalarna	26	347	6	0
Gotland	6	41	2	0
Gävleborg	12	138	3	0
Halland	29	262	18	1
Jämtland	20	226	10	1
Jönköping	17	103	11	0
Kalmar	22	184	10	0
Kronoberg	20	270	7	2
Norrbottn	15	240	8	1
Skåne	37	1322	2	7
Stockholm *	9	417	5	1
Sörmland	10	127	5	0
Uppsala	12	389	3	3
Värmland	48	385	27	1
Västerbotten	23	271	8	1
Västernorrland	2	207	0	1
Västmanland *	5	106	2	1
Västra Götaland	87	771	55	3
Örebro	17	199	8	0
Östergötland	53	536	38	3

*Landsting som inte har lämnat uppgifter från alla sina vårdenheter.

Tabell 2b. Antal vårdenheter och patienter som ingår i kohort II uppdelat per landsting. Tabellen visar även antal vårdenheter som har behandlat ≤ 5 patienter och ≥ 50 patienter under 2010, samt det fjärde kvartalet 2009. Avser PB.

PB	Totalt antal vårdenheter	Totalt antal patienter	Antal vårdenheter med ≤ 5 patienter	Antal vårdenheter med ≥ 50 patienter
Blekinge	23	672	5	4
Dalarna	31	1222	2	10
Gotland	14	179	6	0
Gävleborg	60	651	28	0
Halland	40	1135	13	8
Jämtland	27	625	7	4
Jönköping	60	1325	13	8
Kalmar	15	250	7	2
Kronoberg	25	626	3	2
Norrbottnen	40	825	10	5
Skåne	95	4153	19	32
Stockholm *	81	6022	7	43
Sörmland	35	1521	4	13
Uppsala	31	1199	11	4
Värmland	57	797	25	3
Västerbotten	25	320	10	1
Västernorrland	33	505	12	1
Västmanland *	31	336	2	3
Västra Götaland	343	14177	118	100
Örebro	53	1052	13	3
Östergötland	46	610	22	2

*Landsting som inte har lämnat uppgifter från alla sina vårdenheter.

Sjukfrånvaroutveckling efter multimodal rehabilitering

Resultatet fokuserar på kohort II och består av individer som har påbörjat multimodal rehabilitering (MMR) under 2010, alternativt under det sista kvartalet 2009. Totalt 6 709 individer ingår i kohort II. Bakgrundsdata för kohorterna ges i tabell 3 och visar på stora likheter mellan årskullarna. Ett undantag är sjukfrånvaron kvartalet före behandlingsstart, som är lägre i kohort II än i kohort I. På grund av vissa olikheter mellan kohorterna avseende datatyp från Försäkringskassan är diagnoser inte direkt jämförbara mellan kohorterna. I båda kohorterna framgår dock att de vanligaste diagnoserna är relaterade till rehabiliteringsgarantins diagnosområden (M50-M54 och M70-M79), vilka omfattar icke-specifik smärtproblematik i rörelseorganen. Dock förekommer en hel del diagnoser som ligger utanför rehabiliteringsgarantins område. Detta skulle kunna indikera en multipel hälsoproblematik hos de personer som behandlas inom rehabiliteringsgarantin.

Tabell 3. Bakgrundsdata för personer som har påbörjat multimodal rehabilitering, uppdelat per kohort.

	Kohort I <i>n=2 788</i>	Kohort II <i>n=6 709</i>
Ålder m (sd)	43 (11)	44 (10)
Kön		
Kvinnor	2 091 (75 %)	5 268 (78 %)
Män	697 (25 %)	1 441 (22 %)
Nationalitet		
Svenskfödd	2 119 (76 %)	5 209 (78 %)
Utrikesfödd	669 (24 %)	1 500 (22 %)
Andel med sjukfrånvaro* kvartalet före rehab, n (%)	1 840 (66 %)	3 636 (54 %)
Sjukfrånvarolängd kvartalet före, m (sd)	68 (29)	64 (30)

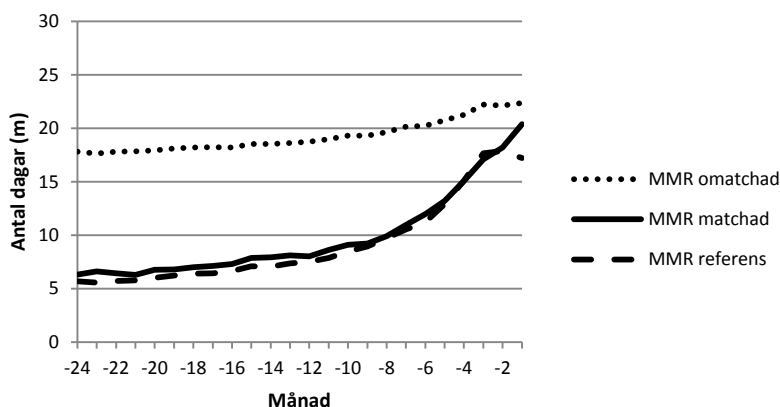
Matchning

Matchning av referenspersoner var endast möjlig för patienter med en sammanhängande sjukfrånvaro om mer än 14 dagar kvartalet före behandlingsstart. De huvudsakliga analyserna som presenteras i denna rapport baseras på den ursprungliga kvartalsmatchningen, men analyser har även gjorts utifrån andra matchningskriterierna för att kontrollera att resultaten är stabila och någorlunda oberoende av matchningsmetod. Resultatet av dessa kompletterande analyser beskrivs om de avviker från huvudanalyserna.

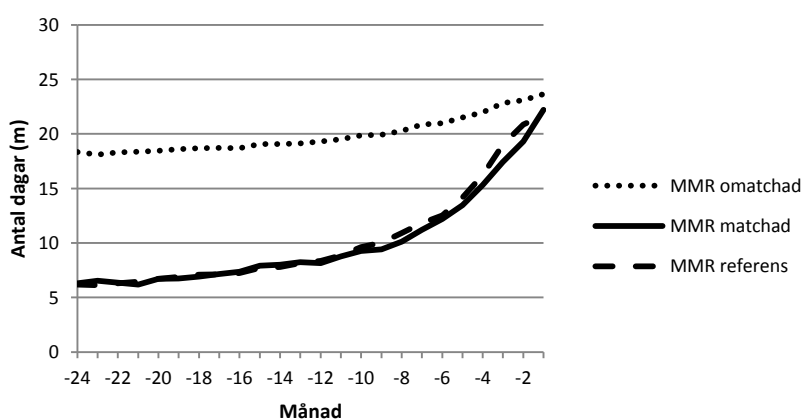
Figur 4a och 4b visar sjukfrånvaroutvecklingen i behandlingsgruppen och referensgruppen 24 månader före behandlingsgruppen påbörjar sin rehabilitering. Vid kvartalsmatchning (figur 4a) börjar grupperna utvecklas åt olika håll kvartalet före behandling. Med månadsmatchning (figur 4b) bibehålls likheterna mellan grupperna längre, men antalet uppföljningsbara individer blir i gengäld betydligt färre än vid kvartalsmatchningen.

Trots registrerad sjukfrånvaro var det en betydande andel av behandlingsgruppen som inte erhöll någon referensperson vid matchningen. Kännetecknande för denna omatchade behandlingsgrupp är den höga sjukfrånvaro före behandlingsstart, där merparten (62 %) av sjukfrånvaron utgörs av sjuk- och aktivitetsersättning, vanligen på heltid (57 %). Dessutom saknade nästan samtliga (98 %) i den omatchade gruppen diagnos i Försäkringskassans register. I uppgifterna från landstingen framgår vilken typ av behandling patienterna har fått, varför man kan sluta sig till att detta är individer med smärtdiagnoser.

Figur 4a)



Figur 4b)



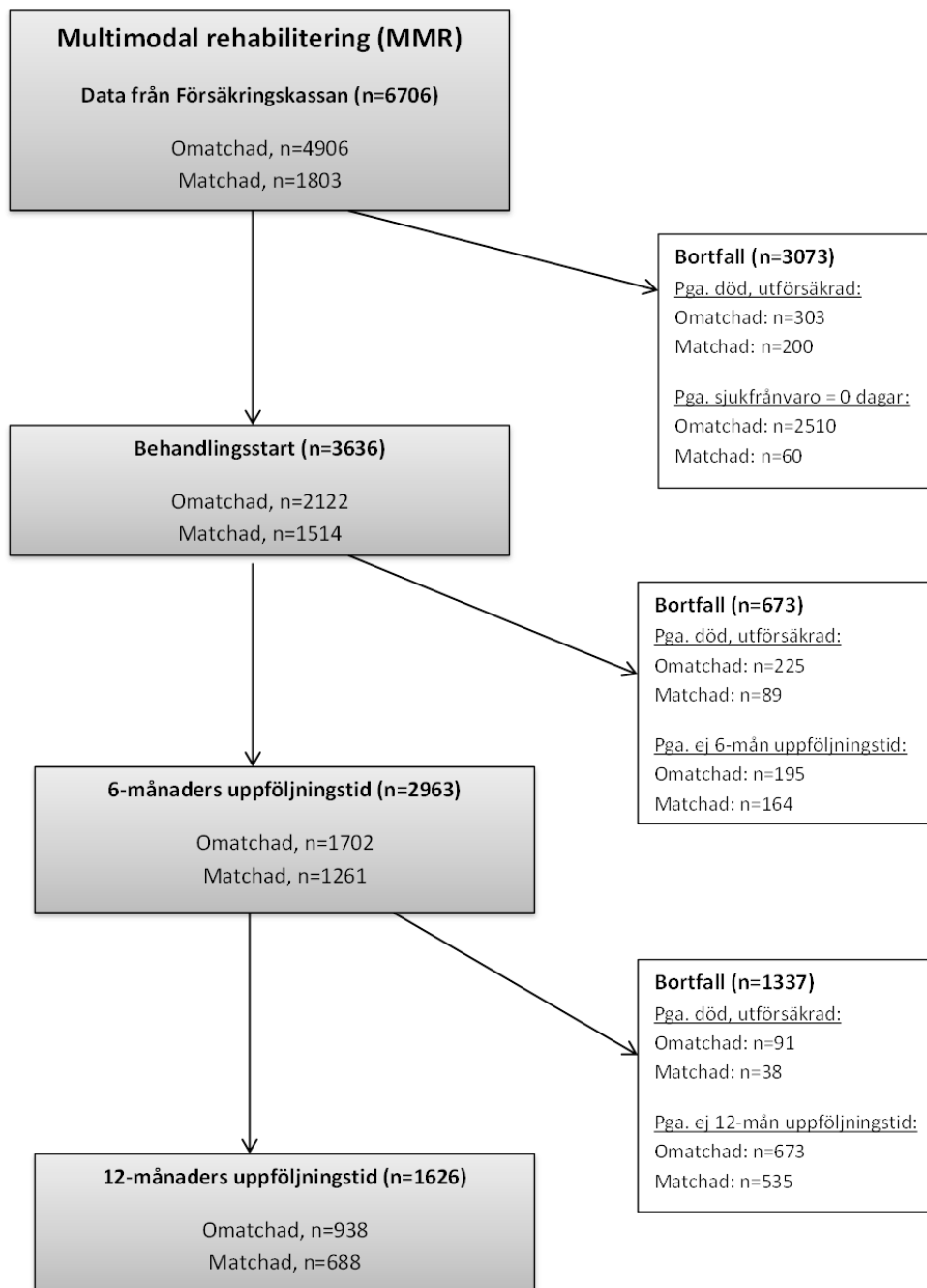
Figur 4a-4b. Figurerna visar den månadsvisa sjukfrånvaroutvecklingen i kohort II två år före behandlingsstart. Figur 4a visar utvecklingen vid kvartalsmatchning och figur 4b visar utvecklingen vid månadsmatchning. Avser personer med sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart, som kan följas minst 12 månader efter behandlingsstart och som *ej* avlidit eller uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen.

Behandlingsgruppen

För att göra meningsfulla analyser är det viktigt att kunna följa sjukfrånvaroutvecklingen under tillräckligt lång tid. Därför ges enbart resultat för personer som kunde följas *minst* sex månader efter behandlingsstart. Sjukfrånvaroutveckling redovisas för personer som hade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Flödesschemat (figur 5) beskriver hur gruppstorleken förändras när individer exkluderas till följd av valda inklusionskriterier eller på grund av andra omständigheter.

Halvårsgruppen består av individer med sjukfrånvaro före behandling och som kunde följas minst sex månader efter påbörjad rehabilitering. Denna grupp utgörs av sammanlagt 2 963 personer, varav 1 261 hade åtminstone en matchad referensperson. Referensgruppen bestod av 3 120 personer. *Helårsgruppen* innehåller 1 626 individer med sjukfrånvaro före insats och med en möjlig uppföljningstid om 12 månader efter behandlingsstart. I denna grupp fanns det 688 matchade patienter och 1 772 referenspersoner. 1 702 personer i halvårsgruppen och 938 individer i helårsgruppen saknade helt referenspersoner och benämns som omatchade. Totalt 3 073 (av 6 709 individer) saknade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering. En

stor andel av dessa har dock haft detta vid något annat tillfälle, under det år som föregick rehabiliteringsstarten. Utvecklingen för dessa individer redovisas i ett separat avsnitt.



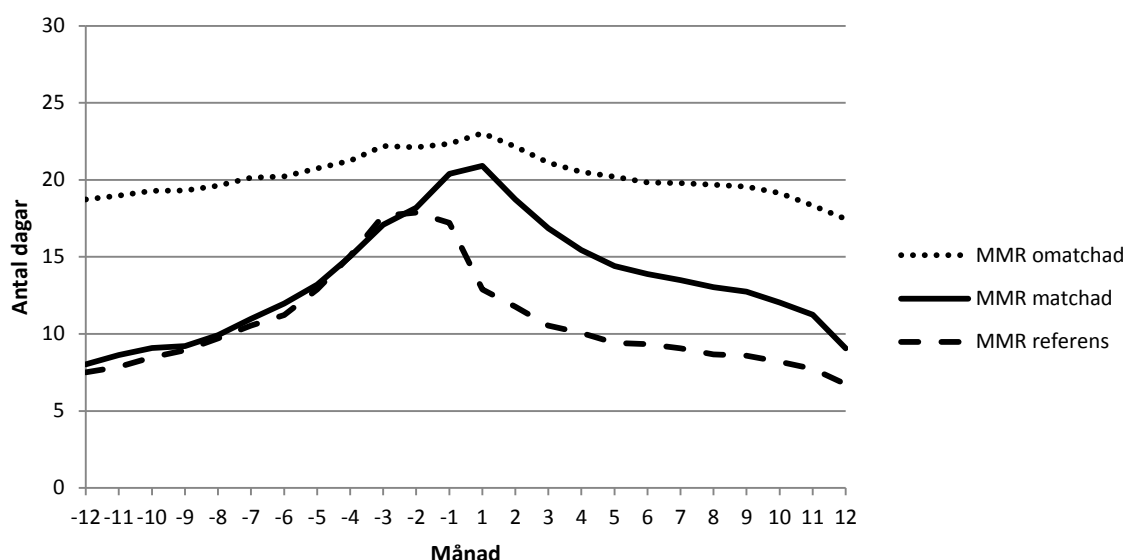
Figur 5. Flödesschema för halvårsgruppen och helårsgruppen (behandlade patienter med sjukfrånvaro före behandlingsstart) med redovisat bortfall till följd av olika omständigheter.

Sjukfrånvaroutveckling

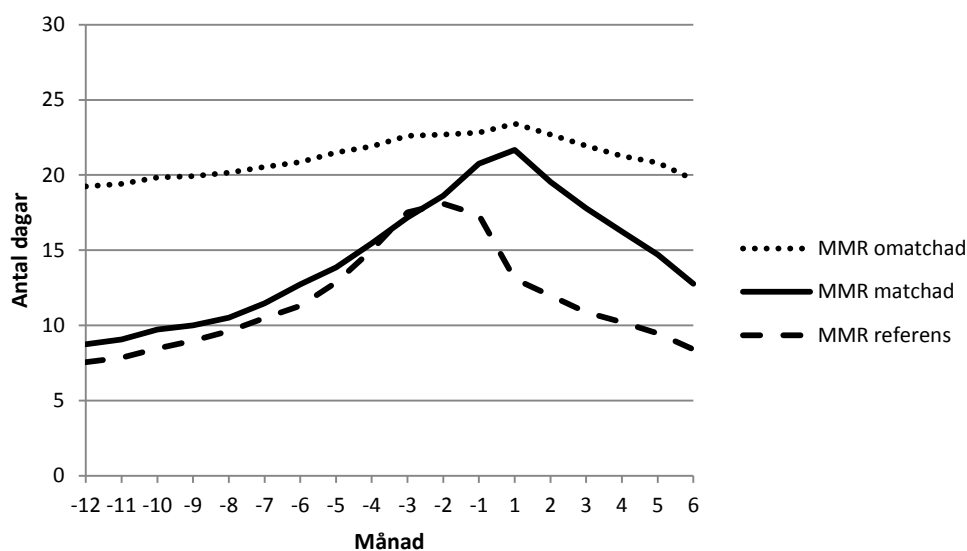
Utvecklingen av total sjukfrånvaro (sjukskrivning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning) för behandlingsgruppen och referensgruppen följer ett likvärdigt mönster fram till månaden före rehabiliteringsstart, då grupperna utvecklas åt olika håll. Skillnaden i initial sjukfrånvaro mellan behandlingsgrupp och referensgrupp är som högst 0,8 dagar

(månad 11 före rehab). En månad före behandlingen inleds, ökar differensen mellan grupperna till drygt tre dagar, något som kan indikera att individerna i behandlingsgrupperna påbörjar utredning om rehabilitering vid denna tidpunkt. Medelvärdeskillnaden beror på att sjukfrånvaron i behandlingsgruppen fortsätter att öka medan den bromsas upp och även minskar något i referensgruppen. Det är under den första behandlingsmånaden som avvikelserna är som mest markanta. Denna månad har behandlingsgruppen i genomsnitt åtta sjukfrånvarodagar fler än referensgruppen. Därefter minskar skillnaderna mellan grupperna successivt. Vid den tolfte och sista uppföljningsmånaden har behandlingsgruppen drygt två sjukfrånvarodagar mer än referensgruppen. Sjukfrånvaromönstret för den omatchade behandlingsgruppen är flackare, men även här anar man en upptrappning av sjukfrånvaron mot behandlingsstart och en svag minskning under uppföljningen. Utvecklingen i halvårsgruppen (figur 6b) följer samma mönster som i helårsgruppen (figur 6a).

Figur 6a)



Figur 6b)



Figur 6a-6b. Månadsvis sjukfrånvaroutveckling i kohort II före och efter behandlingsstart i (a) helårsgruppen (Omatchad; n=938, matchad=688, referens; n=1 772) och (b) halvårsgruppen (omatchad; n=1 702, n=1 261, referens; n=3 120). Kvartalsmatchning.

Andra faktorer av betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen

Utöver själva behandlingen undersöktes några välkända riskfaktorer för sjukfrånvaro; ålder, kön, samt sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Även sjuk- och aktivitetsersättning före behandling ingick i analyserna. Dessutom studerades om resultatet varierade beroende på om behandlingen skett inom (a) primärvård/specialistvård och (b) offentlig/privat vård.

I de första kovariansanalyserna jämförs den matchade behandlingsgruppen och dess referensgrupp. Resultatet visar att sjukfrånvaron minskar snabbare i referensgruppen än i behandlingsgruppen. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($p < 0,001$). Vid det första uppföljningskvartalet har behandlingsgruppen i genomsnitt 21 sjukfrånvarodagar fler än referensgruppen. Med tiden minskar denna skillnad och vid det fjärde uppföljningskvartalet har behandlingsgruppen nio sjukfrånvarodagar fler än referensgruppen. Även om gruppskillnaden har minskat är den fortfarande statistiskt signifikant.

Vidare visar analyserna att - oberoende av om man har fått rehabilitering eller inte - är det den inledande sjukfrånvarolängden som har det starkaste sambandet med den fortsatta sjukfrånvaroutvecklingen. Vid det första uppföljningskvartalet har gruppen med kort sjukfrånvaro (≤ 60 dagar) i genomsnitt 36 sjukfrånvarodagar färre än gruppen med lång sjukfrånvaro (> 60 dagar). Medelvärdesskillnaden fortsätter att vara statistiskt signifikant över uppföljningskvartalen, även om den minskar något. Vid det sista uppföljningskvartalet är skillnaden mellan grupperna 23 dagar.

Sjuk- och aktivitetsersättning svarar för en betydande del av sjukfrånvaron efter rehabilitering. Personer med sjuk- och aktivitetsersättning kvartalet före behandlingsstart har i genomsnitt 18-28 fler sjukfrånvarodagar per uppföljningskvartal än personer med enbart sjukpenning ($p < 0,001$). Detta gäller både behandlingsgrupp och referensgrupp. När man exkluderar individer som har sjuk- och aktivitetsersättning före rehabilitering når sjukfrånvaron lägre nivåer, men utvecklingen för behandlingsgruppen och referensgruppen (och relationen dem emellan) följer samma mönster som tidigare visats.

Även ålder påverkar sjukfrånvaroutvecklingen. Ökad ålder är relaterad till högre sjukfrånvaro – oberoende av om man har fått behandling eller ej. Mönstret för sjukfrånvaroutvecklingen förändras dock inte av att man exkluderar de äldre åldersgrupperna (≥ 60 år) ur analyserna. Kön hade inget signifikant samband med sjukfrånvaro efter rehabilitering, vilket tyder på en likartad utveckling för kvinnor och män.

Analyser mellan olika typer av vårdgivare visade inte på några signifikanta skillnader i sjukfrånvaroutveckling. Detta innebär att sjukfrånvaroutvecklingen är likartad oavsett om den har skett inom primärvård eller specialistvård, privat eller offentlig regi.

Samtliga resultat som har redovisats ovan baseras på helårsgruppen. Analyser av halvårsgruppen visar på samma utveckling.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Totalt 44 procent av sjukfrånvaron i kohort II utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning (SA) före insats. Den omatchade behandlingsgruppen svarade för merparten av denna ersättning (66 %) medan den matchade behandlingsgruppens andelar var betydligt lägre (14 %). Dessa siffror visar det totala antalet individer med sjuk- och aktivitetsersättning, oberoende av ersättningens omfattning. Notera att man kan ha beviljats denna ersättning för andra orsaker

än de diagnoser man har behandlats för inom rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen var inte matchad utifrån sjuk- och aktivitetsersättning och ingår därför inte i analysen.

Genom att omräkna sjuk- och aktivitetsersättning till antal heltidsekvivalenter ges en kompletterande bild av ersättningens omfattning. Omräkningen innebär att alla deltidsfall räknas om till heltid och summeras med antalet heltidsfall. Med denna beräkning är det motsvarande åtta procent som har sjuk- och aktivitetsersättning på heltid i den matchade behandlingsgruppen kvartalet före behandlingsstart. Störst andel har den omatchade gruppen där motsvarande 53 procent har ersättningen på heltid.

För personer som hade sjukpenning, men inte sjuk- och aktivitetsersättning kvartalet före behandlingsstart analyserades riskkvoterna för att få sjukersättning under uppföljningen. Jämförelserna görs mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen. Andelen som nybeviljas sjukersättning under uppföljningstiden är två procent i behandlingsgruppen och fem procent i referensgruppen. I analyserna justerades för ålder, kön, samt sjukskrivning kvartalet före behandlingsstart. Resultatet visar att referensgruppen – som inte har fått insatser inom rehabiliteringsgarantin – har drygt två gånger ($RR=2,1$) högre risk att få sjuk- och aktivitetsersättning under de 12 uppföljningsmånaderna, jämfört med behandlingsgruppen. Lång sjukskrivning (>60 dagar) före behandlingsstart ökar risken 1,8 gånger att få sjukersättning under uppföljningen jämfört kort sjukskrivning (≤ 60 dagar). Även ålder var förenat med en riskökning på 1,1 för varje år av ökad ålder. Samtliga dessa resultat var statistiskt signifikanta ($p<0,01$).

Andel som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen

Minskad sjukfrånvaro behöver inte betyda återgång i arbete. En sjukfrånvaroperiod kan avslutas utan att individen upplever sig ha tillräcklig arbetsförmåga, om maximal tid inom sjukförsäkringssystemet har uppnåtts. Personer som har uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen ("utförsäkrats") ingår inte i de ordinarie analyserna av sjukfrånvaro. Av de personer som påbörjar behandling inom rehabiliteringsgarantin är det 254 individer (7 %) av behandlingsgruppen och 237 personer (6 %) av referensgruppen som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen under uppföljningen. En större andel, runt 12 procent av behandlingsgruppen och referensgruppen uppnår dock denna tidsgräns redan före behandlingsstart.

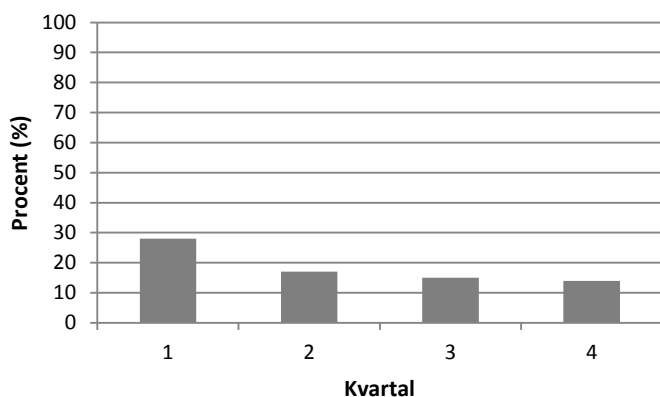
Behandlingsstartens samband med sjukfrånvaroutvecklingen

Det finns anledning att anta att det kan finnas ett samband mellan sjukfrånvaroutveckling och behandlingsstart i rehabiliteringsgarantin, det vill säga när i tiden från rehabiliteringsgarantins implementering som patienten påbörjat behandling. Utfallet skulle till exempel kunna skilja sig åt beroende på att det inledningsvis kan ha funnits många individer med svårare eller mer långvarig problematik att behandla, vilka kan ha haft sämre förutsättningar för arbetsåtergång. Även implementeringsfaktorer kan ha inverkat, vilket innebär att behandlingspersonalens grad av rutin med att arbeta med rehabiliteringsgarantin påverkar utfallet efter rehabilitering. För att undersöka om så är fallet studerades när i tiden individerna påbörjade rehabiliteringen - och skillnaderna i sjukfrånvaro - mellan de som startat tidigare respektive senare i implementeringsprocessen. I den statistiska modellen kontrolleras för sjukfrånvaro kvartalet före behandling samt ålder och kön.

Vid analys av den kvartalsmatchade gruppen fanns inga signifikanta skillnader i utfall beroende av behandlingsstart. När den månadsmatchade gruppen analyseras blir sambandet mellan behandlingsstart och sjukfrånvaroutveckling däremot signifikant ($p < 0.05$). Resultatet visar då att individer som påbörjar rehabilitering i april 2010 i medeltal har nio sjukfrånvarodagar färre vid det fjärde uppföljningskvartalet än de som påbörjade behandlingen sex månader tidigare (oktober 2009). Sambandet kan inte tillskrivas olikheter i sjukfrånvaro före rehabilitering då detta har kontrollerats för i den statistiska modellen.

Utveckling för personer som saknade sjukfrånvaro före behandling

70 procent av de rehabiliterade hade registrerad sjukfrånvaro året före behandlingsstart. Av de 927 individer som helt saknade registrerad sjukfrånvaro under denna period och som kunde följas minst 12 månader efter behandlingsstart var det närmare en tredjedel som fick sjukfrånvaro under det första uppföljningskvartalet (figur 7). Den första behandlingsmånaden är inte inkluderad i dessa analyser. Under de följande uppföljningskvartalen sjunker andelen med sjukfrånvaro gradvis och vid det sista uppföljningskvartalet är det 14 procent som fortfarande har registrerad sjukfrånvaro.



Figur 7. Sjukfrånvaroutveckling för personer i kohort II som saknade registrerad sjukfrånvaro året före behandlingsstart. Figuren visar andelen av dessa som har sjukfrånvaro under de fyra uppföljningskvartalen.

Kohort I

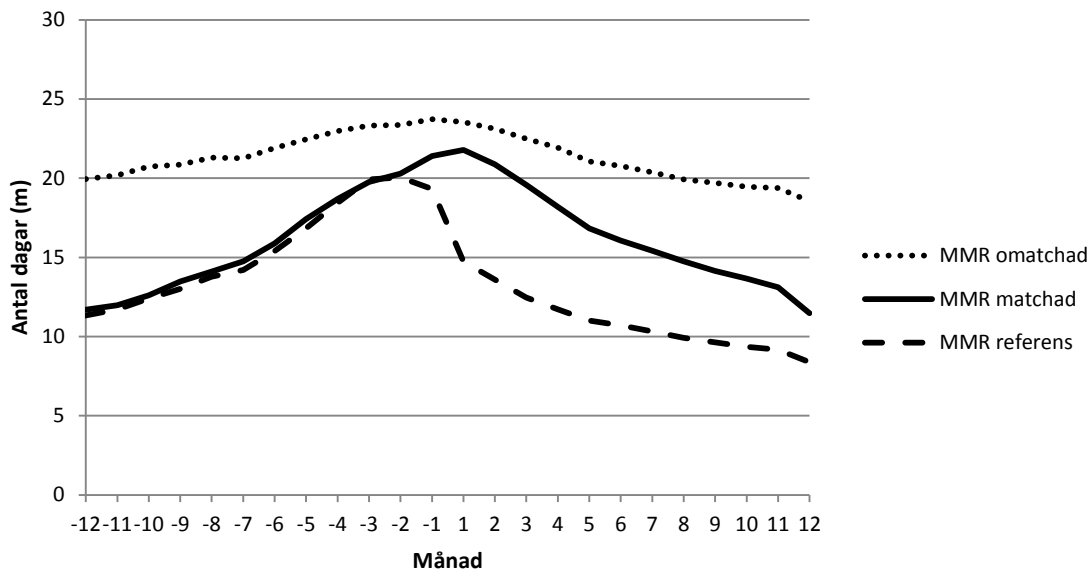
Sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I har redovisats utförligt i två tidigare delrapporter. I den föreliggande rapporten redovisas resultatet – delvis modifierat - utifrån samma uppdelning som i kohort II, vilket innebär en åtskillnad mellan den matchade och omatchade behandlingsgruppen samt referensgruppen. Som tidigare redovisas de primära analyserna baserat på kvartalsmatchningen medan resultat från andra matchningsförfaranden redovisas om de avviker påtagligt från analyserna med ursprungsmatchningen.

Som tidigare har visats i tabell 3 är kohorterna nära nog identiska beträffande ålder, könsfördelning och nationalitet. Fördelningen mellan diagnoser stämmer också väl överens mellan de båda kohorterna där icke-specifika smärttillstånd så som ”andra ryggsjukdomar” (M50-M54) och ”andra sjukdomar i mjukvävnaden” (M70-M79) var vanligast förekommande. Dock var det en högre andel (66 %) av kohort I som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart jämfört med kohort II (58 %).

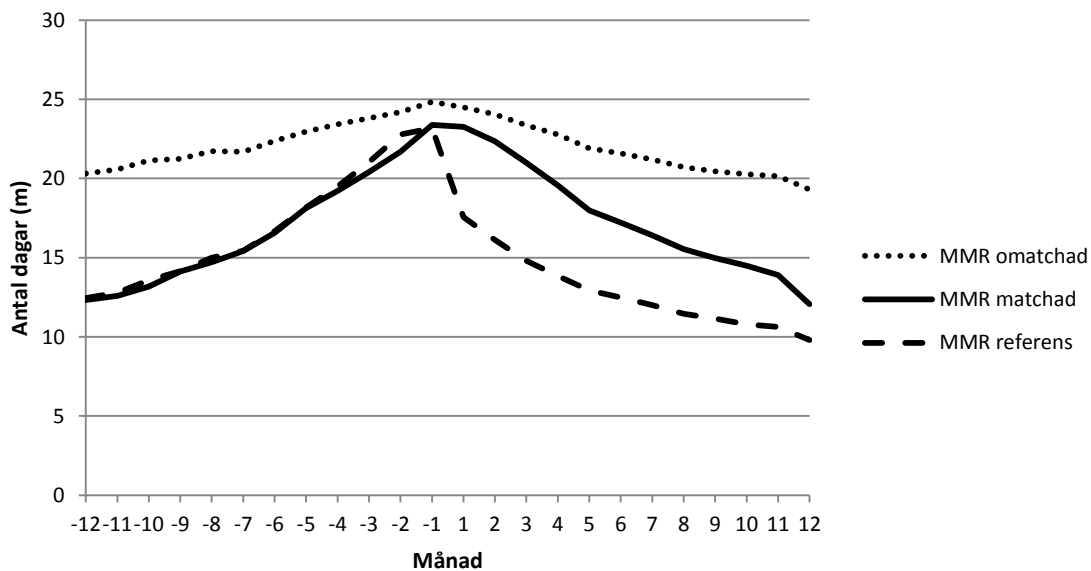
Sammanfattning av sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I

Sjukfrånvaroutvecklingen baserat på kvartals- och månadsmatchning illustreras i figur 8a och 8b. Figuren visar på en likartad utveckling vid båda matchningsförfarandena – med ett undantag – att gruppernas utveckling följs åt något längre vid månadsmatchningen. Med kvartalsmatchning sjunker sjukfrånvaron i referensgruppen någon månad tidigare än vid månadsmatchningen. I övrigt sker en likartad utveckling oavsett matchningsförfarande, där referensgruppen minskar sin sjukfrånvaro snabbare än behandlingsgruppen.

Figur 8a)



Figur 8b)



Figur 8a-8b. Sjukfrånvaroutveckling i kohort I 12 månader före/efter behandlingsgruppens behandlingsstart. Resultatet visas för (a) kvartalsmatchning (omatchad; n=895, matchad; n=697, referens; n=2 035) och (b) månadsmatchning (omatchad; n=855, matchad; n=638; referens; n=1 695).

Skillnader i sjukfrånvaroutveckling efter behandling jämfördes mellan den matchade behandlingsgruppen och dess referensgrupp. I dessa kovariansanalyser kontrolleras för effekten av ålder, kön samt sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Dessutom studerades om resultatet varierade beroende på om behandlingen skett inom (a) primärvård/specialistvård och (b) offentlig/privat vård. Resultaten för kohort I och kohort II stämmer relativt väl överens. Det finns en signifikant skillnad mellan grupperna där den genomsnittliga sjukfrånvaron minskar snabbare i referensgruppen än i behandlingsgruppen. Gruppskillnaden minskar över tid. Vid det första uppföljningskvartalet har behandlingsgruppen 22 sjukfrånvarodagar fler och vid det sista uppföljningskvartalet har skillnaden minskat till 12 dagar.

Liksom för kohort II är längden på den inledande sjukfrånvaron en viktig predicerande faktor för den fortsatta sjukfrånvaroutvecklingen. Personer med kort sjukfrånvaro (≤ 60 dagar) har i genomsnitt 30-42 sjukfrånvarodagar färre än personer med lång (>60 dagar) sjukfrånvaro ($p < 0,001$). Detta gäller både behandlingsgruppen och referensgruppen. Även ålder hade ett signifikant samband med sjukfrånvaroutvecklingen och visar att ökad ålder är relaterat till längre sjukfrånvaro efter behandling. Kön var inte statistiskt signifikant. I analyserna av vårdgivare ingick både den matchade och den omatchade behandlingsgruppen. Analyser genomfördes även för att jämföra privatägda och landstingsägda vårdenheter uppdelat på primärvård och specialistvård. Resultatet visade att patienter som har påbörjat rehabilitering på privata specialistenheter har kortare sjukfrånvaro under uppföljningen än patienter som har genomgått rehabilitering vid landstingsägd primär- och specialistvård, men även privatägd primärvård ($p < 0,05$). Att bryta ner analyserna och studera utvecklingen för matchade/omatchade grupper var inte möjligt då gruppstorlekarna minskade till följd av uppdelningen.

Totalt 40 procent av sjukfrånvaron i kohort I utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning. 62 procent av den omatchade behandlingsgruppen hade denna ersättning medan den motsvarande andelen i den matchade behandlingsgruppen var 11 procent. Dessa siffror visar det totala antalet individer med sjuk- och aktivitetsersättning, oberoende av omfattning. Notera att man kan ha beviljats denna ersättning för andra orsaker än de diagnoser man har behandlats för inom rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen var inte matchad utifrån sjuk- och aktivitetsersättning och ingår därför inte i analysen.

För personer som hade sjukpenning, men inte sjuk-och aktivitetsersättning kvartalet före behandlingsstart analyserades riskkvoterna för att få sjuk- och aktivitetsersättning under uppföljningen. Dessa jämförelser görs mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen. Resultatet visar att - till skillnad från kohort II - fanns det inte någon signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen och referensgruppen avseende risk för sjuk- och aktivitetsersättning 12 månader efter rehabilitering. Däremot hade gruppen med lång inledande sjukfrånvaro (>60 dagar) nästan dubbelt så hög risk ($RR=1,9$) att få sjuk- och aktivitetsersättning under uppföljningen som gruppen med kort sjukfrånvaro (≤ 60 dagar). Också ålder var signifikant och visade att för varje år av ökad ålder ökar risken att få sjuk- och aktivitetsersättning med en faktor av 1,06.

Av de personer som hade sjukfrånvaro före rehabilitering var det totalt 11 procent av behandlingsgruppen och 14 procent av referensgruppen som uppnådde maximal tid inom sjukförsäkringen.

Sjukfrånvaroutveckling efter psykologisk behandling

Resultatet i detta avsnitt baseras på kohort II och består av 38 202 individer som har påbörjat psykologisk behandling (PB) under år 2010, alternativt under det sista kvartalet 2009. Bakgrundsdata ges i tabell 4 och visar på stora likheter mellan kohorterna. Ett undantag är sjukfrånvaron kvartalet före behandlingsstart, som är lägre i kohort II än i kohort I. På grund av vissa olikheter mellan kohorterna avseende datatyp från Försäkringskassan är diagnoser inte direkt jämförbara mellan årskullarna. I båda kohorterna framgår dock att de vanligaste diagnoserna är de som omfattas av rehabiliteringsgarantin (F30-F39 och F40-F48), det vill säga förstämningssyndrom, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa. Dock förekommer en hel del diagnoser som ligger utanför rehabiliteringsgarantins område. Detta kan indikera en multipel hälsoproblematik hos de personer som behandlas inom rehabiliteringsgarantin.

Tabell 4. Bakgrundsdata för personer som har påbörjat psykologisk behandling inom rehabiliteringsgarantin och som ingår i kohort I och kohort II

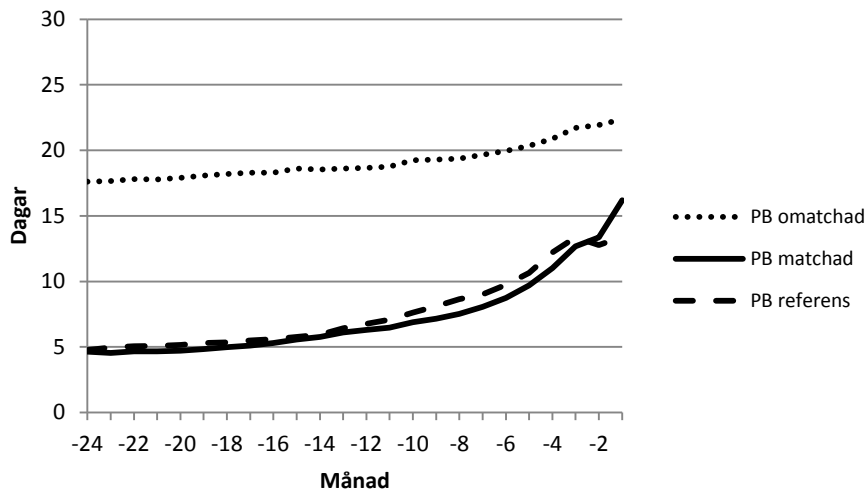
	Kohort I <i>n=14 650</i>	Kohort II <i>n=38 202</i>
Ålder, m (sd)	39 (13)	39 (13)
Kön		
Kvinnor	10 402 (71 %)	27 207 (71 %)
Män	4 248 (29 %)	10 995 (29 %)
Nationalitet		
Svenskfödd	12 746 (87 %)	32 943 (86 %)
Utrikesfödd	1 904 (13 %)	5 259 (14 %)
Andel med sjukfrånvaro kvartalet före rehab, N (%)	5 714 (39 %)	11 022 (28 %)
Sjukfrånvarolängd antal dagar kvartalet före, m (sd)	63 (32)	55 (33)

Matchning

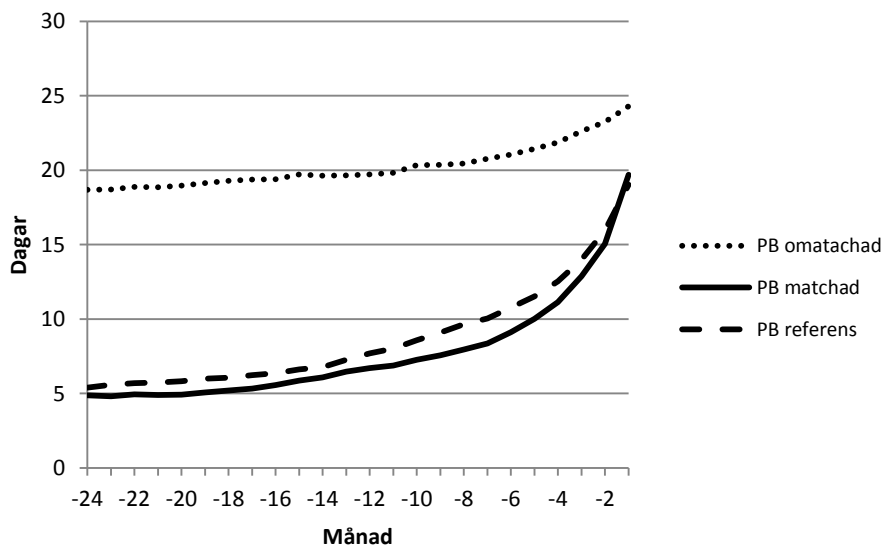
Matchning av referenspersoner var endast möjlig för patienter med en sammanhängande sjukfrånvaro om mer än 14 dagar kvartalet före behandlingsstart. De huvudsakliga analyserna som presenteras i denna rapport baseras på den ursprungliga kvartalsmatchningen, men analyser har även gjorts med de andra matchningskriterierna för att kontrollera att resultaten är stabila och någorlunda oberoende av matchningsmetod. Resultatet av dessa kompletterande analyser beskrivs om de avviker från huvudanalyserna.

Figur 9a och 9b visar sjukfrånvaroutvecklingen i behandlingsgruppen och referensgruppen 24 månader före rehabiliteringsstart. Som framgår av figurerna ger kvartalsmatchning större likheter i sjukfrånvaroutveckling än månadsmatchning. Kvartalet före behandlingsstart börjar dock grupperna att utvecklas åt olika håll. Vid månadsmatchning finns en åtskillnad i sjukfrånvaroutveckling under hela perioden fram till månad två före behandlingsstart då gruppernas utveckling närmar sig varandras.

Figur 9a)



Figur 9b)



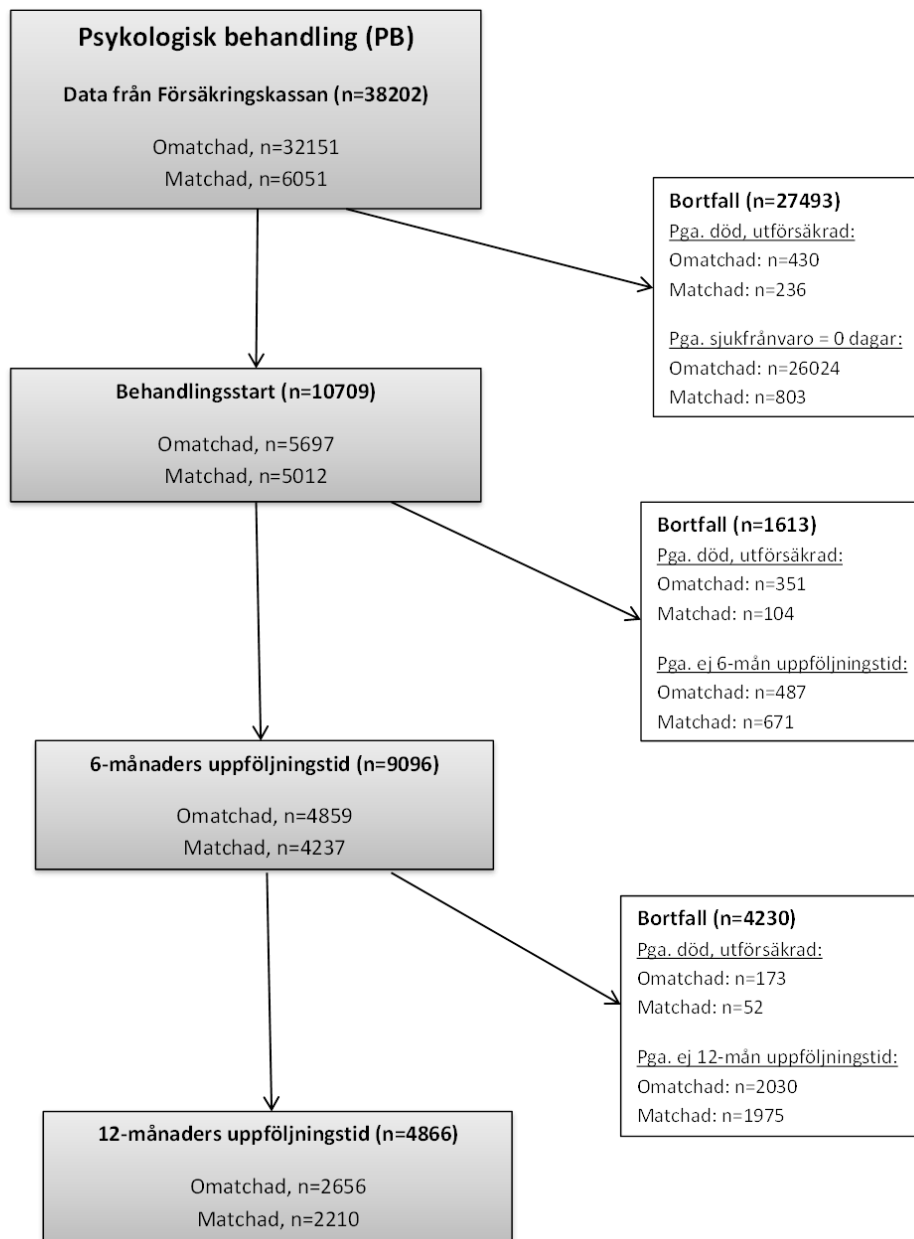
Figur 9a-9b. Månadsvis sjukfrånvaroutveckling i kohort II två år före behandlingsstart. Figur 9a visar utvecklingen vid kvartalsmatchning och Figur 9b visar utvecklingen vid månadsmatchning. Avser personer med registrerad sjukfrånvaro som kan följas minst 12 månader efter behandlingsstart, exklusive avlidna och ”utförsäkrade”.

Trots registrerad sjukfrånvaro var det en betydande andel av behandlingsgruppen som inte erhöll någon referensperson vid matchningen. Kännetecknande för denna omatchade behandlingsgrupp är deras höga sjukfrånvaro före behandlingsstart, där merparten av sjukfrånvaron (68 %) utgörs av sjuk- och aktivitetsersättning, vanligen på heltid (69 %). Dessutom saknade i princip alla omatchade diagnos i Försäkringskassans register. I uppgifterna från landstingen framgår vilken typ av behandling patienterna har fått, varför man kan sluta sig till att detta är individer med psykisk ohälsa. Medelåldern i den omatchade gruppen var dessutom högre (m=46) än i den matchade behandlingsgruppen (m=42).

Behandlingsgruppen

För att göra meningsfulla analyser är det viktigt att kunna följa sjukfrånvaroutvecklingen under en tillräckligt lång tid. Därför ges enbart resultat för personer som kunde följas *minst* sex månader efter behandlingsstart. Sjukfrånvaroutveckling redovisas för personer som hade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingen startade. Flödesschemat (figur 10) beskriver hur gruppstorleken förändras när individer exkluderas till följd av valda inklusionskriterier eller på grund av andra omständigheter.

Halvårsgruppen består av individer som kunde följas sex månader efter påbörjad rehabilitering. Denna grupp består av sammanlagt 9 096 personer, varav 4 237 var matchade och kunde jämföras mot referensgruppen (n=10 019). *Helårsgruppen* innehåller individer med en möjlig uppföljningstid om 12 månader efter behandlingsstart (n=4 866). I denna grupp fanns det 2 210 matchade personer som kunde jämföras med referensgruppen (n=5 216). 4 859 personer i halvårsgruppen och 2 656 individer i helårsgruppen saknade helt referenspersoner och benämns som omatchade. Totalt 27 100 (av 38 202 individer) saknade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering. En stor andel av dessa har dock haft detta vid något annat tillfälle, under det år som föregick rehabiliteringsstarten. Utvecklingen för dessa individer redovisas i ett separat avsnitt.

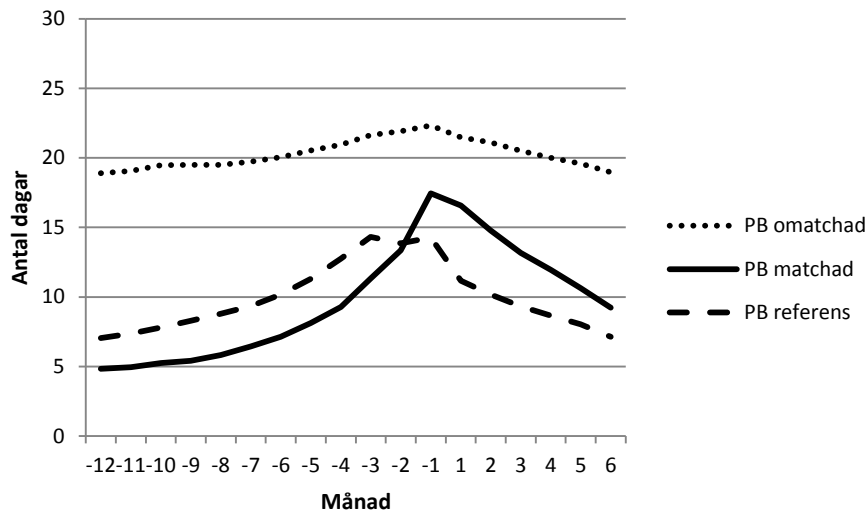


Figur 10. Kohort II: Flödesschema för halvårsgruppen och helårsgruppen (behandlade patienter med sjukfrånvaro före behandlingsstart) med redovisat bortfall till följd av olika omständigheter.

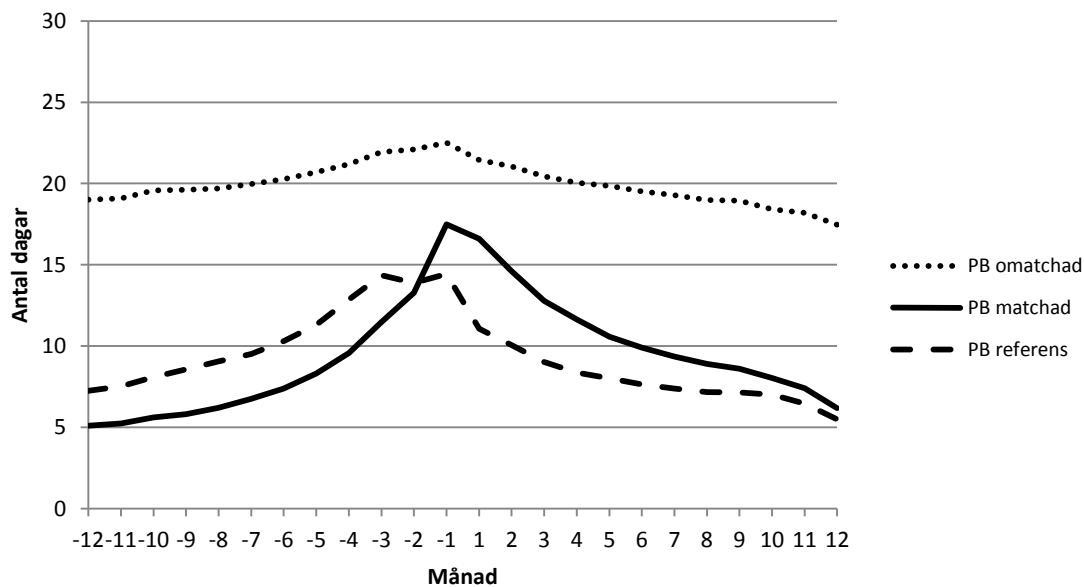
Sjukfrånvaroutveckling

Sjukfrånvaroutvecklingen i behandlingsgruppen och referensgruppen skiljer sig åt - både före och efter rehabilitering. Fram till kvartalet före behandlingsstart har referensgruppen månatligen två till tre sjukfrånvardagar fler än den matchade behandlingsgruppen. Kvartalet före rehabiliteringsstart bromsas referensgruppens sjukfrånvaro upp medan den fortsätter att öka i behandlingsgruppen. Den högsta nivån av sjukfrånvaro i behandlingsgruppen ses månaden före behandlingsstart. Då uppträder även den största differensen mellan grupperna med en genomsnittlig skillnad på sex dagar. Därefter minskar sjukfrånvaron i båda grupperna och i slutet av uppföljningsperioden avtar skillnaderna dem emellan. Sjukfrånvaroutvecklingen för den omatchade behandlingsgruppen följer ett avsevärt flackare mönster, men även här anar man en upptrappning av sjukfrånvaron mot behandlingsstart och

en svag minskning under uppföljningen. Sjukfrånvaroutvecklingen följer samma mönster både i halvårsgruppen (figur 11a) och i helårsgruppen (figur 11b).

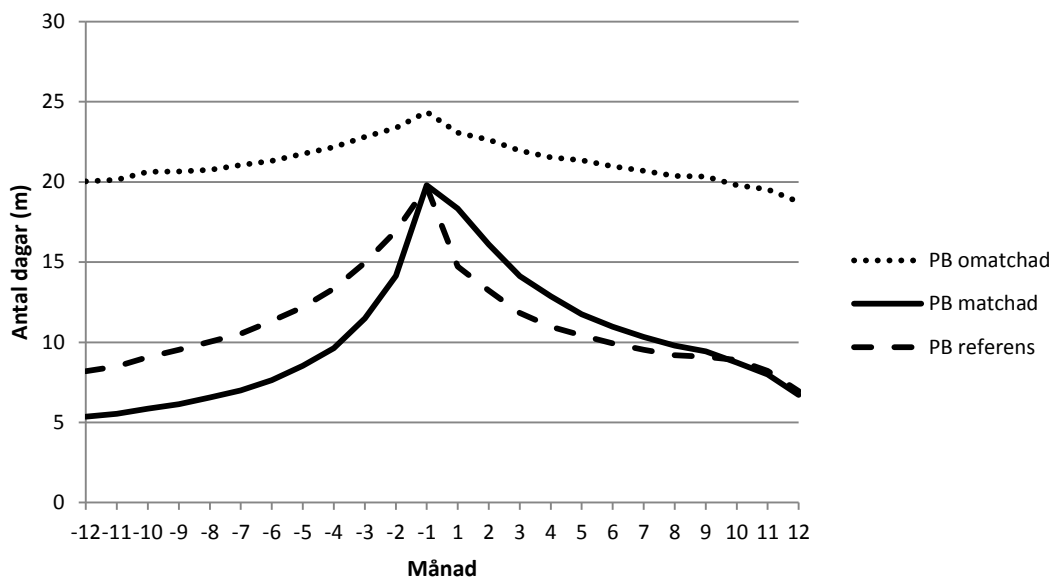


Figur 11a. Kohort II: Månadsvis sjukfrånvaroutveckling i halvårsgruppen, uppdelat på omatchad behandlingsgrupp (n=4859), matchad behandlingsgrupp(n=4237) och referensgrupp (n=10019).



Figur 11b. Kohort II: Månadsvis sjukfrånvaroutveckling i helårsgruppen, uppdelat på omatchad behandlingsgrupp (n=2656), matchad behandlingsgrupp(n=2 210) och referensgrupp (n=5 216).

När man använder månadsmatchning istället för kvartalsmatchning avtar skillnaden mellan behandlingsgrupp och referensgrupp tidigare (figur 11c). Året före rehabiliteringsstart har behandlingsgruppen i genomsnitt tre sjukfrånvarodagar färre per månad än referensgruppen. En månad före behandlingsstart når båda grupperna sina högsta värden med ett medelvärde på 20 sjukfrånvarodagar. Därefter utvecklas grupperna något olika då referensgruppen minskar sin sjukfrånvaro snabbare än behandlingsgruppen. Vid uppföljningens slut – månad 12 efter rehabilitering – ligger sjukfrånvaron på knappa sju sjukfrånvarodagar i både behandlings- och referensgruppen.



Figur 11c. Kohort II. Månadsvis sjukfrånvaroutveckling i den *månads*matchade helårsgruppen, uppdelat på omatchad behandlingsgrupp (n=2454), matchad behandlingsgrupp (n=1954) och referensgrupp (n=3825).

Andra faktorer av betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen

Utöver själva behandlingen undersöktes några välkända riskfaktorer för sjukfrånvaro; ålder, kön, samt sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Även sjuk- och aktivitetsersättning före behandling ingick som ett kovariat i analyserna. Dessutom studerades om resultatet varierade beroende på om behandlingen skett inom (a) primärvård/specialistvård och (b) offentlig/privat vård.

I de första kovariansanalyserna jämförs den matchade behandlingsgruppen och dess referensgrupp. Resultatet visar att sjukfrånvaron minskar snabbare i referensgruppen än i behandlingsgruppen. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($p < 0,001$). Vid det första kvartalet efter rehabilitering har behandlingsgruppen i genomsnitt 14 sjukfrånvarodagar fler än referensgruppen. Med tiden minskar denna skillnad och vid det fjärde uppföljningskvartalet har behandlingsgruppen tre sjukfrånvarodagar fler än referensgruppen. Även om gruppskillnaden har minskat är den fortfarande statistiskt signifikant.

Vidare visar analyserna att - oberoende av om man har fått rehabilitering eller inte - är det den inledande sjukfrånvarolängden som har det starkaste sambandet med den fortsatta sjukfrånvaroutvecklingen. Vid det första uppföljningskvartalet har gruppen med kort sjukfrånvaro (≤ 60 dagar) i genomsnitt 38 sjukfrånvarodagar färre än gruppen med lång sjukfrånvaro (> 60 dagar). Medelvärdesskillnaden fortsätter att vara statistiskt signifikant över uppföljningskvartalen, även om den minskar något. Vid det sista uppföljningskvartalet är skillnaden mellan grupperna 27 dagar.

Analyserna visar att sjuk- och aktivitetsersättning svarar för en betydande andel av sjukfrånvaron efter rehabilitering. Personer som har denna ersättning kvartalet före behandlingsstart har i genomsnitt 23-24 fler sjukfrånvarodagar per uppföljningskvartal än personer med enbart sjukpenning ($p < 0,001$). Detta gäller både behandlingsgruppen och referensgruppen. När man exkluderar individer med sjuk- och aktivitetsersättning före rehabilitering når sjukfrånvaron lägre nivåer, men utvecklingen för behandlingsgrupp och referensgrupp (och relationen dem emellan) följer samma mönster som tidigare visats.

Resultatet av analyserna visade att ålder är betydelsefullt för den fortsatta sjukfrånvaroutvecklingen. Ökad ålder är relaterat till högre sjukfrånvaro – oberoende av om man har fått behandling eller ej. Mönstret för sjukfrånvaroutvecklingen förändras dock inte av att man exkluderar de äldre åldersgrupperna (≥ 60 år) ur analyserna. Kön hade inget signifikant samband med sjukfrånvaro efter rehabilitering, vilket innebär att utvecklingen är likartad för kvinnor och män.

För behandlingsgrupperna gjordes även analyser för att undersöka om sjukfrånvaroutvecklingen såg olika ut beroende på vilken typ av vårdgivare som svarat för insatsen. Analyser mellan olika typer av vårdgivare visade inte på några signifikanta skillnader i sjukfrånvaroutveckling. Detta innebär att sjukfrånvaroutvecklingen är likartad oavsett om den har skett inom primärvård eller specialistvård, privat eller offentlig regi. Offentlig specialistvård ingick inte i analyserna av PB, då enbart behandlingar inom den psykiatriska vården ingår där. Psykiatrins patienter har i regel en mycket mer komplex problematik som inte anses jämförbar med de andra kategorierna.

Samtliga resultat som har redovisats ovan baseras på data för helårsgruppen. Analyser av halvårsgruppen visar på samma utveckling.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Totalt 39 procent av sjukfrånvaron i kohort II utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning före insats. Den omatchade behandlingsgruppen svarade för merparten av denna ersättning medan den matchade behandlingsgruppens andelar var betydligt lägre. Dessa siffror visar det totala antalet individer med sjuk- och aktivitetsersättning, oberoende av ersättningens omfattning. Notera att man kan ha beviljats denna ersättning för andra orsaker än de diagnoser man har behandlats för inom rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen var inte matchad utifrån sjuk- och aktivitetsersättning och ingår därför inte i analysen.

Genom att omräkna sjuk- och aktivitetsersättning till antal heltidsekvivalenter ges en kompletterande bild av ersättningens omfattning. Omräkningen innebär att alla deltidsfall räknas om till heltid och summeras med antalet heltidsfall. Med denna beräkning är det motsvarande tre procent som har sjuk- och aktivitetsersättning på heltid i den matchade behandlingsgruppen kvartalet före behandlingsstart. Högst andel har den omatchade gruppen där motsvarande 58 procent har ersättningen på heltid.

För personer som hade sjukpenning, men inte sjuk- och aktivitetsersättning kvartalet före behandlingsstart analyserades riskkvoterna för att få sjukersättning under uppföljningen. Jämförelserna görs mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen. Andelen som nybeviljas sjukersättning under uppföljningstiden är två procent i behandlingsgruppen och fem procent i referensgruppen. I analyserna justerades för ålder, kön, samt sjukskrivning kvartalet före behandlingsstart. Resultatet visar att referensgruppen – som inte har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin – har 2,8 gånger högre risk att få sjukersättning under de 12 uppföljningsmånaderna, jämfört med den matchade behandlingsgruppen. Gruppen med mer än 60 dagars sjukfrånvaro före behandlingsstart har 4,6 gånger högre risk att få sjuk- och aktivitetsersättning under uppföljningstiden, jämfört med gruppen med kortare sjukfrånvaro (≤ 60 dagar). Även ålder var förenat med en riskökning på 1,1 för varje år av ökad ålder. Samtliga dessa resultat var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$). Analyser för halvårsgruppen

visade på samma riskkvoter för ålder och tidigare sjukfrånvaro. Kön var inte statistiskt signifikant.

Andel som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen

Minskad sjukfrånvaro behöver inte betyda återgång i arbete. En sjukfrånvaroperiod kan avslutas utan att individen upplever sig ha tillräcklig arbetsförmåga, om maximal tid inom sjukförsäkringssystemet har uppnåtts. Personer som har uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen ("utförsäkrats") ingår inte i de ordinarie analyserna av sjukfrånvaro. Av de personer som påbörjar behandling inom rehabiliteringsgarantin är det 637 individer (6 %) av behandlingsgruppen och 538 personer (4 %) av referensgruppen som uppnår maximal tid inom sjukförsäkringen under uppföljningen. Sex procent av behandlingsgruppen och tio procent av referensgruppen uppnår dock denna tidsgräns redan före behandlingsstart.

Behandlingsstartens samband med sjukfrånvaroutvecklingen

Det finns anledning att anta att det finns ett samband mellan sjukfrånvaroutveckling och behandlingsstart i rehabiliteringsgarantin, det vill säga när i tiden - från rehabiliteringsgarantins införande - som patienten påbörjat behandling. Utfallet skulle till exempel kunna skilja sig åt beroende på att det inledningsvis kan ha funnits många individer svårare eller mer långvarig problematik att behandla, vilka kan ha haft sämre förutsättningar för arbetsåtergång. Även implementeringsfaktorer kan ha inverkat, vilket innebär att behandlingspersonalens grad av rutin med att arbeta med rehabiliteringsgarantin påverkar utfallet. För att undersöka om så är fallet studerades när i tiden individerna påbörjade rehabiliteringen och skillnaderna i sjukfrånvaro mellan de som startat tidigare respektive senare i implementeringsprocessen analyserades. I den statistiska modellen kontrolleras för sjukfrånvaro kvartalet före behandling, ålder och kön. Resultatet visar att den matchade behandlingsgruppen som påbörjar sin rehabilitering i april 2010 i medeltal hade nio sjukfrånvardagar färre vid det fjärde uppföljningskvartalet än de som påbörjade behandlingen i oktober 2009. Den motsvarande skillnaden för den omatchade gruppen var sju dagar. Resultatet var signifikant för båda grupperna ($p < 0,001$).

Utveckling för personer som saknade sjukfrånvaro före behandling

Totalt 63 procent av PB-gruppen saknade registrerad sjukfrånvaro året före behandlingsstart. Av dessa var det 10 595 individer som kunde följas minst 12 månader efter behandlingsstart. I denna grupp var det åtta procent som fick sjukfrånvaro under det första uppföljningskvartalet. Behandlingsmånaden är inte inkluderad i det första uppföljningskvartalet. Andelen med sjukfrånvaro ligger sedan förhållandevis stabilt under resterande uppföljningskvartal och vid det sista uppföljningskvartalet var andelen med sjukfrånvaro sex procent.

Kohort I

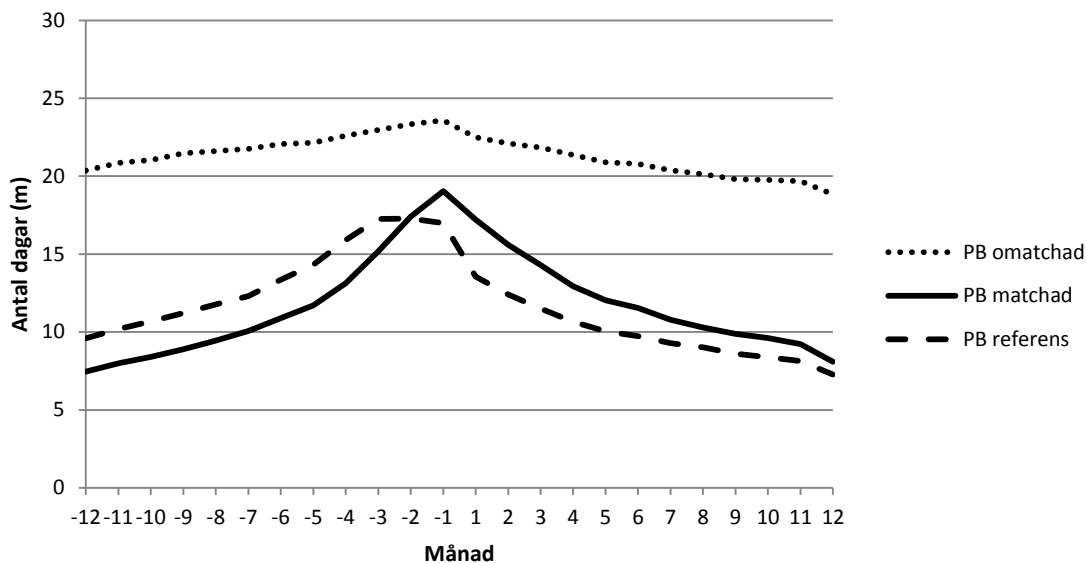
Sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I har redovisats utförligt i två tidigare delrapporter. I den föreliggande rapporten redovisas resultatet – delvis modifierat - utifrån samma uppdelning som i kohort II, vilket innebär en åtskillnad mellan den matchade och omatchade behandlingsgruppen samt referensgruppen. Som tidigare redovisas de primära analyserna baserat på kvartalsmatchningen medan resultat från andra matchningsförfaranden redovisas om de avviker påtagligt från analyserna med ursprungsmatchningen.

Tabell 4 visar att kohorterna är nästan identiska beträffande ålder, könsfördelning och nationalitet. Fördelningen mellan diagnoser stämmer också väl överens mellan de båda kohorterna där förstämningssyndrom, samt neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom var vanligast förekommande. Dock var det en högre andel (39 %) av kohort I som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart jämfört med kohort II (29 %).

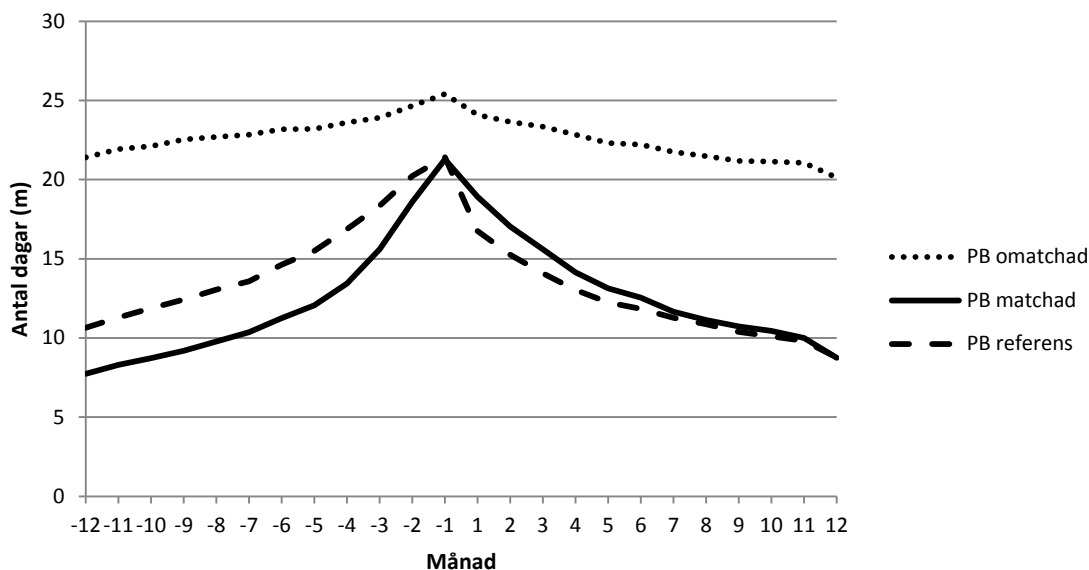
Sammanfattning av sjukfrånvaroutvecklingen i kohort I

Figureerna 12a och 12b visar på en likartad utveckling i behandlingsgruppen och referensgruppen, oavsett matchningsmetod. Det finns dock en skillnad och det är situationen vid behandlingsstart, där månadsmatchning (figur 12b) ger den mest likvärdiga utgångspunkten för grupperna. I övrigt sker en liknande utveckling oavsett matchningsförfarande, där referensgruppen minskar sin sjukfrånvaro något snabbare än behandlingsgruppen men där grupperna – vid uppföljningens slut – hamnar på en jämförbar nivå.

Figur 12a)



Figur 12b)



Figur 12a-12b. Kohort I. Sjukfrånvaroutveckling 12 månader före/efter behandlingsgruppens behandlingsstart. Utveckling vid (12a) kvartalsmatchning respektive (12b) månadsmatchning. Exklusive avlidna och ”utförsäkrade”.

Skillnader i sjukfrånvaroutveckling efter behandling jämfördes mellan den matchade behandlingsgruppen och dess referensgrupp. I dessa kovariansanalyser kontrolleras för effekten av ålder, kön samt sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Dessutom studerades om resultatet varierade beroende på om behandlingen skett inom (a) primärvård/specialistvård och (b) offentlig/privat vård. Resultaten för kohort I och kohort II stämmer relativt väl överens. Det finns en signifikant skillnad mellan grupperna där den genomsnittliga sjukfrånvaron minskar snabbare i referensgruppen än i behandlingsgruppen. Gruppkillnaden minskar över tid. Vid det första uppföljningskvartalet har behandlingsgruppen 10 sjukfrånvarodagar fler och vid det sista uppföljningskvartalet har skillnaden minskat till tre dagar.

Liksom för kohort II är längden på den inledande sjukfrånvaron en viktig predicerande faktor för den fortsatta sjukfrånvaroutvecklingen. Personer med kort sjukfrånvaro (≤ 60 dagar) har i genomsnitt 29-42 sjukfrånvarodagar färre än personer med lång (>60 dagar) sjukfrånvaro ($p < 0,001$). Detta gäller både behandlingsgruppen och referensgruppen. Även ålder hade ett signifikant samband med sjukfrånvaroutvecklingen och visar att ökad ålder innebär längre sjukfrånvarotid efter behandling. Kön var inte statistiskt signifikant. Analyser genomfördes även för att jämföra privatägda och landstingsägda vårdenheter uppdelat på primärvård och specialistvård. Resultatet visade att patienter som har påbörjat rehabilitering på privata specialistenheter har kortare sjukfrånvaro under uppföljningen än patienter som har inlett rehabilitering vid landstingsägd primär- och specialistvård, men även privatägd primärvård ($p < 0,05$).

Totalt 44 procent av sjukfrånvaron före behandling utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning. 72 procent av den omatchade behandlingsgruppen hade denna ersättning medan den motsvarande andelen i den matchade behandlingsgruppen var sju procent. Dessa siffror visar det totala antalet individer med sjuk- och aktivitetsersättning, oberoende av omfattning. Notera att man kan ha beviljats denna ersättning för andra orsaker än de diagnoser man har

behandlats för inom rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen var inte matchad utifrån sjuk- och aktivitetsersättning och ingår därför inte i analysen.

För personer som hade sjukpenning, men inte sjuk-och aktivitetsersättning kvartalet före behandlingsstart analyserades riskkvoterna för att få sjuk-och aktivitetsersättning under uppföljningen. Dessa jämförelser görs mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen. Andelen som nybeviljas sjukersättning under uppföljningstiden är en procent i behandlingsgruppen och tre procent i referensgruppen. Resultatet visar att referensgruppen – som inte erhållit behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin – hade en signifikant ökad risk (RR=1,6) att få sjuk-och aktivitetsersättning under uppföljningen jämfört med behandlingsgruppen ($p < 0,001$). Lång sjukfrånvaro före behandling var förenat med en ännu högre risk (RR=3,3) och för varje år av ökad ålder ökade risken att få sjuk-och aktivitetsersättning med en faktor av 1,05.

Totalt tre procent av behandlingsgruppen och 11 procent av referensgruppen uppnådde maximal tid inom sjukförsäkringen under uppföljningstiden.

Utveckling av sjukfrånvaro i landstingen

Fördelning av behandlingar

På riksnivå framgick vissa olikheter i hur rehabiliteringarna har fördelats mellan kohorterna, där den offentliga sektorn svarade för merparten av behandlingarna i kohort I, medan man i kohort II såg en stor ökning av antalet behandlingar givna i privat regi.

Under år 2010 (kohort II) anlitar samtliga landsting privata aktörer i någon mån. Andelen varierar dock mycket mellan olika landsting. I Kalmar, Norrbotten, Västerbotten, Dalarna och Örebro utgör privata aktörer endast en bråkdel (≤ 5 %) av samtliga inrapporterade behandlingar. När det gäller MMR har Västernorrland flest inrapporterade behandlingar i privat sektor (77 %), följt av Skåne, Stockholm, Kronoberg och Halland med 40 till 52 procent MMR utförd i privat regi. Samma landsting – utom Västernorrland – återkommer när det gäller privata aktörer avseende PB: Stockholm och Skåne har högst andel (70 %), följt av Blekinge (68 %), Halland (40 %) och Kronoberg (38 %).

I riket var det cirka två procent av patienterna som påbörjat mer än en behandlingsserie inom rehabiliteringsgarantin (kohort II). På landstingsnivå finns större variationer (tabell 5). 11 procent av de behandlade i Blekinge har inlett mer än en behandlingsomgång under tidsperioden. Även i Dalarna (9 %) och Gotland (10 %) var detta vanligt. Lägst andel med fler än en rehabiliteringsserie fanns i Stockholm, med mindre än en procent. Observera att enbart vårdenheter som fanns registrerade i det gemensamma vårdregistret (GVR) ingår i dessa siffror, då enheter utanför registret inte har inrapporterats till Karolinska Institutet. Även Östergötland ligger mycket lågt där enbart en procent av de behandlade har påbörjat mer än en behandlingsomgång.

Tabell 5. Kohort II: Antal/andel rehabiliterade personer som har påbörjat mer än en behandlingsserie inom rehabiliteringsgarantin, fördelat per landsting.

Landsting/region	Antal (andel)
Blekinge	115 (11 %)
Dalarna	183 (9 %)
Gotland	29 (10 %)
Gävleborg	38 (5 %)
Halland	53 (3 %)
Jämtland	53 (5 %)
Jönköping	26 (2 %)
Kalmar	17 (4 %)
Kronoberg	24 (2 %)
Norrbotten	37 (3 %)
Skåne	133 (3 %)
Stockholm	12 (0,5 %)
Sörmland	88 (5 %)
Uppsala	47 (3 %)
Värmland	114 (7 %)
Västerbotten	16 (3 %)
Västernorrland	30 (3 %)
Västmanland	22 (5 %)
Västra Götaland	229 (2 %)
Örebro	70 (5 %)
Östergötland	13 (1 %)

Genomsnittlig sjukfrånvaro i kohort II per landsting

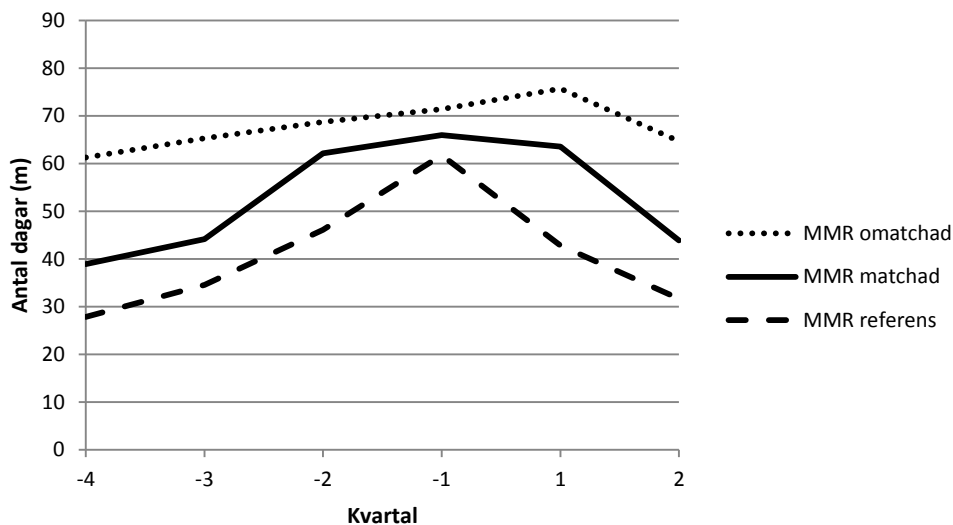
Här presenteras den kvartalsvisa sjukfrånvaroutvecklingen per landsting, uppdelat på MMR och PB. Redovisningen av sjukfrånvaroutvecklingen i kohort II görs enbart för den kvartalsmatchade halvårsgruppen, då antalet individer som kunde följas 12 månader efter rehabiliteringsstart var för få för att göra meningsfulla analyser på landstingsnivå. Utvecklingen i kohort I finns beskriven i delrapport II.

Figurerna baseras på rena medelvärden, där ingen hänsyn har tagits till andra förklaringsfaktorer, så som ålder och tidigare sjukfrånvaro. I själva verket hade båda dessa faktorer ett signifikant samband med sjukfrånvaroutvecklingen i samtliga landsting. För att göra signifikansprövningar av medelvärdesskillnaderna, kontrollerat för ålder och sjukfrånvaro, krävs att de ingående grupperna är tillräckligt stora. Signifikansprövningar har därför enbart gjorts i landsting där minst 100 individer ingick i den matchade behandlingsgruppen respektive i referensgruppen, då mindre gruppstorlekar innebär en större osäkerhet i analyserna. I signifikansprövningarna ingår ålder och sjukfrånvaro kvartalet före behandling som kovariat, vilket betyder att skillnaden mellan behandlingsgrupp och referensgrupp är justerat för dessa faktorer. Observera att referensgruppen *inte* är matchad utifrån landsting utan endast utifrån patientkaraktäristika.

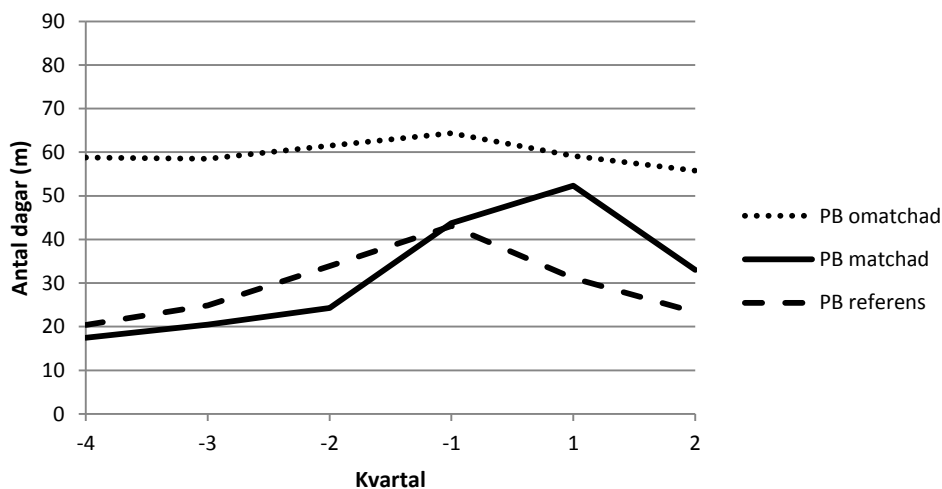
Landstinget i Blekinge

Landstinget i Blekinge inrapporterade totalt 840 individer (MMR=168, PB=672) i kohort II. 42 procent av MMR-gruppen och 68 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 41 procent i MMR och 57 procent i PB.

Figur 13a och 13b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar i både MMR och PB (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 13a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=41), MMR matchad (n=26) och MMR referens (n=63).

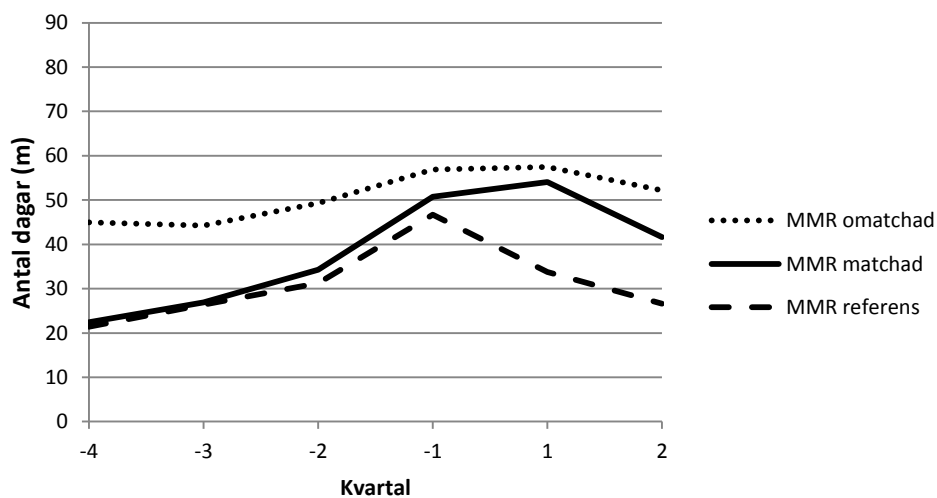


Figur 13b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=107), PB matchad (n=75) och PB referens (n=161).

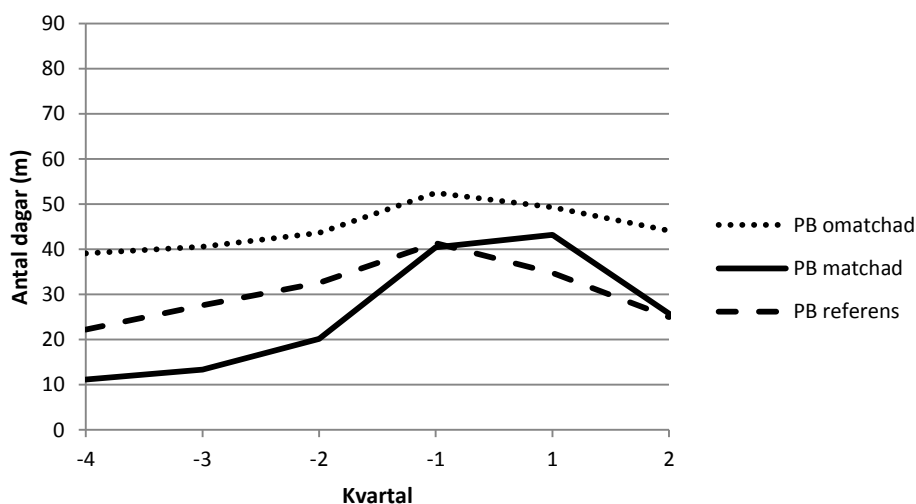
Landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna inrapporterade totalt 1569 individer (MMR=347, PB=1222) i kohort II. 52 procent av MMR-gruppen och 75 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 49 procent i MMR och 68 procent i PB.

Figur 14a och 14b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en större minskning av sjukfrånvaron, men enbart under det första uppföljningskvartalet (m=10 dagar). Vid det andra uppföljningskvartalet ligger sjukfrånvaron på samma nivå i båda grupperna.



Figur 14a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=66), MMR matchad (n=63) och MMR referens (n=158).

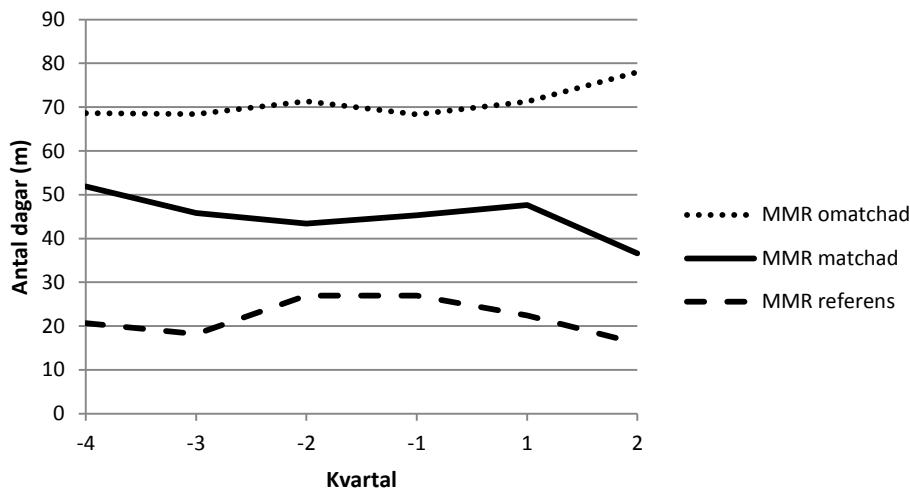


Figur 14b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=159), PB matchad (n=110) och PB referens (n=260).

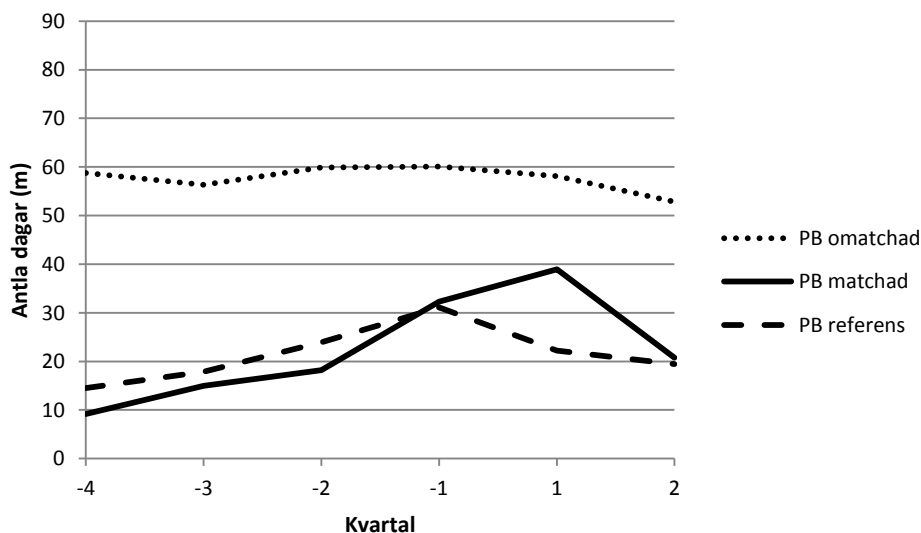
Region Gotland

Region Gotland inrapporterade totalt 220 individer (MMR=41, PB=179) i kohort II. 39 procent av MMR-gruppen och 70 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 32 procent i MMR och 70 procent i PB.

Figur 15a och 15b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar i både MMR och PB (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 15a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=7), MMR matchad (n=5) och MMR referens (n=11).

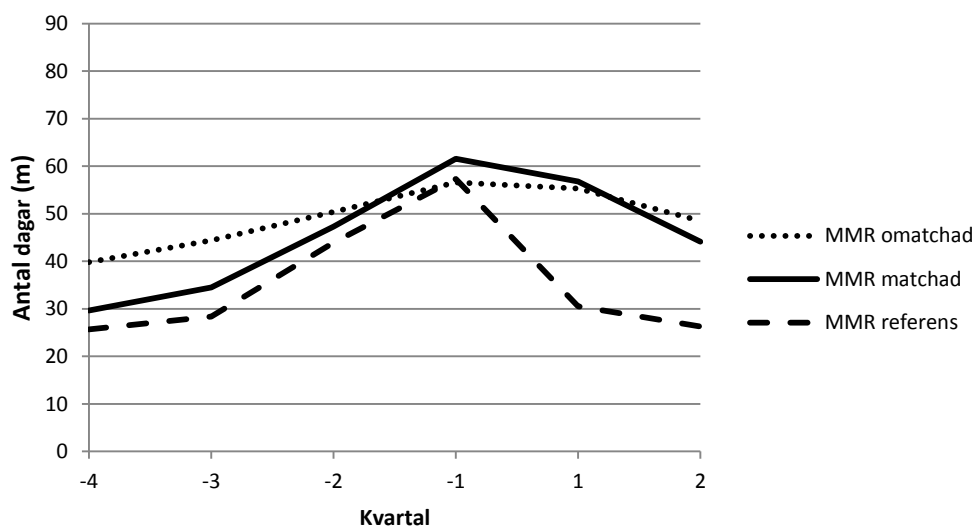


Figur 15b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=22), PB matchad (n=28) och PB referens (n=66).

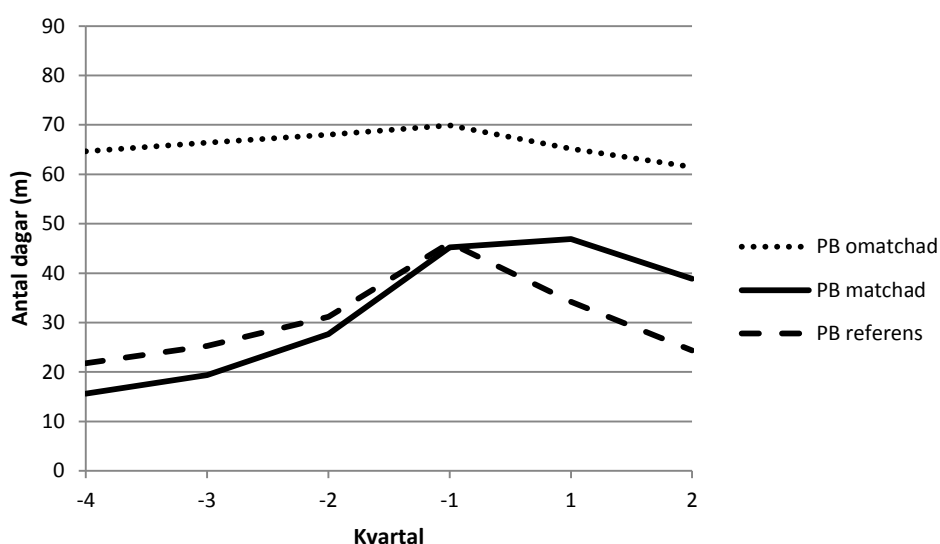
Landstinget Gävleborg

Landstinget Gävleborg inrapporterade totalt 789 individer (MMR=138, PB=651) i kohort II. 50 procent av MMR-gruppen och 65 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 54 procent i MMR och 70 procent i PB.

Figur 16a och 16b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 16a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=40), MMR matchad (n=20) och MMR referens (n=52).

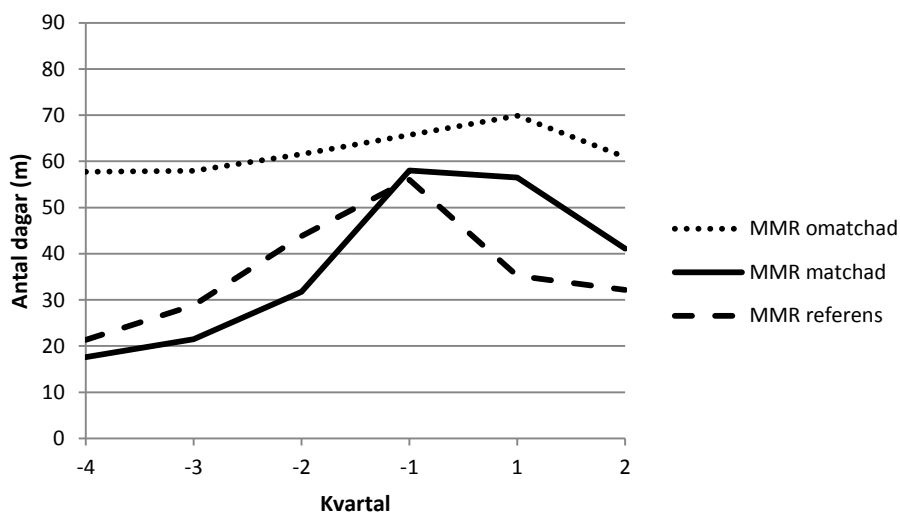


Figur 16b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=128), PB matchad (n=82) och PB referens (n=178).

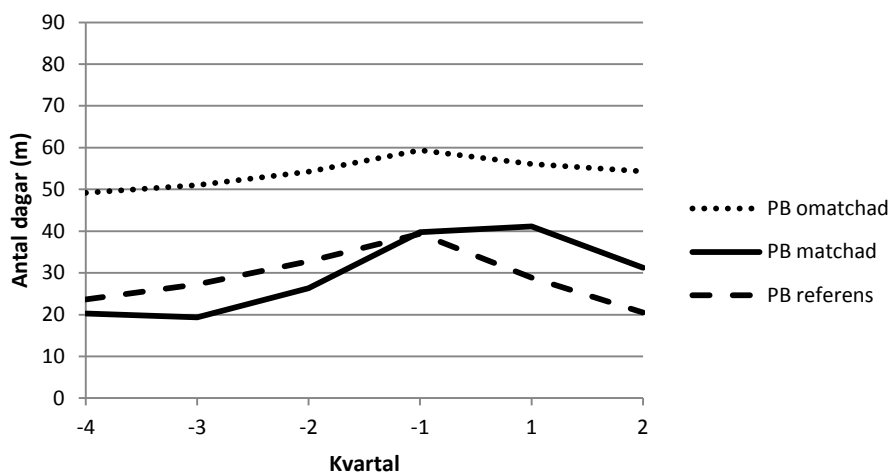
Region Halland

Region Halland inrapporterade totalt 1397 individer (MMR=262, PB=1135) i kohort II. 36 procent av MMR-gruppen och 70 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 44 procent i MMR och 66 procent i PB.

Figur 17a och 17b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron jämfört med behandlingsgruppen under både det första (m=12 dagar) och det andra uppföljningskvartalet, (m=11).



Figur 17a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=79), MMR matchad (n=50) och MMR referens (n=125).

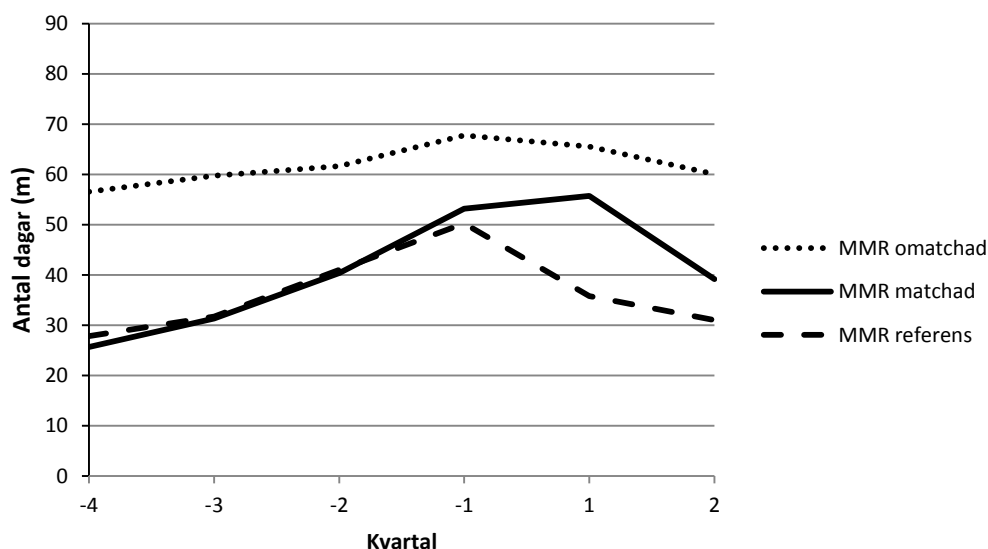


Figur 17b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=143), PB matchad (n=143) och PB referens (n=335).

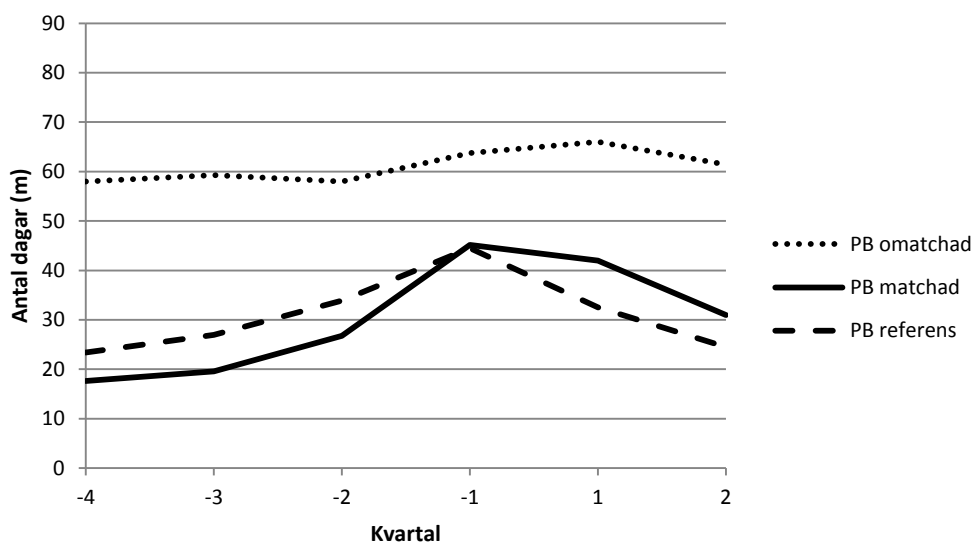
Jämtlands läns landsting

Jämtlands läns landsting inrapporterade totalt 851 individer (MMR=226, PB=625) i kohort II. 39 procent av MMR-gruppen och 71 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 52 procent i MMR och 65 procent i PB.

Figur 18a och 18b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 18a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=50), MMR matchad (n=64) och MMR referens (n=161).

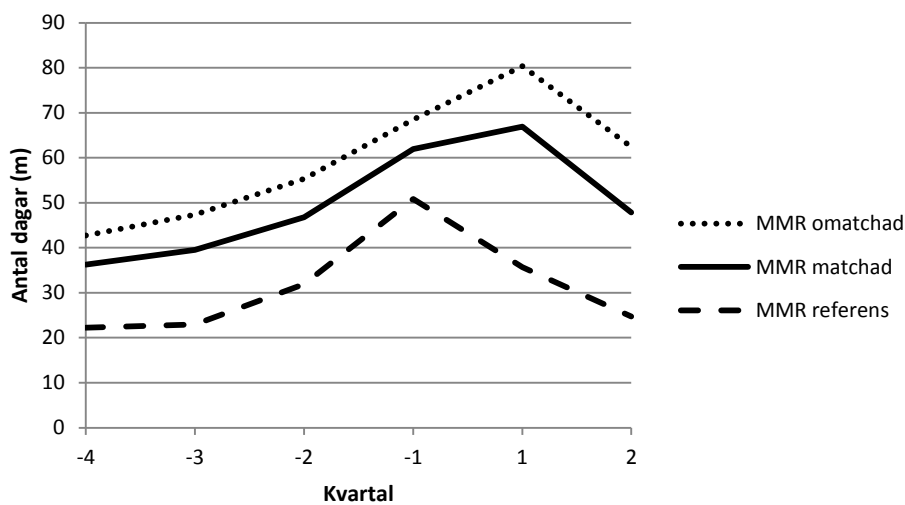


Figur 18b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=74), PB matchad (n=81) och PB referens (n=176).

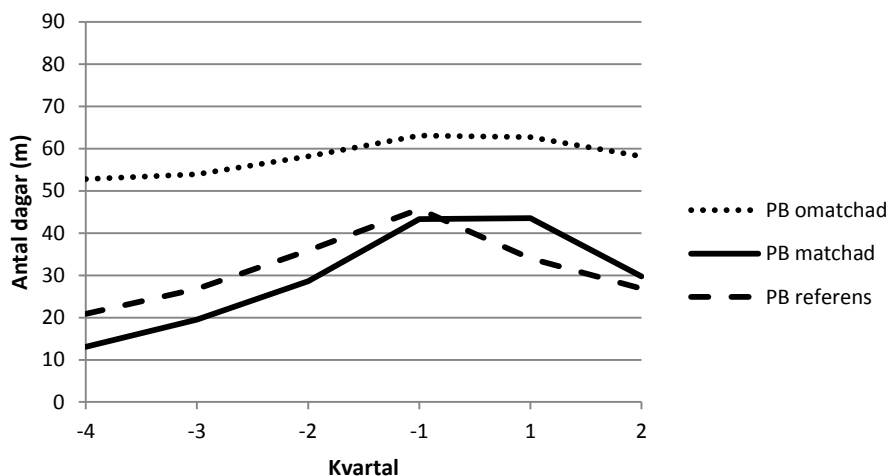
Landstinget i Jönköpings län

Landstinget i Jönköpings län inrapporterade totalt 1428 individer (MMR=103, PB=1325) i kohort II. 35 procent av MMR-gruppen och 73 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 31 procent i MMR och 64 procent i PB.

Figur 19a och 19b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron jämfört med behandlingsgruppen under det första uppföljningskvartalet (m=12 dagar) därefter var skillnaden mellan grupperna inte längre signifikant.



Figur 19a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=21), MMR matchad (n=31) och MMR referens (n=66).

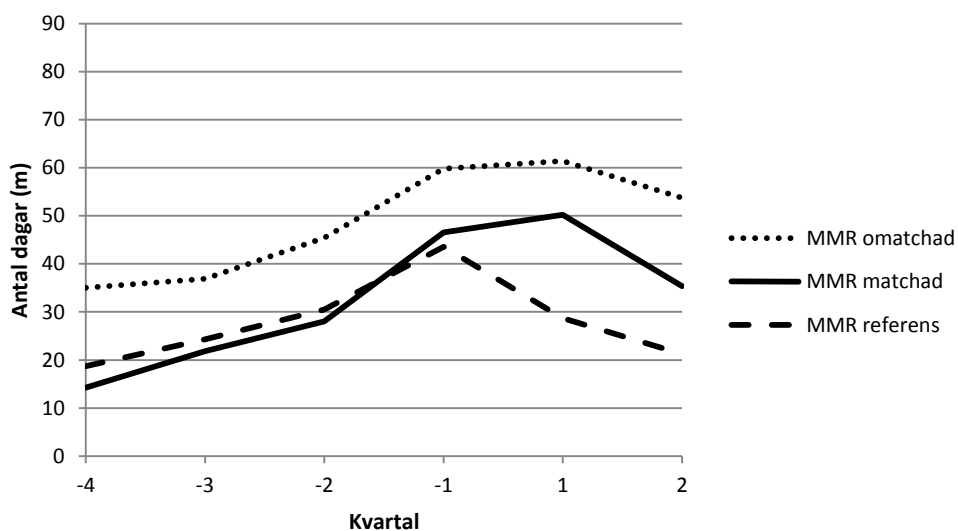


Figur 19b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=170), PB matchad (n=131) och PB referens (n=307).

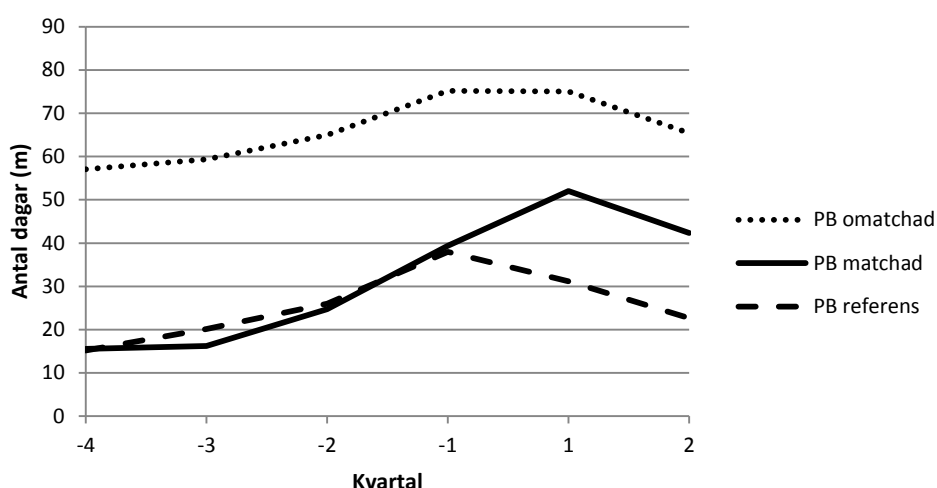
Landstinget i Kalmar län

Landstinget i Kalmar län inrapporterade totalt 434 individer (MMR=184, PB=250) i kohort II. 45 procent av MMR-gruppen och 66 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 34 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 20a och 20b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 20a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=35), MMR matchad (n=34) och MMR referens (n=79).

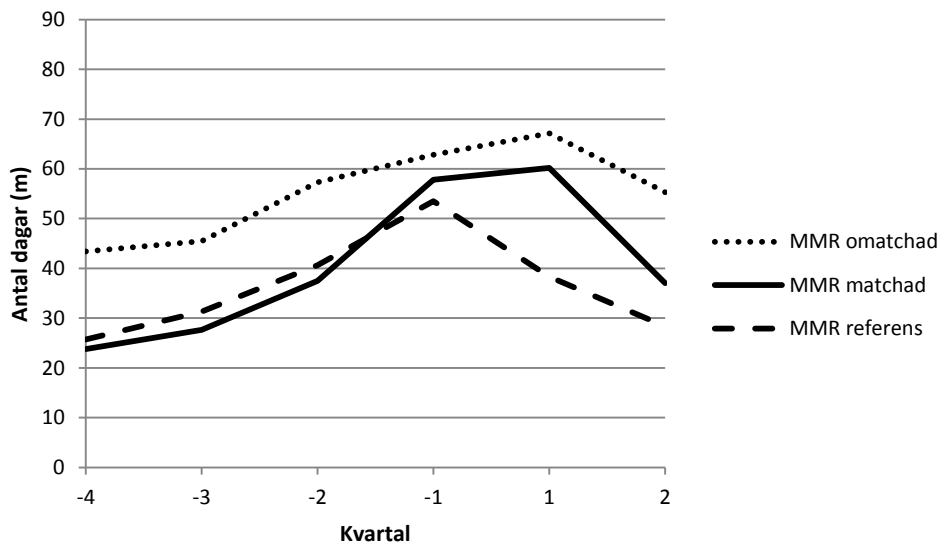


Figur 20b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=29), PB matchad (n=40) och PB referens (n=87).

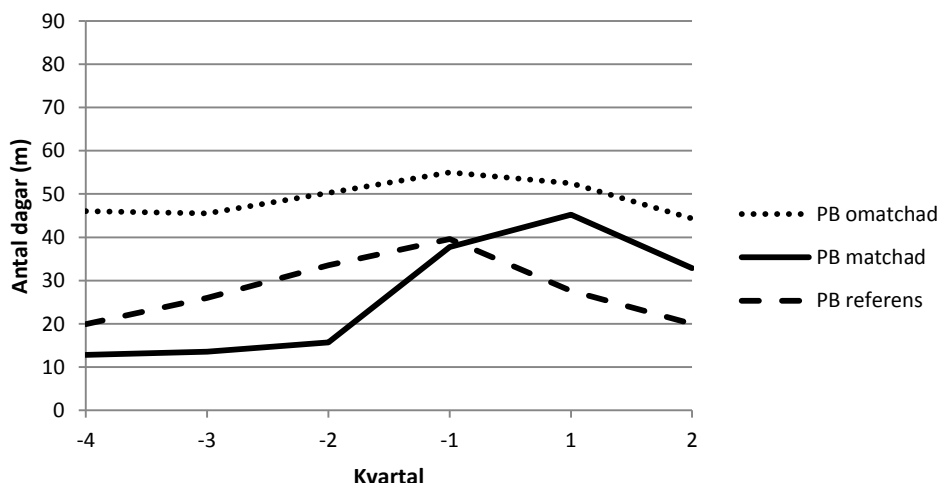
Landstinget Kronoberg

Landstinget Kronoberg inrapporterade totalt 896 individer (MMR=270, PB=626) i kohort II. 36 procent av MMR-gruppen och 72 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 48 procent i MMR och 65 procent i PB.

Figur 21a och 21b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 21a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=60), MMR matchad (n=88) och MMR referens (n=202).

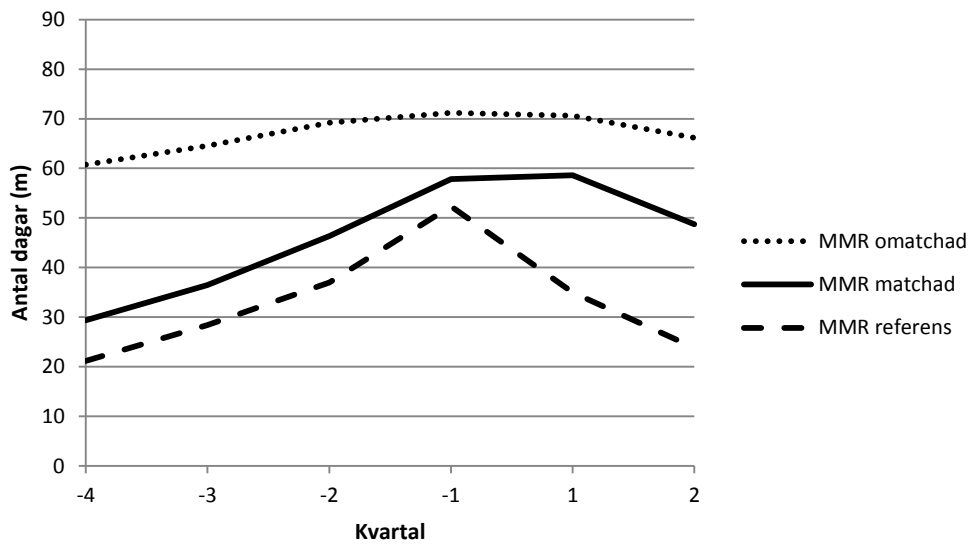


Figur 21b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=58), PB matchad (n=92) och PB referens (n=199).

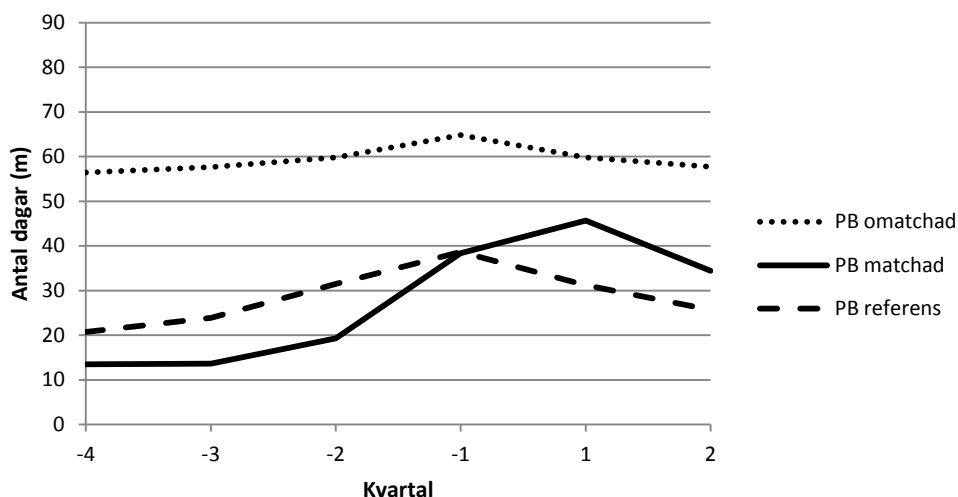
Norrbottens läns landsting

Norrbottens läns landsting inrapporterade totalt 1065 individer (MMR=240, PB=825) i kohort II. 34 procent av MMR-gruppen och 71 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 33 procent i MMR och 65 procent i PB.

Figur 22a och 22b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 22a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=84), MMR matchad (n=38) och MMR referens (n=98).

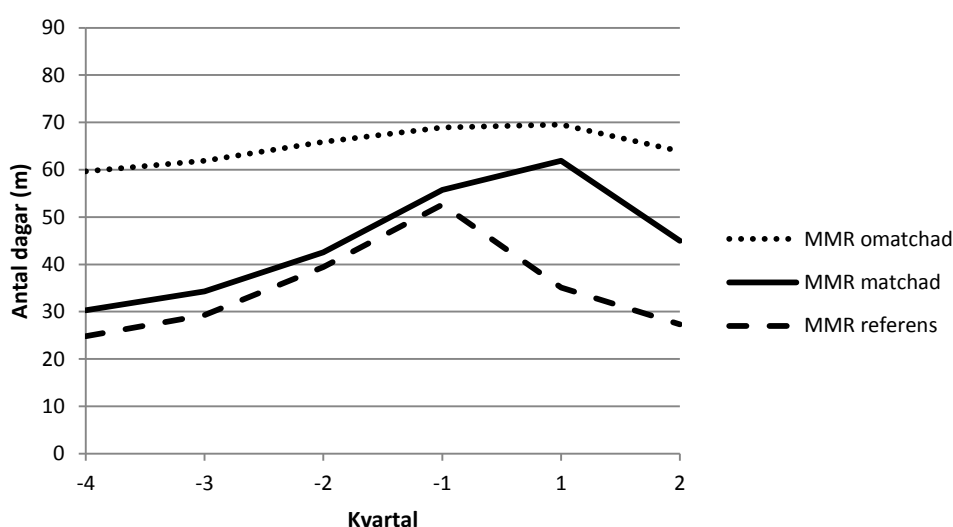


Figur 22b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=122), PB matchad (n=88) och PB referens (n=213).

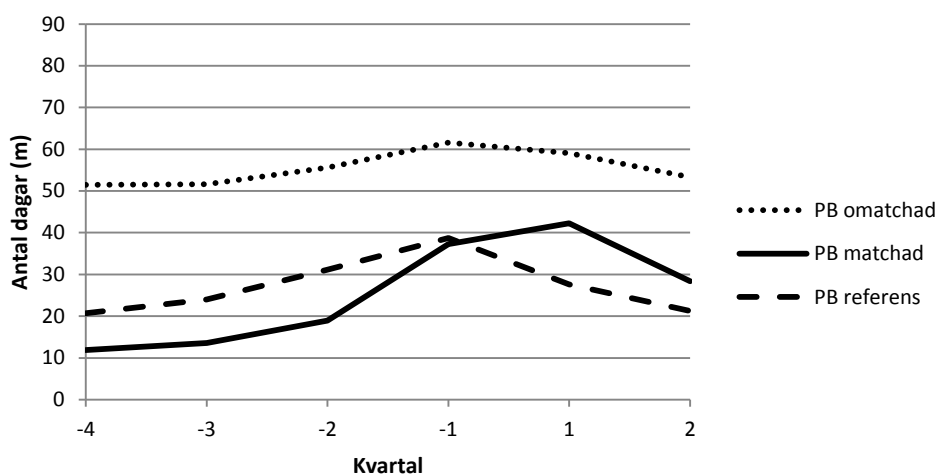
Region Skåne

Region Skåne inrapporterade totalt 5475 individer (MMR=1322, PB=4153) i kohort II. 44 procent av MMR-gruppen och 77 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 42 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 23a och 23b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för MMR och PB, som båda hade tillräckligt många deltagare. Resultatet för MMR visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron under både det första (m=27 dagar) och andra uppföljningskvartalet (m=18 dagar). För PB var skillnaden 16 respektive åtta dagar till fördel för referensgruppen.



Figur 23a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=355), MMR matchad (n=240) och MMR referens (n=582).

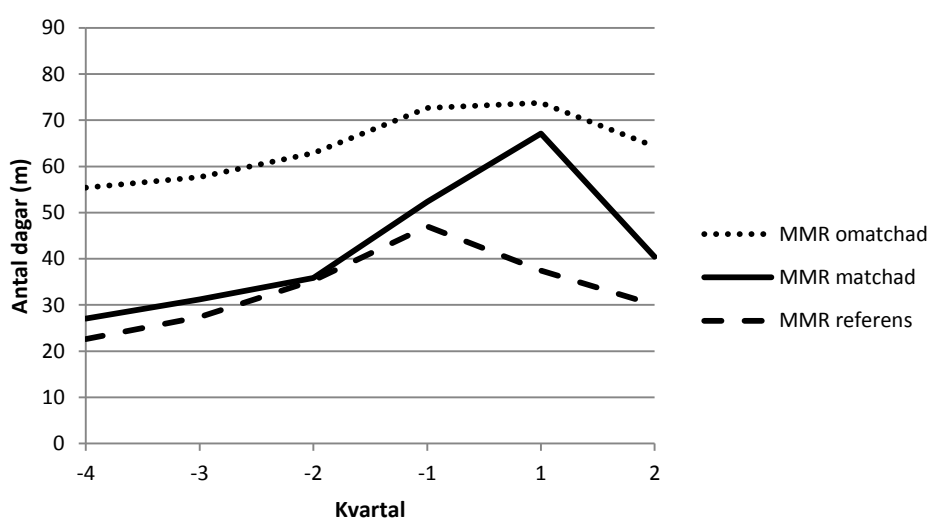


Figur 23b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=405), PB matchad (n=411) och PB referens (n=948).

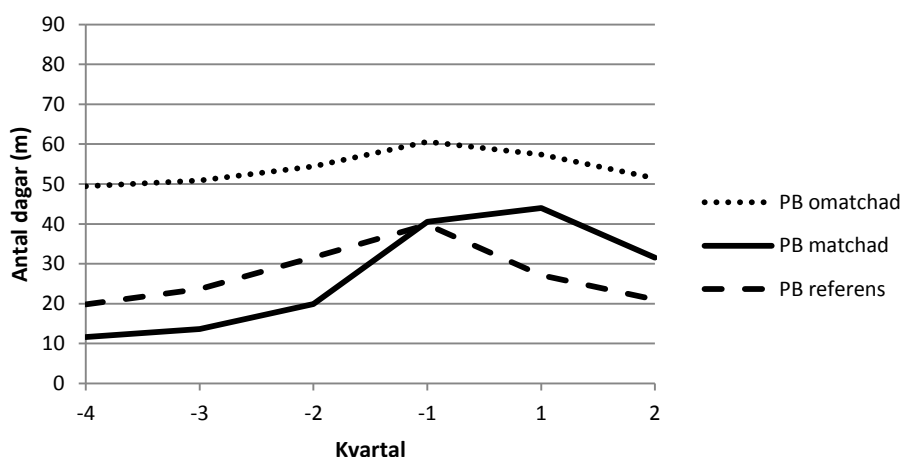
Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting inrapporterade totalt 6439 individer (MMR=417, PB=6022) i kohort II. 40 procent av MMR-gruppen och 74 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 40 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 24a och 24b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron jämfört med behandlingsgruppen under både det första (m=16 dagar) och det andra uppföljningskvartalet, (m=10).



Figur 24a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=138), MMR matchad (n=61) och MMR referens (n=150).

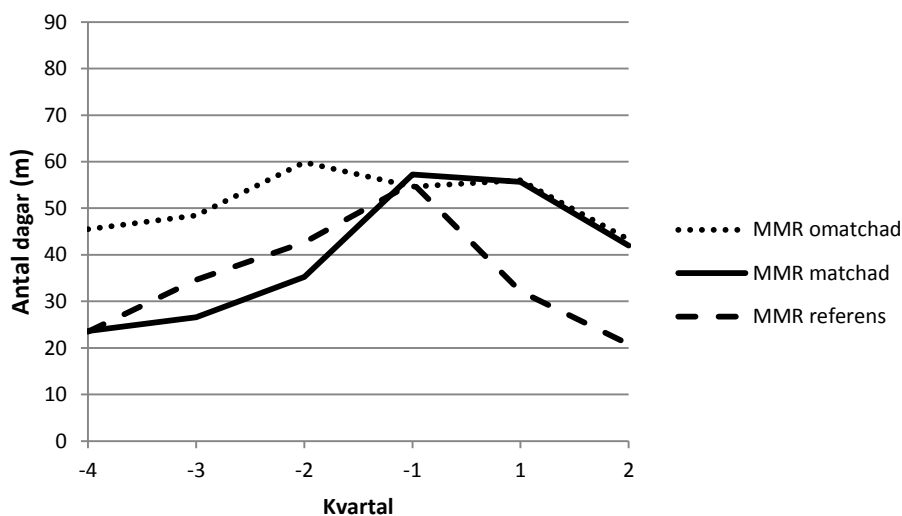


Figur 24b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=628), PB matchad (n=726) och PB referens (n=1562).

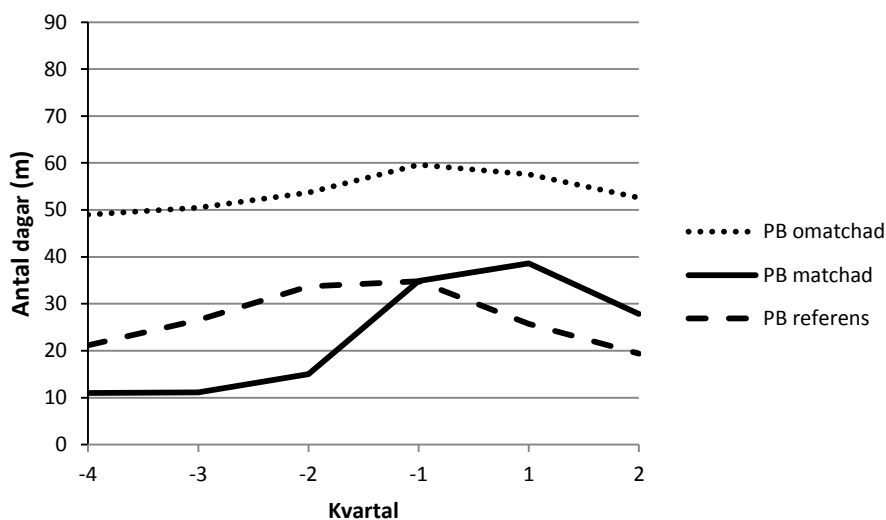
Landstinget Sörmland

Landstinget Sörmland inrapporterade totalt 1648 individer (MMR=127, PB=1521) i kohort II. 43 procent av MMR-gruppen och 73 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 35 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 25a och 25b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron under både kvartal ett (m=13 dagar) och kvartal två (m=8 dagar).



Figur 25a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=22), MMR matchad (n=20) och MMR referens (n=46).

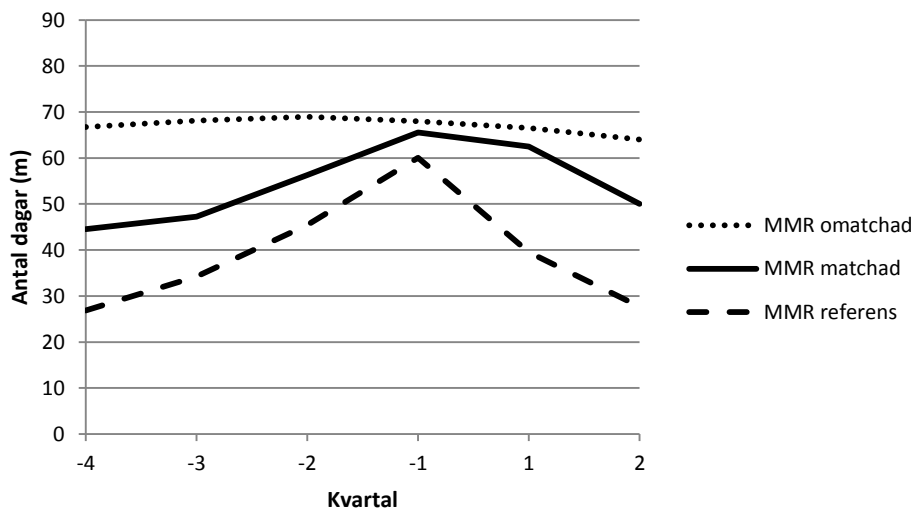


Figur 25b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=174), PB matchad (n=161) och PB referens (n=363).

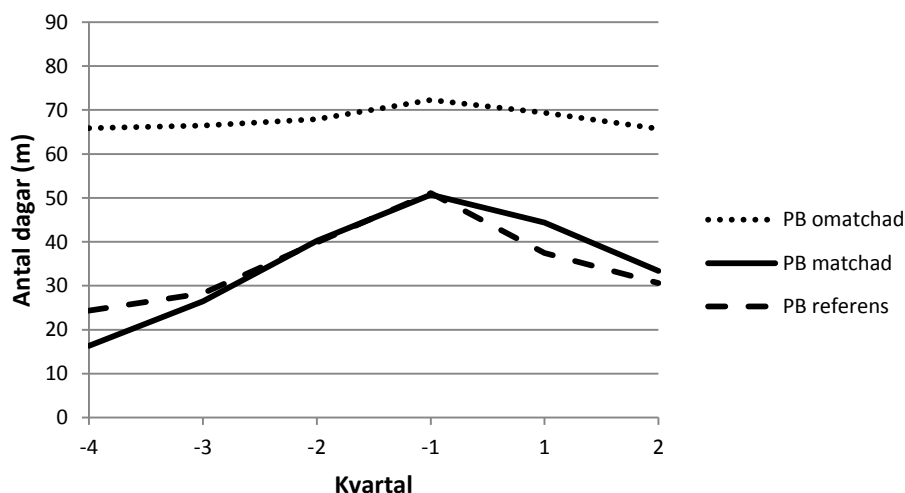
Landstinget i Uppsala län

Landstinget i Uppsala län inrapporterade totalt 1588 individer (MMR=389, PB=1 199) i kohort II. 49 procent av MMR-gruppen och 76 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 48 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 26a och 26b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en större minskning av sjukfrånvaron (m=7 dagar) under det första kvartalet, därefter var skillnaderna inte längre signifikanta.



Figur 26a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=89), MMR matchad (n=52) och MMR referens (n=159).

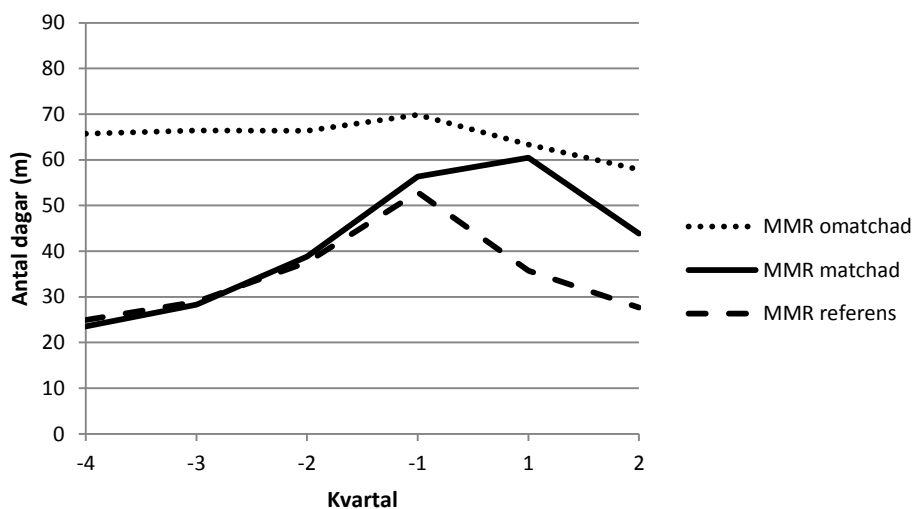


Figur 26b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=170), PB matchad (n=128) och PB referens (n=351).

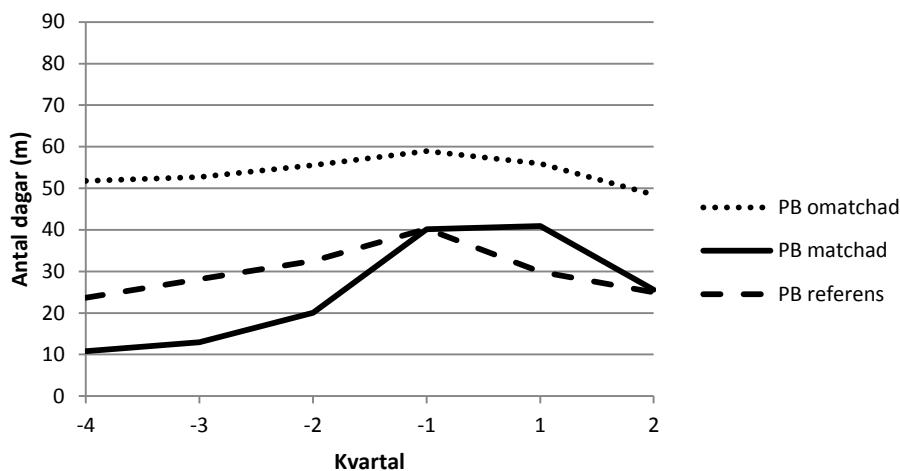
Landstinget i Värmland

Landstinget i Värmland inrapporterade totalt 1182 individer (MMR=385, PB=797) i kohort II. 50 procent av MMR-gruppen och 71 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 49 procent i MMR och 67 procent i PB.

Figur 27a och 27b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron jämfört med behandlingsgruppen under det första uppföljningskvartalet (m=9 dagar) därefter var skillnaden mellan grupperna inte längre signifikant.



Figur 27a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=73), MMR matchad (n=65) och MMR referens (n=148).

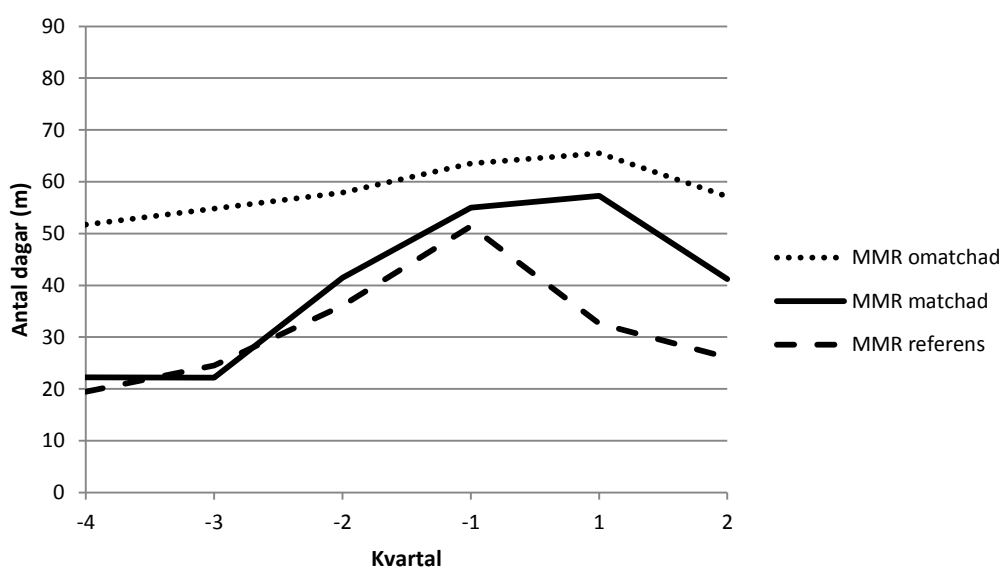


Figur 27b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=78), PB matchad (n=119) och PB referens (n=260).

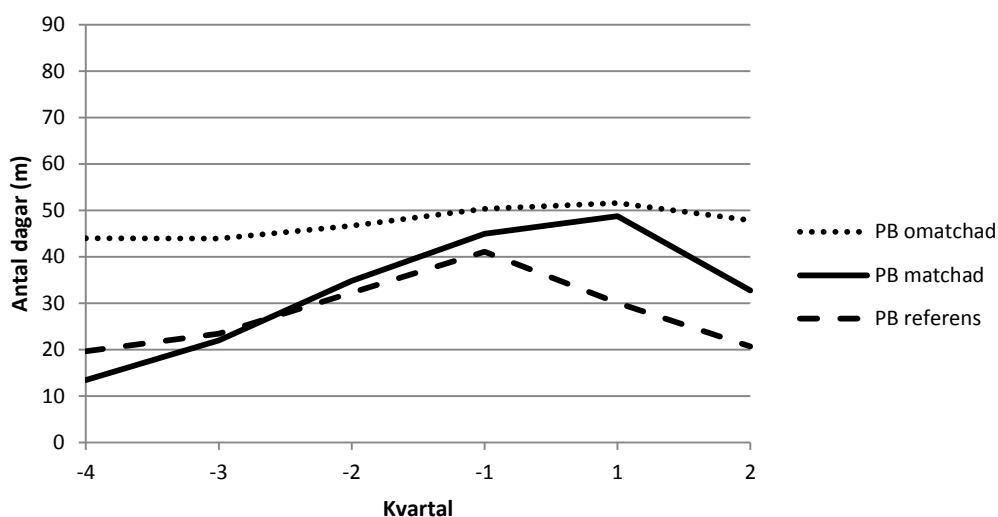
Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting inrapporterade totalt 591 individer (MMR=271, PB=320) i kohort II. 35 procent av MMR-gruppen och 65 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 34 procent i MMR och 68 procent i PB.

Figur 28a och 28b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 28a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=66), MMR matchad (n=66) och MMR referens (n=162).

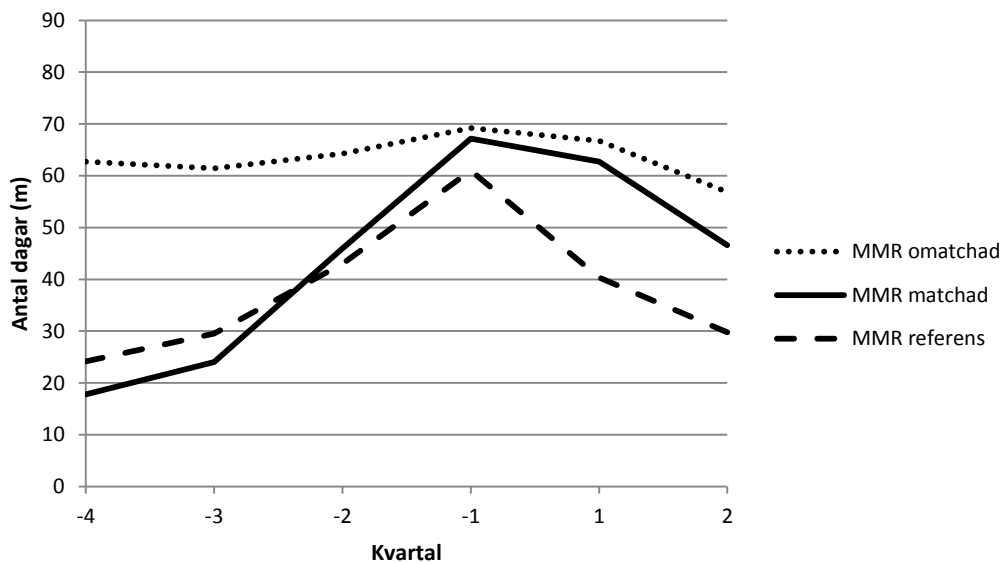


Figur 28b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=50), PB matchad (n=50) och PB referens (n=109).

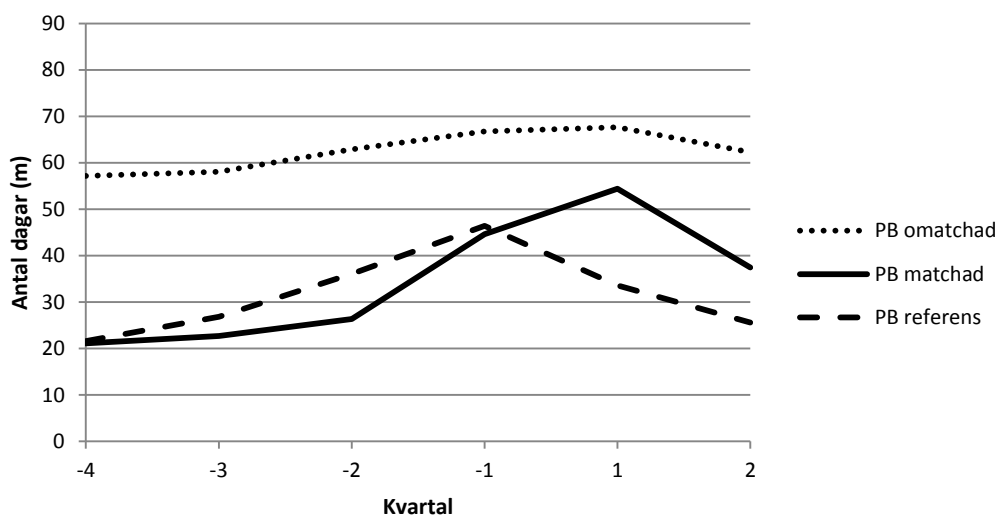
Landstinget Västernorrland

Landstinget i Västernorrland inrapporterade totalt 712 individer (MMR=207, PB=505) i kohort II. 36 procent av MMR-gruppen och 63 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 44 procent i MMR och 65 procent i PB.

Figur 29a och 29b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 29a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=44), MMR matchad (n=63) och MMR referens (n=156).

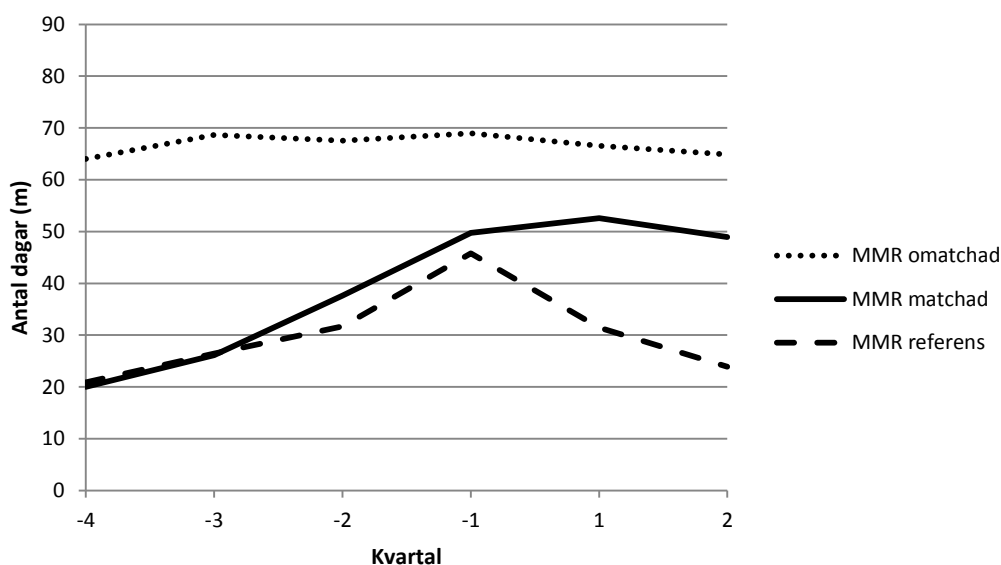


Figur 29b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=70), PB matchad (n=92) och PB referens (n=230).

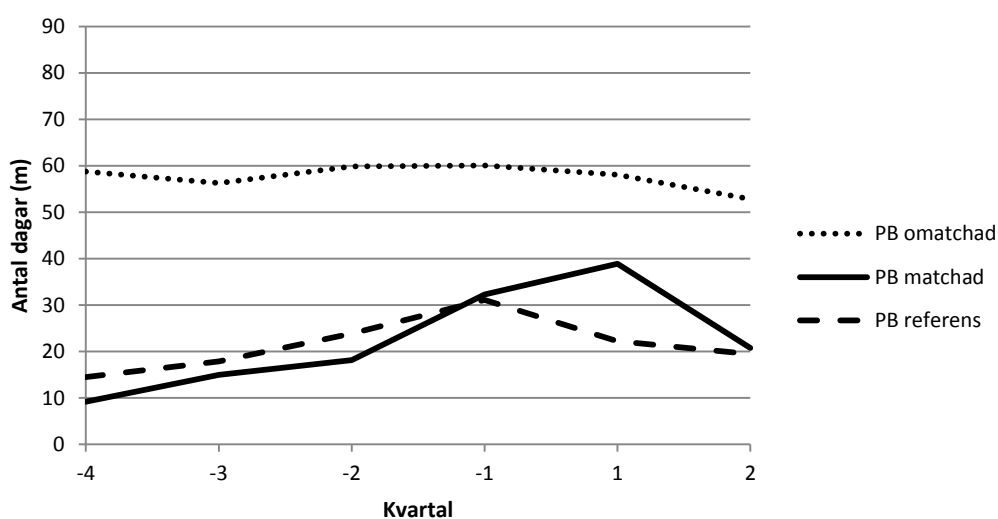
Landstinget Västmanland

Landstinget i Västmanland inrapporterade totalt 442 individer (MMR=106, PB=336) i kohort II. 26 procent av MMR-gruppen och 63 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 34 procent i MMR och 52 procent i PB.

Figur 30a och 30b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100) har inga signifikansprövningar gjorts.



Figur 30a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=31), MMR matchad (n=31) och MMR referens (n=70).

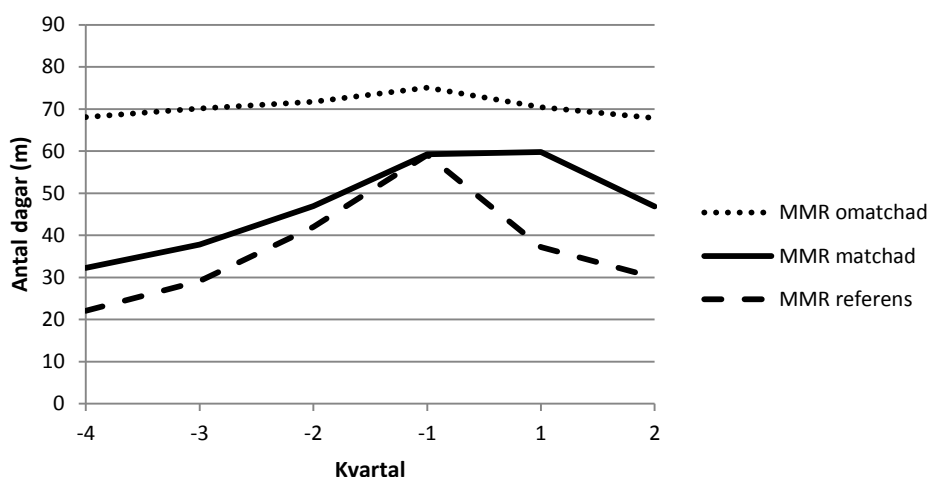


Figur 30b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=52), PB matchad (n=23) och PB referens (n=48).

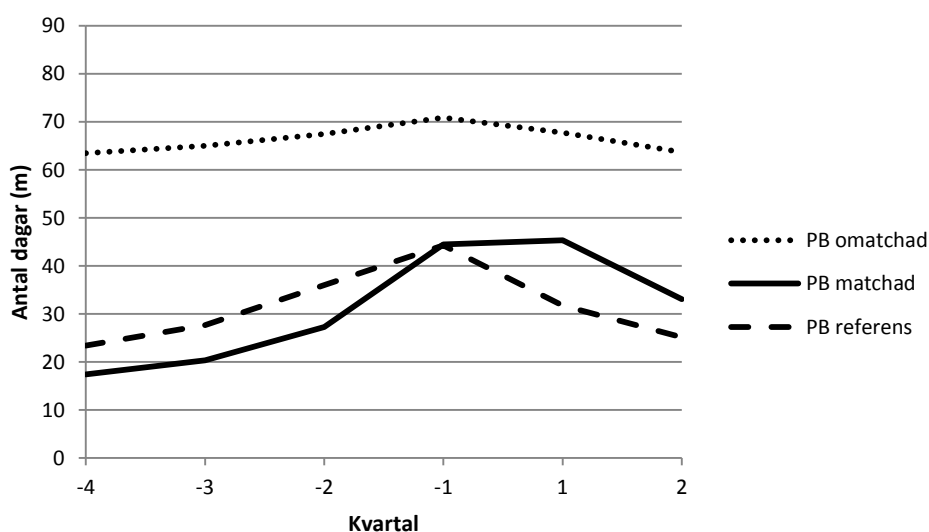
Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen inrapporterade totalt 14948 individer (MMR=771, PB=14177) i kohort II. 45 procent av MMR-gruppen och 70 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 48 procent i MMR och 63 procent i PB.

Figur 31a och 31b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för MMR och PB, som båda hade tillräckligt många deltagare. Resultatet för MMR visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron under både det första (m=24 dagar) och andra uppföljningskvartalet (m=18 dagar). För PB var skillnaden 14 respektive åtta dagar till fördel för referensgruppen.



Figur 31a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=202), MMR matchad (n=111) och MMR referens (n=292).

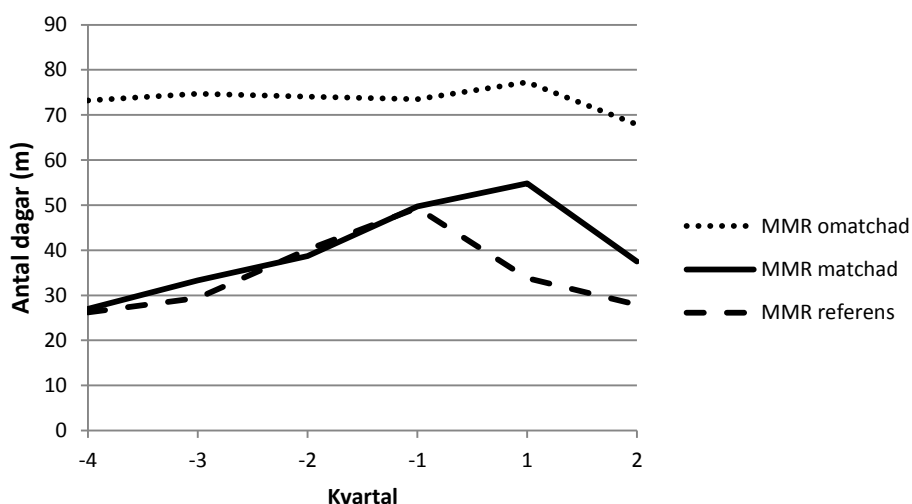


Figur 31b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=1978), PB matchad (n=1482) och PB referens (n=3724).

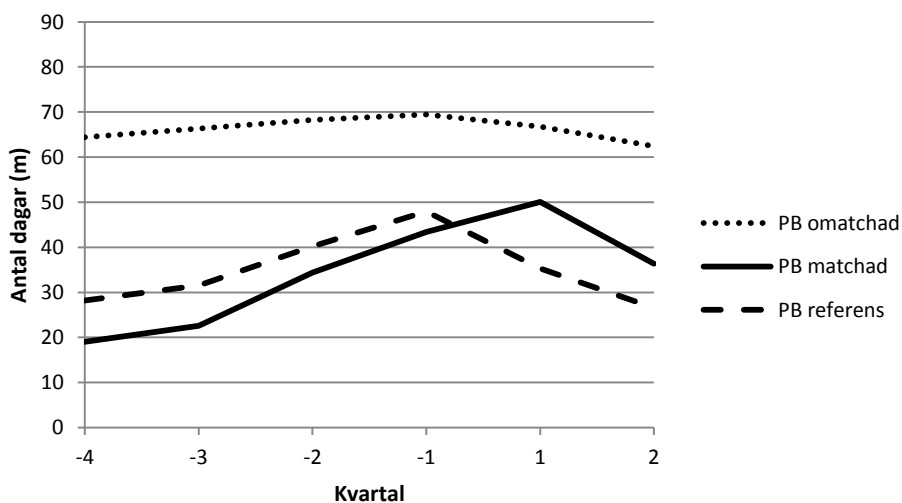
Örebro läns landsting

Örebro läns landsting inrapporterade totalt 1251 individer (MMR=199, PB=1052) i kohort II. 37 procent av MMR-gruppen och 68 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 53 procent i MMR och 65 procent i PB.

Figur 32a och 32b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Signifikansprövningar av medelvärdeskillnaderna mellan den matchade behandlingsgruppen och referensgruppen gjordes för PB, som hade tillräckligt många deltagare. Resultatet visade att referensgruppen hade en signifikant större minskning av sjukfrånvaron under både det första (m=17 dagar) och andra uppföljningskvartalet (m=11 dagar).



Figur 32a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=55), MMR matchad (n=39) och MMR referens (n=107).

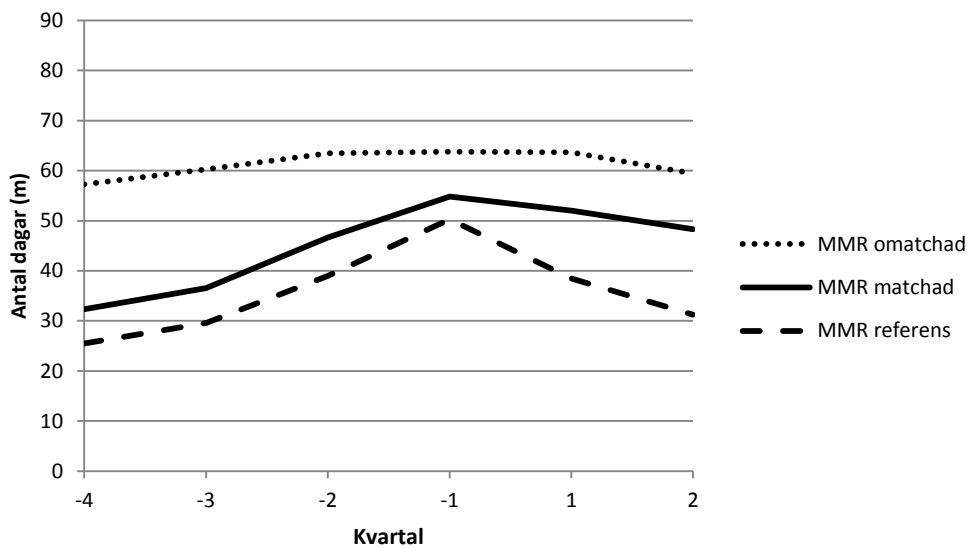


Figur 32b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=162), PB matchad (n=118) och PB referens (n=318).

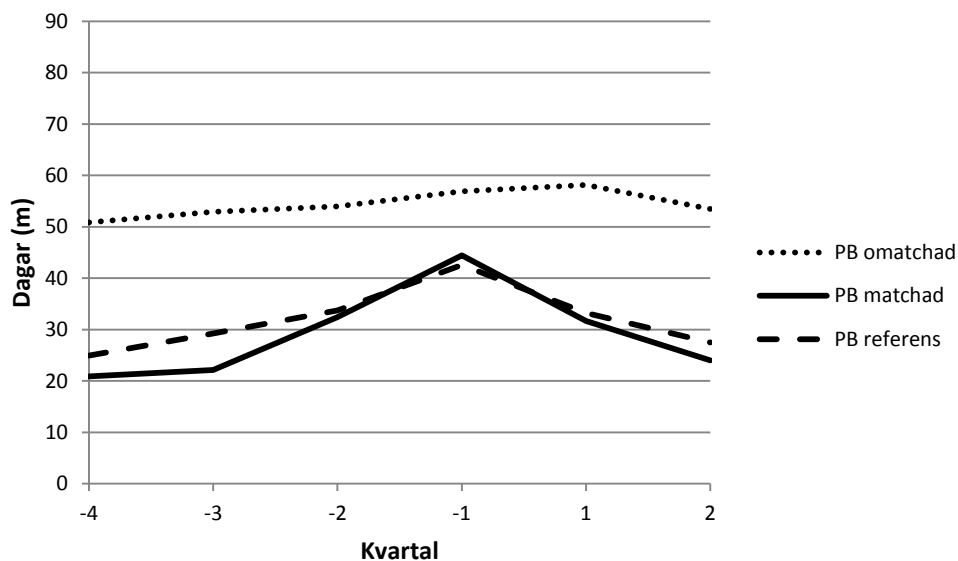
Landstinget i Östergötland

Landstinget i Östergötland inrapporterade totalt 1146 individer (MMR=536, PB=610) i kohort II. 41 procent av MMR-gruppen och 75 procent av PB-gruppen saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Vid det andra uppföljningskvartalet är andelen utan sjukfrånvaro 47 procent i MMR och 59 procent i PB.

Figur 33a och 33b visar sjukfrånvaroutvecklingen för de individer som hade sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart och som kunde följas minst sex månader därefter. Till följd av små gruppstorlekar (<100 i behandlingsgruppen) har inga signifikansprövningar gjorts.



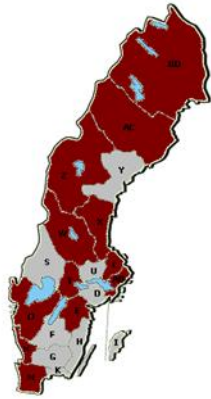
Figur 33a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR omatchad (n=144), MMR matchad (n=94) och MMR referens (n=233).



Figur 33b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och två kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB omatchad (n=80), PB matchad (n=57) och PB referens (n=124).

Hälsa och arbetsförmåga

Sjukfrånvaro är inte det enda relevanta måttet vid utvärdering av rehabiliteringsinsatser. Ett annat primärt mått är förstås de rehabiliterades hälsa och arbetsförmåga. För att fånga in dessa dimensioner – och studera i vilken mån de förändras efter rehabiliteringen – genomfördes en enkätstudie, i vilken 12 landsting deltog, se figur 34. I denna delstudie ingår både personer som fått multimodal rehabilitering (MMR) och personer som har fått psykologisk behandling (PB). Resultatet för behandlingsgrupperna presenteras separat.



Figur 34. Karta över landsting (mörka) som ingår i enkätstudien.

Metod

Datainsamling

Hösten 2009 fick samtliga landsting och regioner en förfrågan av Karolinska Institutet om att delta i enkätstudien. Av samtliga 21 tillfrågade landsting anmälde sig 12 stycken. Som framgår av figur 34 finns en god geografisk spridning av de deltagande landsting.

Genom ett samarbete med Socialstyrelsen – som vid tidpunkten hade ett regeringsuppdrag att beskriva behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin – användes deras stickprov som underlag för att rekrytera vårdenheter till enkätstudien (9). Socialstyrelsens urvalsram utgjordes av vårdenheter som rapporterat in behandlingar inom rehabiliteringsgarantin under det andra och det tredje kvartalet 2009. Utifrån denna gjorde Socialstyrelsen ett slumpmässigt urval av 53 enheter med MMR och 198 enheter med PB. Genom införandet av ett nytt ackrediteringssystem var merparten av de utvalda enheterna i Region Skåne inaktuella – avseende enkätstudien - och ett nytt slumpmässigt urval för denna region utfördes av Karolinska Institutet.

Antalet MMR-enheter i Socialstyrelsens stickprov var relativt få och samtliga inkluderades därför i enkätstudien. Undantagna var enheter som ingick i det Nationella Registret för Smärta (NRS) då detaljerad information om behandlingsutfall kan hämtas direkt därifrån. Data från NRS ingår dock inte i föreliggande rapport. Antalet enheter som bedrev PB var omfattande och ett stratifierat slumpmässigt urval gjordes därför. Det ursprungliga stickprovet från Socialstyrelsen indelades efter landsting och uppdelades enligt följande: vårdcentral, privat/specialistmottagning samt psykiatri. I de landsting där det var möjligt slumpades två enheter från varje vårdenhetstyp. Alla enhetstyper fanns inte representerade i alla landsting (se bilaga 2). I dessa fall slumpades fyra enheter fram från samma vårdenhetstyp.

Antalet möjliga deltagare till enkätstudien uppskattades genom uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och när det faktiska antalet understeg dessa skattningar, gjordes försök att rekrytera fler deltagare till studien. Detta gjordes under hösten 2010 genom att redan ingående enheter fick delta med båda sina behandlingstyper (MMR och PB) istället för att som tidigare enbart delta med en behandlingsform (PB *eller* MMR). Det nya urvalsförfarandet ökade dock inte nyrekrytering av deltagare i någon högre utsträckning.

Tio vårdenheter avbröt sitt deltagande strax efter att studien påbörjats. De främsta skälen till avhopp var att man inte längre tog emot patienter inom rehabiliteringsgarantin (tre enheter) eller att personalsituationen på enheten upplevdes vara ohållbar, vanligen till följd av hög arbetsbelastning (fem enheter). Två enheter rapporterade att deras behandlingsserier var mycket korta och ville därför avstå deltagande i studien. Bilaga 3 visar antalet deltagande vårdenheter per landsting.

Procedur enkätstudien

Inför enkätstudien anordnade projektgruppen informationsmöten i de deltagande landstingen. Vanligen deltog både processledarna för rehabiliteringsgarantin och behandlingspersonal från de utvalda vårdenheterna på mötet. I alla landsting, förutom i ett, påbörjades enkätstudiens datainsamling i mars 2010. Datainsamlingen avslutades i december 2010. Totalt ingick 66 vårdenheter fullt ut i enkätstudien.

Det betonades att samtliga individer som påbörjar behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska informeras om studien och tillfrågas om deltagande. Deltagandet innebär att man fyller i två korta frågeformulär, besvarar frågor per SMS samt att man godkänner att Karolinska Institutet inhämtar uppgifter från Försäkringskassan rörande sjukfrånvaro. Baslinjeenkäten ifylldes av patienten i samband med det första behandlingstillfället. Uppföljningsenkäten skickades per post till patienterna av Karolinska Institutet sex månader efter påbörjad behandling. Påminnelser skickades vid uteblivet svar: efter två veckor skickades påminnelse via SMS deltagarens mobiltelefon. Om enkäten inte inkommit efter detta sändes en ny enkät. Om svar fortfarande saknades två veckor efter nyutskicket kontaktades patienten per telefon och ombads fylla i enkäten. Två SMS-frågor skickades månatligen ut till de individer som uppgett sitt mobiltelefonnummer (94 % av deltagarna). Frågorna skickades alltid ut på en söndag eftermiddag. Respondenterna hade sedan en vecka på sig att besvara frågorna via sin mobiltelefon. Detta gjordes enkelt genom att knappa in en siffra på mobiltelefonen. Om inget svar inkommit efter tre dagar skickades en SMS-påminnelse och om inget svar registrerats då skickades frågan om på nytt. Vid uteblivet svar gjordes en sista påminnelse och respondenten ringdes upp varvid svaret registrerades manuellt.

Material

Enkäten

Pappersenkäten besvarades vid två tillfällen; vid behandlingsstart och sex månader därefter. Både baslinjeenkäten (bilaga 4) och uppföljningsenkäten (bilaga 5) bestod av två A4-ark och innehöll skalor som mäter självskattad hälsa och arbetsförmåga. Uppföljningsenkäten innehöll dessutom frågor om den nuvarande arbetssituationen, samt frågor om hur man upplevt

bemötandet vid olika instanser i samband med rehabiliteringen; vårdenheten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren. Svartalternativen på frågorna om bemötande löper från 0 ("inte alls nöjd") till 5 ("mycket nöjd"). För att mäta självskattad fysisk och psykisk hälsa användes två vetenskapligt utprovade frågeformulär; EQ5D och SF-12. Skalorna kan användas generellt vid olika hälsotillstånd och har stor internationell spridning. Med hjälp av instrumenten kan förändring av den hälsorelaterade livskvaliteten följas. Frågan om självskattad allmän hälsa har en central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid och har visat ett starkt samband med framtida sjuklighet, för tidig död, samt vårdkonsumtion (27). Genom normering av instrumenten i befolkningen erhålls en gemensam måttstock och individer med hälsoproblem kan jämföras sinsemellan och med andra populationer.

EQ5D omfattar fem olika påståenden rörande psykisk och fysisk hälsa. Till varje fråga hör tre svartalternativ. Utifrån svaren skapas ett index vars värde löper från 0-1, där 0 står för "sämsta tänkbara hälsotillstånd" och 1 för "bästa tänkbara hälsotillstånd". Värdena kan även vara negativa. För den svenska populationen ligger normvärdet för EQ5D på 0,84 (28), där en kliniskt relevant förändring bör vara 0,1 eller större.

SF-12 mäter funktion och välbefinnande och består av 12 frågor som mäter olika dimensioner av fysisk och mental hälsa. Dimensionerna summeras var för sig. I denna utvärdering mättes fysisk rollfunktion, emotionell rollfunktion samt allmän hälsa (HRQL-gruppen, 2000). Den allmänna hälsan mäts på en skala mellan 1 (utmärkt hälsa) till 5 (dålig hälsa). Fysisk och psykisk rollfunktion mäts med två frågor vardera och avser i vilken mån man upplever att fysiska och psykiska besvär har påverkat kvantiteten och kvaliteten i arbete eller andra regelbundna aktiviteter. Frågorna besvaras med "ja" eller "nej".

Nuvarande arbetsförmåga skattades på en skala från 0 till 10, där 0 betyder "helt arbetsoförmögen" och 10 betyder "arbetsförmågan då den var som bäst". Frågan är hämtad från Work Ability Index (WAI) och har – som enskild fråga – visat sig korrelera väl med hela den ursprungliga skalan samt vara användbar för att följa utvecklingen av arbetsförmåga (29).

Symptomens påverkan på arbetsprestationen mättes för individer som arbetat halvåret före rehabiliteringsstart och skattades på en skala från 0 ("hälsoproblemen hade ingen påverkan på mitt arbete") till 10 ("hälsoproblemen hindrade mig fullständigt från att arbeta").

En individs egenbedömning av *möjligheten att tillfriskna eller att återgå i arbete efter sjukfrånvaro* har i många vetenskapliga studier (19) visat sig vara prediktiv för faktisk arbetsåtergång. Frågan ("Hur stor chans tror du att du har att kunna arbeta om sex månader?") hämtades från ÖMPSQ (30) och besvarades på en skala som löper från 0 ("ingen chans") till 10 ("mycket stor chans").

AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire) mäter grad av acceptans och handlingsförmåga och är ett instrument som har skapats för att mäta begrepp som ingår i ACT (acceptance and commitment therapy), där ett av målen är att leva ett fullvärdigt liv med de symptom man för närvarande har (snarare än att bemästra symptomen). Den ursprungliga versionen av AAQ (31) har ersatts av en reviderad version (32). Den svenska versionen av AAQ-II innehåller sex påståenden med sju tillhörande svartalternativ, vilka summeras till ett totalpoäng som löper från 6 till 42, där låga värden betyder högre grad av acceptans.

SMS-frågor

Fyra veckor efter behandlingsstart och månadsvis under ett års tid skickas två frågor till patientens mobiltelefon via SMS. Till detta används mjukvaran SMS-Track® (33), som automatiskt skickar ut textmeddelanden med frågorna, och som omedelbart registrerar individernas svar. Systemet är utvecklat för forskning och har testats i flera studier i Danmark, Norge och Sverige. Svarsfrekvensen har genomgående varit hög, och systemet har god användarvänlighet och validitet (34).

Syftet med SMS-frågorna var att studera variationer i hälsoutveckling över tid. Skattningarna görs utifrån situationen den senaste månaden och frågorna besvaras på mobiltelefonen genom att trycka den siffra som bäst överensstämmer med den egna upplevelsen. Den första frågan är den allmänna hälsofrågan från SF12 ("I allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är") med svarsalternativen 1 (utmärkt) till 5 (dålig). Baslinjevärdet utgörs av de skattningar som gjorts i pappersenkäten då behandlingen påbörjades. Den andra frågan rör i vilken omfattning man har varit sjukfrånvarande under den senaste månaden (0-31 dagar) och avser främst att mäta korttidssjukfrånvaro (≤ 14 dagar) som vanligen inte registreras hos Försäkringskassan.

Statistiska analyser

Enkätdata analyserades i statistikprogrammet SPSS (version 18). Utöver deskriptiva analyser och korstabuleringar gjordes även jämförande statistik med hjälp av parvisa t-test och variansanalyser. SMS-data som insamlades vid upprepade tidpunkter och som rör egenrapporterad hälsa och sjukfrånvaro har analyserats med en så kallad flernivåanalys i statistikprogrammet STATA.

Etiska aspekter

Studien är godkänd av Etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer: 2009/1750-31/1) och deltagandet har föregåtts av informerat samtycke. Samtliga personuppgifter har behandlats med största aktsamhet och sekretess. All information innehållande känsliga personuppgifter förvaras i ett låst brandskyddat skåp dit enbart forskargruppen har tillgång. I detta skåp har även en kodnyckel förvarats. Denna sammankopplar löpnummer och personnummer och har använts vid insamling av data från Försäkringskassan. Personnummer har enbart använts vid datainsamlingar, därefter har materialet bearbetats i avidentifierat skick.

Resultat

Här redovisas resultatet för personer som har påbörjat behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin under perioden mars till och med december 2010. Totalt 969 personer har besvarat enkäten vid behandlingsstart. Tabell 6 visar fördelningen av antalet deltagare per landsting i enkätstudien.

Tabell 6. Antal patienter, per landsting och behandlingsform, som ingår i enkätstudien.

Landsting	MMR	PB	Totalt
Dalarna	31	32	63
Gävleborg*	-	42	42
Halland**	26	-	26
Jämtland	8	30	38
Norrbottn	51	54	105
Skåne	65	98	163
Stockholm*	-	132	132
Uppsala	14	58	72
Västerbotten	36	17	53
Västra Götaland	73	89	162
Örebro	43	8	51
Östergötland**	62	-	62
Totalt	409	560	969

* Gävleborg och Stockholm ingick inte med patienter i MMR.

** Halland och Östergötland ingick inte med patienter i PB.

För att undersöka hur stor andel av patienterna som har tillfrågats om deltagande i enkätstudien gjordes skattningar där antalet inkomna enkäter adderades med antalet nej-tack-svar. Summan dividerades med antalet patienter som inrapporterats till Försäkringskassan, se tabell 7. Andelen tillfrågade patienter varierar kraftigt, från 34 procent i ett par landsting till runt 90 procent i andra landsting. Totalt har 55 procent av patienterna tillfrågats. Den faktiska andelen kan dock vara högre än rapporterat, vilket kan bero på att patienter glömt att besvara enkäten, ångrat sig eller glömt att skriftligen avböja deltagande. Telefonintervjuer med representanter från de ingående vårdenheterna visade att de vanligaste orsakerna till att *inte* tillfråga patienter om deltagande var upplevd tidsbrist hos personalen, en bedömning av att patienternas hälsa inte tillät deltagande, samt att patienterna – som del av rehabiliteringen – besvarar en mängd andra frågeformulär, något som ger en hög arbetsbelastning, för både patienter och behandlare.

Tabell 7. Antal patienter som deltar/har avböjt deltagande i enkätstudien, samt patienter som de aktuella vårdenheterna har rapporterat in till Försäkringskassan under kvartal 2 – kvartal 4, 2010. Andel tillfrågade patienter i respektive landsting avser en uppskattning.

Landsting	Antal deltagande patienter	Antal patienter som tackat nej	Antal patienter rapporterade till FK	Andel tillfrågade patienter
Dalarna	63	32	154	62 %
Gävleborg	42	25	196	34 %
Halland	26	19	98	46 %
Jämtland	38	12	148	34 %
Norrbottn	105	46	206	73 %
Skåne	163	32	208	94 %
Stockholm	132	50	329	55 %
Uppsala	72	29	251	40 %
Västerbotten	53	28	98	83 %
Västra Götaland	162	77	618	39 %
Örebro	51	2	61	87 %
Östergötland	62	17	89	89 %
Totalt	969	369	2426	55 %

Från de bakgrundsdata som redovisas i tabell 8 framgår att fler kvinnor än män ingår i enkätstudien och att MMR-gruppen har en något högre medelålder än PB-gruppen. Personer i PB har oftare högre utbildningsnivå än personer i MMR. Det är även en högre andel i MMR än i PB som har haft sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. Åldersfördelning, könsfördelning samt sjukfrånvarostatus stämmer väl överens med riksdata från registerstudien.

Då vissa individer kom in sent i enkätstudien är det inte alla som kan följas upp inom ramen för utvärderingen. Uppföljningsgruppen som redovisas i följande avsnitt, delar dock i stora drag de egenskaper som redovisas i tabell 6. I MMR har uppföljningsgruppen en högre medelålder (46 år) än baslinjegruppen. I övrigt är överensstämmelsen god.

Tabell 8. Bakgrundsdata från baslinjemätningen för personer i psykologisk behandling (PB) och multimodal rehabilitering (MMR). Sjukfrånvaro avser både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning kvartalet före rehabiliteringen, exklusive månaden för behandlingsstart.

	MMR (n=409)	PB (n=560)
Ålder, m	44	39
Kvinnor, n	339 (83 %)	416 (74 %)
Män, n	70 (17 %)	144 (26 %)
Nationalitet		
Födda i Sverige, n	316 (77 %)	517 (91 %)
Födda utomlands, n	93 (23 %)	52 (9 %)
Utbildning		
Grundskola, n	59 (15 %)	62 (11 %)
Gymnasium, n	237 (59 %)	302 (54 %)
Universitet, n	102 (25 %)	186 (34 %)
Licentiat/doktorsexamen, n	5 (1 %)	7 (1 %)
Sjukfrånvaro kvartalet före rehab:	230 (56 %)	181 (32 %)
Antal personer, n	59 (30)	50 (31)
Antal sjukfrånvarodagar m (sd)*		
Medicinerar mot besvären:		
Dagligen	235 (58 %)	255 (46 %)
Aldrig	65 (16 %)	172 (31 %)

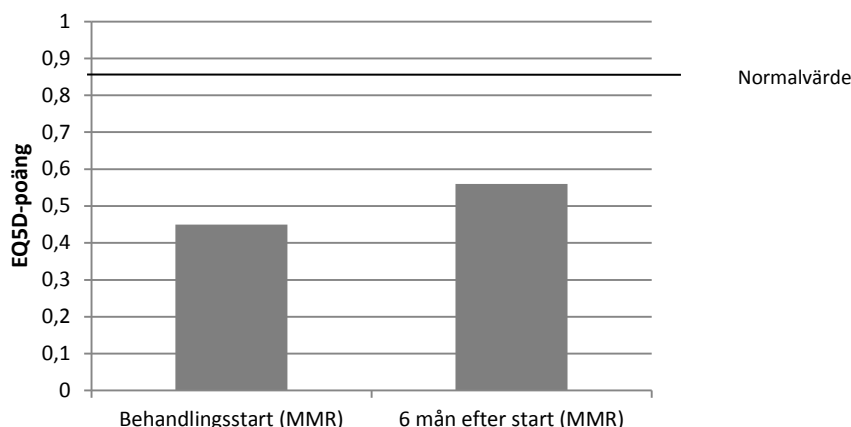
* Avser enbart personer *med* registrerad sjukfrånvaro

Multimodal rehabilitering

Utveckling av hälsa och arbetsförmåga

336 av 409 personer har besvarat uppföljningsenkäten sex månader efter behandlingsstart, vilket ger en svarsfrekvens på 82 procent.

Den självskattade hälsan förbättras signifikant mellan de båda mättillfällena. Den hälsorelaterade livskvaliteten (EQ5D) ökar från 0,45 vid behandlingsstart till 0,57 vid uppföljningen (figur 35), vilket är en kliniskt relevant förbättring. Trots att den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrats ligger MMR-gruppens värde ännu långt under normalpopulationens värde, 0,84.

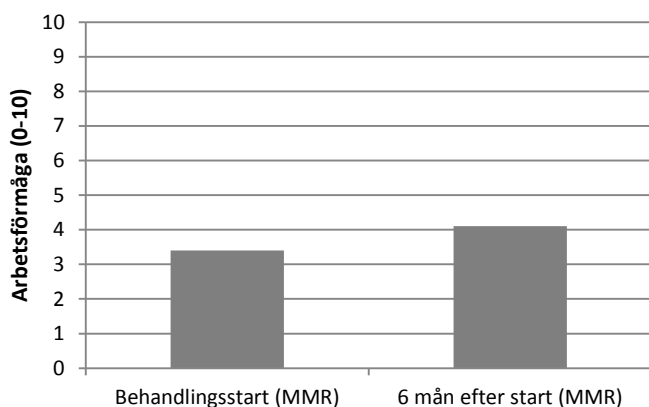


Figur 35. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) vid behandlingsstart och sex månader efter behandlingsstart för personer som har påbörjat multimodal rehabilitering (n=336).

Även graden av acceptans och upplevd handlingsförmåga ökar under uppföljningen. AAQ-II ligger i genomsnitt på 22,6 vid behandlingsstart och sjunker sedan till 18,8 vid uppföljningen. Denna förbättring är viktig då den kan indikera ett större handlingsutrymme, trots eventuellt kvarvarande symptom.

Smärtproblemen har en betydande inverkan både på arbetsförmågan och på förmågan att utföra vardagsgöromål. En stor andel rapporterar sådana begränsningar både före (88 %) och efter rehabilitering (78 %), men andelen minskar signifikant mellan mättillfällena. Även känslomässiga besvär har begränsat arbete och vardagsaktiviteter. Tydligast är detta vid behandlingsstart då 67 procent anger att de har utträttat mindre än önskat till följd av detta. Efter rehabiliteringen har denna andel minskat till 54 procent. Skillnaden är statistisk signifikant.

Den självskattade arbetsförmågan förbättras signifikant under uppföljningen. När behandlingen inleds ligger den genomsnittliga skattningen på 3,5 och ökar sedan till 4,2 (Figur 36). Av de 44 individer (13 % av gruppen) som upplevde sig vara helt utan arbetsförmåga vid behandlingsstart är det hälften som gör samma skattning vid uppföljningen. I resterande fall har individerna - i någon mån - ökat sin upplevda arbetsförmåga.



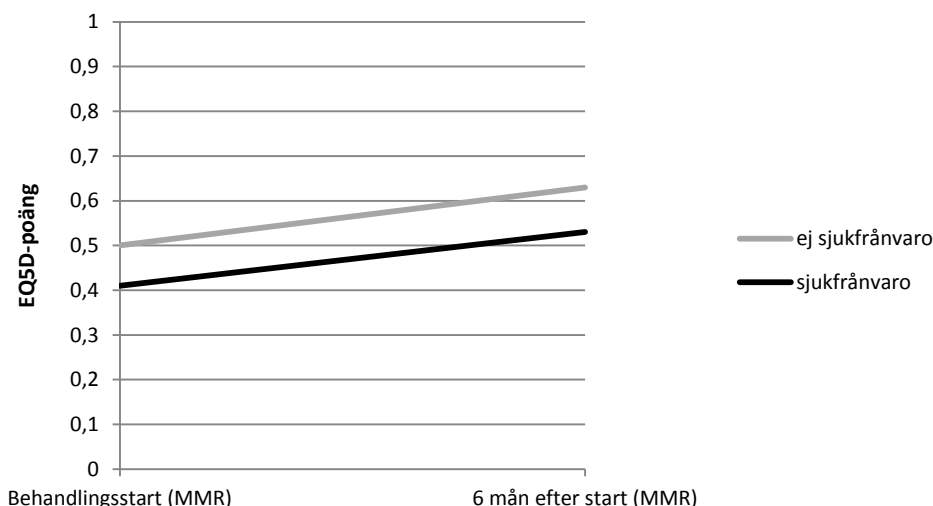
Figur 36. Självskattad arbetsförmåga vid behandlingsstart och sex månader efter behandlingsstart för personer som genomgått multimodal rehabilitering (n=336).

För personer som var yrkesverksamma (n=170) analyserades svaren på frågan om hälsoproblemen påverkat arbetsprestationen. När behandlingen inleddes låg den genomsnittliga skattningen på 6,1 och sjunker efter behandling till 5. Detta är en signifikant förbättring ($p<0,001$). Uppföljningsenkäten visar att för en knapp tredjedel av de yrkesverksamma har förändringar i arbetet genomförts under uppföljningstiden. Oftast är förändringarna relaterade till arbetstider (41 %) eller byte av arbetsuppgifter (40 %). 18 procent anger att de har bytt arbetsgivare och 40 procent har upplevt någon annan förändring (flera svarsalternativ var möjliga varför summan överstiger 100 procent).

Vid sjukfrånvaro är föreställningen om ens möjligheter att komma tillbaka till arbetslivet ofta av stor betydelse för den faktiska arbetsåtergången. För gruppen som är sjukfrånvarande (n=184) sker ingen signifikant förbättring av den upplevda möjligheten till arbetsåtergång, utan de genomsnittliga skattningarna ligger runt fem vid båda mättillfällena. För personer som har gjort mycket låga skattningar sker dock en viss förändring. 64 personer (34 %) skattar sina möjligheter till lägre än tre vid behandlingsstart. Av dessa är det 67 procent som fortfarande gör samma värdering vid uppföljningen. Resterande har ökat sina skattningar.

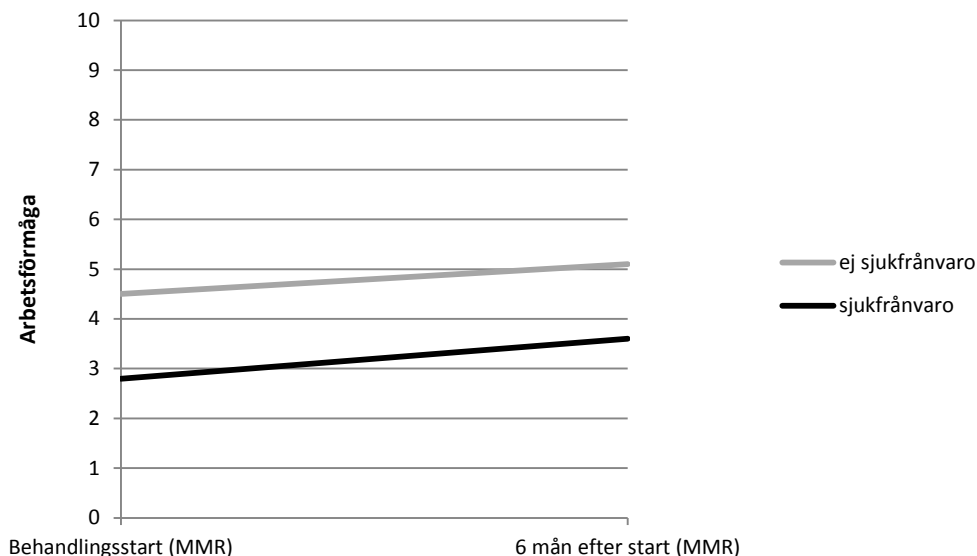
Hälsa och arbetsförmåga relaterat till tidigare sjukfrånvaro

Många som påbörjar MMR har sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart. För att undersöka om hälsoutvecklingen varierar i gruppen med respektive utan sjukfrånvaro före behandlingsstart gjordes separata kovariansanalyser för dessa grupper (kontrollerat för ålder och kön). Figur 37 visar att gruppen *utan* sjukfrånvaro skattar hälsan som bättre både vid behandlingsstart och vid uppföljningen, jämfört med gruppen *med* sjukfrånvaro. Det finns dock ingen skillnad i hur hälsan utvecklas över tid, utan båda grupperna förbättrar sin hälsa i samma utsträckning, utifrån sina ingångsvärden. Hälsan mätt med EQ5D visade sig dock ha ett signifikant samband ($p<0,001$) med utvecklingen av sjukfrånvaro efter insats. Analyser visar att en förbättring om 0,1 ger efter påbörjad insats i genomsnitt 22 dagars minskning av sjukfrånvaron per kvartal.



Figur 37. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) före respektive efter multimodal rehabilitering (MMR) för personer med (n=188) respektive utan (n=141) registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart.

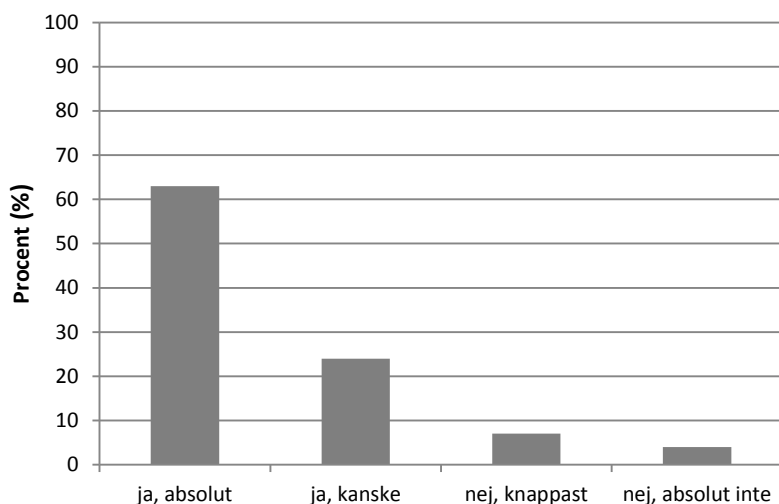
På liknande sätt sker utvecklingen av arbetsförmåga i gruppen med/utan sjukfrånvaro, där båda grupperna ökar sin arbetsförmåga utifrån sina respektive baslinjevärden. För gruppen utan sjukfrånvaro ökar den självskattade arbetsförmågan från 4,5 till 5,1 mellan mättillfällena och den motsvarande förbättringen i gruppen med sjukfrånvaro går från 2,8 till 3,6 (figur 38). Kovariaten ålder och kön var inte signifikanta i dessa analyser.



Figur 38. Självskattad arbetsförmåga före respektive efter multimodal rehabilitering (MMR) för personer med/utan registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart.

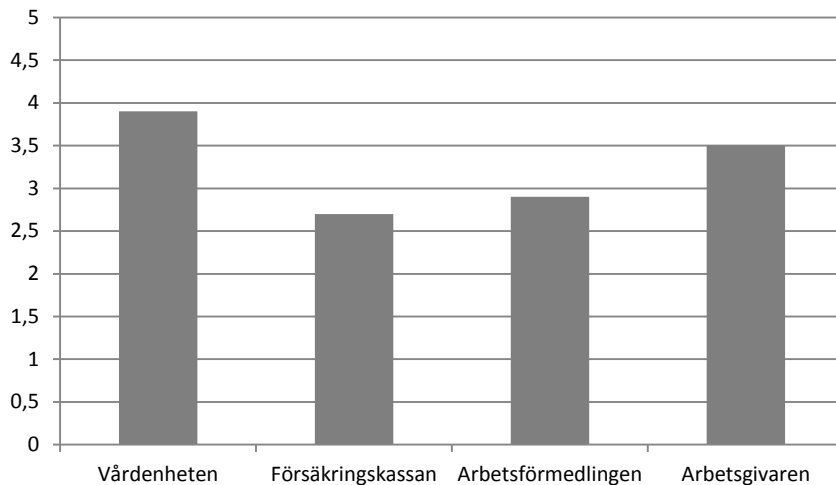
Bemötande i samband med rehabiliteringen

Patienterna har även fått bedöma det bemötande de har fått av lika instanser i samband med rehabiliteringen och resultatet är generellt sett gott. Figur 39 visar att en majoritet gärna skulle rekommendera den behandling de fått inom rehabiliteringsgarantin vidare till andra med liknande besvär. Bara en mindre andel skulle inte göra denna rekommendation.



Figur 39. Andelen av MMR-gruppen (n=336) som vill/inte vill rekommendera behandlingen inom rehabiliteringsgarantin till andra med liknande besvär.

Figur 40 visar skattningar av upplevt bemötande på de instanser som man har varit i kontakt med under rehabiliteringens gång. I regel är individerna mest nöjda med bemötandet på den vårdenheten där man har rehabiliterats (m=3,9). För personer med en anställning ges även arbetsgivaren ett högt betyg (m=3,5). Det upplevda bemötandet på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ligger i genomsnitt lägre än andra instanser.

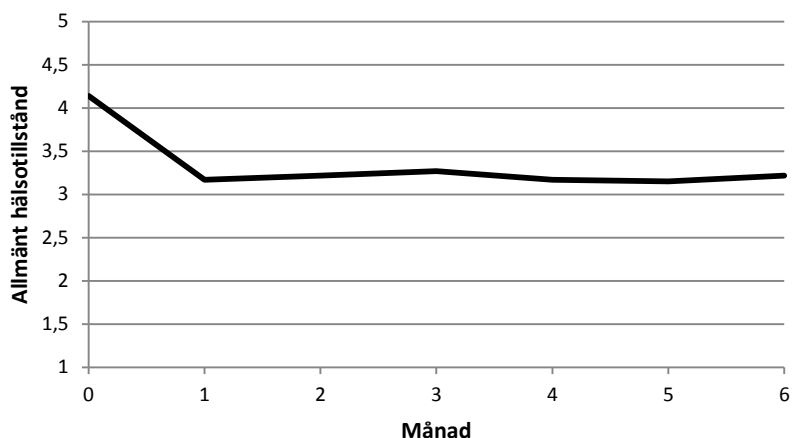


Figur 40. Medelvärden av MMR-gruppens skattning av bemötandet på olika instanser i samband med rehabiliteringen. 0=inte alls nöjd; 5=mycket nöjd. (vårdenheten; n=333, Försäkringskassan; n=260, arbetsförmedlingen; n=138 och arbetsgivaren n=225).

SMS-frågor

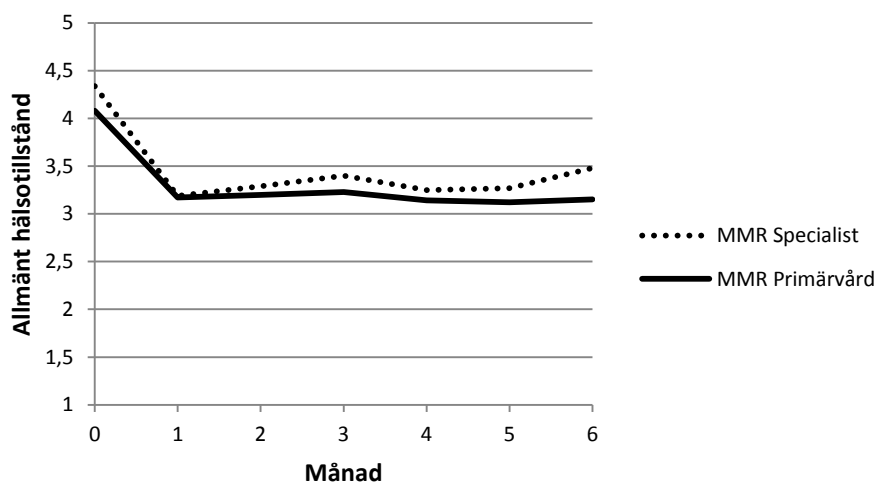
Som en del av enkätstudien skickas frågor via SMS till patientens mobiltelefon. Detta utskick görs en gång per månad och varje utskick innehåller två frågor. Syftet med detta är att fånga upp förändringar i hälsoutveckling under uppföljningstiden, samt att få en bild över deltagarnas sjukfrånvaro, med fokus på korttidssjukfrånvaro. 366 personer (89 %) i MMR-gruppen hade vid behandlingsstart registrerat sitt mobilnummer i SMS-track. 23 personer har under studiens gång hoppat av SMS-studien. SMS-utskicken påbörjas fyra veckor efter påbörjad rehabilitering och baslinjevärdet för hälsostatus baseras på mätningen i pappersenkäten, vilken besvaras då behandlingen inleds. Resultatet visas för 6-månadersuppföljningen, då 12-månadersuppföljningen ännu inte är avslutad.

Som framgår av Figur 41 sker den största förändringen av självskattad hälsa (SF12: 1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa) mellan behandlingsstart och den första uppföljningsmånaden, då det genomsnittliga värdet sjunker från 4,1 till 3,2. Denna förändring är statistiskt signifikant. Därefter, under den sex månader långa uppföljningen, sker endast marginella förändringar av det självrapporterade hälsoläget. För merparten av patienterna i MMR ligger skattningarna runt 3,2 till 3,3 under hela uppföljningen



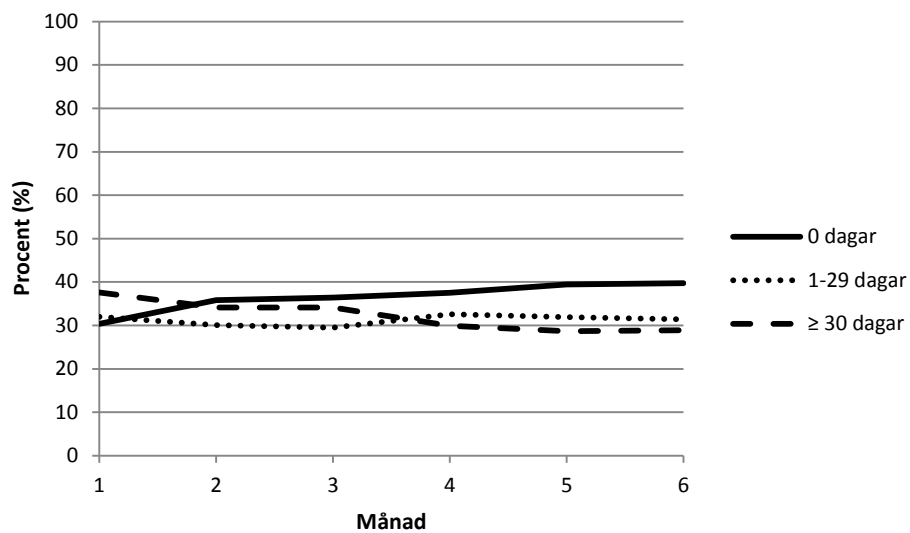
Figur 41. Utveckling av allmänt hälsotillstånd (SF12) efter multimodal rehabilitering (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa).

Hälsoutveckling för individer som rehabiliterats inom primär- respektive specialistvård illustreras i figur 42. Gemensamt för båda grupperna är att den främsta hälsoförbättringen erhålls under den första behandlingsmånaden. Personer som får behandling inom specialistvård skattar sin hälsa sämre än personer som behandlas inom primärvård, skillnaderna är dock inte riktigt statistiskt signifikanta ($p=0,06$).



Figur 42. Utveckling av allmänt hälsotillstånd (SF12) efter multimodal rehabilitering inom primärvård respektive specialistvård.

Den andra SMS-frågan rör sjukfrånvaro under den senaste månaden. Figur 43 visar att andelen utan sjukfrånvaro (0 dagar) ökar något under uppföljningstiden samtidigt som andelen med lång sjukfrånvaro (≥ 30 dagar) minskar. Skillnaden är statistiskt signifikant. Mellankategorin (1-29 dagar) fluktuerar något under uppföljningstiden, men håller sig mestadels på en konstant nivå. Merparten av de som ingår i denna kategori har mellan 1-14 dagars sjukfrånvaro, korttidssjukfrånvaro som vanligen inte avspeglas i Försäkringskassans statistik.



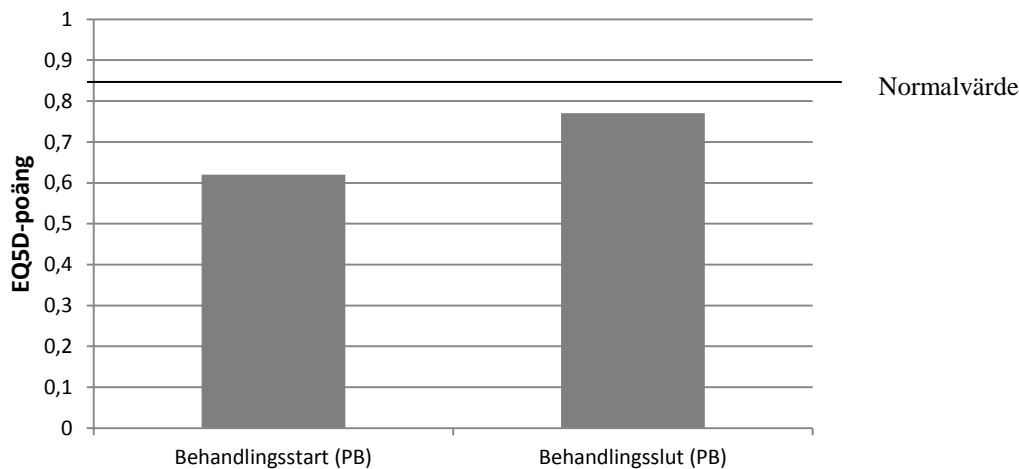
Figur 43. Utveckling av sjukfrånvaro efter multimodal rehabilitering och vilka kunde följas via SMS under sex månaders tid.

Psykologisk behandling

Utveckling av hälsa och arbetsförmåga

Vid tiden för slutrapporteringen av enkätstudien hade 413 personer av 560 i PB-gruppen besvarat både baslinje- och uppföljningsenkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 74 procent.

Den självskattade hälsan förbättras signifikant ($p < 0,001$) mellan mättillfällena. Den hälsorelaterade livskvaliteten (EQ5D) ökar från 0,62 vid behandlingsstart till 0,77 vid uppföljningen (figur 44), vilket är en kliniskt relevant förbättring. Även vid uppföljningen ligger dock gruppen under det genomsnittliga värdet för normalpopulationen (cirka 0,84).

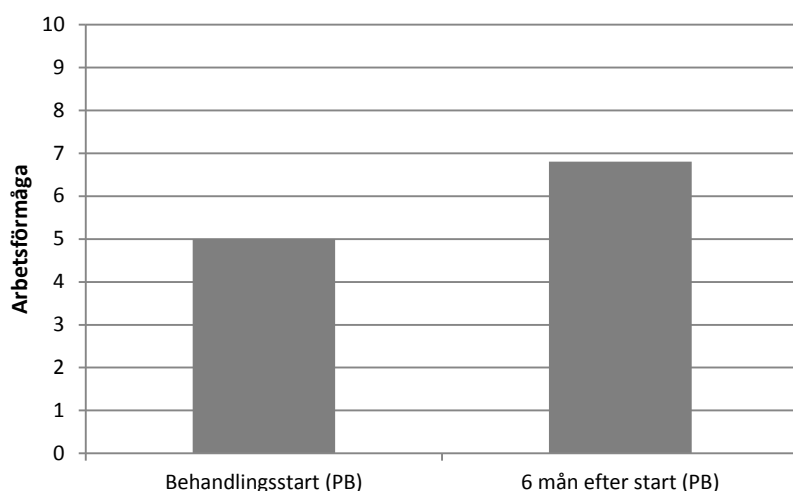


Figur 44. Allmänt hälsotillstånd (EQ5D) vid behandlingsstart och sex månader efter behandlingsstart för personer som påbörjat psykologisk behandling (n=413). Normalbefolkningens värde = 0.84.

Även graden av acceptans och upplevd handlingsförmåga ökar signifikant under uppföljningen. AAQ-II ligger i genomsnitt på 25,5 vid behandlingsstart och sjunker sedan till 19,6 vid uppföljningen. Denna förbättring är viktig då den kan indikera ett större handlingsutrymme, trots eventuellt kvarvarande symptom.

De känslomässiga besvaren har en betydande inverkan både på arbetsförmågan och på förmågan att utföra vardagsgöromål. En stor andel rapporterar sådana begränsningar både före (82 %) och efter rehabilitering (55 %), men andelen minskar signifikant mellan mättillfällena. Även kroppsliga symptom har begränsat arbete och vardagsaktiviteter. Tydligast är detta vid behandlingsstart då 60 procent anger att de har utträttat mindre än önskat till följd av detta. Efter rehabiliteringen har denna andel minskat till 41 procent. Skillnaden är statistisk signifikant.

Den självskattade arbetsförmågan förbättras signifikant under uppföljningen. När behandlingen inleds ligger den genomsnittliga skattningen på 5,1 och ökar sedan till 6,8 (Figur 45). Av de 29 individer (6 %) som upplevde sig vara helt utan arbetsförmåga vid behandlingsstart är det en fjärdedel som gör samma skattning vid uppföljningen. I resterande fall har individerna - i någon mån - ökat sin arbetsförmåga.



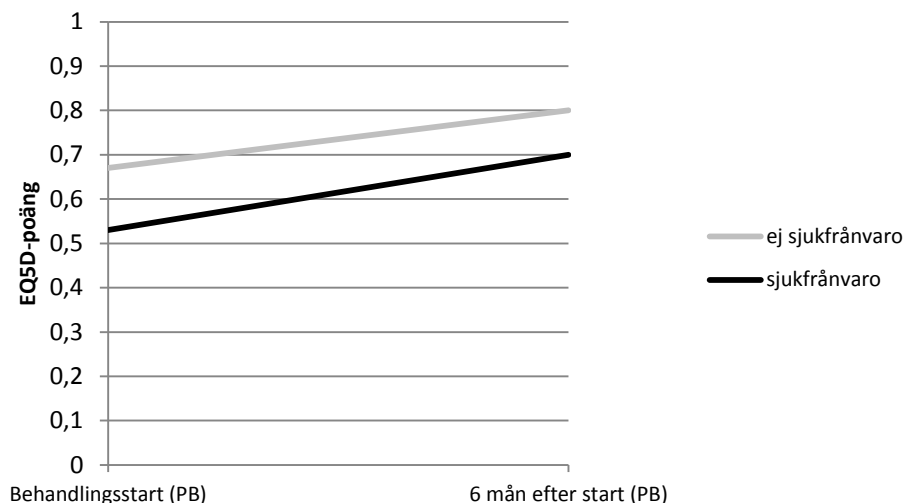
Figur 45. Självsatt arbetsförmåga vid behandlingsstart och sex månader därefter (n=413). Skalan går från 0 (= ”helt arbetsförmögen”) till 10 (= ”arbetsförmågan då den var som bäst”)

För personer som har varit yrkesverksamma analyserades svaren på frågan om hälsoproblemen påverkat arbetsprestationen. När behandlingen inleddes låg den genomsnittliga skattningen på 4,7 och sjunker efter behandling till 3,1. Detta är en signifikant förbättring ($p < 0,001$). Uppföljningsenkäten visar att för 39 procent av de yrkesverksamma har förändringar i arbetet genomförts under uppföljningstiden. Oftast är förändringarna relaterade till arbetstider (37 %) eller byte av arbetsuppgifter (37 %). 22 procent anger att de har bytt arbetsgivare och 30 procent har upplevt någon annan förändring (flera svarsalternativ var möjliga varför summan överstiger 100 procent).

Vid sjukfrånvaro är föreställningen om ens möjligheter att komma tillbaka till arbetslivet viktig för den faktiska arbetsåtergången. För gruppen som är sjukfrånvarande (n=129) sker ingen signifikant förbättring av den upplevda möjligheten till arbetsåtergång, utan de genomsnittliga skattningarna ligger runt sju vid båda mättillfällena. För personer som har gjort mycket låga skattningar sker dock en viss förändring. 18 personer (13 %) skattar sina möjligheter till lägre än tre vid behandlingsstart. Av dessa är det 61 procent som fortfarande gör samma värdering vid uppföljningen. Resterande har ökat sina skattningar. 78 personer (60 %) skattar sina möjligheter till sju eller högre vid behandlingsstart. Av dessa är det 73 procent som gör samma skattning vid uppföljningen.

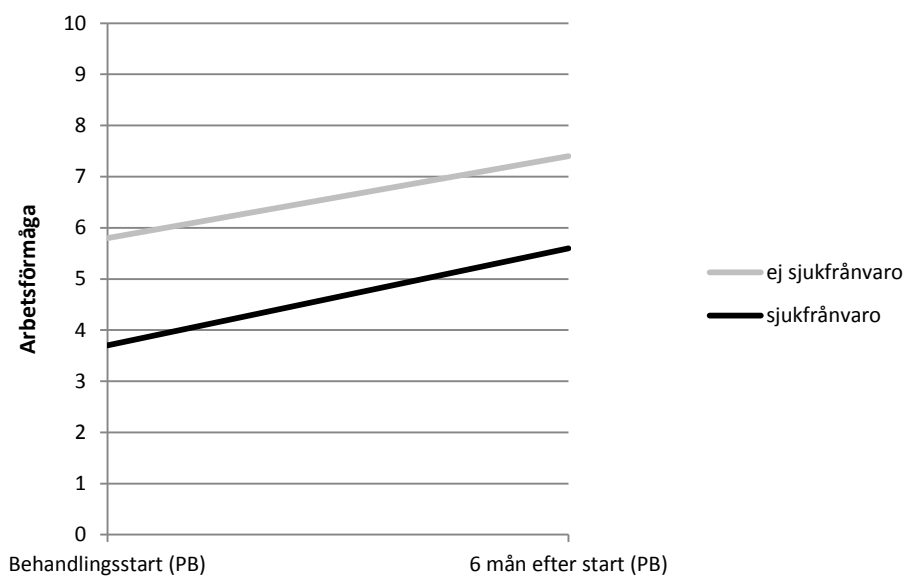
Hälsa och arbetsförmåga relaterat till tidigare sjukfrånvaro

För att undersöka om hälsoutvecklingen varierar i gruppen med respektive utan sjukfrånvaro före behandlingsstart gjordes separata kovariansanalyser för dessa grupper (kontrollerat för ålder och kön). Figur 46 visar att gruppen *utan* sjukfrånvaro skattar hälsan bättre både vid behandlingsstart och vid uppföljning, jämfört med gruppen *med* sjukfrånvaro. Det finns dock ingen skillnad i hur hälsan utvecklas över tid, utan båda grupperna förbättrar sin hälsa i samma utsträckning, utifrån sina respektive ingångsvärden. Hälsan mätt med EQ5D visade sig dock ha ett signifikant samband ($p < 0,001$) med utvecklingen av sjukfrånvaro efter insats. Analyser visar att en förbättring om 0,1 ger efter påbörjad insats i genomsnitt 21 dagars minskning av sjukfrånvaron per kvartal.



Figur 46. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) före respektive efter psykologisk behandling (PB) för personer med (n=137) respektive utan (n=270) registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart.

På liknande sätt sker utvecklingen av arbetsförmåga i gruppen med/utan sjukfrånvaro, där båda grupperna ökar sin arbetsförmåga utifrån sina respektive baslinjevärden. För gruppen utan sjukfrånvaro ökar den självskattade arbetsförmågan från 5,8 till 7,4 mellan mättillfällena och den motsvarande förbättringen i gruppen med sjukfrånvaro går från 3,7 till 5,6 (figur 47). Kovariaten ålder och kön var inte signifikanta i dessa analyser.

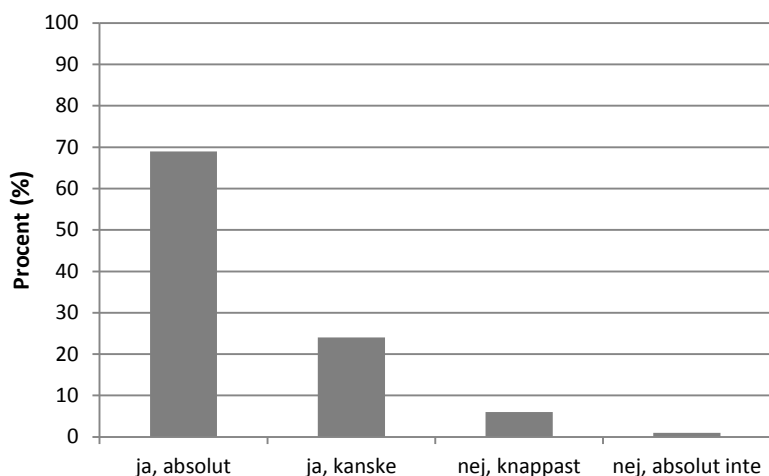


Figur 47. Självskattad arbetsförmåga vid behandlingsstart och uppföljning för personer med/utan registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart.

Bemötande i samband med rehabiliteringen

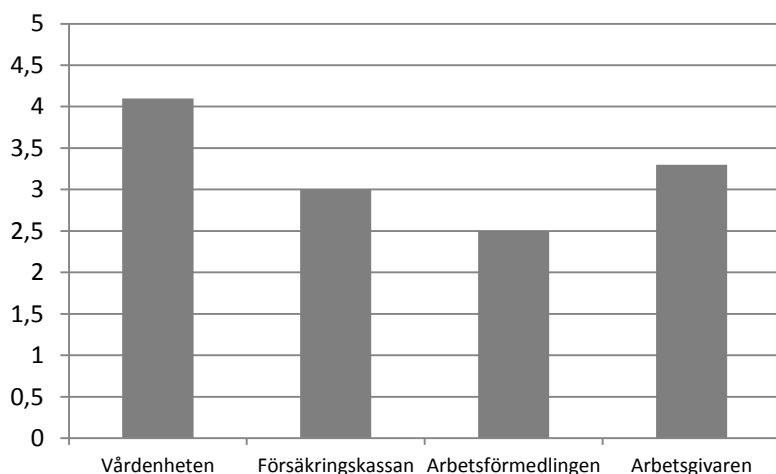
Patienterna har även fått bedöma det bemötande de har fått av lika instanser i samband med rehabiliteringen och resultatet är över lag gott. Figur 48 visar att en stor majoritet gärna skulle

rekommendera den behandling de fått inom rehabiliteringsgarantin till andra med liknande besvär. Bara en mindre andel skulle inte göra denna rekommendation.



Figur 48. Andelen av PB-gruppens (n=350) som vill/inte vill rekommendera behandlingen inom rehabiliteringsgarantin till andra med liknande besvär.

Figur 49 visar skattningar av upplevt bemötande på de instanser som man har varit i kontakt med under rehabiliteringens gång. I regel är individerna mest nöjda med bemötandet på den vårdenhet där man har rehabiliterats (m=4,1). Det upplevda bemötandet av arbetsgivaren är 3,5. Det upplevda bemötandet på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ligger i genomsnitt lägre än andra instanser.



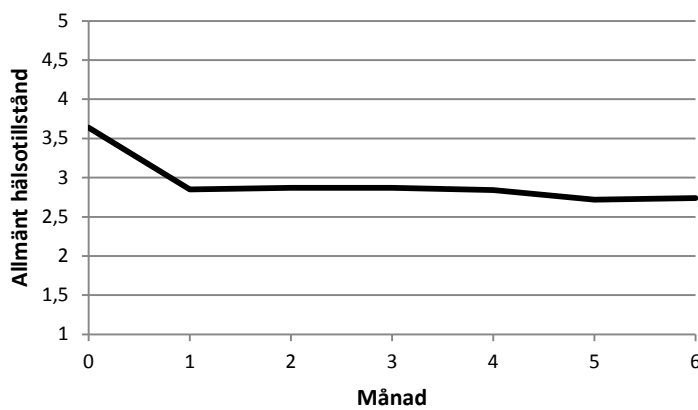
Figur 49. Medelvärden för skattningar av bemötandet vid olika instanser i samband med rehabiliteringen. Vårdenhet (n=410), Försäkringskassan (n=210), Arbetsförmedlingen (n=88) och arbetsgivaren (n=265).

SMS-frågor

Som en del av enkätstudien skickas frågor via SMS till patientens mobiltelefon. Detta utskick görs en gång per månad och varje utskick innehåller två frågor. Syftet med detta är att fånga upp förändringar i hälsoutveckling under uppföljningstiden, samt att få en bild över

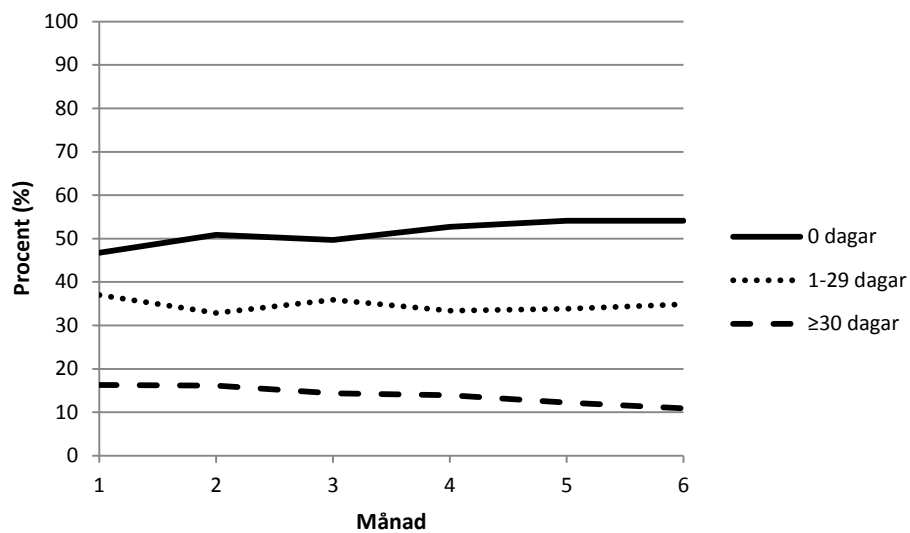
deltagarnas sjukfrånvaro, med fokus på korttidssjukfrånvaro. 550 personer (98 %) i PB-gruppen hade vid behandlingsstart registrerat sitt mobilnummer i SMS-track. 32 personer har under studiens gång hoppat av SMS-studien. SMS-utskicken påbörjas fyra veckor efter påbörjad rehabilitering och baslinjevärdet för hälsostatus baseras på mätningen i pappersenkäten, vilken besvaras då behandlingen inleds. Resultatet visas för 6-månadersuppföljningen, då 12-månadersuppföljningen ännu inte är avslutad.

Som framgår av Figur 50 sker den största förändringen av självskattad hälsa (SF12: 1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa) mellan behandlingsstart och den första uppföljningsmånaden, då det genomsnittliga värdet sjunker från 3,6 till 2,9. Denna förändring är statistiskt signifikant. Därefter, under den sex månader långa uppföljningen, sker endast marginella förändringar av det självrapporterade hälsoläget. För merparten av patienterna i PB ligger skattningarna runt 2,7 till 3,0 under hela uppföljningen



Figur 50. Utveckling av allmänt hälsotillstånd (SF12) efter psykologisk behandling (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa).

Den andra SMS-frågan rör sjukfrånvaro under den senaste månaden. Figur 51 visar att andelen utan sjukfrånvaro (0 dagar) ökar något under uppföljningstiden samtidigt som andelen med lång sjukfrånvaro (≥ 30 dagar) minskar. Skillnaden är statistiskt signifikant. Mellankategorin (1-29 dagar) fluktuerar något under uppföljningstiden, men håller sig mestadels på en konstant nivå. Merparten av de som ingår i denna kategori har mellan 1-14 dagars sjukfrånvaro, korttidssjukfrånvaro som vanligen inte avspeglas i Försäkringskassans statistik



Figur 51. Utveckling av sjukfrånvaro efter psykologisk behandling.

Kostnadseffektivitet

Bakgrund

Ur ett försäkringsekonomiskt perspektiv kan en rehabilitering ses som en investering, till exempel genom att man återskapar en kompetens som annars skulle ha gått förlorad (35). För att en investering ska vara ekonomiskt lönsam krävs att den sjukskrivna återgår i arbete och att kostnaderna för rehabilitering understiger kostnaderna för fortsatt sjukfrånvaro. Inte enbart full återgång i arbete eller ett totalt återställande av produktiviteten räknas som lönsam rehabilitering utan även andelar av återskapad arbetsförmåga inräknas. Ekonomisk rehabilitering skapas den dagen då den anställde helt eller delvis återgår i arbete, alternativt står till arbetsmarknadens förfogande. Även om rehabiliteringen - ur ett medicinskt perspektiv - inte har medfört att individen har återfått hela sin arbetsförmåga kan en fullständig ekonomisk rehabilitering ha ägt rum om arbetsuppgifterna har anpassats så att individen kan utföra dessa lika bra som övriga anställda i organisationen (35).

I föreliggande rapport har sjukfrånvaron jämförts mellan personer som har, respektive inte har tagit del av rehabiliteringsgarantins insatser. För att beräkna kostnadseffektiviteten i en viss behandling – i detta fall insatserna inom rehabiliteringsgarantin – ställs kostnaderna för dessa insatser i relation till den behandling som vanligtvis ges (referensgruppen). I detta fall känner vi inte till hur stor andel av referensgruppen som har fått andra behandlingar, utanför rehabiliteringsgarantin, och i så fall kostnaderna för dessa. vilken behandling referensgruppen har erhållit, om de har fått någon behandling.

Resultat

Sjukpenning

Resultaten som har redovisats i rapporten visar att oavsett om man får behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin eller inte så följer sjukfrånvaroutvecklingen samma mönster. Även om kostnaderna för referensgruppens eventuella behandling är okänd är det sannolikt att utgifterna för behandlingsgrupperna överstiger referensgruppens kostnader. Satsningen inom rehabiliteringsgarantin kan sålunda inte anses vara kostnadseffektiv i dagens läge (med sjukfrånvaro som utfallsmått).

Sjukersättning

Resultaten i utvärderingen visade att personer i referensgruppen som var sjukskrivna löpte högre risk att få sjukersättning under uppföljningen jämfört med sjukskrivna i behandlingsgruppen. Detta gällde både för personer med psykisk ohälsa och för de med smärtproblematik. För psykisk ohälsa innebär detta att genom att rehabilitera 1000 individer inom rehabiliteringsgarantin kan 19 fall av sjukersättning undvikas, jämfört med om ingen rehabilitering ges (konfidensintervall¹ 9-36 individer). I gruppen som har behandlats med MMR kan man på motsvarande sätt undvika drygt 23 fall av sjukersättning genom att rehabilitera 1000 individer (konfidensintervall 3-60 individer).

Både i MMR och i PB är genomsnittsåldern då sjukersättningen beviljas 44 år, vilket innebär att samhället i genomsnitt förlorar 21 arbetsår per person (givet att individen arbetar till 65 års

¹ Konfidensintervallet täcker in 95 procent av den totala populationen och visar spridningen inom gruppen. I detta fall innebär det att minst nio – och högst 36 fall av sjukersättning kan undvikas per 1000 rehabiliterade personer.

ålder). Genomsnittslönen i riket för personer 35-44 år är 29 400 kr/månad². Inklusive lönekostnadspåslag (LKP) motsvarar detta en kostnad om ca 504 000 kr per år. Det diskonterade nuvärdet (diskonteringsränta = 3 %) för 21 förlorade arbetsår innebär att enbart en undviken sjukersättning innebär en besparing på cirka 7 800 000 kr. Beräkningar för produktionsbortfall för sjukersättning inom respektive behandlingsgrupp redovisas i tabell 9.

Tabell 9. Kostnader och nuvärde av undvikna sjukersättningar per 1000 behandlade individer.

	Behandlingskostnad/ 1000 individer ¹	Värde för undvikt produktionsbortfall sjukersättning per 1000 behandlade ^{1,2}	Totalt/1000 individer ^{1,2}	Diskonterat nuvärde undvikt produktions- bortfall sjukersättning per 1000 behandlade ^{1,3}	Totalt/ 1000 individer ^{1,3}
MMR	50	249	199	183	133
PB	12,5	207	194,5	152	139,5

¹ Antal miljoner kr.

² Ej diskonterat belopp.

³ Diskonterat nuvärde. Diskonteringsränta 3 procent.

Multimodal rehabilitering

Staten ersätter landstingen med 40 000 kr för varje behandlad patient. Till detta tillkommer overheadkostnader (OH) på 25 procent. Totalt ersätts landstingen med 50 000 kr för varje person som påbörjar MMR. Produktionsbortfallet per person och år beräknas motsvara den lön inklusive LKP som individen hade erhållit om han/hon hade varit arbetsför. Det diskonterade nuvärdet av en undviken sjukersättning är ca 7 800 000 kr. Vid behandling av 1000 individer undviker vi 23 fall av sjukersättning vilket motsvarar 483 arbetsår per 1000 individer. Totalt är det ett produktionsbortfall om 183 miljoner kronor (diskonterat värde) som går att undvika genom rehabilitering. Kostnaden för att behandla 1000 individer är 50 miljoner kronor vilket ger en nettovinst om ca 133 miljoner kronor per 1000 individer (konfidensintervall -23 -412 miljoner kr).

Psykologisk behandling

För varje patient som påbörjar PB ersätts landstingen med 10 000 kr exklusive OH-kostnader på 25 procent, det vill säga totalt 12 500 kr. Produktionsbortfallet per person och år beräknas motsvara den lön inklusive LKP som individen hade erhållit om han/hon istället hade varit arbetsför. Det diskonterade nuvärdet av en undviken sjukersättning är ca 7 800 000 kr. Vid behandling av 1000 individer undviker vi 19 fall av sjukersättning vilket motsvarar 399 arbetsår per 1000 individer. Detta innebär ett produktionsbortfall om cirka 152 miljoner kronor (diskonterat nuvärde) som går att undvika genom rehabilitering. Kostnaden för att behandla 1000 individer är 12,5 miljoner kronor vilket ger en nettovinst om ca 139,5 miljoner kronor per 1000 individer (konfidensintervall 56-269 miljoner kronor).

² Enligt SCB statistikdatabas för 2009.

”Numbers needed to treat”

”Numbers needed to treat” (NNT) innebär att man beräknar antalet individer som behöver behandlas för att undvika en viss typ av händelse, i detta fall en nybeviljad sjukersättning. Kostnaden för att behandla ett antal individer ställs i relation till nuvärdet av en undviken sjukersättning och ger en uppfattning om kostnadseffektiviteten i rehabiliteringen. Resultatet för MMR och PB presenteras nedan.

Numbers needed to treat - MMR

För att undvika ett fall av sjukersättning (NNT) behöver 43 personer³ behandlas med MMR. Behandlingskostnaden för dessa patienter är 2 150 000 kr (konfidensintervall 14 650 000 kr – 850 000 kr). Nuvärdet av en undviken sjukersättning överstiger kostnaden för att behandla det antal patienter som krävs⁴ vilket innebär att det kan ses som samhällsekonomiskt lönsamt att behandla sjukskrivna personer med smärtproblematik för att undvika fall av sjukersättning. Dock visar känslighetsanalysen att i de fall där risken att få sjukersättning hamnar på den nedre delen av konfidensintervallet är det inte samhällsekonomiskt lönsamt att behandla sjukskrivna personer med smärtproblematik för att undvika sjukersättning.

Numbers needed to treat - PB

För att undvika ett fall av sjukersättning behöver 52 personer få PB. Behandlingskostnaden för dessa patienter är 650 000 kr (konfidensintervall 1 425 000 kr – 350 000 kr). Nuvärdet av en undviken sjukersättning överstiger kostnaden för att behandla det antal patienter som krävs⁵ vilket innebär att det kan ses som samhällsekonomiskt lönsamt att behandla sjukskrivna personer med lättare psykisk ohälsa för att undvika en sjukersättning. Känslighetsanalysen visar att resultatet kvarstår även om risken förändras utifrån storleken på konfidensintervallet.

Betalningsvilja

Betalningsviljan (”willingness to pay”) beräknas i syfte att finna det högsta belopp en person skulle behöva betala för att undvika en händelse, i detta fall att undvika ett fall av sjukersättning. Förutsatt att en person, organisation eller samhället är villig att betala kostnaden som är förenat med detta anses det vara kostnadseffektivt. Betalningsviljan för att undvika en sjukersättning kan beräknas genom att ställa differensen mellan antal med sjukersättning i behandlings- respektive referensgrupp samt differensen mellan rehabiliteringskostnaden i relation till varandra. Betalningsviljan visar vid vilken kostnadsnivå som rehabiliteringsinsatsen anses vara kostnadseffektiv.

För gruppen MMR beräknas kostnaden för att undvika en sjukersättning till 2 174 000 kr⁶ (konfidensintervall 16 670 000 – 850 000 kr). Förutsatt att betalningsviljan för att undvika en sjukersättning åtminstone motsvarar denna summa anses rehabiliteringen vara kostnadseffektiv. För gruppen PB beräknas kostnaden för att undvika en sjukersättning till

³ $1/(0,0455 - 0,022)$ där nettoskillnaden dvs. 0,02355 ”netto” motsvarar andelen undvikna sjukersättningar.

⁴ Kostnaden 2 150 000 kr < nuvärdet av undviken sjukersättning 7 800 000 kr.

⁵ Kostnaden 650 000 kr < nuvärdet av undviken sjukersättning 7 800 000 kr.

⁶ Beräknat som diff behandlingskostnad/diff sjukersättning

658 000 kr⁷ (konfidensintervall 1 560 000 – 350 000). Förutsatt att betalningsviljan för att undvika en sjukersättning åtminstone motsvarar 658 000 kr anses rehabiliteringen vara kostnadseffektiv.

Livskvalitet

Kostnadseffektivitet beräknas vanligtvis i termer av hälsorelaterad livskvalitet. En behandling kan innebära att patienten får en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet även om detta inte ger uttryck i minskad sjukfrånvaro. En sådan effekt kan vara minst lika viktig ur ett folkhälsoperspektiv. Resultatet av utvärderingen av hälsa och arbetsförmåga visar på en signifikant förbättring av den hälsorelaterade livskvaliteten i både MMR och PB. Dock fanns ingen jämförelsegrupp att relatera resultatet med och det är oklart om det är själva behandlingen som har påverkat utvecklingen eller om det är frågan om en spontan förbättring. Ekonomiska beräkningar av ökad livskvalitet har därför inte genomförts.

⁷ Beräknat som diff behandlingskostnad/diff sjukersättning

Diskussion

Icke-specifika smärtproblem och lätt till måttlig psykisk ohälsa dominerar sjukfrånvaron i Sverige. En rad socialpolitiska reformer har genomförts i syfte att minska sjukfrånvaron i landet, där införandet av en nationell rehabiliteringsgaranti utgjorde *en* av flera åtgärder. Det primära syftet med rehabiliteringsgarantin var att minska och förebygga sjukfrånvaro i de största diagnosgrupperna genom att öka tillgången på evidensbaserad rehabilitering. Implementeringen av rehabiliteringsgarantin gick mycket snabbt i hela landet. Samtidigt som rehabiliteringsgarantin infördes och utbyggnaden påbörjades tillsattes en utvärdering av dess effekter. Detta är den tredje och sista rapporten av den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin, där uppdraget var att undersöka om insatser inom rehabiliteringsgarantin leder till minskad sjukfrånvaro, förbättrad hälsa och ökad arbetsförmåga.

Utveckling sjukfrånvaro i riket

Resultaten av utvärderingen baseras i huvudsak på rikstäckande registeruppgifter och omfattar i princip samtliga individer som har inrapporterats till Försäkringskassan inom ramen för rehabiliteringsgarantin under år 2009 och 2010. Sjukfrånvaromönstret har jämförts med en matchad referensgrupp som delar behandlingsgruppens egenskaper, men som inte har erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin. Materialet har analyserats utifrån tre olika matchningsförfaranden och resultaten är stabila oberoende av matchningsmetod.

Resultatet av utvärderingen visar på en likartad utveckling av den totala sjukfrånvaron (sjukskrivning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning) för behandlingsgruppen och referensgruppen. Trots att matchningen är gjord utifrån sjukfrånvaro före behandlingsstart fanns det en mindre inledande skillnad i sjukfrånvaro framförallt månaden före behandlingsstart. Detta kan sannolikt hänföras till inledande utredning av behov av rehabilitering. Oberoende av detta finns det dock ingenting som tyder på att insatserna inom rehabiliteringsgarantin har haft någon större effekt på den totala sjukfrånvaron utan resultatet ser likadant ut över kohorterna, för båda behandlingsgrupperna och vid olika typer av matchningsförfaranden. Det finns dock indikationer på att sjukfrånvaron minskar i takt med etableringen av rehabiliteringsgarantin. Detta gäller i synnerhet för psykologisk behandling (PB) men även för multimodal rehabilitering (MMR). Detta kan tolkas som en implementeringseffekt där en ökad rutin att bedriva behandling inom rehabiliteringsgarantin leder till bättre resultat på individnivå.

Runt 40 procent av sjukfrånvaron före behandlingsstart utgörs av sjuk- och aktivitetsersättning. Under uppföljningen sker en minskning av ersättningen samtidigt som nya fall tillkommer. En analys av risken att få sjukersättning bland personer som hade sjukpenning före rehabilitering visade att personer som *inte* erhållit behandling inom rehabiliteringsgarantin har en fördubblad risk att få sjukersättning under uppföljningen jämfört med personer som har tagit del av rehabiliteringsgarantins insatser. För personer med psykisk ohälsa var denna risk i storleksordningen 1,6 till 2,8 och för personer med smärtproblem fördubblades risken för de som inte rehabiliterats. Detta är ett viktigt resultat då sjukskrivning för psykiatriska diagnoser utgör en stor risk för framtida sjukersättning. Sjukskrivning till följd av psykiska besvär ökar risken för sjukersättning 14 gånger under en femårsperiod, vilket kan relateras till en riskökning om 6 gånger för rörelseorganens sjukdomar (36). Att undvika nya fall av sjukersättning utgör en besparande åtgärd. Ekonomiska analyser visar att den ekonomiska vinsten uppgår till 137 miljoner kronor för

MMR och 140 miljoner per 1000 behandlade individer. Utifrån detta perspektiv, det vill säga om målet är att förebygga sjukersättning, anses rehabiliteringsgarantin vara kostnadseffektiv.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att sätta in insatser tidigt i sjukfrånvaroprocessen (12). Genomgående i utvärderingen av rehabiliteringsgarantin, liksom i den internationella sjukfrånvaroforskningen, ses ett gemensamt mönster där längden på sjukfrånvaro före och efter insats är starkt korrelerade. Mer än två månaders sjukfrånvaro betyder att förutsättningarna att återgå i arbete minskar avsevärt, oavsett om man har fått rehabilitering eller inte. Lång sjukfrånvaro innebär även en ökad risk att få sjukersättning. Trots att rehabiliteringsgarantin vänder sig till individer som befinner sig i en tidig fas av sjukfrånvaroutvecklingen, har en mycket stor andel av patienterna långa sjukfrånvaroperioder bakom sig. Detta kan bero på att många långvarigt sjuka har tvingats vänta på behandling och i och med rehabiliteringsgarantins genomförande är det dessa individer som först får ta del av insatserna. Utvärderingen tyder dock inte på att denna grupp minskar sin sjukfrånvaro i någon betydande omfattning, även om rehabiliteringen mycket väl kan ha genererat vinster på individnivå (ökad livskvalitet).

En viss andel av behandlingsgrupperna får sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden efter rehabilitering, trots att de saknat detta året före rehabiliteringen. Orsakerna till detta är oklart. I viss mån kan det vara fråga om förebyggande ersättning till exempel rehabiliteringspenning, men då sjukfrånvaron kvarstår under uppföljningen är det sannolikt inte det tyngst vägande skälet. Den största andelen ses i MMR där närmare var tredje person får sjukfrånvaro under uppföljningen, i PB är andelen lägre, runt 10 procent. Att en viss andel går in i sjukfrånvaro är troligen att förvänta i en grupp med uttalade besvär där ingen inledningsvis har sjukfrånvaro. Samtidigt är det känt att personer med smärtproblem och psykisk ohälsa ofta har multipel hälsoproblematik, så kallad komorbiditet och detta framkommer även när man studerar variationen av diagnoserna i rehabiliteringsgarantin. Data från Region Skånes MORSE-projekt visar att patienter som söker läkare för nydebuterade ryggbesvär har upprepade vårdbesök året efter nybesöket där över 80 procent av besöken relateras till andra besvär än ryggbesvär (personlig kommunikation Petterson I., Morse Projektet). Vårdkonsumtionen är även hög för personer med psykisk ohälsa och även här finns en dold problematik. 12-16 procent av primärvårdens patienter uppfyller kriterierna för depression, men söker vård av andra skäl (37). Det är därför svårt att veta vad som är att betrakta som en ”normal” sjukfrånvaroutveckling hos icke-sjukskrivna i en grupp med hälsoproblem av denna art. Det skulle kunna vara så att denna grupp redan året före behandling har haft episoder av kortare sjukfrånvaro inom arbetsgivarperioden där rehabiliteringen i viss mån kan ha varit motiverad för att förebygga en längre sjukfrånvaro. Den evidensgrund som rehabiliteringsgarantin vilar på, framför allt när det gäller MMR, avser rehabilitering av patienter med sjukfrånvaro. Att överföra dessa resultat till att också inkludera förebyggande insatser för individer utan sjukfrånvaro - utan egentlig vetenskaplig grund för detta - är inte oproblematiskt, vilket också resultaten från utvärderingen visar. Det förebyggande målet inom rehabiliteringsgarantin, formulerat som att förebygga sjukfrånvaro, bör skiljas från rehabiliteringsmålet med dess evidensgrund. Den förebyggande verksamheten bör specificeras tydligare utifrån rådande evidens för urvalskriterier och vilken typ av insats som bör ges. I de nyligen publicerade Medicinska Indikationer för MMR (3) ges riktlinjer för urval och typ av insats av mer förebyggande art i form av insatser av unimodal eller intermediär karaktär. Men som man också betonar i rapporten är dessa rekommendationer inte evidensbaserade utan ett försök att utifrån klinisk erfarenhet, konsensus och evidens från andra områden komma till en praktisk prövbar lösning för denna patientgrupp.

Sjukfrånvaroutveckling i landstingen

När analyserna bryts ner på landstingsnivå minskar gruppstorlekarna avsevärt och i flera landsting är grupperna för små för att genomföra jämförande analyser av sjukfrånvaron. Både i kohort I och II förekom relativt sett stora variationer i resultat mellan de enskilda landstingen. I kohort I jämfördes förändringen av sjukfrånvaro mellan kvartal ett före behandling och det fjärde uppföljningskvartalet. För kohort II var det enbart möjligt att studera skillnaden fram till och med det andra uppföljningskvartalet från behandlingsstart. Med en så kort uppföljningsperiod är det svårt att dra slutsatser kring sjukfrånvaroutvecklingen. För båda kohorterna ser man att sjukfrånvaron året före rehabilitering skiljer sig mellan behandlingsgruppen och referensgruppen. Detta gör att landstingsresultaten bör tolkas med mycket stor försiktighet.

Det var inte möjligt att som planerat bryta ner resultaten och titta på enskilda vårdenheter inom landstingen. Anledningen är att ju mer man delar upp materialet i undergrupper, desto mindre tenderar grupperna att bli. Ju mindre grupperna är, desto större risk för slumpvisa effekter som inte återspeglar verkligheten. Det troliga är att resultaten varierar kraftigt mellan rehabiliteringsenheter. I en rapport rörande utvärdering av rehabilitering för stressrelaterad ohälsa framkom just att resultaten varierar avsevärt mellan olika vårdenheter inom landstinget och att aggregerade medelvärden över enhetsnivå "döljer" resultat på mer nedbrutna nivåer (enheter) (5).

Från andra studier i Sverige vet vi att utvecklingen av sjukfrånvaro ser ut så som vi finner i denna utvärdering, åtminstone vad gäller individer med långvarig smärtproblematik från nacke och rygg (6). I samtliga studier där vi har följt sjukfrånvaroutvecklingen bland individer med ryggbesvär ligger sjukfrånvaron inledningsvis på en lägre jämn nivå (ca 20-40 dagar per kvartal) för att sedan - efter ett par kvartal - brant öka till närmare 60-90 dagar. Efter några månader minskar sjukfrånvaron åter. Samma utveckling sker oberoende av om man har fått insats eller ej (6, 38). Dock har vi i tidigare studier sett att sjukfrånvaron för grupper som erhållit multimodal rehabilitering har lägre sjukfrånvaro efter behandling än den obehandlade gruppen.

Resultaten i föreliggande rapport bygger på uppgifter om patienter som har behandlats under rehabiliteringsgarantins första två år (2009 och 2010). En stor del av denna tid dominerades av utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin inom landstingen. Att implementera nya metoder och rutiner tar tid och kräver ibland omfattande förändringar och att skapa fungerande team av olika professioner med olika synsätt kan vara komplicerat. Det kräver också att den personal som skall effektuera nyheterna, i detta fall genomföra behandlingsprogrammen, är väl insatta och utbildade i de nya metoderna. I processutvärderingen redogörs för svårigheterna och osäkerheten kring att identifiera vilka patienter som lämpar sig för MMR. Effektutvärderingen visar också att på många vårdenheter är patientunderlaget mycket begränsat. Detta kan motverka tillskapandet av framgångsrika behandlingsteam, liksom rutin att identifiera och behandla patienter inom MMR. Dessutom har osäkerheten kring rehabiliteringsgarantins existens varit stor. Tillsammans kan dessa faktorer skapa en oro inom organisationen, vilket kan försvåra uppbyggnaden av välfungerande behandlingsteam, vilket i slutändan kan få konsekvenser för behandlingsresultatet. För PB tycks ovanstående problem inte vara lika framträdande.

Hälsoutveckling

Bland de rehabiliterade finns en stor tillfredsställelse med den behandling som man har fått genom rehabiliteringsgarantin och behandlingen liksom den egna vårdenheten ges ett mycket gott betyg. Även övriga instanser som man har varit i kontakt med under rehabiliteringen (FK, AF, arbetsgivaren) får ett godkänt omdöme. För de insamlade enkätdata saknas jämförelsegrupp, varför dessa data mer är att betrakta som en beskrivning av hälsoläget i behandlingsgrupperna än som ett resultat av effekten av rehabiliteringen. Resultatet visar på en signifikant förbättring av så väl hälsa och arbetsförmåga som handlingsutrymme mellan mättillfällena. Den största hälsoförbättringen erhålls redan under den första behandlingsmånaden och därefter ligger hälsostatusen på en stabil nivå. Både i MMR och i PB har personer utan sjukfrånvaro högre skattningar av hälsa och arbetsförmåga jämfört med personer med sjukfrånvaro. Det finns dock ingen skillnad i hur hälsan utvecklas över tid, utan båda grupperna förbättras i samma utsträckning. När man jämför gruppernas hälsostatus med befolkningens framgår att hälsoläget är rejält sänkt både i MMR och i PB vid behandlingsstart. Lägst hälsoskattningar görs av MMR-gruppen och denna grupp ligger – även efter rehabilitering – en bra bit under normalpopulationens värden. Både upplevd arbetsförmåga och arbetsprestation ökar under uppföljningen, men däremot inte den upplevda möjligheten till arbetsåtergång hos personer som hade sjukfrånvaro före rehabilitering. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att föreställningar om möjligheten till arbetsåtergång påverkar huruvida man faktiskt återvänder till arbete efter sjukfrånvaro (19). Det är sålunda viktigt att aktivt arbeta med dessa föreställningar för att stärka individens självförtroende.

Förutom minskat individuellt lidande kan ökad hälsa även innebära en ekonomisk vinst för samhället i form av minskad vårdkonsumtion, minskad sjukfrånvaro och lägre sjuknärvaro hos anställda. En förbättrad arbetsprestation minskar risken för olyckor i arbetet och ger ökad produktivitet.

Runt 30-40 procent av MMR och PB-gruppen anger att deras arbetsförhållanden har förändrats mellan behandlingsstart och uppföljning. Den vanligaste förändringen är byte av arbetstider. Studier (39) visar att ju fler möjligheter man har till flexibilitet i arbetslivet desto större chanser att långtidssjukskrivna återgår i arbete. Rehabilitering definieras vanligen i relation till arbetslivet och i beskrivningen av rehabiliteringsgarantins mål finns ett klart uttalat fokus på arbetsåtergång. Det är dock oklart i vilken mån insatserna inom rehabiliteringsgarantin verkligen är arbetslivsinriktade i den omfattning som behövs för att återgång i arbete ska ske. Denna fråga kan varken den föreliggande utvärderingen, eller Socialstyrelsens beskrivning av rehabiliteringsinsatserna (9) ge svar på, men utifrån resultatet i denna rapport, kan man sluta sig till att arbetslivsinriktningen är bristfällig.

Referensgruppens jämförbarhet

Matchningen mellan patienter och referenspersoner gjordes av Försäkringskassan, utifrån Karolinska Institutets uppställda kriterier. Som underlag vid matchningen användes de egenskaper som i litteraturen har identifierats som särskilt betydelsefulla vid analys av sjukfrånvaro; ålder, kön, diagnosområde och sjukfrånvaro kvartalet före behandling. En stor del av individerna saknade referenspersoner, troligtvis till följd av att de även saknade diagnos men eventuellt även till följd av sin mycket höga sjukfrånvaro.

Jämförelsen mellan behandlingsgrupp och referensgrupp är inte en jämförelse mellan de som fått behandling och de som inte fått behandling. Frågeställningen i jämförelsen är om ”insatser inom rehabiliteringsgarantin ger en större minskning i sjukfrånvaro än reguljärt omhändertagande. Inga uppgifter rörande insatser har varit möjlig att få för referensgruppen.

Det är därför viktigt att betona att resultaten endast visar utvecklingen av de som fått insatser via garantin och de som fått ”vanligt omhändertagande” i dagens Sverige.

Ett centralt problem vid matchning är att ju fler egenskaper man matchar på desto svårare att identifiera en lämplig referensperson som uppfyller samtliga kriterier. Genom att använda samma kriterier som ovan, men enbart inkludera personer som hade sjukfrånvaro *månaden* före rehabilitering erhöles en större likhet mellan behandlingsgrupp och referensgrupp, men som konsekvens minskade gruppstorlekarna avsevärt. De statistiska analyserna visade dock sällan på någon skillnad mellan den kvartalsmatchade och månadsmatchade gruppen och resultatet av den tredje matchningsvarianten (”CEM”) gick även den i linje med de två andra. Också i denna matchningsform ingick ålder och diagnos. Sjukfrånvaro inkluderades som matchningskriterium men för en längre tid före rehabiliteringen (halvåret före). Därutöver inkluderades pensionsgrundande inkomst (PGI) som ett indirekt mått på socioekonomisk status. Detta matchningsförfarande allokerade referenspersonerna annorlunda, men analyserna av sjukfrånvaron genererade trots detta samma utvecklingstendens som vid de två tidigare matchningsförfaranden.

Referensgruppen ger en approximativ beskrivning av utvecklingen av sjukfrånvaro i en grupp med samma diagnoser och könsfördelning, samt genomsnittliga ålder och sjukfrånvaro som behandlingsgruppen, men där individerna inte erhållit samma behandling. Det är enbart i relation till dessa variabler som vi kan vara säkra på grupperna är likvärdiga och man bör därför vara försiktig med vilka slutsatser man drar utifrån jämförelsen behandlingsgrupp – referensgrupp. Den matchade kontrollgruppen som användes är dock en av de metoder som har starkt vetenskapligt stöd om inte en randomiserad kontrollerad studiedesign kan användas. I denna utvärdering har vi haft möjlighet att kontrollera för några av de mest etablerade faktorerna för prognos av sjukfrånvaro men då detta är en registerstudie fanns ingen möjlighet att inhämta annan information av vikt som till exempel psykosociala riskfaktorer.

Styrkor och svagheter i utvärderingen

Den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin väcker många frågor, där materialet och uppföljningstiden inte alltid har varit tillräcklig för att ge svar. Registerstudien av sjukfrånvaro har sin styrka i omfånget där närmare 65 000 patienter ingår. En totalundersökning av detta slag innebär avsaknad av selektionseffekter och resultatet ger därför en tillförlitlig bild av sjukfrånvaroutvecklingen efter rehabiliteringsgarantins insatser, under dess första två år. Uppföljningen har skett i Försäkringskassans register med tillförlitliga uppgifter om sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden. Från samma register har en referensgrupp identifierats. Svagheten i materialet är att informationen om både referensgrupp och behandlingsgrupp är begränsad i Försäkringskassans register. Enbart de mest basala sociodemografiska uppgifter har kunnat beaktas i analyserna. Samtidigt är det väl känt att psykosociala faktorer är av stor vikt för utvecklingen av dysfunktion och sjukfrånvaro. I internationella etablerade riktlinjer betonas vikten av att tidigt identifiera riskfaktorer. De så kallade gula flaggorna är psykosociala riskfaktorer för långvarig smärta vilka är några av de starkaste faktorerna som kan förutsäga framtida långvariga besvär och sjukfrånvaro.

Enbart personer med sjukfrånvaro – före eller efter rehabilitering - har kunnat utvärderas gentemot en jämförelsegrupp i denna utvärdering. En stor andel, särskilt bland de som får PB, saknar dock sjukfrånvaro före behandling och kunskapen om dessa individer är begränsad. Resultaten visar att en relativt stor andel går in i sjukfrånvaro efter behandlingsinsats. Dock är

det svårt att veta vad som kan antas vara en ”normal” sjukfrånvaroutveckling för denna inledningsvis icke-sjukskrivna grupp med psykiska besvär. Vid kommande utvärderingar är det viktigt att ta fasta på denna grupp, vilken kan ske genom enkätstudier, eller utvidgade registerstudier där uppgifter inhämtas från annat håll, exempelvis från Arbetsförmedlingen och Statistiska Centralbyrån. Dessa register kan även vara intressanta att använda för personer med sjukfrånvaro, liksom data från Socialstyrelsens patientregister.

Antalet frågor som kunde ställas till patienterna i enkäten var mycket begränsat, dels för att möjliggöra en hög svarsfrekvens, dels för att enkäten skulle kunna distribueras på vårdenheten, utan att ta upp för mycket av behandlingstiden. Det begränsade formatet innebar bland annat att vissa mätinstrument fick ersättas av delskalor, samt att symptomspecifika frågor för de båda rehabiliteringsgrupperna (PB/MMR) fick utgå. En annan svaghet är att det saknas en jämförelsegrupp i enkätstudien, vilket innebär att vi inte vet om den hälsoförbättring som sker är resultatet av rehabiliteringen eller om det speglar ett naturförlopp som hade inträffat även utan behandlingsinsats. Samtidigt har svarsfrekvensen varit god och merparten av de som besvarade enkäten vid behandlingsstart har även besvarat uppföljningsenkäten. Andelen tillfrågade patienter skiljer sig åt mellan landstingen, men att döma av resultatet tycks det inte finnas några selektionseffekter i vilka patienter som har tillfrågats, utan personer som ingår i enkätgruppen delar de egenskaper som observerades i riket. Dessa resultat visar även på goda likheter med de som rapporterats av region Skåne (bilaga 1). Detta tyder sammantaget på en god representativitet.

Avslutande reflektioner

Fokus i rehabiliteringsgarantin är arbetsförmåga och arbetsåtergång där enbart behandlingar som bevisligen har effekt på dessa egenskaper ska få omfattas av rehabiliteringsgarantin. I själva verket finns ingen behandlingsform för lättare psykisk ohälsa som har evidens för ökad arbetsförmåga. Detta beror huvudsakligen på att de behandlingsmetoder som har prövats har haft andra - mer hälsorelaterade - utfallsmått. Detta innebär att de psykologiska behandlingsmetoder som ingår i rehabiliteringsgarantin har evidens för symtomlindring för tillstånden ångestsyndrom och förstämningssyndrom men inte för arbetsåtergång eller minskning av sjukfrånvaro (40). Det finns heller ingen evidens för effekt på stressrelaterad psykisk ohälsa. Strukturerad psykologisk behandling syftar vanligen till att skapa symtomlindring och öka funktionsförmågan, men att uttryckligen arbeta mot arbetsåtergång ligger ofta utanför ramarna för den sedvanliga psykoterapeutiska behandlingen. Detta kan vara faktorer som förklarar att rehabiliteringsgarantin inte har någon större effekt på sjukfrånvaron för den psykiska ohälsan. Det finns dock idag god evidens både nationellt och internationellt att multimodal rehabilitering för ryggbesvär är effektivt för att minska sjukfrånvaro (12). Den bästa effekten uppnås när kliniska multimodala insatser kombineras med insatser på arbetsplatsen (41, 42). Sådana insatser tenderar även att vara mer kostnadseffektiva än insatser som saknar koppling till arbetsplatsen (43). Att införandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inte har kunnat påvisa effekter på sjukfrånvaro under rehabiliteringsgarantins första år kan dels bero på svårigheter med själva implementeringen, dels på att anknytningen till arbetsplatsen varit svag då majoriteten fått insatser inom landstingsägd primärvård där åtgärder på arbetsplatsen av tradition inte är särskilt stark. Samtidigt tyder resultatet på att insatserna inom rehabiliteringsgarantin blir effektivare med tiden. Personer som kommer in senare i implementeringsprocessen har bättre behandlingsresultat (i.e. kortare sjukfrånvaro) än personer som påbörjade behandlingen i

tidigare faser. Detta kan förstås som en implementeringseffekt, där behandlarna blir gradvis mer rutinerade när det gäller att arbeta utifrån rehabiliteringsgarantins intentioner.

Sjukfrånvaro och arbetsåtergång är komplexa processer som är beroende av fler aspekter än hälsa och arbetsförmåga. Målet arbetsåtergång inom rehabiliteringsgarantin bör dessutom ses som ett delmål snarare än som ett slutmål då internationella studier visar på hög återfallsfrekvens i sjukfrånvaro bland personer som har varit sjukfrånvarande för rehabiliteringsgarantins diagnosområden (4). Lätt till måttlig psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar svarar tillsammans för 58 procent av samtliga återfall i sjukfrånvaro. Insatser behöver därför genomföras - inte enbart för att få tillbaka människor i arbete - utan även för att minska risken för återfall i sjukfrånvaro och därigenom öka sannolikheten för en hållbar rehabilitering.

Slutsatser

- Personer som genomgår rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin upplever en förbättrad hälsa och arbetsförmåga. Denna förbättring yttrar sig dock inte som minskad *total* sjukfrånvaro under de första 12 månaderna efter insats.
- Rehabiliteringsgarantin ger det andra året av införandet en minskning av risken att få sjukersättning. Denna minskade risk gör att man för varje 1000 behandlad undviker 19 (PB) respektive 23 (MMR) fall av sjukersättning. Undvikandet av sjukersättningar ger en nettovinst i storleksordningen 133 till 139 miljoner per 1000 behandlade individer.
- Implementeringen av insatserna inom rehabiliteringsgarantin förbättras över tid och ger därmed bättre effekter på sjukfrånvaro längre fram i implementeringsprocessen(tiden).
- Införandet av rehabiliteringsgarantin har medfört ett ökat fokus och prioritet på utveckling av rehabilitering inom landstingen.
- Landstingen har erbjudit ett stort antal patienter insatser inom rehabiliteringsgarantin men måste framöver bli bättre på att selektera vilka patienter som är hjälpta av de specificerade insatserna. Sjukfrånvaro över 60 dagar, pågående sjukersättning och hög ålder är faktorer som påverkar sjukfrånvaroutvecklingen negativt.
- Många landsting erbjuder insatser via rehabiliteringsgarantin på ett stort antal enheter, vilket gör att patientunderlaget per enhet är litet. Detta riskerar att påverka behandlarnas möjlighet att upprätthålla kompetens, men innebär också att kostnadseffektiviteten i att etablera rehabiliteringsinsatser på ett stort antal enheter inom landstingen kan ifrågasättas, i synnerhet när det gäller den högspecialiserade teambaserade multimodala rehabiliteringsinsatsen. Uppföljningen av införandet visar på svårigheter i implementering på framförallt lokal nivå där mer specificerade urvalskriterier och manualer för behandlingsinsatsen efterfrågas.

- Anknytningen till och samverkan med arbetsplatsen för att förstärka återgång i arbete förefaller i dagsläget vara svag inom rehabiliteringsgarantin och bör utifrån existerande evidens förstärkas. Ur det perspektivet är det viktigt att i manualer och riktlinjer tydliggöra hur man inom de olika insatsmodellerna MMR och PB kan arbeta med det kombinerade syftet att främja hälsa genom arbetsåtergång.
- Hinder vid införandet av rehabiliteringsgarantin är framförallt ett begränsat patientunderlag per enhet, brist på långsiktighet, samt otydlighet i urval och behandlingsinnehåll, samt att behandlingspersonalen i vissa fall har haft en negativ inställning till de förändrade arbetssätt som det inneburit att gå från individuellt utformade arbetsrutiner till mer teambaserade arbetssätt.
- Faktorer som har underlättat införandet av rehabiliteringsgarantin är framförallt de ekonomiska incitament som har givits samt erfarenheter från tidigare satsningar av samma slag, framförallt den så kallade sjukskrivningsmiljarden.

Referenser

1. SOU. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm 2011:15.
2. Busch H, Jensen IB. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron. delrapport II. 2011.
3. Nationella medicinska indikationer. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. 2011:02.
4. Roelen C, Koopmans P, Anema J, van der Beek A. Recurrence of medically certified absence according to diagnosis: A sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20:113-21.
5. Jensen I. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008-2009. Slutrapport. 2011.
6. Jensen IB, Busch H, Bodin L, Hagberg J, Nygren A, Bergstrom G. Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up. *Pain*. 2009 Apr;142(3):202-8.
7. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen I. Patterns of sickness absence a decade after multidisciplinary rehabilitation *Pain*. 2011;152(8):1727-33.
8. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan. Uppföljning av de personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet 2009/2010 eller under första, andra och tredje kvartalet 2010. Återrapportering enligt regeringsbrevet för 2011. 2011.
9. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin 2010.
10. Försäkringskassan. Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos. Stockholm 2011.
11. Försäkringskassan. Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade. 2011.
12. SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2010: SBU-rapport nr 198.
13. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):621-32.
14. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. Volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU-rapport 166/2004.

15. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003 Aug 9;327(7410):323.
16. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*. 2009 Jul-Aug;12(4):E35-70.
17. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 May 1;25(9):1148-56.
18. Currie SR, Wang J. More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychol Med*. 2005 Sep;35(9):1275-82.
19. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2008 Aug;65(8):507-17.
20. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):357-76.
21. Folkhälsoinstitut S. Hälsa på lika villkor. resultat från Nationella folkhälsoenkäten - 20082009.
22. Glise K. Stressrelaterad psykisk ohälsa - hur ser problematiken ut? *Socialmedicinsk tidskrift*. 2007(2):94-101.
23. SKL. Rehabiliteringsgarantin resultat 2010. Stockholm2011.
24. SKL. Rehabiliteringsgarantin 2009 - 2010 Erfarenheter 2009 och resultat från första halvåret 20102010.
25. Iacus S, King G, Porro G. Matching for causal inference without balance checking. <http://gking.harvard.edu/files/cempdf> [serial on the Internet]. 2008: Available from: <http://gking.harvard.edu/files/cem.pdf>.
26. Blackwell M, Iacus S, King G, Porro G. Cem: Coarsened exact matching in Stata. *The Stata Journal*. 2009;9(4):524-46.
27. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv Res*. 2005 Aug;40(4):1234-46.
28. Burström K, Johannesson M, Rehnberg C. Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. . *Quality of Life Research* 2007;16:1547-53.
29. Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective

- study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*. 2010 Sep;36(5):404-12.
30. Westman A, Linton SJ, Ohrvik J, Wahlen P, Leppert J. Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain*. 2008 Jul;12(5):641-9.
31. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, process and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25.
32. Bond F, Hayes S, Baer R, Carpenter K, Guenole N, Orcutt H, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. . *Behavior Therapy*. in press.
33. SMS-Track. SMS -Track Questionnaire 1.1.3. 2007.
34. Axén I, Bodin L, Bergström G, Halasz L, Lange F, Lövgren PW, et al. Using text messages (SMS) to collect frequent data for evaluation of the six months clinical course of low back pain – scrutiny of a novel method. . *Clinical Journal Epidemiology* (in press).
35. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. Stockholm: Bilda Förlag; 2002.
36. Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(10):915-20.
37. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården - endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen*. 1997;94(49):4612-4.
38. Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L. A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*. 2005 Jun;115(3):273-83.
39. Johansson G, Lundberg O, Lundberg I. Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *J Occup Rehabil*. 2006;16(2):185-95.
40. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.2004.
41. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:127.
42. Jensen I, Alipour A. Arbetslivsinriktad rehabilitering – att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen. In: kunskapsrådet A, editor. *Inkluderande arbetsliv*. Stockholm: Fritzes; 2010.

43. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. . *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(8):607-21.



Uppföljning av rehabiliteringsgarantin i region Skåne

Nyberg A, Grahn B, Stigmar K, Strid C, Hallgårde U, Petersson I F

Innehållsförteckning	Sida
Sammanfattning.....	3
Bakgrund	3
Region Skåne	3
Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne.....	3
Syfte.....	4
Metod.....	4
Patienter.....	4
Mätinstrument och frågeformulär.....	4
Process.....	5
Analys	5
Resultat.....	5
Multimodal rehabilitering för patienter med smärtproblematik	5
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsstart.....	6
Tabell 1.	6
Tabell 2.	7
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsavslut.....	8
Psykologisk behandling för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa	10
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsstart.....	10
Tabell 3.	10
Tabell 4.	11
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsavslut.....	12
Diskussion.....	14
Resultatdiskussion patienter med smärtproblematik	14
Resultatdiskussion patienter med psykisk ohälsa.....	14
Studiens svagheter och styrkor	15
Slutsatser	15
Referenser	17

Sammanfattning

Modellen för rehabiliteringsgarantins genomförande i Region Skåne avser att stärka och utveckla vården genom att skapa en långsiktig, kvalitetssäker och resultatriktad struktur. Detta har inneburit tydliga krav på de vårdgivare som ska utföra vården samt ökad tillgänglighet för patienten genom en utökning till ett stort antal vårdgivare. Vid val av mätinstrument och frågeformulär, har man strävat efter en långsiktigt hållbar struktur som också skall möjliggöra forskning. I uppföljningarna har Region Skåne valt att fokusera på funktion, hälsorelaterad livskvalitet och självrapporterad arbetsförmåga.

Syftet med denna rapport är att studera patienter som behandlats inom ramen för rehabiliteringsgarantin och jämföra hur hälsa, funktion och självrapporterad arbetsförmåga utvecklas för patienter som är sjukskrivna respektive icke-sjukskrivna vid rehabiliteringsstart. Underlaget omfattar patienter som har startat behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin under perioden 2009-09-01 – 2010-08-31 och består av 637 patienter med smärtproblematik i rörelseorganen och 2 229 patienter med psykisk ohälsa. Vid analys av resultaten ser man att båda patientgrupperna förbättras avseende funktion, hälsorelaterad livskvalitet och självrapporterad arbetsförmåga. Förändringarna är överlag signifikanta och kliniskt relevanta. Patienter med psykisk ohälsa har en väsentligen högre livskvalitet, både vid in- och utskrivning, jämfört med patienter med smärtproblematik, men båda grupperna förbättras i samma omfattning efter behandlingen. Sjukskrivna patienter med psykisk ohälsa har också vid behandlingsstart signifikant sämre funktion jämfört med de icke-sjukskrivna. När man analyserar EQ-5D:s olika områden ser man att båda patientgrupperna har smärtproblematik och problem med oro/nedstämdhet. I det fortsatta arbetet med att följa upp och utveckla rehabiliteringsgarantin kommer sjukskrivningsdata från Försäkringskassan att länkas till registret.

Bakgrund

Region Skåne

Skåne består av cirka 1,2 miljoner invånare vilket utgör cirka en åttondel av Sveriges befolkning. Karaktäristika för personer boende i regionen såsom fördelning mellan landsbygd och stad och befolkningens ålder, kön, migration och sysselsättning kan jämföras med Sverige som helhet. Vi kan därmed se följande resultat och diskussion som ett viktigt bidrag till den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne

I Region Skåne inordnas rehabiliteringsgarantiåtgärder inom funktionen *Hälsoval* med ett eget ackrediterings- och uppföljningssystem. Beslutet togs av regionfullmäktige 2009-06-23 och modellen som är en förhöjd primärvårdsmodell började gälla 2009-09-01. Efter bedömning på den vårdcentral där patienten är listad kan patienten välja behandlare. Väntetiden får inte vara mer än en månad och är oftast kortare än så. Garantin påverkar inte primärvårdens täckningsgrad negativt – många remitterter är positiva för att deras patienter inte behöver hamna i vårdköer utan istället kan remitteras till behandling.

Modellen för rehabiliteringsgarantins genomförande i Region Skåne utgår från grundbegreppen, *struktur*, *process* och *resultat*. Det innebär att varje vårdgivare vid ansökan om avtal måste uppfylla de formella strukturella krav regionen ställer (*struktur*) och även beskriva hur och med

vilka kompetenser behandlingen kommer att bedrivas. Region Skåne har skapat en flödesmodell i ett patientadministrativt system där varje behandlare måste lägga in de åtgärder som görs vid varje besök (*process*). Varje patient följs upp utifrån utfallsmåtten självrapporterad arbetsförmåga, funktion och egen hälsoupplevelse (*resultat*). Data samlas in vid rehabiliteringens början och avslut samt tre månader därefter. Dessa redovisningar är en förutsättning för att ersättning ska utgå till vårdgivaren.

Syfte

Syftet med denna rapport är att studera patienter som har behandlats inom ramen för rehabiliteringsgarantin och att jämföra hur hälsa, funktion och självrapporterad arbetsförmåga utvecklas för patienter som är, respektive inte är, sjukskrivna vid rehabiliteringsstart.

Metod

Patienter

Ingående patienter är de som har behandlats inom rehabiliteringsgarantin och som har smärtproblematik från rörelseorganen respektive lätt till måttligt psykisk ohälsa. Det omfattar patienter från Region Skåne, som startat behandlingen under perioden 2009-09-01 - 2010-08-31. I registret ingick totalt 723 patienter i gruppen med smärtproblematik och 2 876 patienter i gruppen med psykisk ohälsa. Materialet har begränsats till att omfatta de patienter som har fått behandling enligt rehabiliteringsgarantins intensjoner, det vill säga: a) patienter med smärtproblematik som har fått totalt minst sex behandlingar under en period av sex veckor, b) patienter med psykisk ohälsa som har fått minst sex behandlingar. Totalt består underlaget av 637 patienter i gruppen med smärtproblematik och 2 229 patienter i gruppen med psykisk ohälsa.

Mätinstrument och frågeformulär

Vårdgivaren har vid inskrivning registrerat bakgrundsuppgifter om kön, ålder, familjeförhållande, etnicitet, vikt, längd, diagnos och försörjningsförhållanden. Vidare har vårdgivaren gjort en bedömning av tre på förhand fastställda funktioner. Funktionerna är utvalda ur *International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF* (WHO, 2010) och med stöd av ICF core-sets (ICF Research Bransch, 2010). För varje funktion har vårdgivaren angett graden av funktionsnedsättning på en femgradig skala; från ingen funktionsnedsättning till total funktionsnedsättning. För patienter med smärtproblematik gäller funktionsfrågorna: smärtförmåga (b280), funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete (b455) samt funktioner för rörlighet i leder (b710). För patienter med psykisk ohälsa gäller funktionsfrågorna: sömnfunktioner (b134), högre kognitiva funktioner (b164) samt förmåga att hantera stress och andra psykologiska krav (b240). Vårdgivaren har också besvarat om och i så fall i vilken grad funktionsnedsättningen kan styrkas av objektiva undersökningsfynd samt angett en prognos av funktionsnedsättningen. Bedömning enligt ovanstående ICF-funktioner har även registrerats vid utskrivning.

Patienter med smärtproblematik och patienter med psykisk ohälsa har besvarat likadana enkäter vid in- respektive utskrivning samt vid uppföljning tre månader efter avslutad rehabilitering. Enkäten omfattar frågor om anställningsförhållanden, ordinarie arbetstid och eventuell sjukskrivning. Patienterna har även besvarat en fråga med ja eller nej, huruvida arbetsförmågan varit nedsatt den senaste veckan på grund av värk eller trötthet.

Vidare har patienterna besvarat frågor om hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) som består av EQ-descriptive system och EQ-VAS (EuroQol, 2011). Den första delen omfattar fem frågor om nuvarande hälsostatus; rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärta/besvär samt oro/nedstämdhet. Varje fråga erbjuder tre svarsalternativ (inga problem, måttliga problem och uttalade problem). EQ total score kan ha värden mellan 1 och 0. Även negativa värden kan förekomma. Normalvärdet för den svenska befolkningen kan enligt två större befolkningsundersökningar beräknas till 0,84 (Burström, Johannesson och Rehnberg, 2007). En kliniskt relevant förbättring motsvarar minst 0,1.

EQ-VAS är en visuell analog skala, som mäter hälsa. Patienten ska genom att dra en linje som skär axeln ange sitt nuvarande hälsotillstånd. Skalan utgår från 0, som motsvarar sämsta tänkbara tillstånd och slutar vid 100 som motsvarar bästa tänkbara tillstånd.

Process

De patienter som får vård inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne, registreras i ett patientadministrativt system, PASIS. Vårdgivaren har vid in- respektive utskrivning registrerat uppgifter enligt ovan. Även de besvarade patientenkäterna har registrerats i PASIS, vid inskrivning, utskrivning och vid 3-månadersuppföljningen. Under rehabiliteringsperioden har behandlaren vid varje vårdtillfälle registrerat aktuell behandlarkategori samt angett någon av de på förhand fastställda alternativen av vårdåtgärder (Socialstyrelsen, 2011).

Analys

Patientmaterialet presenteras i sin helhet i deskriptiv statistik för respektive rehabiliteringsgrupp. Jämförelser har sedan gjorts mellan sjukskrivna och icke-sjukskrivna. Jämförelserna har gjorts över tid från in- och utskrivning samt uppföljning. Materialet har analyserats med parametrisk och icke-parametrisk statistik (Altman, 1999).

Resultat

Multimodal rehabilitering för patienter med smärtproblematik

Analysen baseras på data från 637 patienter med smärtproblematik från nacke, skuldra eller rygg, som påbörjat multimodal rehabilitering under perioden 2009-09-01 – 2010-08-31 i Region Skåne. I medeltal har gruppen haft 19 vårdkontakter med en spridning på mellan 6-61 besök. Rehabiliteringsperioden har varierat mellan 42 och 408 dagar och medelvårdtiden är 132 dagar. Den vanligaste behandlarkategorin som skriver in patienterna är läkare, men under rehabiliteringsperioden är sjukgymnast den vanligast förekommande behandlarkategorin. Knappt 70 procent har haft tre eller fler professioner involverade i rehabiliteringen.

Gruppen som helhet har en medelålder på 45 år och består till 79 procent av kvinnor. När materialet indelas i tre konsekutiva inskrivningsperioder, omfattande fyra månader, så skiljer sig inte grupperna åt i någon nämnvärd omfattning. Det som kan noteras är att andelen sjukskrivna var högst i första inskrivningsperioden (2009-09-01 – 2009-12-31) för att minska under andra inskrivningsperioden (2010-01-01 – 2010-04-30) för att sedan återigen öka under den sista inskrivningsperioden (2010-05-01 – 2010-08-31). Svansfrekvensen vid utskrivning var 574 patienter (90 %) och vid 3-månadersuppföljningen 509 patienter (80 %).

Jämförelse mellan grupper vid behandlingsstart

När man jämför grupperna sjukskrivna respektive icke-sjukskrivna, finns signifikanta skillnader i utbildningsnivå (tabell 1). Icke-sjukskrivna har oftare högskoleutbildning (31 %) än sjukskrivna (20 %). Andelen med utländsk härkomst är också högre bland de som är sjukskrivna ($p=0,002$).

Tabell 1. Sociodemografiska data och bakgrundskaraktäristika – patienter med smärtproblematik som behandlats med MMR. Uppdelat på, vid inskrivning, icke-sjukskrivna och sjukskrivna patienter.

	Icke-sjukskrivna $n = 375$				Sjukskrivna $n = 262$				
	n	%	m	sd	n	%	m	sd	p
Ålder			45,3	10,5			44,8	9,8	ns
Kön, kvinnor	293	78			213	81			ns
Född i Sverige	312	83			192	73			0,002
Utbildning									
Ingen	-	-			1	0,4			0,006
Grundskola	54	14			56	21			
Gymnasium	204	54			151	58			
Högskola	117	31			54	20			
Försörjning									
Anställd	189	50			83	32			0,000
Egen företagare	25	7			10	4			ns
Arbetslöshetskassa	41	11			6	2			0,000
Studiestöd	15	4			1	0,4			0,004
Försörjningsstöd	11	3			1	0,4			ns
Annat	132	35			25	10			0,000
Upplevd lägre arbetsförmåga pga. värk eller trötthet	168	71			129	81			ns
Vanligaste diagnoserna									ns
Smärta och värk som ej klassificeras annorstädes	79	21			68	26			
Myalgi	84	22			45	17			
Lumbago/lumbago-ischias/ischias	66	18			53	20			
Cervikalgi/cervikokranialt syndrom/cervikobrachialt syndrom	63	17			44	17			
Övrigt	77	22			48	20			
EQ-total score (0-1)			0,34	0,34			0,22	0,32	0,000
EQ-VAS (0-100)			41,8	21,4			34,2	18,3	0,000

Tabell 2. Grad av funktionsnedsättning vid in- respektive utskrivning för patienter med smärtproblematik, uppdelat på sjukskrivna respektive ej sjukskrivna, $n = 637$

	Icke-sjukskrivna					Sjukskrivna					
	Före		Efter ¹		$p1$	Före		Efter ²		$p2$	$p3$
	n	%	n	%		n	%	n	%		
F1A. Smärta, b280	375		328		0,000	262		244		0,000	ns
Ingen (0-4)	4	1	13	4		1	0,4	3	1		
Lätt (5-24)	39	10	103	28		17	7	46	18		
Måttlig (25-49)	172	46	128	34		105	40	102	39		
Svår (50-95)	146	39	81	22		133	51	88	34		
Total (96-100)	14	4	3	1		6	2	5	2		
F2A, Tolerans för fysiskt arbete, b455					0,000					0,000	ns
Ingen (0-4)	53	14	95	25		23	9	35	13		
Lätt (5-24)	90	24	92	25		52	20	73	28		
Måttlig (25-49)	117	31	86	23		103	39	102	39		
Svår (50-95)	91	24	49	13		72	28	30	12		
Total (96-100)	24	6	6	2		12	5	4	2		
F3A. Rörlighet i leder* b710					0,000					0,000	ns
Ingen (0-4)	24	6	49	13		18	7	23	9		
Lätt (5-24)	98	26	124	33		58	22	73	28		
Måttlig (25-49)	145	39	88	24		100	38	92	35		
Svår (50-95)	72	19	42	11		57	22	43	16		
Total (96-100)	2	1	2	1		1	0,4	0	0		

$p1$ = signifikans sjukskrivna, före – efter

$p2$ = signifikans ej sjukskrivna, före – efter

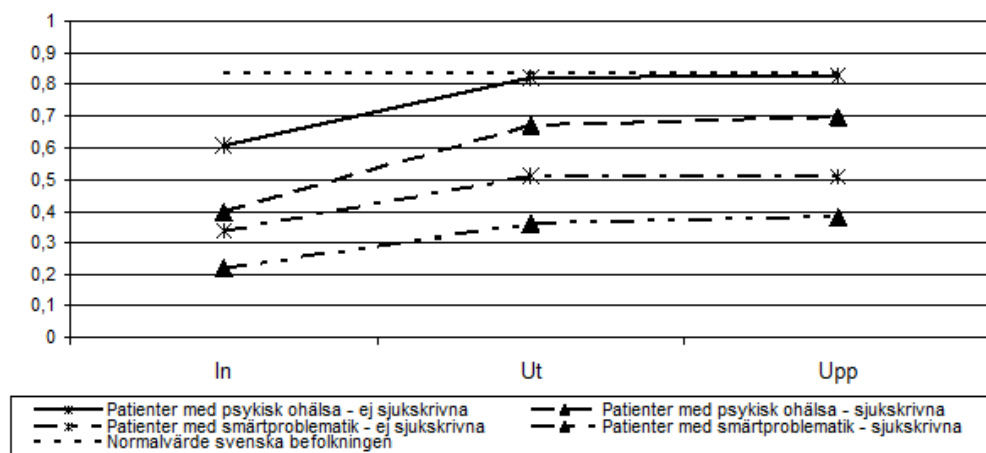
$p3$ = signifikans skillnad mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna förbättring, före – efter

¹ Bortfall efter rehabilitering = 47

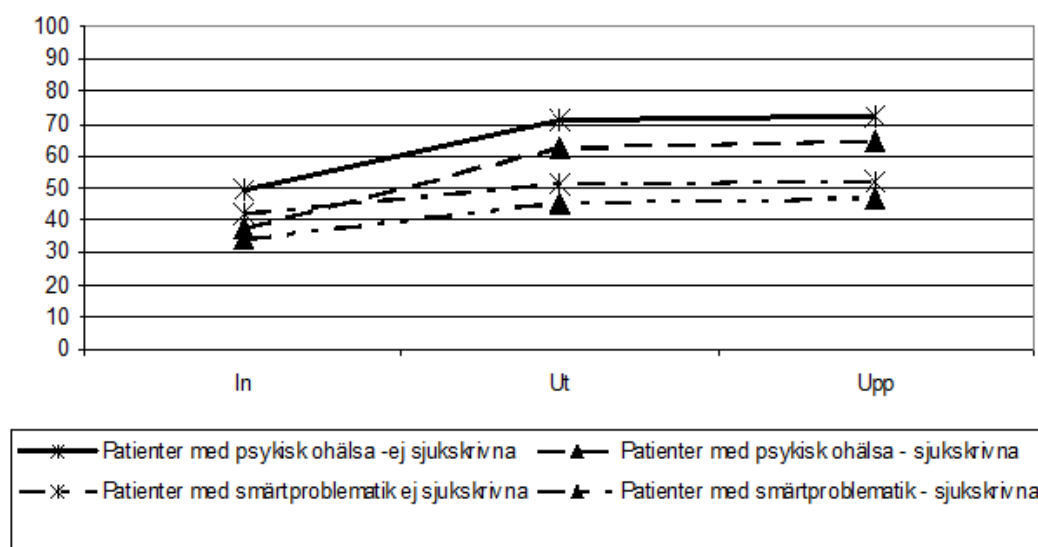
² Bortfall efter rehabilitering = 18

* Rörlighet i leder, ytterligare bortfall icke-sjukskrivna= 33; sjukskrivna= 14

Det finns inga signifikanta skillnader i funktion när man jämför sjukskrivna och icke-sjukskrivna (tabell 2). Som framgår av figur 1a finns däremot signifikanta skillnader mellan grupperna när det gäller hälsorelaterad livskvalitet, mätt med EQ-5D. Sjukskrivna skattar sin hälsa betydligt lägre (0,22) än icke-sjukskrivna (0,34). Likaledes finns signifikanta skillnader i hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-VAS mellan sjukskrivna respektive icke-sjukskrivna (34,2 respektive 41,8) (figur 1b).



Figur 1a. EQ total score vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, icke-sjukskrivna och sjukskrivna patienter med smärtproblematik och psykisk ohälsa.



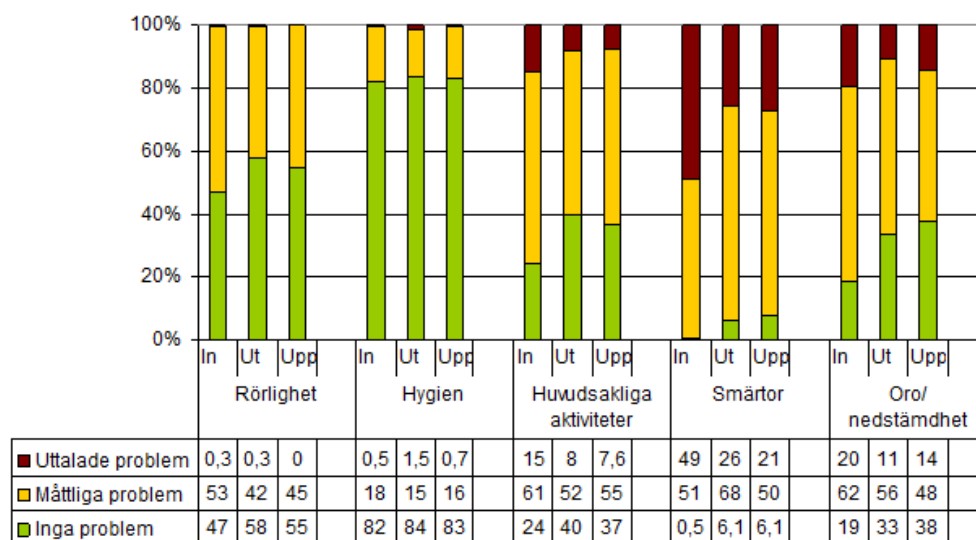
Figur 1b. EQ VAS vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, icke-sjukskrivna och sjukskrivna patienter med smärtproblematik och psykisk ohälsa.

Knappt 75 procent av gruppen som helhet uppger att arbetsförmågan har varit nedsatt den senaste veckan på grund av värk eller trötthet. När sjukskrivna och icke-sjukskrivna patienter jämförs så uppger 81 procent respektive 71 procent att arbetsförmågan var nedsatt.

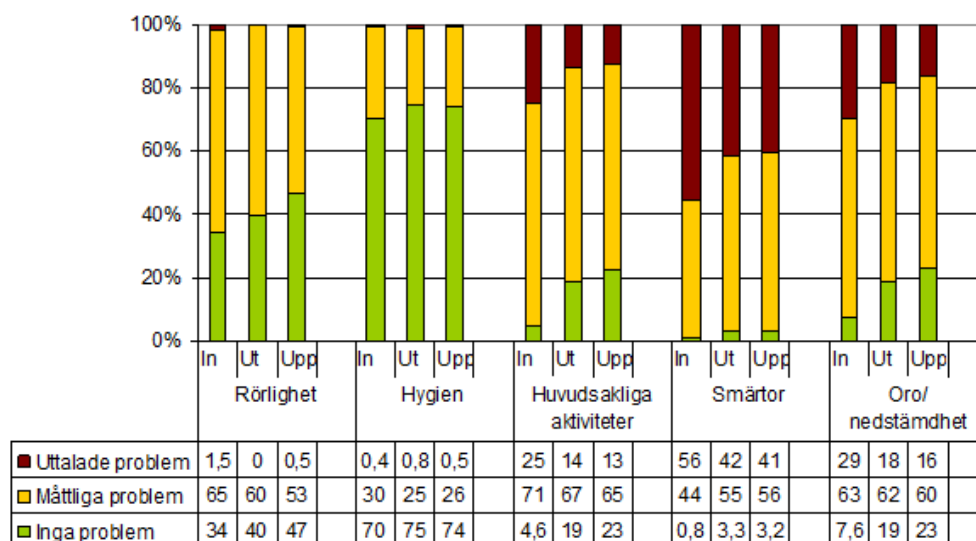
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsavslut

När materialet delas in i sjukskrivna respektive icke-sjukskrivna blir båda grupperna signifikant förbättrade i samtliga funktioner (smärta, tolerans för fysiskt arbete och rörlighet i leder), men det finns inga skillnader i graden av förbättring (tabell 2). När man gör jämförelser mellan sjukskrivna och icke-sjukskrivna har båda gruppernas hälsorelaterade livskvalitet signifikant förbättrats vid utskrivning med 0,14 respektive 0,16, till 0,36 respektive 0,51 (figur 1a). När man bryter ned EQ-5D i de enskilda dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor och oro/nedstämdhet ser man att förbättringar sker i

samtliga dimensioner förutom hygien. Detta gäller både sjukskrivna och icke-sjukskrivna. När man gör jämförelser av graden av förbättring mellan grupperna så ses inga skillnader (Figur 2a-2b).



Figur 2a. EQ-5D delområden vid inskrivning (in), utskrivning (ut) och uppföljning (upp) för patienter med smärtproblematik som vid inskrivning inte var sjukskrivna, n =375.



Figur 2b. EQ-5D delområden vid inskrivning (in), utskrivning (ut) och uppföljning (upp) för patienter med smärtproblematik som vid inskrivning var sjukskrivna, n = 262.

Andelen patienter som rapporterar sänkt arbetsförmåga på grund av värk eller trötthet minskar signifikant efter rehabiliteringen. I gruppen icke-sjukskrivna rapporterar 40 procent sänkt arbetsförmåga vid utskrivning och bland de sjukskrivna var motsvarande andel 68 procent. Minskningen kvarstod i stort sett i båda grupperna vid 3-månadersuppföljningen.

Psykologisk behandling för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa

Analysen baseras på data från 2 229 patienter med psykisk ohälsa som fått behandling inom rehabiliteringsgarantin under perioden 2009-09-01 till 2010-08-31 i Region Skåne. Behandlingen utgörs av 6-23 samtalstillfällen med ett medeltal på 8,7 tillfällen där den vanligaste behandlarkategorin är psykolog. Flertalet av patienterna är kvinnor och medelåldern är 41,2 år för kvinnor och 40,4 för män. Cirka en tredjedel av alla patienter har diagnosen depression. Andra vanliga diagnoser är annat ångestillstånd, annan stressreaktion eller panikångestsyndrom.

När materialet delas in i tre konsekutiva inskrivningsperioder (2009-09-01 – 2009-12-31, 2010-01-01 – 2010-04-30 samt 2010-05-01 – 2010-08-31), omfattande fyra månader, så skiljer sig inte grupperna åt i någon nämnvärd omfattning. Svarefrekvensen vid utskrivning var 1 955 patienter (88 %) och vid tre månaders uppföljning 1 590 patienter (71 %).

Jämförelse mellan grupper vid behandlingsstart

I en jämförelse mellan sjukskrivna respektive icke-sjukskrivna ses ingen signifikant skillnad i utbildningsnivå (tabell 3). Vid behandlingsstart är 21 procent av kvinnorna och 16 procent av männen sjukskrivna, vilket innebär en signifikant skillnad mellan könen. Graden av funktionsnedsättning mätt med ICF visar att patienter med sjukskrivning har signifikant större funktionsnedsättning på samtliga tre ICF-variabler (sömn, förmåga att hantera stress samt kognitiv funktion) jämfört med gruppen icke-sjukskrivna (tabell 4).

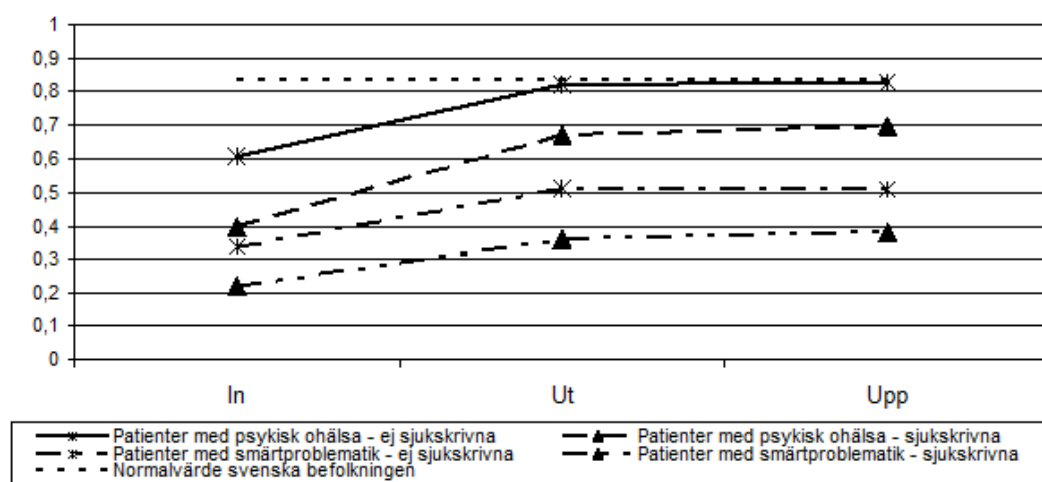
Tabell 3. Sociodemografisk data och bakgrunds karaktäristika – patienter med psykisk ohälsa. Uppdelat på, vid inskrivning, icke-sjukskrivna respektive sjukskrivna patienter.

Ej sjukskrivna n = 1 788					Sjukskrivna n = 441				
	n	%	m	sd	n	%	m	sd	p
Ålder			39,9	12,6			45,2	10,8	0,000
Kön, kvinnor	1 243	70			336	76			0,006
Född i Sverige	1 583	89			372	84			0,017
Utbildning									
Ingen	6	0,3			4	1			ns
Grundskola	124	7			38	9			
Gymnasium	763	43			197	45			
Högskola	895	50			202	46			
Försörjning									
Anställd	1 130	63			192	44			0,000
Egenföretagare	134	8			14	3			0,001
Arbetslöshetskassa	121	7			13	3			0,003
Studerande	224	13			2	0,5			0,000
Försörjningsstöd	31	2			1	0,2			0,013
Annat	255	14			13	3			0,000
Upplevd lägre arbetsförmåga pga. värk eller trötthet	720	52			225	65			0,000
Diagnos									
Depressiv episod	521	30			186	42			0,000
Annan stressreaktion	351	20			74	17			
Annat ångestillstånd	309	17			57	13			
Paniksyndrom	213	12			30	7			
Övrigt	384	22			94	21			
EQ-total score (0-1)			0,61	0,27			0,40	0,30	0,000
EQ-VAS (0-100)			49,5	20,1			37,3	18,4	0,000

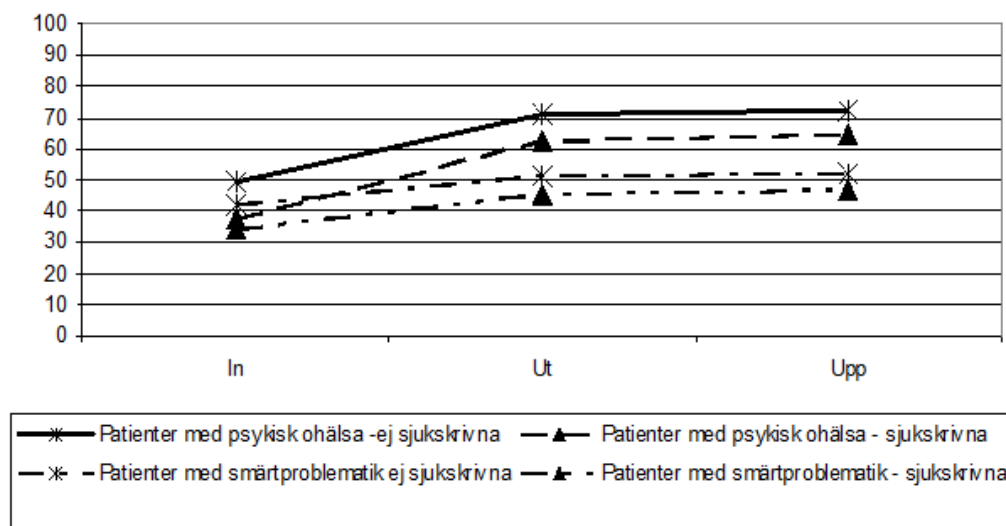
Tabell 4. Grad av funktionsnedsättning vid in- respektive utskrivning för patienter med psykisk ohälsa, uppdelat på icke-sjukskrivna respektive sjukskrivna vid inskrivning, $n = 2\ 229$.

	Ej sjukskrivna					Sjukskrivna					
	Före		Efter ¹		$p1$	Före		Efter ²		$p2$	$p3$
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Sömn, b 134	1788		1583		0,000	441		381		0,000	ns
Ingen (0-4)	416	23	871	55		50	11	145	38		
Lätt (5-24)	520	29	509	32		82	19	119	31		
Måttlig (25-49)	595	33	172	11		191	43	83	22		
Svår (50-95)	245	14	30	2		113	26	33	9		
Total (96-100)	12	1	1	0,1		5	1	1	0,3		
Kognitiv funktion, b 164					0,000					0,000	0,021
Ingen (0-4)	524	29	1050	66		49	11	157	41		
Lätt (5-24)	595	33	392	25		123	28	129	34		
Måttlig (25-49)	496	28	119	8		171	39	72	19		
Svår (50-95)	163	9	21	1		95	22	23	6		
Total (96-100)	10	1	1	0,1		3	1	0	0		
Stress, d 240*					0,000					0,000	ns
Ingen (0-4)	93	6	495	34		6	2	72	21		
Lätt (5-24)	411	26	676	47		44	11	134	39		
Måttlig (25-49)	773	49	236	16		177	46	100	29		
Svår (50-95)	288	18	35	2		148	38	34	10		
Total (96-100)	17	1	2	0,1		12	3	2	1		

Figur 3a visar att sjukskrivna personer ligger signifikant lägre i hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D (0,40) jämfört med icke-sjukskrivna (0,61). Vad gäller EQ-VAS ligger sjukskrivna på 37,3 vilket också det är signifikant sämre än icke-sjukskrivna som ligger på 49,5 (Figur 3b).



Figur 3a. EQ total score vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, icke-sjukskrivna och sjukskrivna patienter med smärtproblematik och psykisk ohälsa.



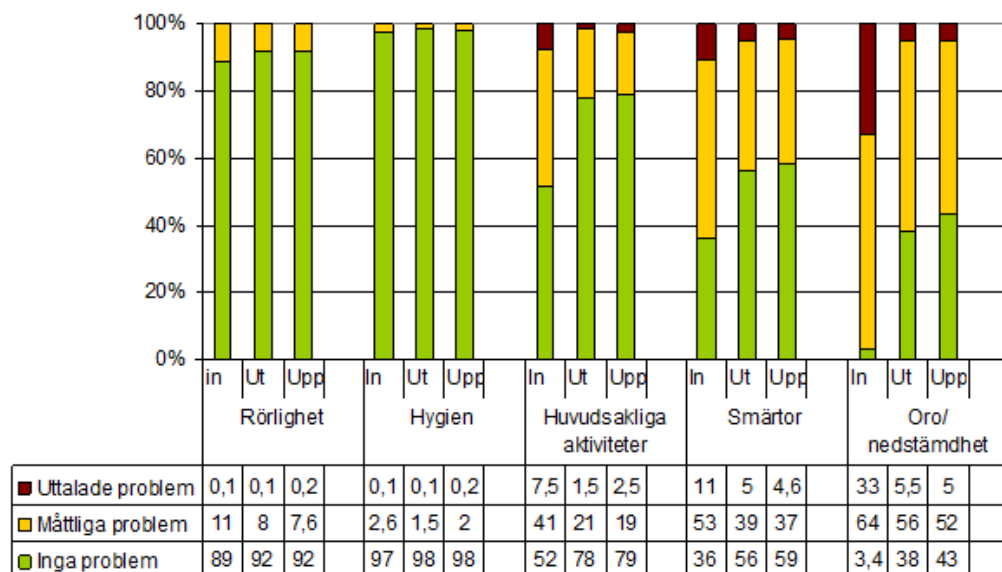
Figur 3b. EQ VAS vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, icke-sjukskrivna och sjukskrivna patienter med smärtproblematik och psykisk ohälsa.

Självupplevd sänkt arbetsförmåga rapporteras av ca 55 procent i hela gruppen och ca 52 procent i gruppen icke-sjukskrivna. Vid en jämförelse mellan sjukskrivna och icke-sjukskrivna så är det signifikant fler som rapporterar lägre arbetsförmåga i gruppen sjukskrivna (tabell 3).

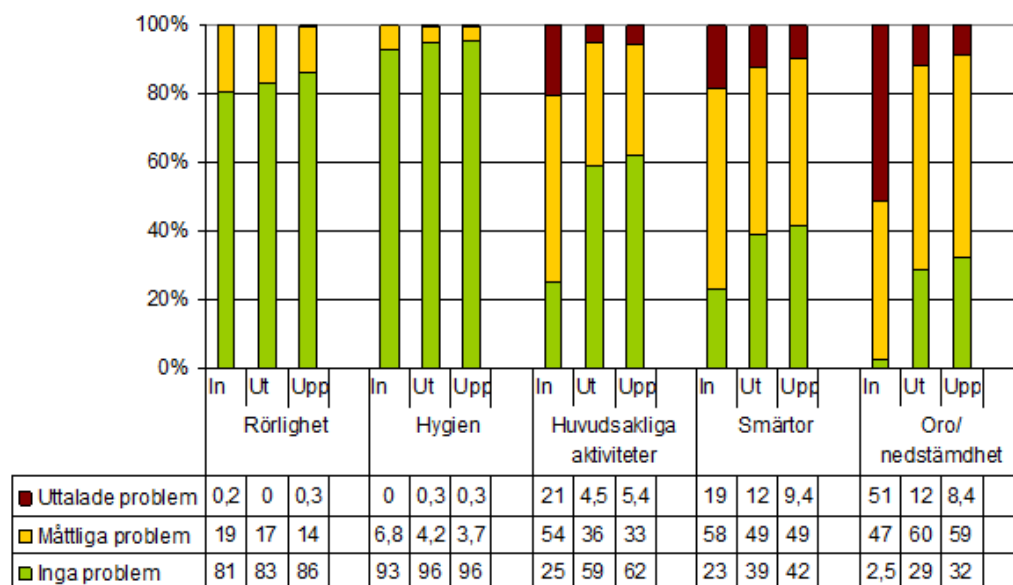
Jämförelse mellan grupper vid behandlingsavslut

Vid en uppdelning mellan sjukskrivna och icke-sjukskrivna uppvisar båda grupperna signifikanta förbättringar i funktion efter behandling på samtliga variabler. Förbättringen var signifikant större i variabeln kognitiv funktion för icke-sjukskrivna jämfört med sjukskrivna (tabell 4).

Sjukskrivna ligger före behandlingen klart lägre på EQ total score än icke-sjukskrivna. Detta gäller även EQ VAS för sjukskrivna jämfört med icke-sjukskrivna. Båda grupperna visar dock signifikanta förbättringar i båda måtten efter behandlingen och ytterligare någon förbättring vid 3-månadersuppföljningen (figur 3a-3b). Förbättringarna är signifikant större för gruppen sjukskrivna om man jämför indata med uppföljningsdata. Gruppen som ej var sjukskriven ligger vid tre månaders uppföljning på samma nivå vad gäller EQ-5D som den svenska normalbefolkningen (se figur 3a). När man gör jämförelser av graden av förbättring mellan grupperna så ses inga skillnader (figur 4a-4b).



Figur 4a. EQ-5D delområden vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, icke-sjukskrivna patienter med psykisk ohälsa, n = 1 788.



Figur 4b. EQ-5D delområden vid inskrivning, utskrivning och uppföljning för, vid inskrivning, sjukskrivna patienter med psykisk ohälsa, n = 441.

Andelen patienter som rapporterar sänkt arbetsförmåga minskar signifikant efter behandling. I gruppen patienter som ej var sjukskrivna vid inskrivning rapporterar ca 18 procent sänkt arbetsförmåga vid utskrivningen och bland de sjukskrivna var motsvarande andel ca 36 procent. Minskningen kvarstår vid uppföljningen tre månader efter behandlingen.

Diskussion

Resultatdiskussion patienter med smärtproblematik

De resultat som redovisas i denna rapport baseras i huvudsak på utfallsmåtten funktion och hälsorelaterad livskvalitet. Genomgående sker hälso- och funktionsförbättringar mellan in- och utskrivning. Förbättringen ses både för sjukskrivna och icke-sjukskrivna. När det gäller hälsorelaterad livskvalitet sker också statistiskt signifikanta och kliniskt relevanta förbättringar. Patienterna med smärtproblematik ligger genomgående mycket lågt i sitt total score på EQ-5D och trots att de förbättrats vid uppföljningen kommer de inte upp i samma värde som patienterna med psykisk ohälsa hade vid inskrivning. Allra lägst skattar de sjukskrivna sin hälsa. Smärtpatienternas totalscore ligger vid avslutad rehabilitering och uppföljning, långt under vad en svensk normalpopulation har (0,84) (Burström, Johannesson och Rehnberg, 2007). Både sjukskrivna och icke-sjukskrivna förbättras i samtliga funktioner och vad gäller den självrapporterade arbetsförmågan så ser man att en mindre andel av patienterna rapporterar nedsatt arbetsförmåga vid utskrivning och uppföljning jämfört med vid start av behandlingen. Att bedöma arbetsförmåga bedöms av läkare som en svår uppgift (Stigmar, Grahn och Ekdahl, 2010) men självrapporterad arbetsförmåga har i tidigare studier visat sig vara ett relativt säkert mått med god prediktion på framtida arbetsförmåga (Alvania et al., 2009).

Det finns ett vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering är effektivt för patienter med ryggproblem (SBU, 2010). De effekter som uppnås är i första hand aktivitetspåverkan och i mindre grad minskad smärta (SBU, 2010). Resultaten från detta material visar att även smärtan minskar signifikant för både sjukskrivna och icke-sjukskrivna. För patienter med smärtproblematik handlar det många gånger inte om att bli återställd och fri från sina smärtor utan snarare om att hitta strategier för att hantera smärtor i relation till dagligt liv, där arbetet är centralt. Att uppföljningarna av funktion sker, är därför angeläget. I den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin del II, framhåller man också vikten av att rehabiliterande insatser sätts in tidigt (Busch & Jensen, 2010).

Resultatdiskussion patienter med psykisk ohälsa

I en meta-analys av 149 olika studier framgår det klart att psykologisk behandling av depression har stora effekter i form av minskade symtom och ökat välmående (Cuijpers et al, 2008). Detta är i linje med våra resultat. I vår analys av psykologisk behandling med KBT/IPT av patienter med psykisk ohälsa så visar resultatet på signifikanta förbättringar på i stort sett samtliga mått för både sjukskrivna och icke-sjukskrivna. Den hälsorelaterade livskvaliteten mätt med EQ5D förbättras markant efter behandlingen och resultatet kvarstår vid tre månaders uppföljning. Detta gäller både total score, VAS skalan och de olika dimensionerna. Intressant är att patienter med psykisk ohälsa uppger förbättringar avseende smärtbesvär vilket kan jämföras med smärtpatienterna som uppger förbättringar avseende oro/nedstämdhet. Detta tyder på att patienter med psykisk ohälsa även har smärtproblem och att patienter med smärtproblem har psykiska besvär och att båda behandlingsformerna, KBT/IPT och MMR ger förbättringar inom dessa områden även om områdena inte är samma som huvudproblemet för den specifika patientgruppen.

Även funktionen mätt med tre olika ICF variabler förbättras signifikant efter avslutad behandling. Patienterna får klart mindre sömnbesvär, bättre kognitiv förmåga samt klart ökad förmåga att hantera stress. Icke-sjukskrivna patienter förbättras mer i kognitiv funktion än sjukskrivna, men det var en betydligt större andel av de sjukskrivna som hade påtagliga

besvär i denna dimension vid inskrivning. Patienterna rapporterar även förbättringar i självupplevd arbetsförmåga såväl efter behandlingen som vid 3-månadersuppföljningen, vilket troligtvis hänger samman med övriga förbättringar i livskvalitet och funktion.

Studiens svagheter och styrkor

Urvalet av patienter i denna rapport har begränsats till de som verkligen har fått behandling enligt föreskrifterna för rehabiliteringsgarantin. Detta för att behandlingsresultaten ska kunna relateras till de insatser som rehabiliteringsgarantin avser.

De funktionsmått som har valts med utgångspunkt i WHO:s core-sets är relevanta för patientgrupperna och har i hög grad besvarats av vårdgivaren vid in- och utskrivning. Vi har i denna rapport inte analyserat vårdgivarens bedömning av huruvida funktionsnedsättningen kan styrkas av objektiva undersökningsfynd och inte heller prognosen.

För att beskriva hälsorelaterad livskvalitet har EQ-5D använts. Detta är ett instrument som används brett, såväl nationellt som internationellt. För att beräkna total score, krävs en nyckel. I denna rapport har vi använt en nyckel som är baserad på en brittisk normalpopulation (Dolan, 1997), då det saknas tillgång till motsvarande svensk nyckel. Det har också på senare tid framförts kritik mot EQ-5Ds känslighet för förändring, riktat mot att det bara finns tre svarsnivåer; inga problem, måttliga problem eller omfattande/totala problem. Utvärdering av en version med fem svarsnivåer pågår (Herdman et al., 2011). Det är angeläget att studera vilken typ av insatser som är verksamma och för vem, inte bara ur ett medicinskt perspektiv utan också ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. EQ-5D möjliggör hälsoekonomiska uppföljningar, där jämförelser kan göras mellan olika typer av patientgrupper för att i slutändan kunna ta ställning till prioriteringar.

Angående patienternas arbetssituation så har den inledande frågan i patientenkäten omedelbart diskriminerat de som uppger sig sakna anställning eller egen verksamhet. Dessa hänvisas till EQ-5D på nästa sida. Denna formulering innebär att frågan om egen uppfattning av nedsatt arbetsförmåga på grund av värk eller trötthet har ett stort internt bortfall.

Uppföljningen av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne är i grunden utformad för kvalitetsuppföljning, med en uttalad strävan att uppföljningsmanualerna ska fungera långsiktigt och uthålligt bland såväl vårdgivare som patienter. Man strävar också efter att möjliggöra forskning med utgångspunkt i registret (Nyberg et al., 2011). Att kombinera data från vårdregister med sjukskrivningsuppgifter ger värdefull information om utfall av behandling och rehabilitering (Olofsson et al., 2010).

Slutsatser

Smärtproblematik från nacke, skuldra och rygg samt psykisk ohälsa är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Rehabiliteringsgarantins huvudsyfte är att förbättra hälsa och arbetsförmågan hos dessa båda patientgrupper. Båda behandlingsgrupperna uppnår signifikanta förbättringar vad gäller funktion, hälsorelaterad livskvalitet samt självrapporterad arbetsförmåga. Behandlingsgrupperna skiljer sig åt i flera avseenden, där gruppen med psykisk ohälsa har en högre utbildningsnivå och lägre grad av sjukskrivning. Patienterna med psykisk ohälsa har en väsentligen högre hälsorelaterad livskvalitet vid inskrivning; jämfört med gruppen med smärtproblematik. Gruppen med smärtproblematik uppnår inte vid utskrivning eller uppföljning de värden gruppen med psykisk ohälsa har vid inskrivning.

Sjukskrivna inom båda behandlingsgrupperna har betydligt sämre värden på hälsomåttan än icke-sjukskrivna. I regel förbättras dock grupperna likartat efter rehabilitering. För både gruppen sjukskrivna och ej sjukskrivna inom de två olika diagnosområdena påvisas signifikanta förbättringar efter avslutad rehabilitering och som också kvarstår vid tre månaders uppföljning. Tre månader är en kort uppföljningsperiod, varför kommande längre uppföljning kommer att kunna ge värdefull information angående kombination med objektiv sjukskrivningsdata. Vidare måste resultaten relateras till en relevant jämförelsegrupp, för att möjliggöra mer säkra slutsatser.

Referenser

Altman D G 1999 Practical Statistics for Medical Research. USA: Chapman & Hall.

Alvinia S M, de Boer A G E M, van Duivenbooden J C, Frings-Dresen M H W, Burdorf A 2009 Determinants of work ability and its predictive value for disability. Occupational Medicine 59:32-37.

Burström K, Johannesson M, Rehnberg C 2007 Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. Quality of Life Research 16:1547-1553.

Busch H, Jensen I 2010 En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron. Delrapport II. Citerad: 2011-06-14. Tillgänglig från: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/aktuellt/utvardering-rehabiliteringsgarantin

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G 2008 Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. BMC Psychiatry 8:36

Dolan 1997 Modeling valuations for EuroQol health states. Medical Care 35:1095-1108.

Euroqol 2011 EQ-5D. Citerad: 2011-06-07. Tillgänglig från: www.euroqol.org

Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M F, Kind P, Parkin D, Bonsel G, Badia X 2011 Development and preliminary testing of the new five level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Quality of life research.

ICF Research Branch 2010 ICF Core-sets for depression. Citerad: 2011-06-14. Tillgänglig från: <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects/mental-health/icf-core-set-for-depression.html>

ICF Research Branch 2010 ICF Core-sets for chronic widespread pain. Citerad: 2011-06-14. Tillgänglig från: <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects/musculoskeletal-conditions/icf-core-set-for-chronic-widespread-pain.html>

Nyberg A, Grahn B, Stigmar K, Strid C, Hallgårde U, Petersson I F 2011 Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling av behandlingsmodeller och uppföljning av behandlingsresultat. Region Skåne, Malmö, in press.

Olofsson T, Englund M, Saxne T, Jöud A, Jacobsson L T H, Geborek P, Allaire S, Petersson I F 2010 Decrease in sick leave among patients with rheumatoid arthritis in the first 12 months after start of treatment with tumour necrosis factor antagonists: a population-based controlled cohort study. Ann Rheum Dis. Dec;69(12):2131-6. Epub 2010 Aug 6

Socialstyrelsen 2011 Klassificering och koder. Citerad: 2011-06-03. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/laddaner/kva-for-teckningar>.

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering 2010 Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Citerad: 2011-02-01. Tillgänglig från: <http://sbu.se/en/Published/Yellow/Rehabilitation-of-patients-with-chronic-pain-conditions/>.

Stigmar K, Grahn B, Ekdahl C 2010 Work ability- experiences and perceptions among physicians. Disability and Rehabilitation 32:1780-1790.

WHO-World Health Organisation 2011 International Classification of Functioning, Disability and Health. Citerad: 2011-06-07. Tillgänglig från: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Bilaga 2

Urval, vårdenheter i enkätstudien

Landsting	Antal vårdcentraler PB	Antal privat- och specialist-enheter PB	Antal psykiatri-enheter PB	Antal vårdenheter MMR
Dalarna	4			3
Gävleborg	4		1	
Halland				3
Jämtland	4			1
Norrbottn	4		1	1
Skåne	4			6
Stockholm	2	2	1	1
Uppsala	3	1	2	
Västerbotten	2			2
Västra Götaland	3	1	2	8
Örebro	3		2	2
Östergötland	1			2
Totalt	34	4	9	29

Bortfall, vårdenheter i enkätstudien

Landsting	Antal vårdcentraler PB	Antal privat- och specialist-enheter PB	Antal psykiatri-enheter PB	Antal vårdenheter MMR
Dalarna				
Gävleborg	1			
Halland				
Jämtland				
Norrbottn			1	
Skåne				1
Stockholm				1
Uppsala				
Västerbotten				
Västra Götaland			1	3
Örebro			1	
Östergötland	1			
Totalt	2		3	5

Bilaga 3

Antal deltagande vårdenheter i enkätstudien

Landsting	Antal vårdcentraler PB	Antal privat- och specialist-enheter PB	Antal psykiatri-enheter PB	Antal vårdenheter MMR
Dalarna	4			3
Gävleborg	3		1	
Halland				3
Jämtland	4			1
Norrbottn	4			1
Skåne	4			5
Stockholm	2	2	1	
Uppsala	3	1	2	
Västerbotten	2			2
Västra Götaland	3	1	1	5
Örebro	3		1	2
Östergötland	0			2
Totalt	32	4	6	24

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Frågor om din hälsa

I detta häfte finner du några frågor om hur du mår.
Du svarar på frågorna genom att sätta **ett** kryss vid det alternativ som
bäst stämmer med din upplevelse. Hoppa inte över några frågor.

Vissa frågor kan du ha svarat på förut.

Trots det är det viktigt att du besvarar dessa frågor också.

Dina svar behandlas anonymt. Alla personuppgifter kommer att
strykas och ersättas av löpnummer.

Tack för din medverkan!

IFYLLS AV BEHANDLARE

Datum
(år-mån-dag)

		–			–		
--	--	---	--	--	---	--	--

Landsting

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Namn på vårdenhets

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ av behandling

<input type="checkbox"/>	MMR	<input type="checkbox"/>	KBT	<input type="checkbox"/>	IPT
1		2		3	

Typ av enkät

<input type="checkbox"/>	Första	<input type="checkbox"/>	Sista
1		2	

IFYLLS AV PATIENT

Förnamn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Efternamn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Box/Gatuadress

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postnummer

--	--	--	--

Postadress

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobilnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personnummer
(år-mån-dag-nr)

		–			–			–				
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--



Bilaga 4 (forts)

Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd i dag.

1. Jag går utan svårigheter 1
Jag kan gå men med viss svårighet 2
Jag är sängliggande 3

2. Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning 1
Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv 2
Jag kan inte tvätta eller klä mig själv 3

3. Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning 1
Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning 2
Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning 3

4. Jag har varken smärtor eller besvär 1
Jag har måttliga smärtor eller besvär 2
Jag har svåra smärtor eller besvär 3

5. Jag är inte orolig eller nedstämd 1
Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning 2
Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd 3

6. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är
- | | Utmärkt | Mycket god | God | Någorlunda | Dålig |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Under de **senaste fyra veckorna**, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt **kroppsliga hälsotillstånd?**

- | | Ja | Nej |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a) Uträttat mindre än du skulle önskat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

8. Under de **senaste fyra veckorna**, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter, som en följd av **känslomässiga problem** (t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

- | | Ja | Nej |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a) Uträttat mindre än du skulle önskat? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Bilaga 4 (forts)

9. Anta att din arbetsförmåga värderas med 10 då den var som bäst. Vilket poängtal skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga? Ange detta genom att kryssa i en lämplig ruta på skalan från 0 (= jag är helt arbetsförmögen) till 10.

Helt arbetsförmögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbetsförmågan då den var som bäst
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10. Hur stor chans tror du att du har att kunna arbeta om sex månader?

Ingen chans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket stor chans	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11. Hur många dagar har du tagit medicin mot smärta, oro eller nedstämdhet den senaste veckan?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dagar
0	1	2	3	4	5	6	7	

12. Har du haft ett arbete under de senaste sex månaderna?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om nej, gå till fråga 15
1	2	

13. Hur många gånger under de senaste sex månaderna har det hänt att du har varit sjuknärvarande d.v.s. gått till arbetet, trots att du med tanke på ditt hälsotillstånd borde ha varit hemma?

a)

<input type="checkbox"/> Ingen gång	<input type="checkbox"/> En gång	<input type="checkbox"/> 2-5 gånger	<input type="checkbox"/> Mer än 5 gånger
0	1	2	3

- b) Antal dagar totalt som du varit sjuknärvarande (de senaste sex månaderna)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

14. Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem din prestation medan du arbetade?

Tänk på de dagar då du utträttade mindre än du önskade, eller dagar då du inte kunde göra ditt arbete så noggrant som vanligt p.g.a. hälsoproblem.

Hälsoproblemen hade ingen påverkan på mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hälsoproblemen hindrade mig fullständigt från att arbeta	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

VAR GOD VÄND!

Bilaga 4 (forts)

Nedan finns en lista med påståenden. Var vänlig uppskatta hur sant varje påstående är för dig.

	Aldrig sant	Mycket sällan sant	Sällan sant	Ibland sant	Ofta sant	Nästan alltid sant	Alltid sant
15. Mina smärtsamma erfarenheter och minnen gör det svårt för mig att leva ett liv jag skulle sätta värde på	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
16. Jag är rädd för mina känslor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
17. Jag oroar mig för att inte kunna kontrollera mina bekymmer och känslor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
18. Mina smärtsamma minnen hindrar mig från att ha ett meningsfullt och tillfredställande liv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
19. Det verkar som att de flesta människor hanterar sina liv bättre än jag gör	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
20. Ängslan står i vägen för min framgång	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

21. Är du? Man 1 Kvinna 2

22. Vilken är din högsta avslutade utbildning?

Grundskola eller motsvarande 1

Gymnasieskola/yrkesskola 2

Universitet/högskola 3

Högre akademisk examen (licentiat/doktorsexamen) 4

Vänligen gå tillbaka och kontrollera att du har besvarat alla frågor



**Karolinska
Institutet**

200
1810 – 2010 *År*

KUR-projektet
Karolinska Institutets utvärdering av rehabiliteringsgarantin
Avd. för interventions- och implementeringsforskning
Institutionen för folkhälsovetenskap

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Frågor om din hälsa

I detta häfte finner du några frågor om hur du mår. Frågorna ställs med anledning av att du har fått behandling för smärta eller psykiska besvär. Du svarar på frågorna genom att sätta **ett** kryss vid det alternativ som bäst stämmer med din upplevelse.

Hoppa inte över några frågor. Vissa frågor kan du ha svarat på förut.

Trots det är det viktigt att du besvarar dessa frågor också.

Svaren används för att se om din hälsa har förändrats efter behandlingen.

Dina svar behandlas anonymt.

Tack för din medverkan!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vänligen skriv dagens datum (år-mån-dag)

Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd i dag.

- | | | | |
|-------|--|--------------------------|---|
| 1. | Jag går utan svårigheter | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Jag kan gå men med viss svårighet | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Jag är sängliggande | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <hr/> | | | |
| 2. | Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Jag kan inte tvätta eller klä mig själv | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <hr/> | | | |
| 3. | Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <hr/> | | | |
| 4. | Jag har varken smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Jag har måttliga smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Jag har svåra smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <hr/> | | | |
| 5. | Jag är inte orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> | 3 |

Bilaga 5 (forts)

6. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Utmärkt | Mycket god | God | Någorlunda | Dålig |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Under de **senaste fyra veckorna**, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt **kroppsliga hälsotillstånd?**

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| | Ja | Nej |
| a) Uträttat mindre än du skulle önskat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

8. Under de **senaste fyra veckorna**, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av **känslomässiga problem** (t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| | Ja | Nej |
| a) Uträttat mindre än du skulle önskat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

9. Hur många dagar har du tagit medicin mot smärta, oro eller nedstämdhet den senaste veckan? Dagar

Nedan finns en lista med påståenden. Var vänlig uppskatta hur sant varje påstående är för dig.

- | | Aldrig sant | Mycket sällan sant | Sällan sant | Ibland sant | Ofta sant | Nästan alltid sant | Alltid sant |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Mina smärtsamma erfarenheter och minnen gör det svårt för mig att leva ett liv jag skulle sätta värde på | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Jag är rädd för mina känslor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Jag oroar mig för att inte kunna kontrollera mina bekymmer och känslor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Mina smärtsamma minnen hindrar mig från att ha ett meningsfullt och tillfredställande liv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Det verkar som att de flesta människor hanterar sina liv bättre än jag gör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Ångslan står i vägen för min framgång | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

FRÅGOR OM ARBETE

16. Hur stor chans tror du att du har att kunna arbeta om sex månader?

- | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Ingen chans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mycket stor chans |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Bilaga 5 (forts)

17. Anta att din arbetsförmåga värderas med 10 då den var som bäst. Vilket poängtal skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga? Ange detta genom att kryssa i en lämplig ruta på skalan från 0 (= jag är helt arbetsförmögen) till 10.

Helt arbets- oförmögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbetsförmågan då den var som bäst
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

18. Har du haft ett arbete under de senaste sex månaderna? Ja 1 Nej 2
(Om nej, gå till fråga 22)
-

19. a) Hur många gånger under de senaste sex månaderna har det hänt att du har varit sjuknärvarande d.v.s. gått till arbetet, trots att du med tanke på ditt hälsotillstånd borde varit hemma?
- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen gång | <input type="checkbox"/> En gång | <input type="checkbox"/> 2-5 gånger | <input type="checkbox"/> Mer än 5 gånger |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

- b) Antal dagar totalt som du varit sjuknärvarande (de senaste sex månaderna) Dagar
-

20. Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem din prestation medan du arbetade? *Tänk på de dagar då du uträttade mindre än du önskade, eller dagar då du inte kunde göra ditt arbete så noggrant som vanligt p.g.a. hälsoproblem.*

Hälsoproblemen hade ingen påverkan på mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hälsoproblemen hindrade mig fullständigt från att arbeta
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 21 a) Har ditt arbete förändrats under de senaste sex månaderna? Nej 2
Ja 1 b) Hur? Ändrade arbetstider 1
 2 Ändrade arbetsuppgifter 2
 3 Bytt arbetsgivare 3
 4 Annat 4
-

22. Vilken är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning? (Fler än ett kryss är tillåtna)

Arbetar	<input type="checkbox"/>	1	Om ej heltid ange omfattning: _____ %
Studerar	<input type="checkbox"/>	2	
Arbetssökande	<input type="checkbox"/>	3	
Sjukskriven	<input type="checkbox"/>	4	Om ej heltid ange omfattning: _____ %
Annat, vad?	<input type="checkbox"/>	5	_____

23. Har du blivit utförsäkrad från Försäkringskassan? (Innebär att du inte har möjlighet att vara sjukskriven längre). Ja 1 Nej 2
-

FRÅGOR OM DIN BEHANDLING

24. Tänk på den behandling du har genomgått. Skulle du kunna rekommendera den till en vän med besvär liknande dina?

Ja, absolut 1

Ja, kanske 2

Nej, knappast 3

Nej, absolut inte 4

Hur nöjd är du med bemötandet på följande ställen?

25. a) Vårdcentralen, sjukhuset eller annat ställe där du fick din behandling:

Inte alls nöjd Mycket nöjd
0 1 2 3 4 5

b) Försäkringskassan: Inte alls nöjd Mycket nöjd Ej relevant
0 1 2 3 4 5

c) Arbetsförmedlingen: Inte alls nöjd Mycket nöjd Ej relevant
0 1 2 3 4 5

d) Arbetsgivaren: Inte alls nöjd Mycket nöjd Ej relevant
0 1 2 3 4 5

ÖVRIGA SYNPUNKTER ELLER KOMMENTARER:

Vänligen gå tillbaka och kontrollera att du har besvarat alla frågor



**Karolinska
Institutet**

200
1810 – 2010 *Ar*

Avd. för interventions- och implementeringsforskning
Institutionen för folkhälsovetenskap

