



**IFAU**

Institutet för arbetsmarknads- och  
utbildningspolitisk utvärdering

# Rehabiliteringsgarantin

Pathric Hägglund  
Per Johansson  
Lisa Laun

RAPPORT 2012:26

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknads- och utbildningspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagersidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Rapporterna finns även i tryckt format. Du kan beställa de tryckta rapporterna via telefon eller mejl. Se nedanstående kontaktinformation.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala  
Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala  
Telefon: 018-471 70 70  
Fax: 018-471 70 71  
ifau@ifau.uu.se  
www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

# Rehabiliteringsgarantin \*

av

Pathric Hägglund<sup>†</sup>, Per Johansson<sup>‡</sup> och Lisa Laun<sup>§</sup>

2012-12-06

## Sammanfattning

Rehabiliteringsgarantin infördes år 2008 och innebar en satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och på multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke specifika rygg- och nackbesvär. Syftet var att minska och förebygga sjukskrivningar, där dessa diagnoser förekommer. I rapporten analyseras effekterna av KBT- och MMR-behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne på sjukfrånvaro, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion. Resultaten visar att KBT-behandling för patienter, som inte är sjukskrivna då behandlingen inleds, minskar både sjukfrånvaron och antalet läkemedelsförskrivningar under året efter att behandlingen inleddes, medan antalet vårdbesök ökar något. För KBT-patienter som var sjukskrivna då behandlingen inleddes, finns ingen effekt på sjukfrånvaron. Däremot finns det en minskad förskrivning av läkemedel och ett ökat antal vårdbesök. För MMR-patienterna är resultaten nedslående. De visar en ökad sjukfrånvaro, ett ökat antal vårdbesök och ingen effekt på antalet läkemedelsförskrivningar under året efter att behandlingen inleddes.

---

\* Vi är tacksamma för kommentarer från Malin Josephson, Martin Lundin, Ingemar Petersson, Peter Skogman Thoursie samt seminariedeltagare på Inspektionen för socialförsäkring (ISF) och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapporten är ett resultat av ett samarbete med Epi-centrum Skåne. Författarna vill därför rikta ett särskilt tack till Charlotte Bergknut, Anna Jöud och Ingemar Petersson för gott samarbete och assistans med data. Tack också till Anja Nyberg, projektledare för Rehabiliteringsgarantin i Skåne.

<sup>†</sup> Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)

<sup>‡</sup> Uppsala universitet och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)

<sup>§</sup> Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Rehabiliteringsgarantin.....	5
2.1	En nationell överenskommelse.....	5
2.2	Vad innebär rehabiliteringsåtgärderna?.....	6
3	Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne .....	8
3.1	Hälsoval Skåne .....	8
3.2	Rehabiliteringsåtgärderna i Region Skåne.....	10
3.3	Uppföljning av rehabiliteringsinsatserna.....	12
3.4	Utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin.....	17
4	Metod.....	18
5	Data och beskrivning av målpopulationen .....	20
6	Resultat .....	24
6.1	Huvudresultat.....	24
6.2	Effekter på sjukfrånvaro för olika grupper av patienter .....	32
6.3	Effekter på de offentliga finanserna .....	34
7	Sammanfattning och slutsatser .....	36

# 1 Inledning

Psykisk ohälsa och rygg- och nackbesvär ligger bakom en stor del av sjukskrivningarna i Sverige. Försäkringskassan (2009) visar att psykiska sjukdomar stod för 37 procent, medan sjukdomar i rörelseorganen stod för 31 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna år 2009. Mot bakgrund av detta tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting år 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti med syfte att minska och förebygga sjukskrivningar, där diagnoserna är lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och icke specifika rygg- och nackbesvär. Rehabiliteringsgarantin innebär en satsning på evidensbaserade medicinska rehabiliteringsbehandlingar för återgång i arbete, vilka i praktiken är kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med psykisk ohälsa och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med smärtproblematik.

I den här rapporten studeras effekterna av KBT- och MMR-behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin på sjukfrånvaro, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion. Rapporten fokuserar på utvecklingen i Region Skåne på grund av de detaljrika data över individers hälsa som finns tillgängliga i regionen. Dessutom studeras potentialen för effektivitetsförbättringar med avseende på vilka individer som väljs ut till behandling. Slutligen görs en grov beräkning av offentliga kostnader och intäkter av behandlingarna.

Busch med flera (2011) genomförde en utvärdering av rehabiliteringsgarantin bland dem som var sjukskrivna i samband med att de fick ta del av garantin för perioden 2009 och 2010. Jämfört med den studien består bidraget i den här rapporten i att (1) utvärdera insatsen för en senare period, (2) utvärdera insatsen för individer som inte vara sjukskrivna när behandling inleddes, (3) utvärdera insatsen på vårdbesök och läkemedelskonsumtion och (4) analysera dynamiken i behandlingseffekten.

Det främsta vetenskapliga bidraget i denna rapport är att studera effekten av KBT- och MMR-behandling inte bara på hälsorelaterade utfall såsom vård- och läkemedelskonsumtion, utan också på utfall som är relaterade till återgång i arbete, nämligen sjukfrånvaro. Trots att målsättningen med rehabiliteringsgarantin var att erbjuda evidensbaserade rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete, så finns det ett begränsat empiriskt stöd för den typen av utfall. Det finns studier som visar att psykologiska behandlingar, framför allt KBT, ger symptomlindring vid ångest och depression (SBU 2004). Det finns däremot inget vetenskapligt stöd vad gäller återgång i arbete. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2010) finns det visst vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering för patienter med smärta från rörelseorganen underlättar återgång i arbete.

Utmaningen i studien består i att hitta en lämplig jämförelsegrupp till de individer som har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin. För detta utnyttjas en matchningsansats, som går ut på att man till en individ som har fått behandling identifierar en individ som inte har fått behandling men som, baserat på observerbara individegenskaper vid startpunkten för rehabilitering, förväntas ha samma hälsa och sjukfrånvaro som den som har fått behandling. Behandlingseffekten beräknas sedan genom att man jämför utfall vad gäller hälsa och sjukfrånvaro efter behandling mellan dem som fått behandling och ”matchade” individer som inte fått behandling. Ansatsen kan förväntas fungera väl i den här studien av två anledningar: För det första finns detaljerade hälso-data i Region Skånes vårddatabas. För det andra finns det en slumpmässighet i sannolikheten att få behandlingen mellan i övrigt lika individer. Slumpmässigheten beror på att utbudet av rehabiliteringstjänster var olika i olika delar av Skåne på grund av brist på personal med rehabiliteringskompetens.

Analysen genomförs separat för KBT-behandling och MMR-behandling samt för individer som är sjukskrivna och ej sjukskrivna vid behandlingens början. Resultaten visar positiva effekter för KBT-patienter som inte är sjukskrivna då behandlingen inleds – i termer av minskad sjukfrånvaro och minskade förskrivningar av läkemedel ett år efter att behandlingen påbörjats. Antal vårdbesök, där KBT-behandlingen också är inkluderad, ökar dock något. För KBT-patienter som var sjukskrivna då behandlingen inleddes finns ingen effekt på sjukfrånvaro. Däremot finns det en minskad förskrivning av läkemedel och ett ökat antal vårdbesök. För MMR-patienterna är resultaten nedslående. De visar en ökad sjukfrånvaro, ett ökat antal vårdbesök och ingen effekt på antalet läkemedelsförskrivningar under året efter att behandlingen inleddes.

Resultaten visar vidare att den minskade sjukfrånvaron till följd av KBT-behandling för ej sjukskrivna är större för yngre patienter med relativt begränsad historisk sjukskrivning. Den ökade sjukfrånvaron till följd av MMR-behandling för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna är större för dem med relativt god hälsa. Beräkningarna av de offentliga kostnaderna och intäkterna ska tolkas med försiktighet, inte minst mot bakgrund att uppföljningsperioden bara är ett år. Resultaten tyder på att ingen av behandlingarna är lönsam utifrån ett offentligt finansiellt perspektiv.

Rapporten är upplagd på följande sätt. I *avsnitt 2* beskrivs den nationella överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin. I *avsnitt 3* beskrivs hur rehabiliteringsgarantin har införts i Skåne. *Avsnitt 4* innehåller en beskrivning av metoden och i *avsnitt 5* diskuteras de data som används. I *avsnitt 6* presenteras resultaten, och rapporten avslutas med en diskussion i *avsnitt 7*.

## 2 Rehabiliteringsgarantin

### 2.1 En nationell överenskommelse

I budgetpropositionen för år 2008 aviserade regeringen en satsning på en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser, med syfte att stärka den enskildas ställning i sjukskrivningsprocessen och åstadkomma en återgång till arbete (prop. 2007/08:1). Regeringen slöt sedan en överenskommelse med Sverige Kommuner och Landsting om att en rehabiliteringsgaranti successivt skulle genomföras från och med den 1 juli 2008. Överenskommelsen har därefter förnyats vid ett antal tillfällen, varav den senaste gäller för år 2012.<sup>5</sup>

Rehabiliteringsgarantin omfattar medicinsk behandling och rehabilitering för personer med icke specificerade rygg- och nackbesvär samt med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Bakgrunden är den stora andelen sjukskrivna med dessa besvär. Enligt den första överenskommelsen (Regeringen och SKL, 2008a) utgjorde sjukdomar i rörelseorganen och psykiska besvär cirka 30 procent vardera av alla pågående sjukfall. Behandling inom rehabiliteringsgarantin ska ske enligt den evidens som finns på området och syftet är både att förebygga sjukskrivningar för ännu ej sjukskrivna och att bidra till återgång i arbete för redan sjukskrivna.<sup>6</sup> I praktiken innebär detta en satsning på multimodal rehabilitering för personer med rygg- och nackbesvär och en satsning på kognitiv beteendeterapi för personer med psykisk ohälsa.<sup>7</sup> Genom en tydlig urvalsprocess ska rehabiliteringsgarantin garantera en skyndsam behandling för personer i åldrarna 16–67 år inom dessa grupper. Garantin avser tillgänglighet i två steg. I det första steget görs en medicinsk bedömning och ett ställningstagande till om personen skulle vara betjänt av medicinsk rehabilitering. I det andra steget påbörjas en eventuell rehabilitering inom cirka åtta veckor.

Under åren 2008–2011 fick landstingen ersättning per *påbörjad* behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Ersättningen uppgick till 40 000 kronor för multimodal rehabilitering och 10 000 kronor för kognitiv beteendeterapi. Utöver detta fick landstingen ett påslag på 10 000 kronor för multimodal rehabilitering och 2 500 kronor för kognitiv beteendeterapi under åren 2008–

---

<sup>5</sup> Informationen i detta delavsnitt bygger på de överenskommelser som slutits: Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2008a, 2008b, 2009, 2010, 2011).

<sup>6</sup> Utgångspunkten för vad som är evidensbaserade insatser är rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar och Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

<sup>7</sup> Deltagare med psykisk ohälsa kan även få interpersonell terapi men denna typ av behandling är fortfarande ovanlig.

2010, för att användas till organisatoriska förändringar eller andra förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti. År 2011 sänktes påslaget till 6 000 kr för multimodal rehabilitering och 1 500 kr för kognitiv beteendeterapi. År 2012 fick landstingen ersättning per *genomförd* behandling. Två nivåer inom multimodal rehabilitering infördes och ersättningens storlek ändrades till 25 000 kronor för nivå 1 och 45 000 kronor för nivå 2.<sup>8</sup> Ersättningen för kognitiv beteendeterapi ändrades till 12 000 kronor. Därutöver fick landstingen ett påslag på 1 000 kronor per behandlad patient. Landstingen bestämmer själva hur pengarna fördelas till de vårdenheter som utför behandlingarna.

Regeringen avsatte 200 miljoner kronor för rehabiliteringsgarantin för år 2008, 600 miljoner kronor för år 2009 och 1 miljard kronor per år under åren 2010–2012. Utbetalning av ersättningen sker kvartalsvis i efterskott, men först sedan landstingen har lämnat underlag om antalet påbörjade eller genomförda behandlingar till Försäkringskassan. Vid årets slut ska landstingen också redovisa hur det extra påslaget har använts. Den maximala ersättningen per landsting uppgår till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin, viktat med landstingets befolkningsandel. De medel som inte har förbrukats vid årets slut fördelas till de landsting som har påbörjat fler insatser än de har fått ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Denna ersättning betalas ut i proportion till det som har producerats inom varje landsting, utöver det samlade värdet för landstingets befolkningsandel.

## **2.2 Vad innebär rehabiliteringsåtgärderna?<sup>9</sup>**

### **2.2.1 Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

Kognitiv beteendeterapi syftar till att påverka tankemönster, känslor och beteenden i positiv riktning genom att kombinera inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi. Det finns flera olika metoder, och gränsdragningen mellan dem är inte entydig men strategier med övningar och hemuppgifter är en viktig del.

Enligt rehabiliteringsgarantin bör behandlingen för sjukskrivna personer med psykisk ohälsa inledas snarast, inom sex veckor från sjukskrivningstillfället. Först ska en medicinsk bedömning och diagnosticering samt en strukturerad psykologisk bedömning göras. Därefter ställs en diagnos som ger en bild av syndromet, personligheten och funktionsnivån i förhållande till

---

<sup>8</sup> Notera att denna indelning av MMR inte tillämpades under den period som utvärderas i denna rapport.

<sup>9</sup> Detta avsnitt baseras på beskrivningarna av behandling/rehabilitering som berättigar till ersättning inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i bilagor till Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2008b, 2010, 2011).



arbete. De som gör bedömningen bör ha relevant utbildning och kompetens, vara väl förtrogna med materialet och göra bedömningen systematiskt.

Efter den psykologiska bedömningen ska de som har måttliga eller medel-svåra psykiska besvär och som är eller riskerar att bli sjukskrivna på grund av nedsatt arbetsförmåga erbjudas kognitiv beteendeterapi, antingen individuellt eller i grupp. Antalet behandlingstillfällen är individuellt, men en behandlingsserie bör i regel omfatta 10–15 tillfällen. För att landstingen ska få ersättning för KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredningen och behandlingen görs av

- legitimerad psykolog eller psykoterapeut med KBT-inriktning
- legitimerad psykolog eller psykoterapeut med annan inriktning men med kompetens att arbeta med KBT-metoder
- behandlare som har en adekvat grundutbildning, till exempel sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare eller pedagog, och som har en påbyggnadsutbildning i KBT.

### **2.2.2 Multimodal rehabilitering (MMR)**

Rehabiliteringsgarantin för patienter med långvarig smärta omfattar personer med smärta under minst tre månader i nacke, skuldror och ländrygg, eller med generaliserad smärta, såsom fibromyalgi. Personerna ska ha bedömts kunna återgå i arbete eller stanna kvar i arbete efter ett genomgången rehabiliteringsprogram.

Multimodal rehabilitering har utvecklats för behandling av personer med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov, och rehabiliteringen innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid. Rehabiliteringen utförs av ett integrerat team, som består av personer med olika professioner. Ofta ingår sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (socionom eller psykolog) och läkare, men ibland ingår även sjuksköterska och friskvårdspersonal. Teamets arbete inleds med en bred utredning av personens möjligheter att tillägna sig multimodal rehabilitering och en bedömning av om en återgång i arbete är rimligt eller inte efter genomgången rehabilitering. Bedömningen innebär att sjukdomshistorien kartläggs, att andra allvarliga tillstånd utesluts, att en screening för psykologiska och sociala riskfaktorer görs, att patientens förväntningar och beredskap för förändring kartläggs och att en grundläggande aktivitetsutredning genomförs. Därefter inleds multimodal rehabilitering enligt individens rehabiliteringsplan.

Multimodal rehabilitering kan erbjudas inom såväl primärvården som specialistvården. Innan rehabiliteringsgarantins infördes erbjöds denna typ av behandling främst vid rehabiliteringsmedicinska kliniker eller multidisciplinära

smärtkliniker inom specialistvården. I rehabiliteringsgarantin för år 2012 delas MMR in i två nivåer. Vanligtvis erbjuds nivå 1 inom primärvården och nivå 2 inom specialistvården. Nivån bestäms utifrån komplexiteten på personens problematik vad gäller graden av negativ affekt (nedstämdhet, oro eller ångest), rädsla och undvikande beteende samt förmåga att utföra vardagsaktiviteter.

Det finns ingen beskrivning av hur det multimodala rehabiliteringsprogrammet exakt ska vara uppbyggt, men det finns ett antal faktorer som bör ingå. Den första är ett biopsykosocialt synsätt, som innebär att medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, liksom omgivning och personlighetsmässiga förhållanden, anses bidra till individens smärtupplevelser och smärtbeteenden på ett komplext och integrerat sätt. Den andra faktorn är att rehabiliteringsprogrammet ska ha en hög intensitet med aktiviteter 2–3 dagar i veckan under 6–8 veckor. Den tredje faktorn är välplanerade och synkroniserade åtgärder, som innehåller ett genomtänkt psykologiskt förhållningssätt, liksom fysisk träning och gradvis ökad fysisk aktivitet och undervisning om exempelvis smärta, dess konsekvenser och hanteringsstrategier. Den tredje faktorn innehåller även uppgifter som stärker personens handlingskraft och ansvarstagande. Den innehåller också planering för återgång i arbete, exempelvis genom kontakter med arbetsplatsen. Ofta är den multimodala rehabiliteringen gruppbaserad med cirka 6–10 patienter, och individuella tillägg kan adderas vid behov.

*Tabell A 1 i bilaga 1* visar vilka komponenter av multimodal rehabilitering som specificeras i den senaste överenskommelsen (Regeringen och SKL, 2011).

### **3 Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne<sup>10</sup>**

#### **3.1 Hälsoval Skåne**

Region Skåne anslöt sig till den nationella överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting i oktober 2008. Åtgärder inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne inordnas inom en modell som kallas *Hälsoval Skåne*, som har ett eget ackrediterings- och uppföljningssystem. Modellen, som är en förhöjd primärvårdsmodell, började gälla den 1 september 2009 efter beslut i regionfullmäktige.

---

<sup>10</sup> Detta avsnitt bygger på information i Nyberg m.fl. (2011) samt förutsättningar för ackreditering och avtal inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne (Region Skåne 2010a, 2010b, 2011a, 2011b, 2012a, 2012b).

Modellen för rehabiliteringsgarantins genomförande i Region Skåne utgår från grundbegreppen *struktur*, *process* och *resultat*. *Struktur* innebär att varje vårdgivare måste ansöka om avtal och uppfylla de formella krav regionen ställer samt beskriva hur och med vilka kompetenser behandlingen kommer att bedrivas. *Process* syftar till den flödesmodell som Region Skåne har skapat, och den innebär att varje behandlare måste lägga in information om de åtgärder som görs vid varje besök i ett patientadministrativt system. *Resultat* innebär att varje patient följs upp utifrån utfallsmåtten funktion, egen hälsoupplevelse och självskattad arbetsförmåga med hjälp av data som insamlas vid rehabiliteringens början, avslut och vid tre månaders uppföljning. Dessa redovisningar är en förutsättning för att vårdgivaren ska få ersättning.

Bedömningen om en patient är lämpad för behandling inom rehabiliteringsgarantin eller inte, görs på den vårdcentral där patienten är listad. Därefter får patienten själv välja behandlare. Vårdgivaren ska upplysa sin patient om alla enheter som har avtal om KBT eller MMR och underlätta för patienten att göra sitt val. Vårdgivaren ansvarar för marknadsföring och information om den egna verksamheten. Remiss utfärdas av läkare på vårdcentralen, och behandlingen ska påbörjas inom en månad från det att remissen har anlänt hos den behandlande vårdgivaren. Rehabiliteringsinsatserna ska bedrivas i nära samarbete med den vårdcentral där patienten är listad, och återkommande avstämningar ska göras under behandlingstiden. Ansvar för läkemedelsbehandling, sjukskrivning och andra medicinska åtgärder ligger också kvar på vårdcentralen där patienten är listad.

Region Skåne har beslutat att fördela det statliga stödet från rehabiliteringsgarantin till ackrediterade vårdgivare enligt följande ersättningsmodell. För KBT utbetalades under åren 2010 och 2011 en ersättning på 10 000 kronor per patient för fullföljd behandling. En första delbetalning på 6 000 kronor gjordes efter sex behandlingstillfällen per enskild patient och resterande 4 000 kronor betalades efter resultatuppföljningen tre månader efter slutbehandlad patient. År 2012 höjdes ersättningsbeloppet till 11 000 kronor totalt varav 6 000 kronor betalades efter sex behandlingstillfällen och resterande 5 000 kronor betalades vid tre månaders uppföljning.

För MMR betalades under åren 2010 och 2011 en ersättning på 32 000 kronor per patient för fullföljd behandling. En första delbetalning på 15 000 kronor gjordes efter sex behandlingstillfällen. Efter att patienten slutbehandlats betalades ytterligare 12 000 kronor, och sista utbetalningen på 5 000 kronor gjordes vid tre månaders uppföljning av slutbehandlad patient. År 2012 höjdes ersättningsbeloppet till 37 000 kronor totalt då det krävdes psykologisk kompetens i alla MMR-team, varav 15 000 kronor betalades efter sex

behandlingsstillfällena, 12 000 kronor betalades efter patienten slutbehandlats och resterande 10 000 kronor betalades vid tre månaders uppföljning. Under åren 2011 och 2012 ersattes vårdgivaren med 900 kronor om vårdåtagandet avslutades före det sjätte behandlingstillfället för både KBT- och MMR-behandlingar.

### **3.2 Rehabiliteringsåtgärderna i Region Skåne**

I en bilaga till ackrediteringsansökan ska vårdgivaren beskriva hur man avser att genomföra behandlingen inom rehabiliteringsgarantin. Planen ska innehålla en beskrivning av vanligt förekommande aktiviteter och i vilken ordning dessa i allmänhet är tänkta att genomföras, samt en prognos för det totala antalet behandlingstillfällen. Vården ska individanpassas och utföras utifrån patientens förutsättningar. Variationer kan därmed förekomma för enskilda patienter. Förutom ökad hälsa är fokus återgång i arbete efter sjukskrivning eller att förebygga sjukskrivning.

För MMR specificeras behandlingen ytterligare. Den inledande utredningen av patienten ska utgöra underlag för att förstå smärtans komplexitet och negativa konsekvenser. Under behandlingsperioden är det viktigt att teamet har ett biopsykosocialt synsätt och arbetar med tillräcklig intensitet. Behandlingen rekommenderas pågå 2–3 dagar i veckan under 6–8 veckor, vilket också kan inkludera hemuppgifter för patienten. Behandlingen ska bestå av synkroniserade åtgärder i form av exempelvis psykologiskt förhållningssätt och insats, fysisk träning och gradvis ökad fysisk aktivitet, undervisning och andra strategier för att stärka patientens egen handlingskraft och för att öka förutsättningarna för genomtänkt planering för framtiden såsom återgång till arbete. Under rehabiliteringen krävs samverkan med andra vårdgivare men också planering och synkronisering med andra aktörer såsom arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten.

I förutsättningarna för ackreditering ingår detaljer om vilken bemanning och kompetens som krävs för att man ska få genomföra behandlingarna. För KBT uppfyller följande yrkeskompetenser kompetenskraven för att utföra uppdraget:

- legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning
- legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut med annan inriktning men som använder KBT-metoder
- legitimerad sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad läkare med påbyggnadsutbildning i KBT som motsvarar steg 1-utbildning
- socionom med påbyggnadsutbildning i KBT som motsvarar steg 1-utbildning kan bli godkänd som behandlare om KBT-behandlingen bedrivs uti-

från en anställning på vårdenhet som har det övergripande ansvaret för patienten.

För MMR gäller att minst tre olika yrkeskompetenser, varav en specialist-kompetent läkare samt vårdgivare med godkänd psykologisk kompetens, ska medverka i rehabiliteringen. De godkända läkarspecialiteterna är allmän-medicin, rehabiliteringsmedicin, anesthesiologi, smärtlindring, ortopedi, neurologi, reumatologi och psykiatri. De godkända psykologiska kompetenserna är legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning eller annan inriktning men som använder KBT-metoder, eller legitimerad sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad läkare eller socionom med påbyggnadsutbildning i KBT som motsvarar steg 1-utbildning. De kompletterande kompetenserna kan utgöras av legitimerad psykolog, legitimerad sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast, legitimerad arbetsterapeut, socionom, naprapat med svensk legitimation eller kiropraktor med svensk legitimation.

*Tabell 1* innehåller beskrivande statistik över behandlingen för de deltagare i rehabiliteringsgarantin i Region Skåne som ingår i analysen.<sup>11</sup> Uppgifterna i tabellen baseras på de besök som registrerats i Region Skånes vårddatabaser. De presenteras separat för KBT- och MMR-patienter samt för ej sjukskrivna och sjukskrivna, eftersom detta är den uppdelning som görs i analysen. Tabellen visar att behandlingsperioden i genomsnitt är 153–204 dagar i de olika grupperna men med stor variation.<sup>12</sup> Antalet besök är betydligt fler inom multimodal rehabilitering, på i snitt cirka 22 tillfällen jämfört med cirka 10 tillfällen för kognitiv beteendeterapi. Förhållandet i antalet dagar mellan behandlingstillfällena är det omvända. Den vanligaste behandlarkategorin för KBT-patienter är psykolog, följt av socialsekreterare eller kurator och psykoterapeut. Den vanligaste kategorin för MMR-patienter är sjukgymnast, följt av läkare och arbetsterapeut. Den största delen av behandlingarna för KBT-patienter är psykologisk kognitiv-beteendeterapeutisk eller psykologisk kognitiv behandling. MMR-patienter får antingen rehabilitering enligt en rehabiliteringsplan eller teamrehabilitering. Vad dessa åtgärder innebär finns dessvärre ingen ytterligare information om i materialet.

---

<sup>11</sup> Se dataavsnittet för en beskrivning av gruppen som ingår i analysen.

<sup>12</sup> Start och slut på en behandlingsperiod definieras som första och sista besöket i en registrerad behandlingsperiod (det vill säga en period med samma löpnummer i data).

**Tabell 1** Beskrivning av behandlingen

	KBT-patienter		MMR-patienter	
	Ej sjuk-skrivna	Sjuk-skrivna	Ej sjuk-skrivna	Sjuk-skrivna
<i>Behandlingsperiod, dagar</i>				
Medelvärde (standardavvikelse)	164,9 (101,8)	171,7 (107,2)	204,0 (192,5)	153,3 (129,7)
Median	147	152	137	111
<i>Antal behandlingstillfällen</i>				
Medelvärde (standardavvikelse)	9,4 (4,1)	10,1 (4,5)	22,3 (11,3)	21,7 (9,7)
Median	9	10	19	20
<i>Antal dagar mellan behandlingstillfällena</i>				
Medelvärde (standardavvikelse)	20,3 (23,1)	19,3 (23,0)	9,3 (17,9)	7,5 (16,5)
Median	14	14	5	4
<i>Behandlarkategori, procent</i>				
Läkare	1	1	20	14
Sjuksköterska	0	1	4	4
Sjukgymnast	2	2	48	54
Arbetssterapeut	0	1	8	12
Kiropraktor/naprapat	0	0	7	3
Socialsekreterare/kurator	15	19	5	4
Psykolog	59	56	6	7
Psykiater	11	9	0	0
Annan	12	12	2	1
<i>Typ av behandling, procent</i>				
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv	29	31		
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk	64	61		
Gruppbehandling utifrån manualiserad metod	3	5		
Teamrehabilitering			33	41
Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan	3	4	60	52
Observationer	42 294	10 207	18 363	9 021

Källa: Region Skånes vårddatabas. För beskrivning av data se *avsnitt 6*.

### 3.3 Uppföljning av rehabiliteringsinsatserna

En viktig del i avtalen med rehabiliteringsaktörerna inom Hälsoval Skåne är att säkerställa möjligheterna till uppföljning av rehabiliteringsåtgärderna. Vårdgivaren ansvarar för att uppgifter om besök per patient och behandlingstillfälle förs in i ett kvalitetsregister. Data registreras av en utsedd kontaktperson hos vårdgivaren och utgör underlag för fakturering. Uppdragsgivaren har uttryckligen rätt att granska den utförda verksamheten utifrån ändamålsenlighet och medicinsk kvalitet, och vårdgivaren ska tillhandahålla de uppgifter som

behövs för granskningen. Vårdgivaren ska också vara tillgänglig på olika sätt och medverka i kvalitetsrevisioner och undersökningar av patienttillfredsställelse. Uppföljning av uppsatta mål och kvalitetsmått ska göras enligt uppdragsgivarens anvisningar eller på uppdragsgivarens begäran.

Vid första besöket och vid avslutad behandling ska vårdgivaren göra en bedömning av tre på förhand utvalda funktioner, som är fastställda i International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF.<sup>13</sup> För patienter med psykisk ohälsa gäller funktionsfrågorna sömnfunktioner, högre kognitiva funktioner samt stresshantering och andra psykologiska krav. För patienter med smärtproblematik gäller frågorna smärtförmåga, tolerans för fysiskt arbete samt rörlighet i leder. Vid inskrivning, utskrivning och tre månaders uppföljning ska patienten också fylla i en enkät om anställningsförhållanden och liknande, samt en EQ5D-enkät om hälsostatus.<sup>14</sup> Patienten tillfrågas om nuvarande hälsostatus vad gäller rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet. Dessutom ska patienten ange sitt nuvarande hälsotillstånd på en skala mellan 0 och 100. Enkäterna samlas alltså in vid flera olika tillfällen.

Nyberg m.fl. (2011) har gjort en uppföljning av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne, baserad på enkätuppgifterna från vårdgivare och patienter. De visar att MMR-patienterna generellt sett har en sämre hälsa än KBT-patienterna, men att båda patientgrupperna uppges ha en förbättrad funktion, livskvalitet och arbetsförmåga vid utskrivningen än vid inskrivningen. De finner inga stora skillnader i storleken på förbättringen mellan könen eller mellan ej sjukskrivna och sjukskrivna.

I datamaterialet för den här studien ingår samma typ av data som i ovanstående studie, vilket gör att enkätuppgifterna om de deltagare som ingår i målpopulationen i den här rapporten kan presenteras.<sup>15</sup> Även om deltagarna och vårdgivarna uppges ha en förbättrad funktionsförmåga för patienten vid utskrivning och uppföljning jämfört med inskrivning, så finns det flera anledningar till att detta inte kan tolkas som en effekt av rehabiliteringsåtgärderna i sig. För det första är det oklart hur funktionsförmågan skulle ha utvecklats om personen inte hade deltagit i en rehabilitering. Om personen söker hjälp när funktionsnedsättningen är som mest akut kan det bli en förbättring även utan rehabiliteringsinsatser. För det andra baseras uppgifterna på enkätsvar från både vårdgivaren och patienten.

---

<sup>13</sup> Se [www.who.int/classification/icf/en](http://www.who.int/classification/icf/en).

<sup>14</sup> EQ5D är ett standardiserat instrument för att mäta hälsotillstånd. Se [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org).

<sup>15</sup> Se dataavsnittet för en beskrivning av gruppen som ingår i målpopulationen.

Även om enkätuppgifterna inte kan tolkas som en effekt av rehabiliteringen kan det vara intressant att se hur vårdgivaren och patienten uppfattade patientens hälsotillstånd före och efter rehabiliteringen. Uppgifterna redovisas separat för KBT- och MMR-patienter, för ej sjukskrivna och sjukskrivna eftersom det är denna indelning som görs i analysen. För att populationen ska vara jämförbar vid inskrivning, utskrivning och uppföljning, så presenteras uppgifterna endast för de patienter som har lämnat enkätsvar vid samtliga uppföljningstillfällen. Eftersom redovisningen av enkätuppgifterna utgör en grund för att ersättning ska betalas är svarsfrekvensen relativt hög.<sup>16</sup>

*Tabell 2* presenterar vårdgivarens bedömning av patientens hälsotillstånd vid inskrivning och utskrivning för KBT-patienter. Tabellen visar en klar förbättring av såväl sömnfunktioner, högre kognitiva funktioner och stresshantering för både ej sjukskrivna och sjukskrivna patienter mellan inskrivning och utskrivning. *Tabell 3* visar KBT-patienternas egen bedömning av sitt hälsotillstånd vid inskrivning, utskrivning och uppföljning. För dessa sker förbättringar främst vad gäller förmågan att hantera huvudsakliga aktiviteter, graden av smärtor och besvär samt graden av oro och nedstämdhet. Det sker också en tydlig förbättring av det självskattade hälsotillståndet generellt sett.

*Tabell 4* visar vårdgivarens bedömning av MMR-patienternas hälsotillstånd vid inskrivning och utskrivning. Även för dem sker en förbättring från inskrivning till utskrivning, men den är inte lika tydlig som för KBT-patienterna. Eftersom de funktioner som enkäten gäller är olika för KBT- och MMR-patienter är det dock svårt att göra en jämförelse. *Tabell 5* visar MMR-patienternas egen bedömning av sitt hälsotillstånd vid inskrivning, utskrivning och uppföljning. I likhet med vad Nyberg m.fl. (2011) fann, tycks hälsan bland MMR-patienterna vara betydligt sämre än bland KBT-patienterna. Också den förbättring som sker under rehabiliteringsperioden tycks vara mindre för MMR-patienterna än för KBT-patienterna.

---

<sup>16</sup> Antalet observationer i *Tabell 2–Tabell 5* kan sättas i relation till det totala antalet patienter i målpopulationen, vilket var 5 750 ej sjukskrivna KBT-patienter, 1 279 sjukskrivna KBT-patienter, 1 095 ej sjukskrivna MMR-patienter och 520 sjukskrivna MMR-patienter.



**Tabell 2** Enkät till vårdgivaren, KBT-patienter, svar i procent

Grad av nedsättning	Sömnfunktioner		Högre kognitiva funktioner		Stresshantering	
	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning
<b>Ej sjukskrivna (4 220 obs)</b>						
Ingen (0-4)	25	54	32	65	6	34
Lätt (5-24)	30	32	31	25	25	46
Måttlig (25-49)	31	11	28	8	48	17
Svår (50-95)	14	3	9	2	20	3
Total (95-100)	1	0	0	0	1	0
<b>Sjukskrivna (959 obs)</b>						
Ingen (0-4)	11	43	18	49	2	22
Lätt (5-24)	23	35	23	33	13	44
Måttlig (25-49)	40	17	37	15	43	25
Svår (50-95)	25	5	21	3	38	8
Total (95-100)	1	0	1	0	3	0

**Tabell 3** Enkät till patienten, KBT-patienter, svar i procent

	Ej sjukskrivna (3 799 obs)			Sjukskrivna (840 obs)		
	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
<i>Rörlighet</i>						
Utan svårighet	92	94	94	87	89	88
Viss svårighet	8	6	6	13	11	12
Sängliggande	0	0	0	0	0	0
<i>Hygien</i>						
Inga problem	98	99	99	95	97	97
Vissa problem	2	1	1	4	3	3
Klarar ej hygien	0	0	0	0	0	0
<i>Huvudsakliga aktiviteter</i>						
Inga problem	62	83	84	29	66	72
Vissa problem	35	16	14	51	31	25
Klarar ej dessa	3	1	1	20	3	3
<i>Smärtor eller besvär</i>						
Inga	47	64	66	33	50	53
Måttliga	46	32	31	51	44	43
Svåra	7	3	3	16	6	5
<i>Oro eller nedstämdhet</i>						
Ingen	4	40	44	2	35	38
I viss utsträckning	68	55	51	52	57	56
I högsta grad	27	5	5	45	8	6
<i>Hälsotillstånd idag jämfört med de 12 senaste månaderna</i>						
Bättre	18	81	76	12	79	76
Oförändrat	32	14	18	14	13	18
Sämre	50	5	6	74	9	6
Hälsotillstånd 0-100	50,3	70,8	72,0	39,8	67,2	70,0

**Tabell 4** Enkät till vårdgivaren, MMR-patienter, svar i procent

Grad av nedsättning	Smärtförminnelse		Tolerans för fysiskt arbete		Rörlighet i leder	
	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning
<b>Ej sjukskrivna (948 obs)</b>						
Ingen (0-4)	1	4	14	22	7	14
Lätt (5-24)	12	28	27	32	30	39
Måttlig (25-49)	46	40	37	31	41	33
Svår (50-95)	41	27	20	14	21	14
Total (95-100)	1	1	2	1	1	0
<b>Sjukskrivna (476 obs)</b>						
Ingen (0-4)	0	3	11	18	4	10
Lätt (5-24)	4	16	20	29	21	30
Måttlig (25-49)	40	45	41	37	43	43
Svår (50-95)	54	35	26	14	30	17
Total (95-100)	2	1	2	2	1	0

**Tabell 5** Enkät till patienten, MMR-patienter, svar i procent

	Ej sjukskrivna (840 obs)			Sjukskrivna (428 obs)		
	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
<i>Rörlighet</i>						
Utan svårighet	42	51	52	32	41	45
Viss svårighet	57	49	47	68	59	55
Sängliggande	1	0	1	1	0	0
<i>Hygien</i>						
Inga problem	75	76	78	69	74	74
Vissa problem	24	22	21	30	26	26
Klarar ej hygien	1	2	2	1	1	0
<i>Huvudsakliga aktiviteter</i>						
Inga problem	21	33	36	6	18	22
Vissa problem	67	59	55	66	67	63
Klarar ej dessa	12	9	10	28	15	15
<i>Smärtor eller besvär</i>						
Inga	1	5	7	0	3	5
Måttliga	47	63	63	36	54	56
Svåra	52	33	30	63	44	39
<i>Oro eller nedstämdhet</i>						
Ingen	18	33	35	9	25	25
I viss utsträckning	58	53	52	62	57	59
I högsta grad	24	14	13	29	18	16
<i>Hälsotillstånd idag jämfört med de 12 senaste månaderna</i>						
Bättre	9	45	42	8	36	38
Oförändrat	35	32	37	26	37	38
Sämre	55	23	21	65	27	24
Hälsotillstånd 0-100	41,1	52,6	54,0	35,0	45,6	49,6

### 3.4 Utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin

När överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöts år 2008, fanns det en begränsad tillgång på personal som hade de kompetenser som krävdes för att utföra rehabiliteringsinsatser inom rehabiliteringsgarantin. Ett av syftena med rehabiliteringsgarantin var att öka tillgången på medicinskt evidensbaserade behandlingar. På grund av bristen på kompetent personal har utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin skett successivt. Sveriges Kommuner och Landsting (2009) har undersökt tillgången på kompetens för behandling av personer med ångest och depression i hälso- och sjukvården i landstingen i Sverige. Undersökningen visar att arbetet med att öka tillgången på KBT-behandlingar pågår. Tillgången kan ökas genom att personer som har KBT-kompetens får arbeta inom ramen för garantin (i den mån de har andra arbetsuppgifter), genom upphandling av privata aktörer och genom kompetensutveckling av befintlig personal. Enligt enkätsvaren hade 1/3 av vårdcentralerna i Skåne KBT-kompetens och Skåne uppgavs planera för såväl komplettering av utbildning och upphandling av KBT-kompetens som kompetensutveckling.

Kompetensutvecklingen i Skåne diskuteras också av Nyberg m.fl. (2011). Enligt författarna pågår ett utvecklingsarbete av utbildningsprogram inom multimodal smärtbehandling och rehabilitering, med syfte att höja kunskapen och få en likvärdig vård inom smärtområdet. Ett flertal utbildningar har redan genomförts och fler ska genomföras. Region Skåne finansierar också steg 1 KBT-utbildning för medarbetare inom primärvården. Med hjälp av statliga medel erbjuds legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk grund en grundläggande utbildning i KBT.

Enligt Hälsoval Skåne krävs ett avtal mellan vårdgivaren och landstinget för att få utföra behandlingsinsatser inom rehabiliteringsgarantin. På grund av den kompetensbrist som diskuterades ovan, sker en successiv utbyggnad av rehabiliteringsgarantin. *Figur A 1* och *Figur A 2* i *bilaga 3* visar antalet ackrediterade vårdenheter för KBT- och MMR-behandling i Skånes kommuner den 1 januari 2010, 1 juli 2010 och 1 januari 2011. *Figur A 1* visar att antalet avtal om kognitiv beteendeterapi har ökat successivt, och att tillgången skiljer sig åt mellan kommuner. *Figur A 2* visar att färre avtal har slutits om multimodal rehabilitering. Det har dock skett en viss utbyggnad över tid och det finns en viss variation mellan kommuner i antalet vårdenheter med avtal om multimodal rehabilitering.

Hälsoval Skåne innebär att patienter kan få behandling inom rehabiliteringsgarantin inte bara i sin hemkommun utan var som helst i regionen. Huruvida det finns ett avtal med en ackrediterad vårdgivare i den egna

kommunen är därför inte avgörande för möjligheten att få behandling. Det är ändå rimligt att tänka sig att antalet avtal i den egna kommunen påverkar sannolikheten att få behandling. Dels är kanske patienten själv mer benägen att påbörja behandling om vårdgivaren är nära geografiskt, dels är kanske vårdcentralen mer benägen att föreslå behandling inom rehabiliteringsgarantin om det finns en ackrediterad vårdgivare i närheten.

I *Figur A 3* och *Figur A 4* i *bilaga 3* visas kvoten mellan antalet deltagare i rehabiliteringsgarantin och antalet patienter med en relevant diagnos i respektive kommun i målpopulationen. Sambandet mellan utbyggnaden och deltagarkvoten syns tydligt; kvoten är som högst i områden där tillgängligheten till behandlingarna genomgående varit stor. Den successiva utbyggnaden av behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin innebär att patienter, som har likvärdiga förutsättningar att dra nytta av KBT- och MMR-behandling, i olika utsträckning fick behandling beroende på var de var bosatta.

## 4 Metod

För att studera effekterna av behandling inom rehabiliteringsgarantin behöver man få en uppfattning om vad som skulle ha hänt deltagarna om de inte hade fått behandling. En enkel jämförelse av utfall före och efter behandling bortser från det faktum att hälsan kan förändras även utan rehabiliteringsinsatser. Det är också troligt att de som fick behandling är annorlunda i fråga om hälsa och sjukfrånvaro än de som inte fick behandling. En jämförelse mellan dem som fick och inte fick behandling kommer då att mäta hur insorteringen till behandling har gått till, snarare än effekten av själva behandlingen. Ett experiment, som fördelar behandlingen slumpmässigt i målgruppen, skulle möjliggöra en jämförelse av utfall efter behandling mellan deltagare och icke-deltagare, där skillnaden kan tolkas som en effekt av själva behandlingen.

Eftersom inget experiment finns att tillgå, består utmaningen i den här studien i att i efterhand försöka skapa den slumpmässighet som ett experiment skulle ha skapat. Detta görs genom en matchningsansats. Tillvägagångssättet innebär att man för varje person som har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin identifierar en jämförelseperson som inte har fått behandling men som, baserat på observerbara individegenskaper, förväntas ha samma hälsa och sjukfrånvaro som individen som fick behandling. Behandlings-effekten beräknas sedan genom att man jämför utfall vad gäller hälsa och sjukfrånvaro efter behandling mellan gruppen av individer som fick behandling och den ”matchade” jämförelsegruppen som inte fick behandling.

Ansatsen kan förväntas fungera väl i den här studien av två anledningar. För det första finns det tillgång till detaljerade hälsodata. Förutom det stora antalet potentiella jämförelseindivider torde de detaljrika vårddata som Region Skåne förfogar över i kombination med uppgifter om tidigare läkemedelskonsumtion från Socialstyrelsen göra det möjligt att på ett bra sätt fånga individens hälsostatus före behandling. För det andra finns det en slumpmässighet i sannolikheten att få behandling mellan i övrigt lika individer. Slumpmässigheten beror på att utbudet av rehabiliteringstjänster har varit olika i olika delar av Skåne, på grund av bristen på personal med rehabiliteringskompetens. En satsning från landstingets sida på att utbilda personal har så småningom ökat utbudet av rehabiliteringstjänster, men förändringen har skett i olika takt i olika regioner. Detta har skapat en variation i tillgängligheten på rehabiliteringsinsatser, som inte förväntas vara relaterat till individernas icke-observerbara hälsa. Den kommunala variationen i benägenheten att erbjuda behandling, kontrollerat för patienternas hälsa, torde således inte ha någon direkt effekt på hälsa och sjukfrånvaro.

Sammantaget talar detta för att matchningsansatsen är en lämplig metod. En utvärdering baserad på slumpmässighet i efterhand är dock inte lika fri från invändningar som en slumpmässighet, som skapas innan individer får ta del av en behandling. Eftersom många olika faktorer kan tänkas påverka den framtida risken för sjukskrivning, är metodens lämplighet beroende av i vilken utsträckning tillgängliga data fångar de eventuellt systematiska skillnader som finns mellan dem som erbjuds plats i rehabiliteringsgarantin och inte, och att det betingat på dessa observerbara karaktäristika finns en slumpmässighet i tilldelningen. Att metoden är framgångsrik kan delvis men inte helt prövas med hjälp av olika känslighetsanalyser.

Matchningen genomförs i praktiken genom att man till en behandlad patient inom rehabiliteringsgarantin väljer ut ett vårdbesök för en patient som har en diagnos som ryms inom ramen för rehabiliteringsgarantin, men som ändå inte får någon behandling inom rehabiliteringsgarantin. Samma vårdtillfälle tillåts fungera som jämförelse till flera behandlade.<sup>17</sup> I de flesta fall är vårdbesök liktydigt med patient, men genom att använda vårdbesök i stället för patient som observationsenhet ökar möjligheten att identifiera en relevant jämförelsegrupp. Eftersom en patient kan ha gjort flera vårdbesök under behandlingsperioden, skulle en behandlad patient potentiellt kunna matchas mot sig själv, men detta tillåts inte för i matchningen. Det är dock möjligt att en patient, som så småningom får behandling inom rehabiliteringsgarantin, vid ett tidigare

---

<sup>17</sup> Förfarandet benämns ”*Nearest neighbour matching with replacement*” i den internationella utvärderingslitteraturen.

tillfälle har använts som jämförelseindivid till en tidigare behandlad patient. I dessa fall mäts utfallet för jämförelseindivid och den tillhörande behandlade patienten fram till tidpunkten för inträde i rehabiliteringsgarantin för jämförelseindivid.

Sannolikheten att få behandling inom rehabiliteringsgarantin skattas med logit-regressioner och baseras på information om patientens aktuella hälsotillstånd, socioekonomiska status och andra individkaraktäristika. Utifrån de skattade parametrarna från regressionsmodellen förutsågs sannolikheten att ta del av en behandling inom rehabiliteringsgarantin. Därefter används den förutsagda sannolikheten till att finna en match mellan behandlade och icke-behandlade personer. Separata modeller skattas för KBT-respektive MMR-behandling, liksom för patienter som vid vårdbesöket var sjukskrivna respektive ej sjukskrivna. En sekventiell design tillämpas vid matchningen. Principen har varit att inkludera faktorer med en statistisk säkerställd betydelse för att beskriva sannolikheten att få behandling. Därefter har de matchade grupperna jämförts dels utifrån de faktorer som använts, dels utifrån faktorer som inte använts i matchningen. Om medelvärdet för faktorerna har avvikit på ett statistisk säkerställt sätt i mer än något enstaka avseende, har modellen förkastats och en ny modell specificerats. Om det finns få eller inga statistiskt säkerställda skillnader, anses grupperna vara balanserade. Proceduren har upprepats tills balans mellan grupperna har uppnåtts.

Notera, slutligen, att utvärderingen avser behandling inom rehabiliteringsgarantin jämfört med behandling inom reguljär verksamhet. I denna rapport kommer den reguljära behandlingen endast att beskrivas på ett övergripande plan, genom jämförelsen av utfallsvariablerna.

## 5 Data och beskrivning av målpopulationen

I rapporten studeras behandlingar som påbörjades inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne mellan den 1 januari 2010 och 30 juni 2011. Målpopulation är personer mellan 20 och 64 år, som under denna period sökte vård och som vid vårdtillfället fick en diagnos som ryms inom ramen för rehabiliteringsgarantins insatser.<sup>18</sup> Totalt erbjöds 7,4 procent av målpopulationen behandling inom rehabiliteringsgarantin under urvalsperioden; 17,8 procent av målpopulationen med KBT-diagnoser och 2,5 procent av målpopulationen med MMR-diagnoser. Att andelarna inte är högre kan dels bero på att en diagnos i sig inte ger någon

---

<sup>18</sup> Se *Bilaga 2* för en redovisning av de aktuella diagnoserna.

uttömmande information om en patients lämplighet att få behandling, dels på att efterfrågan på behandling överstiger utbudet.

Uppgifter om målpopulationen har inhämtats från en rad instanser. De centrala uppgifterna är de som hämtats från Region Skånes vårddatabas. I den finns detaljerad information om varje patients vårdbesök sedan år 2008, exempelvis om den vårdenhet där besöket ägde rum, om besöket avsåg primär- eller specialistvård, om besöket var hos en läkare eller annan profession samt vilken diagnos patienten fick.<sup>19</sup> Från Socialstyrelsen har därutöver inhämtats information om patienternas läkemedelsförbrukning sedan år 2008. Försäkringskassan har lämnat uppgifter om antalet dagar med ersättning från sjukförsäkringen, företrädesvis sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning, från den 1 januari 2000 till och med den 30 juni 2012. I Försäkringskassans register finns också omfattande individuella uppgifter om ålder, högsta utbildningsnivå, utrikes född, civilstånd (gift eller ogift), arbetslöshet och sysselsättning i november föregående år. Där finns också uppgifter om tidigare inkomster (pensionsgrundande inkomst och pensionsgrundande anställningsinkomst) och bostadskommun.

Matchningen genomfördes utifrån patienternas aktuella hälsotillstånd, uttryckt i tidigare vård- och läkemedelskonsumtion, tidigare sjukfrånvaro, diagnoskod samt individinformationen från Försäkringskassan avseende socioekonomiska och demografiska uppgifter.<sup>20</sup> Tidsaspekten tas i beaktande genom att månad för vårdbesöket ingår som matchningsvariabel. För att utnyttja den slumpmässighet i sannolikheten att få behandling som kommer från den successiva utbyggnaden av Rehabiliteringsgarantin i Skåne används inte bostadskommunen som matchningsvariabel.

Dessvärre finns inga uppgifter om sysselsättning för dem som inte var inskrivna vid Arbetsförmedlingen vid tidpunkten för vårdbesöket, och som därmed var arbetslösa. Därför finns det ingen information om patienterna arbetade, studerade eller hade någon annan sysselsättning. I samband med inskrivningen i rehabiliteringsgarantin fick patienterna svara på frågor om vilka försörjningskällor de hade. Bland dem som varken var sjukskrivna eller arbetslösa vid vårdbesöket svarade ungefär 80 procent att de var anställda eller egenföretagare. Bland de resterande var en stor andel studerande. Bland de sjukskrivna, och inte arbetslösa, var andelen anställda och egenföretagare något lägre, 60–70 procent. Eftersom dessa uppgifter endast finns för de behandlade

---

<sup>19</sup> I *Bilaga 3* ges en kort beskrivning av hur vårddata har hanterats och hur olika variabler har specificerats.

<sup>20</sup> En avgränsning i målpopulationen har gjorts såtillvida att vårdbesök där patienten har väldigt många tidigare vårdbesök där man fått en diagnos inom ramen för Rehabiliteringsgarantin har eliminerats. Detta för att öka jämförbarheten mellan grupperna redan före matchningen.

kan de inte användas i analysen. Förutom arbetslöshet kan analysen emellertid ta hänsyn till huruvida patienten förvärvsarbetade i november föregående år, samt föregående års pensionsgrundande inkomst. Några systematiska skillnader i sysselsättning mellan behandlade och icke-behandlade ska därför inte finnas.

*Tabell 6* ger en beskrivning av målpopulationen för ett urval av tillgängliga data. En uppdelning har gjorts mellan besök som lett till att patienten har, respektive inte har, påbörjat behandling inom rehabiliteringsgarantin. Som påpekades tidigare kan en patient med de aktuella diagnoserna ha gjort flera besök under den aktuella perioden och därmed förekomma flera gånger och i olika kolumner.<sup>21</sup> En övergripande slutsats är att urvalet till behandling inom rehabiliteringsgarantin har gjorts förhållandevis systematiskt enligt tydliga profiler. De t-värden som anger statistisk signifikans visar nästan uteslutande på säkerställda skillnader mellan deltagare och icke-deltagare.<sup>22</sup>

Skillnader finns också beträffande vilka grupper av patienter som har prioriterats till KBT- respektive MMR-behandling. KBT-behandling har, vilket var avsikten, företrädesvis riktats till personer med en förhållandevis låg grad av ohälsa och därmed en relativt gynnsam position på arbetsmarknaden. Antalet vårdbesök sedan år 2008 är i genomsnitt 40 för deltagarna jämfört med 73 för övriga. Antalet tidigare läkarbesök, där patienten fått en diagnos som gör det möjligt att komma ifråga för rehabiliteringsgarantin, är 1,6 för behandlade och cirka 21 bland icke-behandlade. Även patienternas läkemedelskostnader är tydligt lägre bland de behandlade. Jämfört med målpopulationen i stort, är KBT-patienter som deltar i rehabiliteringsgarantin i mindre utsträckning arbetslösa och sjukskrivna. Inrikes födda och högskoleutbildade är tydligt överrepresenterade grupper bland de behandlade MMR-patienterna.

MMR-behandlingen har däremot riktats till en målpopulation med svag ställning på arbetsmarknaden och dålig hälsa. Arbetslösa och sjukskrivna är överrepresenterade och antalet tidigare vårdbesök, såväl med som utan läkare närvarande, liksom läkemedelskostnaderna, är markant högre bland deltagarna.

Men det finns också en likhet i urvalet till de två behandlingsmetoderna. Kvinnor är överrepresenterade inom både KBT- och MMR-behandling, i synnerhet inom den sistnämnda. Där är andelen män bland jämförelsebesöken 41 procent men bara 23 procent bland besöken som ledde till behandling.

---

<sup>21</sup> Ett undantag från detta är behandlade inom rehabiliteringsgarantin som endast tillåts vara behandlade vid ett tillfälle om de har mer än en behandling. Detta är dock mycket ovanligt.

<sup>22</sup> Noterbart är att de som gör många vårdbesök under perioden utan att placeras i rehabiliteringsgarantin gör skillnaderna mellan behandlade och icke-behandlade blir större än de egentligen är.



**Tabell 6** Beskrivande statistik för vårdbesök där individen har fått, respektive inte fått, plats inom rehabiliteringsgarantin

	KBT			MMR		
	RG	Ej RG	t-värde	RG	Ej RG	t-värde
Man	0,30 (0,46)	0,34 (0,47)	- 7,72	0,23 (0,42)	0,41 (0,49)	- 17,50
Ålder	39,84 (11,79)	42,15 (11,64)	- 15,81	45,29 (9,86)	45,35 (11,73)	- 0,27
Född utrikes	0,13 (0,34)	0,25 (0,43)	- 27,50	0,28 (0,45)	0,28 (0,45)	- 0,02
Högskola	0,49 (0,50)	0,33 (0,47)	26,56	0,27 (0,45)	0,28 (0,45)	- 0,54
Sjukskriven	0,18 (0,39)	0,25 (0,43)	- 13,55	0,32 (0,47)	0,20 (0,40)	10,56
Arbetslös	0,18 (0,38)	0,24 (0,43)	- 12,94	0,32 (0,47)	0,21 (0,41)	9,69
Mottar SA	0,07 (0,25)	0,19 (0,39)	- 38,16	0,23 (0,42)	0,16 (0,37)	6,08
Antal tidigare vårdbesök <sup>a</sup>	39,61 (40,94)	73,01 (100,85)	- 56,71	74,30 (59,24)	51,14 (55,62)	15,62
Antal tidigare läkarbesök <sup>a</sup>	19,99 (19,31)	25,13 (23,87)	- 21,16	32,36 (22,61)	22,83 (23,04)	16,83
Antal tidigare KBT-diagnoser <sup>a</sup>	1,62 (2,96)	20,80 (72,78)	- 79,82	1,30 (8,24)	0,59 (4,99)	3,46
Antal tidigare MMR-diagnoser <sup>a</sup>	0,55 (2,33)	0,70 (2,15)	- 5,16	3,68 (5,70)	3,67 (7,66)	0,10
Utgifter för läkemedel <sup>a</sup>	15 360 (60 034)	24 255 (83 775)	- 11,60	21 750 (46 376)	19 988 (61 154)	1,51
Antal sjukskrivningsdagar (<3 år)	64,04 (158 17)	121,14 (237 01)	- 28,00	196,63 (280 22)	91,64 (201 69)	15,00
Antal obs.	7 029	93 798		1 615	121 006	

*Anm:* <sup>a</sup>Avser uppgifter från och med år 2008. Med KBT- respektive MMR-diagnoser avses vårdbesök där patienten fått en diagnos som innefattas i rehabiliteringsgarantin. Standardavvikelse inom parentes. t-värdet relaterar medelvärdena till varandra, värden över 1,96 anger statistiskt säkerställd skillnad på 5-procentsnivån.

De utfallsmått som studeras i analysen är antalet bruttodagar med sjukfrånvaro.<sup>23</sup> I detta mått inkluderas också antalet dagar med sjuk- och aktivitetsersättning. Värt att notera är att det för patienter med anställning fordras att sjukskrivningen pågår i minst 14 dagar, det vill säga passerar arbetsgivarens sjuklöneperiod, för att sjukskrivningen ska inkluderas i beräkningen. Det innebär att sjukskrivningen ska vara längre än arbetsgivarens

<sup>23</sup> Med bruttodagar avses dagar som sjukfrånvarande oavsett om sjukfrånvaron är på hel- eller deltid.

sjuklöneperiod. Kortare sjukskrivningar räknas alltså inte in. Förutom sjukfrånvaro analyseras också effekterna på antalet vårdbesök och antalet förskrivningar av läkemedel. Antalet förskrivningar av läkemedel är ett approximativt mått på läkemedelkonsumtion och är högt korrelerat med individens kostnader för läkemedel. Hur de tre utfallsmåtten förhåller sig till varandra är inte på förhand givet. Visserligen torde antalet vårdbesök öka tydligt som en konsekvens av behandlingen. Det är dessutom tänkbart att medicinering i många fall kan fungera som alternativ till aktiva rehabiliteringsinsatser. Effekterna på sjukfrånvaron är en öppen fråga. Effekterna presenteras dels kvartalsvis, för att ge en uppfattning om den tidsmässiga dynamiken i eventuella uppkomna skillnader mellan behandlade och icke-behandlade, dels på årsbasis under en ettårig uppföljningsperiod.

## 6 Resultat

I *avsnitt 6.1* presenteras resultaten från matchningsanalysen. I *avsnitt 6.2* finns en analys om effekterna avviker mellan män och kvinnor och om effekterna varierar beroende på sannolikheten att få behandling. Den sistnämnda analysen är av intresse, därför att den ger en uppfattning av om urvalet av patienter till de olika behandlingarna är rätt. Avslutningsvis presenteras en beräkning av rehabiliteringsgarantins effekter på de offentliga finanserna i *avsnitt 6.3*.

### 6.1 Huvudresultat

Matchningen har genomförts separat för fyra olika grupper. Den största utgörs av (1) KBT-behandling för ej sjukskrivna, 67 procent. Därefter följer i fallande skala: (2) KBT-behandling för sjukskrivna, 15 procent, (3) MMR-behandling för ej sjukskrivna, 13 procent, och (4) MMR-behandling för sjukskrivna, 6 procent.<sup>24</sup> Parameterskattningar från de slutgiltiga regressionsmodellerna redovisas i *Tabell A 2–Tabell A 5* i *bilaga 5*. Matchningsmodellerna skiljer sig åt mellan de olika grupperna vilket bekräftar att urvalet till behandling gjorts utifrån olika principer. *Tabell A 6* och *Tabell A 7* i *bilaga 6* visar beskrivande statistik för de matchade behandlings- och jämförelsegrupperna. Överlag är balansen mellan grupperna mycket hög. Noterbart är att överensstämmelsen är hög inte bara beträffande de faktorer som har använts i matchningen, vilka framgår av *Tabell A 2–Tabell A 5*, utan även beträffande faktorer som inte har använts. Detta ökar resultatens trovärdighet.

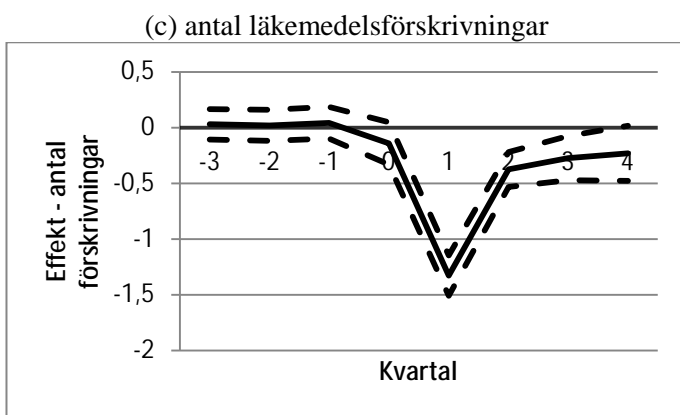
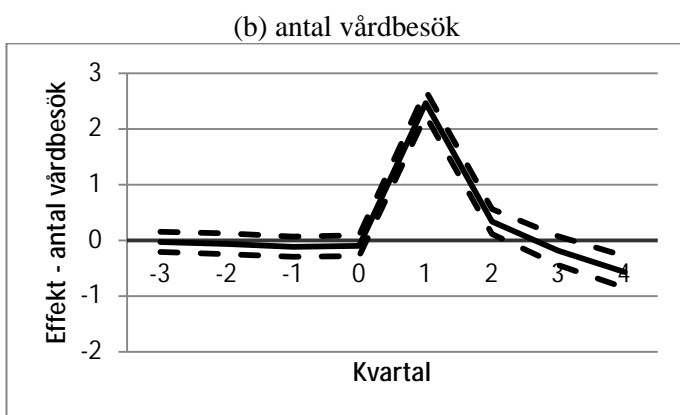
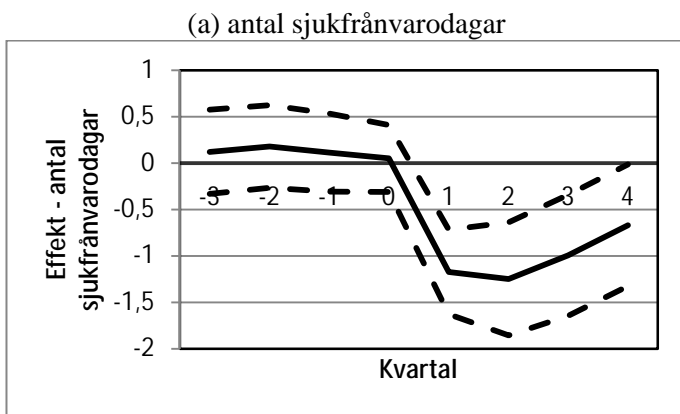
---

<sup>24</sup> Information finns endast om sjukfall som pågår längre än 14 dagar, vilket innebär att individer som är sjukskrivna och har sjuklön men återgår i arbete före dag 15 i sjukfallet ändå definieras som icke-sjukskrivna i analysen.

I analysen presenteras först resultaten för de fyra grupperna och de tre utfallen kvartalsvis upp till fyra kvartal efter påbörjad behandling. Tidpunkten "0" representerar behandlingsstarten och tidpunkten för ett vanligt vårdbesök för den icke-behandlade. I figurena visas skillnaderna mellan behandlade och icke-behandlade även fyra kvartal bakåt i tiden. Därigenom får man en uppfattning om hur väl matchningen har fungerat. Statistiskt säkerställda skillnader före behandlingens början ökar risken för snedvridna resultat. Men inte något av de 12 utfall som studerats visar statistiskt säkerställda behandlingseffekter före behandlingens början, och det stärker trovärdigheten i analyserna. Avsnittet avslutas med en sammanfattning i tabellform av resultaten i med ett års uppföljningstid.

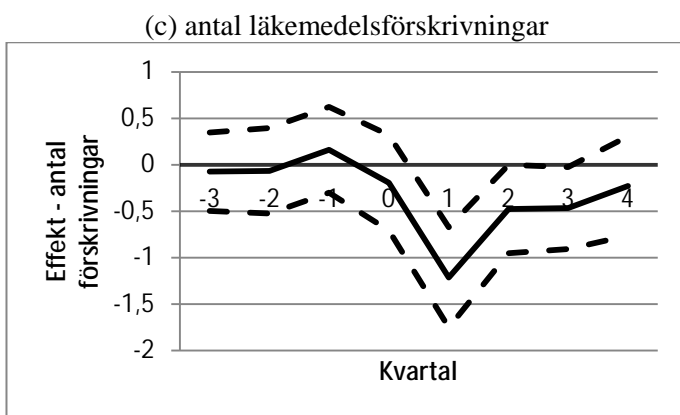
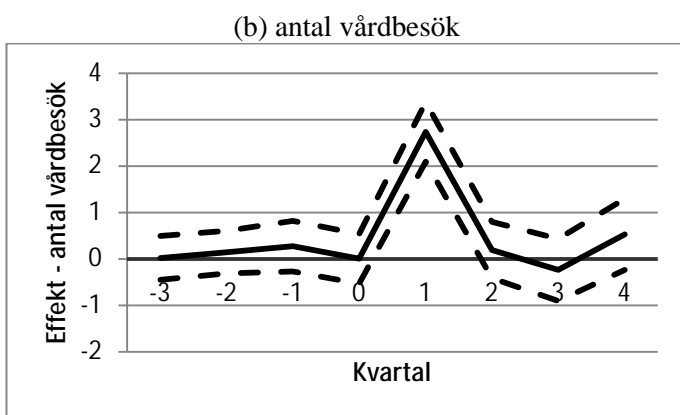
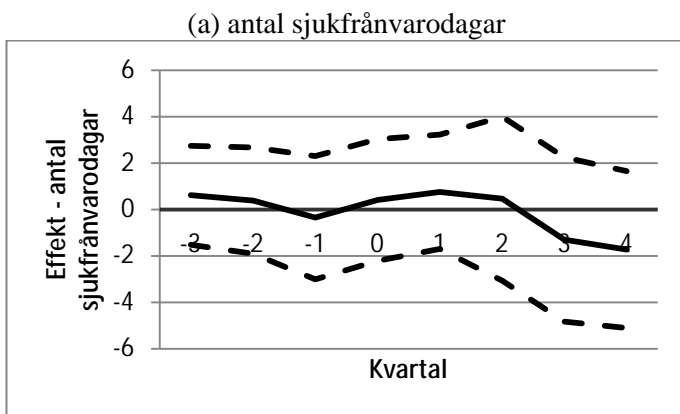
Resultaten för ej sjukskrivna KBT-behandlade personer presenteras i *Figur 1*. Vad gäller effekten på sjukfrånvaro som visas i *Figur 1(a)* kan konstateras att KBT-behandlingen minskar antalet sjukfrånvardagar under det efterföljande året. Effekten är avtagande men statistiskt säkerställd under samtliga fyra kvartal. Som mest uppgår effekten till ungefär 1,3 dagars minskning per kvartal. Från *Figur 1(b)* och *(c)* framgår att det också finns positiva effekter av behandlingen i form av långsiktigt färre antal vårdbesök och förskrivningar av läkemedel. Antalet vårdbesök är som väntat högre bland de behandlade under de första kvartalen efter behandlingsstarten. Inom kvartal 4 finns det emellertid en statistiskt säkerställd negativ effekt på antalet vårdbesök, vilket innebär att de behandlade gjorde färre vårdbesök än sina motsvarigheter bland de icke-behandlade. För de behandlade sjunker också antalet förskrivningar av läkemedel tydligt i samband med behandlingen. Den statistiskt säkerställda effekten kvarstår till och med kvartal 3 efter påbörjad behandling.

Effekterna av KBT-behandling för sjukskrivna presenteras i *Figur 2*. Till skillnad från effekterna för ej sjukskrivna finns inga effekter av KBT-behandling för sjukskrivna, vilket framgår av *Figur 2(a)*. En viss nedgång av sjukfrånvaron märks under kvartal 3 och 4. Den primära anledningen till detta är att fler icke-behandlade än behandlade får sjuk- och aktivitetsersättning. Vidare visar *Figur 2(b)* att behandlingen medför att antalet vårdbesök ökar på kort sikt, men att det på längre sikt inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna. Precis som i fallet med ej sjukskrivna innebär KBT-behandling också att läkemedelsförbrukningen minskar under själva behandlingen, vilket framgår av *Figur 2(c)*. Effekten är emellertid snabbt avtagande, och under kvartal 4 har den statistiskt säkerställda effekten försvunnit.



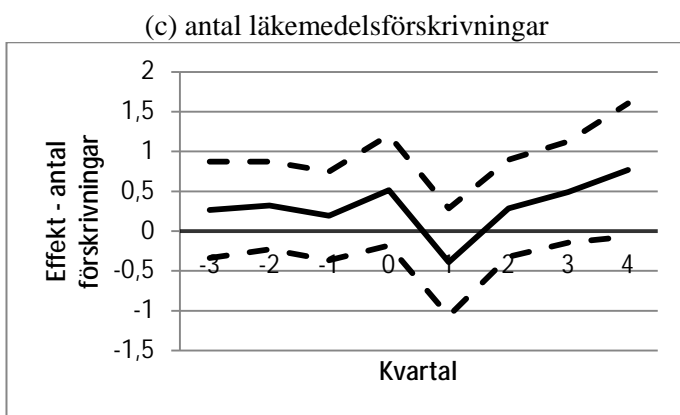
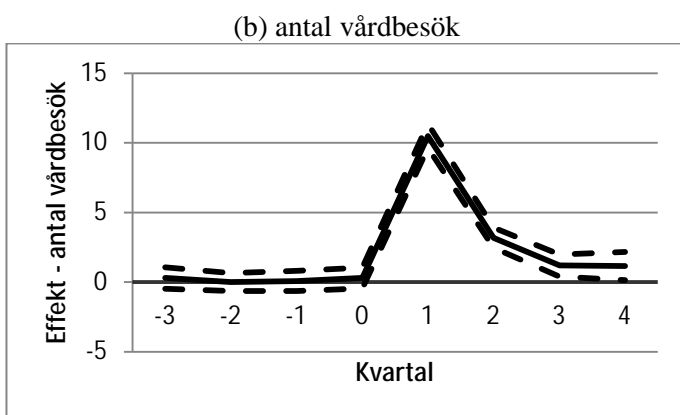
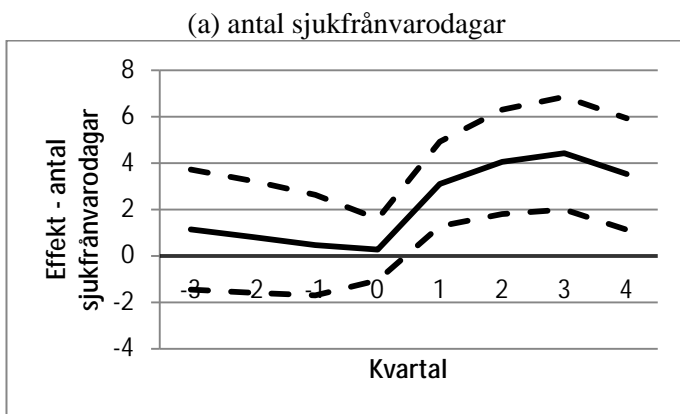
**Figur 1** Effekten av KBT för ej sjukskrivna

Anm: Helledragen linje visar på effekt och de två streckade linjerna utgör ett 95-procentigt konfidensintervall.



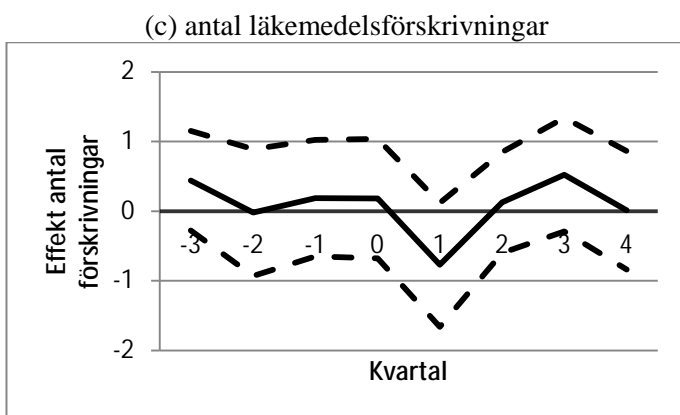
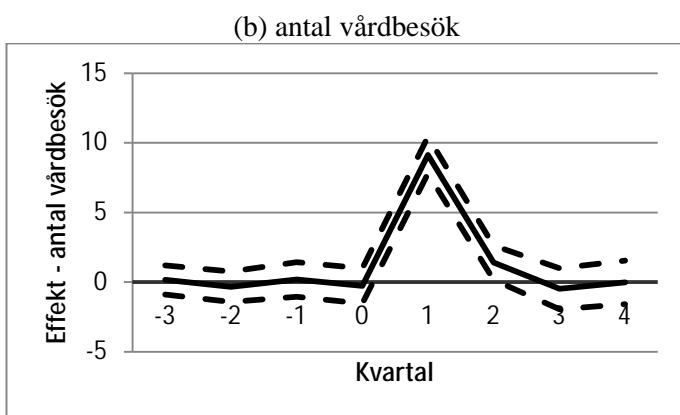
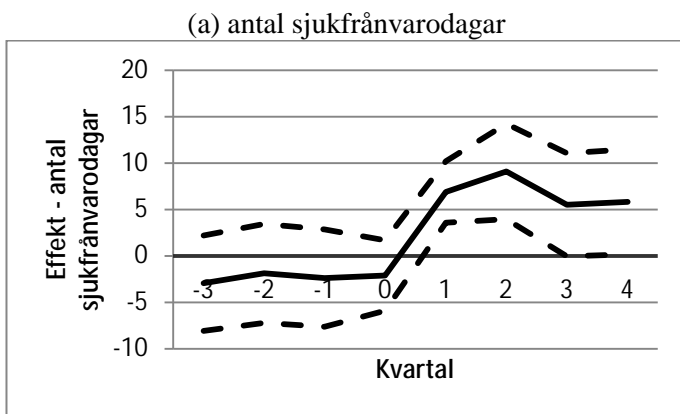
**Figur 2** Effekten av KBT för sjukskrivna

Anm: Heldragen linje visar på effekt och de två streckade linjerna utgör ett 95-procentigt konfidensintervall.



**Figur 3** Effekten av MMR för ej sjukskrivna

Anm: Heldragen linje visar på effekt och de två streckade linjerna utgör ett 95-procentigt konfidensintervall.



**Figur 4** Effekten av MMR för sjukskrivna

Anm: Heldragen linje visar på effekt och de två streckade linjerna utgör ett 95-procentigt konfidensintervall.

Effekterna av MMR-behandling för ej sjukskrivna presenteras i *Figur 3*. I *Figur 3(a)* framgår att sjukfrånvaron bland dem som får behandling ökar i samband med behandlingsstarten och håller i sig under hela uppföljningsperioden. Effekten är statistiskt säkerställd och uppgår till ungefär 3–4 sjukfrånvarodagar per kvartal. Antalet vårdbesök ökar som väntat under behandlingen. Av *Figur 3(b)* framgår det att den relativa ökningen av vårdbesök är flera gånger större för MMR-patienterna än för KBT-patienterna, det vill säga 10 jämfört med 2–3 vårdbesök. Resultatet är väntat mot bakgrund av den mer intensiva behandling som MMR-patienterna får. Tendenser finns också till långsiktiga effekter, eftersom en statistiskt säkerställd skillnad kvarstår även under kvartal 4 efter behandlingsstart. Avslutningsvis förefaller MMR-behandlingen inte ha några tydliga effekter på antalet läkemedelsförskrivningar. Det framgår av *Figur 3(c)*.

Effekterna av MMR-behandling för sjukskrivna presenteras i *Figur 4*. I likhet med resultaten för ej sjukskrivna innebär MMR-behandlingen för sjukskrivna en ökad sjukfrånvaro. Effekten avtar något under kvartal 3 och 4 men är fortfarande statistiskt säkerställd, vilket framgår av *Figur 4(a)*. Efter den inledande ökningen av antalet vårdbesök finns det inget tydligt långsiktigt mönster för vårdbesöken i *Figur 4(b)*. Detsamma gäller effekterna av antalet förskrivningar av läkemedel, som redovisas i *Figur 4(c)*. Noterbart är att utbytet mellan aktiv behandling och läkemedelskonsumtion inte förefaller lika tydlig för MMR-behandling som för KBT-behandling.

I *Tabell 7* presenteras resultaten på årsbasis i stället för kvartalsvis. För att man ska få en bättre uppfattning om den relativa betydelsen av behandlingen presenteras effekterna i procent. Intressant att notera är att de största effekterna på sjukfrånvaron finns dels för ej sjukskrivna KBT-behandlade, vars sjukfrånvaro *reducerades* med ungefär 26 procent som ett resultat av behandlingen, dels för ej sjukskrivna MMR-behandlade, vars sjukfrånvaro *ökade* med cirka 60 procent som ett resultat av insatserna inom rehabiliteringsgarantin. Dessa positiva respektive negativa effekter är statistiskt säkerställda, liksom den ökning av sjukfrånvaron som kan konstaterats för sjukskrivna MMR-behandlade.<sup>25</sup>

Behandlade i samtliga grupper uppvisar en tydlig ökning av antalet vårdbesök jämfört med icke-behandlade. Som figurerna visade är denna ökning främst kopplad till behandlingen i sig. Ökningen är följaktligen också tydligast

---

<sup>25</sup> Antalet sjukfrånvarodagar för jämförelsegrupperna var, för ej sjukskrivna KBT-behandlade: 15, sjukskrivna/KBT: 174, ej sjukskrivna/MMR: 23, och sjukskrivna/MMR: 223.



för MMR-behandlade, vars behandling är mer omfattande.<sup>26</sup> Däremot tycks behandlingen inom rehabiliteringsgarantin minska antalet förskrivningar av läkemedel, åtminstone under behandlingsperioden. Effekten är tydligast för KBT-behandlade där effekten för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna är statistiskt säkerställd.<sup>27</sup>

**Tabell 7** Effekter av KBT och MMR, resultat från matchning, 1 års uppföljningstid (procent)

	Antal sjukfrånvarodagar	Antal vårdbesök	Antal förskrivningar
KBT, ej sjukskrivna	- 26,4*** (6,3)	8,8*** (1,8)	- 21,9*** (2,5)
KBT, sjukskrivna	- 1,6 (3,2)	12,3** (3,2)	- 11,7** (4,9)
MMR, ej sjukskrivna	59,8*** (17,4)	67,1*** (5,3)	3,4 (7,8)
MMR, sjukskrivna	11,1*** (3,9)	22,3*** (5,2)	- 5,9 (7,1)

Anm: Standardfel anges inom parantes. \*\*/\*\* angiver statistisk signifikans på 5- respektive 1-procentsnivån.

Utöver huvudanalysen har också några kompletterande analyser genomförts. För det första återges resultaten som presenterades i *Figur 1–Figur 4* i form av nivåer på sjukfrånvaron, antalet vårdbesök och antalet förskrivningar av läkemedel, för behandlade respektive icke-behandlade, i *Figur A 5–Figur A 8*. Intressant att notera är att de positiva effekterna av KBT på sjukfrånvaron, för patienter som inte är sjukskrivna, förefaller vara orsakade av en relativt högre risk för sjukskrivning bland de icke-behandlade. Detta framgår av *Figur A 5(a)*. Snarare än en minskning av sjukfrånvaron bland de behandlade verkar den positiva effekten vara ett resultat av att den alternativa behandlingen till KBT, vid sidan av medicinering, var just sjukskrivning. Omvänt förefaller de negativa effekterna av MMR i form av ökad sjukfrånvaro, för såväl sjukskrivna som inte sjukskrivna, vara en konsekvens av en ökad sjukfrånvaro bland de behandlade, snarare än en minskad sjukfrånvaro bland de icke-behandlade. Detta illustreras i *Figur A 7(a)* och *Figur A 8(a)*.

För det andra har behandlingarnas effekter på sjukfrånvaron analyserats upp till två år efter behandlingsstart, det vill säga i fyra kvartal utöver det som

<sup>26</sup> Antalet vårdbesök för jämförelsegrupperna var, för ej sjukskrivna KBT-behandlade: 17, sjukskrivna/KBT: 27, ej sjukskrivna/MMR: 22, och sjukskrivna/MMR: 38.

<sup>27</sup> Antalet förskrivningar av läkemedel för jämförelsegrupperna var, för ej sjukskrivna KBT-behandlade: 8, sjukskrivna/KBT: 14, ej sjukskrivna/MMR: 12, och sjukskrivna/MMR: 16.

redovisades i huvudanalysen. Detta har gjorts för ett mindre urval.<sup>28</sup> Resultaten visar att de positiva effekterna i form av lägre sjukfrånvaro som konstaterades för ej sjukskrivna KBT-behandlade, liksom de negativa effekterna i form av högre sjukfrånvaro som återfanns för MMR-behandlade, oavsett sjukskrivningsstatus, förefaller relevanta även på längre sikt. Den längre uppföljningstiden gör visserligen att osäkerheten i skattningarna ökar, men inga tydliga signaler ges om att dessa effekter skulle vara övergående.

För det tredje har effekterna på sjukfrånvaron analyserats när antalet sjukfrånvarodagar netto, i stället för brutto, har använts. På detta sätt har hänsyn tagits till att det kan finnas skillnader mellan behandlade och icke-behandlade, som beror på att patienterna har tagit ut sjukfrånvaro på heltid eller deltid. Analysen visar att resultaten endast i liten utsträckning avviker från dem i huvudanalysen, där antalet bruttodagar har använts. Slutsatserna från huvudanalysen är således robusta oavsett om brutto- eller nettodagar används som utfallsmått.<sup>29</sup>

## 6.2 Effekter på sjukfrånvaro för olika grupper av patienter

I detta avsnitt analyseras närmare hur behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin har påverkat sjukfrånvaron för olika grupper av patienter. Effektskattningar görs för olika grupper på sjukfrånvaro inom ett år efter behandlingens början, motsvarande de resultat som presenterades i *Tabell 7*, kolumn 1. Anledningen till dessa begränsningar är att antalet individer som ingår i varje delanalys är mindre än vid huvudanalysen, vilket innebär att precisionen i skattningarna minskar. En analys baserad på ett års uppföljning skattas med bättre precision än en analys som baseras på kvartalsuppföljning. Fokus är på sjukfrånvaro, eftersom det ger ett oberoende utfall i större utsträckning än vårdbesök och läkemedel. Utifrån analyserna på kvartalsnivå framgår det att antalet vårdbesök och antalet förskrivningar i stor utsträckning är en del av själva behandlingen eller ett alternativ till behandling.

Först skattas effekterna för män och kvinnor var för sig. Därefter skattas effekterna för patienter med olika sannolikhet att behandlas inom rehabiliteringsgarantin. För att undvika problem med alltför få observationer slås sjukskrivna och ej sjukskrivna MMR-patienter ihop till en grupp i den första analysen.

---

<sup>28</sup> Med en 2-årig uppföljningstid kan endast de som påbörjade behandling under det första halvåret 2010 följas hela perioden.

<sup>29</sup> Effekterna på antalet sjukfrånvarodagar netto är, för ej sjukskrivna KBT-behandlade: -28,1%, sjukskrivna/KBT: -4,7%, ej sjukskrivna/MMR: 68,2%, och sjukskrivna/MMR: 15,8%.

Tabell 8 visar de skattade procentuella effekterna av insatserna inom rehabiliteringsgarantin för män och kvinnor. De två första kolumnerna visar att minskningen av sjukfrånvaro för ej sjukskrivna KBT-patienter omfattar både män och kvinnor. För gruppen sjukskrivna KBT-patienter finns inga statistiskt säkerställda skillnader. Resultaten för MMR-patienterna visar att både män och kvinnor ökar sin sjukfrånvaro med drygt 25 procent till följd av behandlingen.

**Tabell 8** Effekt på antalet sjukskrivningsdagar fördelat på kön, 1 års uppföljningsperiod (procent)

	KBT Ej sjukskrivna		KBT Sjukskrivna		MMR Samtliga	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Sjukskrivningsdagar	- 31,8** (14,6)	- 30,4*** (7,5)	- 7,3 (6,6)	2,8 (4,0)	28,0** (13,4)	25,1*** (7,1)
Antal obs.	3 292	7 048	614	1 734	594	1 856

Anm: Standardfel anges inom parentes. \*\*/\*\* angår statistisk signifikans på 5- respektive 1-procentsnivån.

Sannolikheten att placeras i rehabiliteringsgarantin var kopplad till patientens hälsa, ålder, arbetsmarknadsanknytning med mera. Medan patienter med relativt lindrig ohälsa hade förtur till KBT-behandling var patienter med relativt omfattande besvär prioriterade till MMR-behandling. I Tabell 9 visas effektskattningar för tre grupper, där grupp 1 är de med lägst sannolikhet att få behandling, grupp 2 är de med medelhög sannolikhet att få behandling och grupp 3 är de med högst sannolikhet att få behandling.

I Tabell A 8, bilaga 6 beskrivs de tre grupperna närmare. För gruppen ej sjukskrivna KBT-behandlade är det framförallt yngre och något friskare personer som haft den högsta sannolikheten att få behandling. Däremot syns inga tydliga skillnader beträffande arbetsmarknadssituationen. För sjukskrivna som fått KBT-behandling är skillnaden mellan dem med små eller stora chanser att få behandling relativt liten, om man ser till hälsan men något större om man ser till arbetsmarknadssituationen. De med hög sannolikhet att få behandling är i mindre utsträckning arbetslösa och har i betydligt högre utsträckning en högskoleutbildning. För dem som fått MMR-behandling är skillnaderna stora beträffande både arbetsmarknadssituation och hälsostatus. De med högst sannolikhet att få behandling var i större utsträckning arbetslösa vid behandlingens början, hade inget redovisat förvärvsarbete, hade fler vårdbesök och mer sjukfrånvaro än de med lägre sannolikhet att få behandling.

I Tabell 9 framgår det att den genomsnittligt positiva effekten för behandlingsgruppen kan härledas till dem med högst sannolikhet att få behandling, det vill säga till yngre personer och till dem med relativt bäst hälsa. Medan de med

lägst sannolikhet att få KBT-behandling förefaller relativt opåverkade av behandlingen, är effekten statistiskt säkerställd för såväl grupp 2 som grupp 3. Bland sjukskrivna som får KBT-behandling finns inget tydligt mönster vad gäller effekterna av behandlingen. Visserligen redovisar grupp 3 en procentuell ökning av sjukfrånvaron, medan grupperna 1 och 2 visar det motsatta. Men effekterna är inte statistiskt säkerställda i något av fallen.

Bland ej sjukskrivna som fått MMR-behandling är de negativa effekterna som störst bland dem som har lägst sannolikhet att få behandling och således har relativt bäst hälso- och arbetsmarknadsstatus. Det framgår av tredje kolumnen i *Tabell 9*. Ett likartat mönster finns bland sjukskrivna som fått MMR-behandling. De med lägst chanser till behandling visar den största relativa ökningen av antalet sjukfrånvarodagar, medan ökningen för dem med störst sannolikhet att få behandling, det vill säga grupp 2 och grupp 3, inte är statistiskt säkerställd.

**Tabell 9** Effekt av behandling för grupper med olika sannolikhet att få behandling (procent)

	KBT		MMR	
	Ej sjukskrivna	Sjukskrivna	Ej sjukskrivna	Sjukskrivna
Grupp 1	- 4,4 (11,2)	- 3,0 (5,8)	112,5*** (42,4)	30,5*** (9,1)
Grupp 2	- 41,8*** (11,7)	- 7,4 (5,5)	55,3* (31,1)	9,4 (6,2)
Grupp 3	- 44,6** (13,2)	5,0 (5,2)	43,6* (23,5)	1,9 (5,4)
Antal obs.	10 338	2 350	1 448	894

Anm.: \*/ \*\*/\*\*\* anger statistisk signifikans på 10-/5- respektive 1-procentsnivån.

### 6.3 Effekter på de offentliga finanserna

I detta avsnitt ges en beräkning av de effekter som behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin har på de offentliga finanserna. I analysen beaktas förändringar i användningen av sjukförsäkringen, vårdkostnader och läkemedelsförskrivning. Resultaten presenteras i *Tabell 10*, separat för KBT-behandlade och MMR-behandlade, vilka indelats som ej sjukskrivna respektive sjukskrivna när behandlingen påbörjades.

Beräkningarna ska tolkas med stor försiktighet. För det första avser beräkningarna endast en uppföljningsperiod på ett år efter att behandlingen påbörjats. De långsiktiga analyserna antydde att den minskade sjukfrånvaron för ej sjukskrivna KBT-behandlade och den ökade sjukfrånvaron för MMR-behandlade håller i sig även på längre sikt. Detta tas inte hänsyn till i beräkningarna. För det andra finns det andra offentliga intäkter som inte tas i beaktande i beräkningarna. Eftersom ersättningen vid sjukfrånvaro inte fullt ut

kompenenserar för inkomstbortfallet ökar också skatteintäkterna då sjukfrånvaron minskar, dels genom ökade inkomstskatter men också genom ökade momsintäkter om den ytterligare inkomsten används till konsumtion. För det tredje tas inte eventuella positiva förändringar för de behandlade i form av ökat välbefinnande och förbättrad självskattad hälsa, som indikerades i avsnitt 3.3, i beaktande. Produktiviteten på arbetet kan också påverkas av behandlingarna, även om detta inte spiller över i sjukfrånvaro. Av alla dessa anledningar bör beräkningarna endast ses som en vägvisare vad gäller storleksordningen på effekten på de offentliga finanserna.

Den första kolumnen i *Tabell 10* visar förändringen i användningen av sjukförsäkringen. Denna förändring är förhållandevis enkel att beräkna, eftersom data över utbetald sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning finns tillgängliga. *Tabell 7* visar att antalet sjukfrånvarodagar minskade för ej sjukskrivna KBT-behandlade på ett statistiskt säkerställt sätt. Denna förändring motsvarar minskade utbetalningar från sjukförsäkringen under det första året efter att behandlingen inletts med cirka 1 400 kronor för en ej sjukskriven patient. Däremot finns inga statistiskt säkerställda effekter för sjukskrivna KBT-behandlade. Därför beräknas inte någon förändring av utbetald sjukförsäkring för denna grupp. För både sjukskrivna och ej sjukskrivna MMR-behandlade ökade däremot antalet sjukskrivningsdagar på ett statistiskt säkerställt sätt. Dessa förändringar motsvarar ökade utbetalningar från sjukförsäkringen med 5 700 kronor för en ej sjukskriven person och med 18 000 kronor för en sjukskriven patient. Det kan givetvis vara så, att alternativet till utbetalningar från sjukförsäkringen inte bara är arbetsinkomster utan också utbetalningar från andra offentliga system. Detta beaktas dock inte i beräkningarna.

**Tabell 10** Effekt på de offentliga finanserna, uppföljningsperiod 1 år, kronor/deltagare

	Förändring utbetalning sjukförsäkring	Förändringar i vårdkostnader	Förändringar i läkemedelskostnader	Effekt på de offentliga finanserna
<i>KBT</i>				
Ej sjukskrivna	- 1 365	5 012	0	3 647
Sjukskrivna	0	5 191	0	5 191
<i>MMR</i>				
Ej sjukskrivna	5 722	38 663	0	44 385
Sjukskrivna	18 076	34 910	0	52 986

Den andra kolumnen i *Tabell 10* visar förändringen av vårdkostnader. I *avsnitt 2* beskrevs den ersättning landstingen får av staten för behandlingar

inom rehabiliteringsgarantin. I denna analys beräknas kostnaderna för behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin som ersättning per behandling plus det genomsnittliga påslaget under åren 2008–2011. Det blir 12 000 kronor per KBT-patient och 48 000 kronor per MMR-patient. De som har fått behandling kan dock besöka vården även efter att behandlingen inom rehabiliteringsgarantin är avslutad. Antalet sådana besök beräknas utifrån det genomsnittliga antalet vårdbesök för behandlingsgruppen under hela uppföljningsperioden minus antalet vårdbesök inom rehabiliteringsgarantin. Detta har sedan multiplicerats med den genomsnittliga kostnaden per läkarbesök som finns registrerad i data, vilken är cirka 1 000 kronor. För icke-deltagarna multipliceras dessa kostnader med det genomsnittliga antalet vårdbesök. Förändringen i vårdkostnaderna som presenteras i kolumn 2 avser skillnaden i kostnader för behandlade jämfört med icke-behandlade.

Den tredje kolumnen i *Tabell 10* visar förändringen av läkemedelskostnader. Även detta skattas utifrån de data över läkemedelskonsumtion som finns tillgängliga. Dessa kostnader, som delvis subventioneras av skattemedel, är små i sammanhanget. Eftersom inga statistiskt säkerställda effekter kan konstateras för någon av grupperna är samtliga förändringar satta till noll i beräkningen.

Den fjärde kolumnen i *Tabell 10* visar den sammanlagda effekten på de offentliga finanserna. Ur detta perspektiv är resultaten nedslående. Kostnaden för varje behandling inom rehabiliteringsgarantin uppgår till i genomsnitt 3 647 kronor per ej sjukskriven KBT-patient, 5 191 kronor per sjukskriven KBT-patient, 44 385 kronor per ej sjukskriven MMR-patient och 52 986 kronor per sjukskriven MMR-patient. Om även effekterna på utfallsvariablerna på längre sikt skulle tas med i beräkningen är det dock möjligt att effekten för ej sjukskrivna KBT-patienter skulle bli positiv.

## 7 Sammanfattning och slutsatser

I den här rapporten har effekterna av de behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin analyserats. Behandlingarna består av kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med psykisk ohälsa, och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med smärtproblematik. Effekterna har analyserats för patienter bosatta i Skåne och med avseende på sjukfrånvaro, vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning. Separata analyser har genomförts för patienter som genomgått KBT- respektive MMR-behandling, samt för sjukskrivna respektive ej sjukskrivna vid behandlingens början.

Resultaten visar på positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro av KBT-behandling. Detta gäller emellertid endast patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades, en grupp som utgör majoriteten (cirka 70 procent) av alla som får insatser inom rehabiliteringsgarantin. För samma grupp återfinns positiva effekter också i form av färre antal läkemedelsförskrivningar på kort sikt och färre antal vårdbesök på längre sikt. För gruppen sjukskrivna som fick KBT-behandling kunde någon effekt på sjukfrånvaron inte konstateras. Däremot återfanns en minskad läkemedelsförskrivning under tiden i behandling. MMR-behandling i sin tur uppvisar negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna. Inga tydliga effekter på läkemedelsförskrivning och antal vårdbesök efter behandling konstaterades. Även om uppföljningshorisonten i analysen bara är ett år ger en längre uppföljningshorisont, analyserad för delgrupp av de behandlade, inga indikationer på att effekterna skulle vara snabbt övergående.

I rapporten konstateras också att de positiva effekterna av KBT-behandling, som minskad sjukfrånvaro för dem som inte är sjukskrivna vid behandlingens början, kan härledas till patienter med relativt stora chanser att få behandling. Dessa är i regel yngre och har i genomsnitt mindre historisk sjukfrånvaro jämfört med andra patienter. På motsvarande sätt är effekterna av MMR-behandling på sjukfrånvaron mer positiva för patientgrupper med en relativt stor sannolikhet att få behandling. Dessa patienter kännetecknas av att de har en förhållandevis hög grad av ohälsa, omfattande sjukskrivningshistorik, och en svag position på arbetsmarknaden. Emellertid finns ingenting som tyder på att MMR-behandling skulle ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaron för dessa grupper. Sammantaget förefaller urvalet av patienter till behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin i Skåne vara effektiv så till vida att de grupper med störst sannolikhet att få behandling i regel också är de grupper som uppvisat relativt bäst resultat.

Avslutningsvis visar beräkningen av de offentligfinansiella kostnaderna och intäkterna av behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin, där användningen av sjukförsäkringen, vårdkostnader och läkemedelsförskrivning beaktas, att ingen av behandlingarna är offentligfinansiellt lönsam för någon av grupperna. Kostnaderna är i synnerhet höga för MMR-patienterna, på grund av de negativa effekterna på sjukfrånvaron och de höga kostnaderna för behandling. Beräkningarna ska tolkas med försiktighet då de inte beaktar alla eventuella kostnader och intäkter av behandlingarna, och också avser en i sammanhanget kort uppföljningshorisont, endast ett år.

En viktig fråga att besvara är hur resultaten ska tolkas och hur de förhåller sig till tidigare forskning på området. Väl känt är att sjukskrivningsbeteendet

påverkas av en rad faktorer som inte har med individens arbetsförmåga att göra. Exempelvis har ersättningen som sjukskriven betydelse för sjukfrånvaronivån (se till exempel Johansson & Palme 1996, 2002, 2005, Henriksson och Persson 2004, Skogman Thoursie 2004, Larsson 2006, och Hartman med flera 2012), liksom graden av kontroll av rätten till ersättning i sjukförsäkringen (se till exempel ISF 2010, Johansson och Lindahl 2012, och Hartman med flera 2012). Studier har också visat att rehabiliteringsinsatser kan förlänga i stället för att förkorta sjukfrånvaron (se till exempel Andersén med flera 2008, Farrell med flera 2006, Engström med flera 2011, Karolinska institutet 2011). Andersén med flera (2008) diskuterar två potentiella förklaringar till detta i en rapport där de finner att deltagande i multimodal rehabilitering ledde till en ökad sjukfrånvaro för deltagarna. En första är att det i den medicinska litteraturen konstaterats att sjukfrånvaro kan vara ett önskat tillstånd för individen eftersom den kan ge en identitet som sjuk (se t.ex. Parsons, 1978, Twaddle och Nordenfeldt, 1994, Sachs, 1987). Behandlingar i syfte att rehabilitera kan då befästa individens identitet som sjuk och på så vis förlänga sjukfrånvaron. En annan hypotes som författarna för fram är att en MMR-behandling, liksom andra behandlingar, kan bestå av sekventiella delbehandlingar som kan orsaka inlåsnings effekter i sjukfrånvaro om det uppstår väntetider mellan de olika behandlingsmomenten.

Inte bara rehabilitering i sig utan även kartläggningar av behovet av rehabilitering kan leda till inlåsnings. Engström med flera (2011) finner i en studie baserat på ett storskaligt experiment att de som blev föremål för kartläggning tidigt under sjukskrivningen i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning på kort sikt och på längre sikt övergick till sjuk- och aktivitetsersättning, det som tidigare kallades förtidspension. Eftersom effekterna var tydligare för arbetslösa som var sjukskrivna, snarare än anställda, tolkar författarna resultaten som att det är svårigheterna med att särskilja individer i behov av rehabilitering från dem med förhållandevis låga kostnader att kvarstå i sjukskrivning som ligger bakom resultaten.

Sammantaget visar forskningen att graden av sjuklighet bland dem som är sjukskrivna påverkas av hur institutionerna är uppbyggda. Med höga ersättningsnivåer, låg grad av kontroll i försäkringen och med låga kostnader för arbetsgivaren att ha anställda som är sjukskrivna, kommer graden av sjuklighet bland de sjukskrivna i genomsnitt att vara lägre än i ett system med låga ersättningsnivåer, hög grad av kontroll och med höga kostnader för arbetsgivaren. Bristande drivkrafter för återgång i arbete för individ och arbetsgivare kan därmed, i likhet med hög grad av ohälsa, förväntas ha en



negativ inverkan på förutsättningarna för rehabiliteringsinsatser att vara verkningsfulla.

En viktig slutsats av resonemanget är att det torde vara svårare att uppnå positiva resultat för individer som är sjukskrivna jämfört med individer som inte är sjukskrivna och som potentiellt har en arbetsgivare. Detta är också något som konstateras i en genomgång av det empiriska stödet för arbetslivsinriktad rehabilitering av Johansson med flera (2011). De finner att åtgärder genomförda på arbetsplatser oftare förefaller effektiva än andra åtgärder. Effekterna av KBT-behandling i denna rapport stöder slutsatsen så till vida att behandlingen var mer verkningsfull för individer som inte var sjukskrivna, och i huvudsak arbetade, än för sjukskrivna. Återstår att förklara gör däremot de negativa resultaten av MMR-behandling för både sjukskrivna och ej sjukskrivna patienter.

I Busch med flera (2011) rapport påpekades att det fanns initiala organisatoriska problem inom rehabiliteringsgarantin som främst bestod i otydliga urval av patientgrupper och bristfälligt utbildad personal. Att detta skulle vara den primära förklaringen till de negativa resultaten för MMR-behandling i denna rapport förefaller inte sannolikt eftersom urvalet avser patienter som fick behandling 1–2,5 år efter att det första avtalet om rehabiliteringsgarantin slöts i Region Skåne. Intrycket är dessutom att Region Skåne bedriver ett mycket seriöst kvalitetssäkringsarbete. Närmare till hands är att leta orsaken i de olika mål för vårdverksamheten som sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården traditionellt har, där sjukförsäkringens fokus är på återgång i arbete och hälso- och sjukvårdens på förbättrad hälsa och ökat välbefinnande. I denna rapport konstateras att de MMR-behandlade anser att deras allmänna hälsotillstånd, i likhet med rörlighet i leder, förbättrades, och att deras oro och nedstämdhet minskade, efter behandling. Detta trots att deras sjukfrånvaro ökade både under och efter behandlingen. Möjligt är att frånvaron av tydligt fokus på återgång i arbete som övergripande mål för behandlingen ligger bakom de motstridiga resultaten.

Ytterligare en förklaring kan vara att vissa läkare ser sjukskrivning som en del av, och kanske som en förutsättning för, MMR-behandlingen. Resultaten i denna rapport ger stöd åt denna hypotes eftersom effekterna i form av ökad sjukfrånvaro för både sjukskrivna och ej sjukskrivna återfanns i direkt anslutning till behandlingsstart. Om vårdgivaren dessutom betonar att patienten bör vara helt återställd innan återgång i arbete kan detta potentiellt generera en långsiktig inlåsning i sjukskrivning. I en analys av de negativa effekterna från ”The Job Retention and Rehabilitation Pilot” i Storbritannien föreslår Taylor och Lewis (2008) just inlåsning, det vill säga att patienten bör ha återfått full

arbetsförmåga innan återgång i arbete, som en av tre troliga förklaringar till de negativa resultaten.

En intressant fråga för framtida forskning att utreda är därför sjukskrivningens roll under rehabilitering. De positiva effekterna av KBT som återfinns i denna rapport konstaterades vara resultatet av att den alternativa behandlingen, utöver medicinering, var sjukskrivning. Att inte sjukskriva under KBT-behandlingen hade positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro såväl under som efter behandlingen. Att anpassa inte bara den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utan även annan rehabilitering så att den i möjligaste mån går att kombinera med arbete förefaller därmed vara en god idé för att uppnå positiva resultat. Likaså ger resultaten av KBT i denna rapport stöd åt uppfattningen att rehabiliteringsinsatser bör komma in tidigt i sjukdomsförloppet, då såväl arbetsförmågan som motivationen för arbete fortfarande är relativt hög och innan individen hunnit bli sjukskriven.

## Referenser

- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson A-S., Johansson, P., Lindahl, E. och Winblad, U. (2008): Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning, Rapport 2008:8, IFAU.
- Busch H., Bonnevier H., Hagberg J., Lohela Karlsson M., Bodin L., Norlund A., Jensen I. (2011): 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.Engström, P., P Hägglund och P. Johansson (2012): "Early interventions and disability insurance: Experience from a field experiment", IFAU WP 2012:9.
- Hartman L., Hesselius, P och P. Johansson (2012): "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment", *Labour Economics* DOI: 10.1016/j.labeco.2012.10.003.
- Henrekson, M. och M. Persson (2004): "The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system", *Journal of Labor Economics* 22, p. 87-113.
- Johansson, P. och E. Lindahl. (2012): "Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment", *Empirical Economics*. DOI: 10.1007/s00181-012-0593-1.
- Johansson, P. och M. Palme (2005): "Moral hazard and sickness insurance", *Journal of Public Economics*, 89, p. 1879-1890.
- Johansson P., E. Aydin, S. Bergendorff N. Granqvist, M. Josephson och I. Sohlberg (2011): *Arbetslivsinriktad rehabilitering* (S 2010:04).
- Johansson, P. och M. Palme (2002): "Assessing the effects of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism", *Journal of Human Resources* 37, p. 381-409.
- Johansson, P. och M. Palme (1996). "Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data", *Journal of Public Economics* 59, 195-218.
- Försäkringskassan (2009): "Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?", Socialförsäkringsrapport 2011:4.
- Larsson, L. (2006): "Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance", *The Scandinavian Journal of Economics*, 108, p. 97-113.

- Nyberg, A., B. Grahn, K. Stigmar, C. Strid, U. Hallgårde, och I. F. Petersson (2011): "Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne: Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat", Lunds universitet och Region Skåne.
- Prop. 2007/08:1: "Budgetpropositionen för 2008. Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp", Finansdepartementet.
- Parsons, T. (1978): "The Action Theory and the Human Conditions", Free Press, New York.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2008a): "Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti", 13 juni 2008.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2008b): "Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010", 12 december 2008.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2009): "Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010", 16 november 2009.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2010): "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti för 2011", 17 december 2010.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2011): "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2012", 16 december 2011.
- Region Skåne (2010a): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Kognitiv Beteendeterapi (KBT)/Interpersonell psykoterapi (ITP) inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2010.
- Region Skåne (2010b): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Multimodala smärtbehandlingar inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2010.
- Region Skåne (2011a): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Kognitiv Beteendeterapi (KBT)/Interpersonell psykoterapi (ITP) inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2011.
- Region Skåne (2011b): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Multimodala smärtbehandlingar inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2011.

- Region Skåne (2012a): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Kognitiv Beteendeterapi (KBT)/Interpersonell psykoterapi (ITP) inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2012.
- Region Skåne (2012b): "Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Multimodala smärtbehandlingar inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Hälsoval Skåne", Gällande år 2012.
- SBU (2004): "Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt"
- SBU (2010): "Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2".
- Skogman Thoursie, P (2004): "Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?", *Journal of Applied Econometrics*, 19, p. 809-823.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009): "Rehabiliteringsgarantin hur ser tillgången ut på kompetens för att behandla personer med ångest och depression i hälso- och sjukvården?"
- Taylor R och Lewis J (2008): "Understanding the impact of JRRP for people with mental health conditions", *DWP Working Paper 45* London: Corporate Document Services.
- Twaddle, A. och Nordenfeldt, L. (1994): "Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health", Linköping University.

## Bilaga 1: Beskrivning av rehabiliteringsåtgärderna

**Tabell A 1** Sammanställning av nödvändiga komponenter och pedagogiska strategier i multimodala rehabiliteringsprogram MMR 1 och MMR 2. För samtliga komponenter gäller att de måste anpassas efter patientens behov.

Komponenter	MMR 1	MMR 2	Pedagogiska strategier
Progressiv, patientbaserad och genusmedveten målformulering (rehabiliteringsplan)	x	x	I samarbete med patienten. Gemensam utgångspunkt för hela teamet. Målen ska vara specifika, mätbara, angelägna och aktivitetsrelaterade samt realistiska och tidsbegränsade.
Optimering av farmakologisk behandling	x	x	
Undervisning om smärtmekanismer (biopsykosociala samspel)	x	x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper
Pedagogiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inkl. utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser)	x	x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper. Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Pedagogiskt och terapeutiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inkl. utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser)		x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper. Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot sömnproblematik	x	x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot ångestproblematik		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Graderad exponering <i>in vivo</i>		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot depression		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Fysisk träning (professionell coaching)	x	x	Guidad träning i grupp och träning på egen hand. Träningsplan och träningsdagbok. Tilltro-stärkande feedback
Aktivitetsträning. Relevanta och för individen väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete	x	x	Analoga situationer på vårdcentral eller klinik med successiv stegring till färdighetsträning i vardagslivet inklusive arbete. Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Optimering av omgivningsfaktorer. Socialt stöd. Arbetsplats inklusive medarbetare och arbetsledning	x	x	Identifiera, hantera och förändra fysiska och sociala omgivningsfaktorer som kan bidra till patientens problematik
Samordningsinsatser mellan teamet, den remitterande läkaren, försäkringskassa, arbetsplats el. företagshälsovård, familj	x	x	
Skräddarsydda insatser för hantering av samsjuklighet (t.ex. inflammatorisk ledsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, fetma, astma)	x	x	Samarbete med remitterande läkare och specialister
Bibehållandestrategier och återfallsprevention	x	x	Utarbetande av återfallspreventionsplan

\* För närvarande olika former av KBT. *Källa:* Regeringen och SKL (2011), bilaga.

## **Bilaga 2: Diagnoser inom rehabiliteringsgarantin**

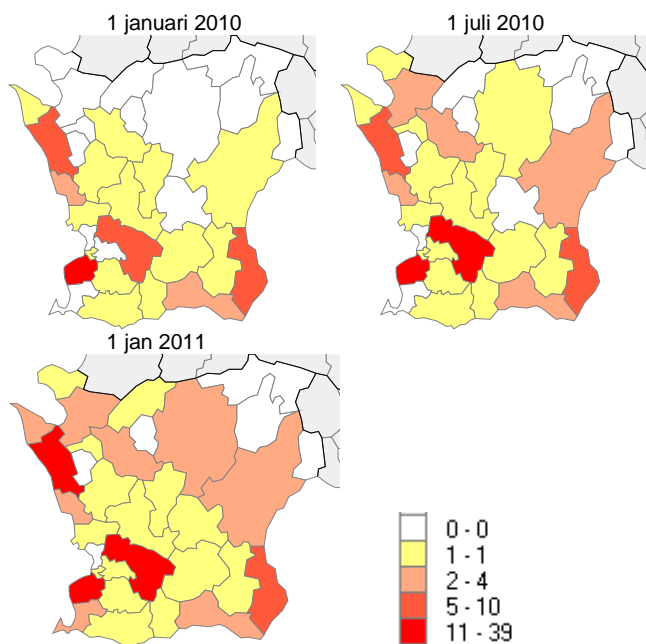
### KBT

- F32 Depressiv episod
- F33 Recidiverande depressioner
- F40 Fobiska syndrom
- F41.0 Paniksyndrom
- F41.1 Generaliserat ångestsyndrom
- F41.9 Ångestillstånd, ospecificerat
- F42 Tvångssyndrom
- F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom
- F43.8 Utmattningssyndrom
- F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad

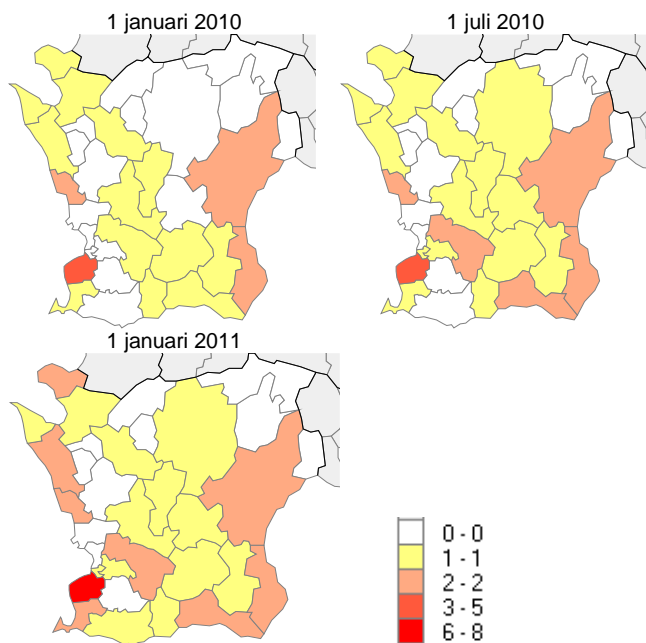
### MMR

- M24.5 Kontraktur i led
- M43.1 Spondylolistes
- M50.0 Disksjukdom i halskotpelaren med myelopati
- M51.0 Disksjukdomar i lumbalregionen och andra regioner med myelopati
- M53.0 Cervikokranialt syndrom
- M53.1 Cervikobrakialt syndrom
- M53.3 Sjukdomar i sakro-koccygeala regionen som ej klassificeras annorstädes
- M54.2 Cervikalgi
- M54.3 Ischias
- M54.4 Lumbago med ischias
- M54.5 Lumbago
- M54.6 Smärtor i bröstryggen
- M54.9 Ryggvärk, ospecificerad
- M75.0 Adhesiv kapsulit i skulderled
- M75.1 Rotator cuff-syndrom i skulderled
- M75.3 Tendinit med förkalkning i skulderled
- M75.4 Impingement syndrom i skulderled
- M75.9 Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
- M79.0 Reumatism, ospecificerad
- M79.1 Myalgi
- M79.9 Sjukdomstillstånd i mjukvävnad, ospecificerat
- R52.0 Akut smärta
- T91.8 Sena besvär av andra specificerade skador på halsen och bålen

## Bilaga 3: Utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne

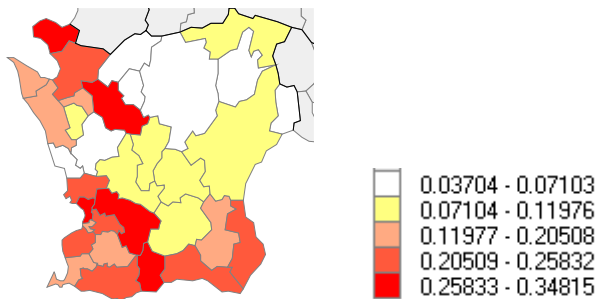


**Figur A 1** Antal vårdenheter med avtal om KBT i Skånes kommuner

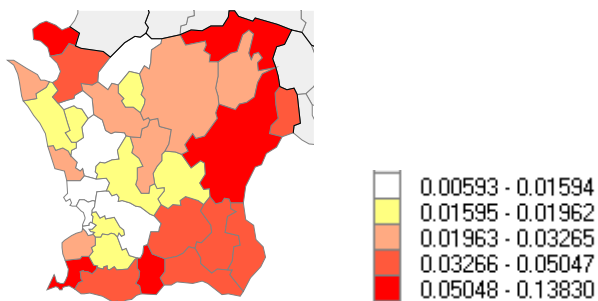


**Figur A 2** Antal vårdenheter med avtal om MMR i Skånes kommuner





**Figur A 3** Behandlingsintensitet, KBT, Skånes kommuner



**Figur A 4** Behandlingsintensitet, MMR, Skånes kommuner

## Bilaga 4: Variabelspecifikation för vårddata

Uppgifter om vårdbesök har hämtats från Region Skånes vårddatabas (RSVD). Vårdbesöken är samlade årsvis mellan åren 2008 och 2011 i fyra olika tabeller (*vard\_pre*, *vard\_ov*, *vard\_ovr*, *vard\_sv*). Uppgifter om inskrivning i rehabiliteringsgarantin finns i en särskild tabell. Detta vårdbesök finns i regel, men inte alltid, också registrerat i RSVD. Informationen från samtliga tabeller har slagits samman till en gemensam tabell som innehåller samtliga vårdbesök för samtliga patienter i Region Skåne under åren 2008–2011. Noterbart är att en patient kan ha gjort flera vårdbesök under samma dag, samtliga vårdbesök räknas in i analysen. Dagen för vårdbesök som innebär start av behandling inom rehabiliteringsgarantin räknas emellertid endast ett vårdbesök in. I analysen har följande variabler specificerats:

*besok\_tot\_pre* – innehåller samtliga vårdbesök som gjorts mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket. Besök inom slutenvården har exkluderats eftersom dessa kan anses avvika till karaktären från andra typer av vårdbesök.

*lak\_pre* – totalt antal vårdbesök mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket då vårdbesöket avsett ett läkarbesök.

*spec\_pre* – totalt antal vårdbesök mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket då vårdbesöket avsett specialistvård.

*prim\_pre* – totalt antal vårdbesök mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket då vårdbesöket avsett primärvård.

*sv\_dagar* – antal dagar mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket som patienten fått slutenvård.

*kbt\_pre* – totalt antal vårdbesök mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket då vårdbesöket genererat en diagnos som under urvalsperioden kvalificerat för KBT.

*mmr\_pre* – totalt antal vårdbesök mellan år 2008 och det aktuella vårdbesöket då vårdbesöket genererat en diagnos som under urvalsperioden kvalificerat för MMR.

Samtliga variabler ovan har också specificerats kvartalsvis ett år bakåt i tiden från det aktuella vårdbesöket.

## Bilaga 5: Skattning av sannolikheten att få behandling

Tabell A 2 Skattning av sannolikheten att få KBT, ej sjukskrivna

	Estimat	Standardfel	p-värde
Intercept	- 2,235	0,103	<,0001
man	- 0,207	0,035	<,0001
gift	- 0,121	0,036	0,001
alder	- 0,013	0,002	<,0001
PGI	0,000	0,000	<,0001
ar2010	- 0,572	0,040	<,0001
utbildning0	- 0,989	0,222	<,0001
utbildning2	0,570	0,061	<,0001
utbildning3	0,983	0,061	<,0001
arbetslos	- 0,092	0,043	0,031
arbete2	- 0,008	0,047	0,858
arbete3	- 0,231	0,068	0,001
utrikes	- 0,537	0,048	<,0001
forskr_pre	- 0,004	0,001	<,0001
spec_pre	- 0,072	0,029	0,012
prim_pre	- 0,073	0,029	0,011
sv_dagar	- 0,011	0,005	0,045
besok_tot_pre	0,076	0,029	0,008
mms12_pre_agg	- 0,083	0,029	0,005
kbt_pre	- 0,253	0,015	<,0001
besok12_pre_agg	- 0,005	0,003	0,067
besok1_kvart	- 0,060	0,007	<,0001
kbt1_kvart	0,097	0,022	<,0001
kbt3_kvart	0,098	0,046	0,031
mms2_kvart	0,210	0,060	0,001
lak1_pre	0,463	0,016	<,0001
lak2_pre	0,294	0,018	<,0001
lak3_pre	0,058	0,018	0,002
spec1_pre	- 0,411	0,025	<,0001
spec2_pre	- 0,140	0,025	<,0001
spec3_pre	0,080	0,021	0,000
forskr1_kvart	0,018	0,005	<,0001
lkost4_kvart	0,000	0,000	0,004

Anm: utbildning0=uppgift saknas, utbildning1=förgymnasial, utbildning2=gymnasial, utbildning3=eftergymnasial, arbete1=förvävarsarbete, arbete2=kontrolluppgift, arbete3=ej kontrolluppgift, forskr=förskrivning, lkost=läkemedelskostnad sv=slutenvård, lak=läkarbesök, spec=vårdbesök hos specialist, prim=vårdbesök i primärvård, mms=mmr. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos och månad för vårdbesöket.

**Tabell A 3** Skattning av sannolikheten att få KBT, sjukskrivna

	Estimat	Standardfel	p-värde
Intercept	- 3,506	0,167	<,0001
ar2010	- 0,540	0,079	<,0001
utbildning0	- 0,234	0,750	0,755
utbildning2	0,234	0,113	0,039
utbildning3	0,604	0,114	<,0001
utrikes	- 0,401	0,093	<,0001
spec_pre	0,007	0,002	0,000
forskr_pre	- 0,002	0,001	0,003
kbt_pre	- 0,263	0,025	<,0001
besok1_kvart	- 0,078	0,009	<,0001
besok4_kvart	0,016	0,007	0,029
kbt1_kvart	0,507	0,054	<,0001
mms1_kvart	0,132	0,035	0,000
lak1_pre	0,339	0,023	<,0001
lak2_pre	0,085	0,024	0,001
lak3_pre	0,068	0,026	0,009
spec1_pre	- 0,254	0,031	<,0001
sjp1_kvart	0,026	0,002	<,0001
forskr1_kvart	0,025	0,006	0,000
sjp10ar_pre_agg	0,000	0,000	0,002
sjp12_pre_agg	- 0,002	0,001	0,001
kbt1_kvart*sjp1_kvart	- 0,009	0,001	<,0001

*Anm:* utbildning0=uppgift saknas, utbildning1=förgymnasial, utbildning2=gymnasial, utbildning3=eftergymnasial, arbete1=förvävarsarbete, arbete2=kontrolluppgift, arbete3=ej kontrolluppgift, forskr=förskrivning, lkost=läkemedelskostnad sv=slutenvård, lak=läkarbesök, spec=vårdbesök hos specialist, prim=vårdbesök i primärvård, mms=mmr, sjp=sjukskrivning. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos och månad för vårdbesöket.

**Tabell A 4** Skattning av sannolikheten att få MMR, ej sjukskrivna

	Estimat	Standardfel	p-värde
Intercept	- 7,399	0,626	<,0001
man	- 0,689	0,088	<,0001
alder	0,168	0,028	<,0001
alder_2	- 0,002	0,000	<,0001
ar2010	- 0,511	0,094	<,0001
arbetslos	0,192	0,094	0,040
arbete2	0,287	0,107	0,007
arbete3	0,031	0,122	0,802
utrikes	- 0,234	0,093	0,012
forskr_pre	- 0,003	0,001	0,000
sv_dagar	- 0,021	0,008	0,011
kbt_pre	0,012	0,004	0,007
besok1_kvart	0,028	0,009	0,001
besok2_kvart	0,021	0,007	0,003
besok4_kvart	0,018	0,006	0,006
mms1_kvart	- 0,110	0,028	<,0001
lak1_pre	0,245	0,032	<,0001
lak2_pre	0,173	0,035	<,0001
lak3_pre	- 0,082	0,035	0,019
spec1_pre	- 0,273	0,050	<,0001
spec2_pre	- 0,137	0,047	0,004
sjp3_kvart	0,005	0,002	0,015
forskr1_kvart	0,020	0,006	0,002
forskr4_kvart	0,020	0,009	0,025
sjp10ar_pre_agg	0,000	0,000	<,0001

*Anm:* utbildning0=uppgift saknas, utbildning1=förgymnasial, utbildning2=gymnasial, utbildning3=eftergymnasial, arbete1=förvävarsarbete, arbete2=kontrolluppgift, arbete3=ej kontrolluppgift, forskr=förskrivning, lkost=läkemedelskostnad sv=slutenvård, lak=läkarbesök, spec=vårdbesök hos specialist, prim=vårdbesök i primärvård, mms=mmr, sjp=sjukskrivning. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos och månad för vårdbesöket.

**Tabell A 5** Skattning av sannolikheten att få MMR, sjukskrivna

	Estimat	Standardfel	p-värde
Intercept	- 5,392	0,927	<.0001
man	- 0,577	0,117	<.0001
alder	0,080	0,041	0,053
alder_2	- 0,001	0,000	0,019
ar2010	- 0,442	0,125	0,000
sv_dagar	- 0,020	0,006	0,002
omfattning	- 0,307	0,123	0,013
besok1_kvart	0,028	0,006	<.0001
kbt2_kvart	0,175	0,063	0,005
kbt3_kvart	- 0,295	0,107	0,006
mms1_kvart	- 0,239	0,033	<.0001
mms2_kvart	- 0,159	0,051	0,002
sjp1_kvart	0,019	0,002	<.0001
lkost2_kvart	0,000	0,000	0,021
sjp10ar_pre_agg	0,000	0,000	0,005

*Anm:* utbildning0=uppgift saknas, utbildning1=förgymnasial, utbildning2=gymnasial, utbildning3=eftergymnasial, arbete1=förvärvsarbete, arbete2=kontrolluppgift, arbete3=ej kontrolluppgift, omfattning=sjukskriven på hel- eller deltid. forskr=förskrivning, lkost=läkemedelskostnad sv=slutenvård, lak=läkarbesök, spec=vårdbesök hos specialist, prim=vårdbesök i primärvård, mms=mmr, sjp=sjukskrivning. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos och månad för vårdbesöket.

## Bilaga 6: Beskrivning av urvalsgrupperna

**Tabell A 6** Beskrivning av behandlade inom KBT och matchade icke-behandlade

	Ej sjukskrivna				Sjukskrivna			
	Behandlad		Icke-behandlad		Behandlad		Icke-behandlad	
Man	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,3	(0,4)	0,3	(0,5)
Gift	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,4	(0,5)	0,4	(0,5)
Ålder	37,7	(11,4)	37,9	(11,4)	43,6	(10,3)	44,0	(10,9)
Utrikes född	0,1	(0,3)	0,1	(0,3)	0,1	(0,3)	0,1	(0,4)
PGI (tkr)	215,4	(164,2)	211,7	(159,1)	<b>271,1</b>	<b>(116,2)</b>	<b>257,9</b>	<b>(107,0)</b>
Högskola	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)
Arbetslös	0,2	(0,4)	0,2	(0,4)	0,1	(0,3)	0,2	(0,4)
Antal förskrivningar	32,7	(43,7)	33,2	(41,7)	50,3	(70,7)	51,6	(64,6)
Läkemedelskost, (tkr)	112,1	(57,5)	115,2	(136,1)	16,4	(43,1)	17,0	(42,0)
Antal besök i specialistvård	10,5	(15,9)	11,3	(35,8)	16,3	(24,6)	16,4	(24,0)
Antal besök i primärvård	22,2	(21,5)	22,4	(21,5)	30,3	(29,4)	30,4	(27,4)
Antal dagar i slutenvård	0,8	(3,1)	0,9	(3,4)	2,8	(13,8)	2,9	(9,6)
Antal besök med läkare	16,4	(14,2)	16,8	(16,1)	24,5	(21,2)	24,5	(19,3)
Antal vårdbesök, totalt	32,5	(30,6)	33,4	(44,0)	46,0	(42,8)	46,2	(40,0)
Antal vårdbesök, KBT-diagnos	1,2	(1,7)	1,2	(1,7)	1,8	(2,0)	1,8	(1,9)
Sjukskrivning, 1 kvartal bakåt	1,9	(9,3)	1,9	(8,9)	45,9	(30,7)	45,5	(32,3)
Sjukskrivning, 2 kvartal bakåt	2,0	(10,8)	1,9	(10,5)	19,1	(32,0)	19,4	(32,1)
Sjukskrivning, 3 kvartal bakåt	2,2	(11,4)	2,0	(11,1)	12,4	(27,9)	12,0	(27,4)
Sjukskrivning, 4 kvartal bakåt	2,1	(11,7)	2,0	(11,3)	10,6	(26,0)	10,0	(25,4)
Sjukskrivning, senaste 3 åren	31,1	(105,6)	29,9	(102,6)	157,0	(214,6)	165,3	(229,5)
Antal obs.	5 169		5 169		1 175		1 175	

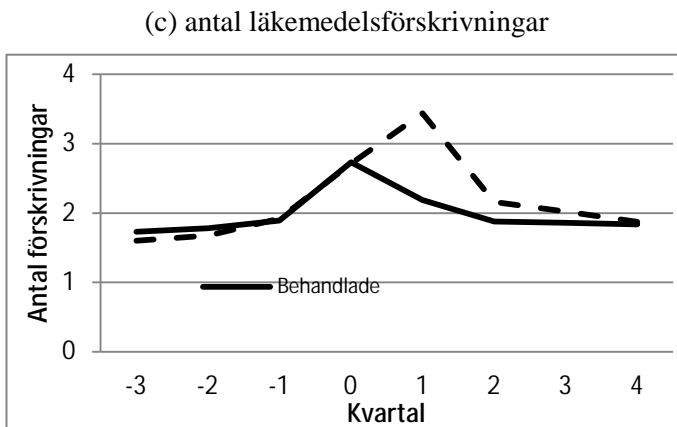
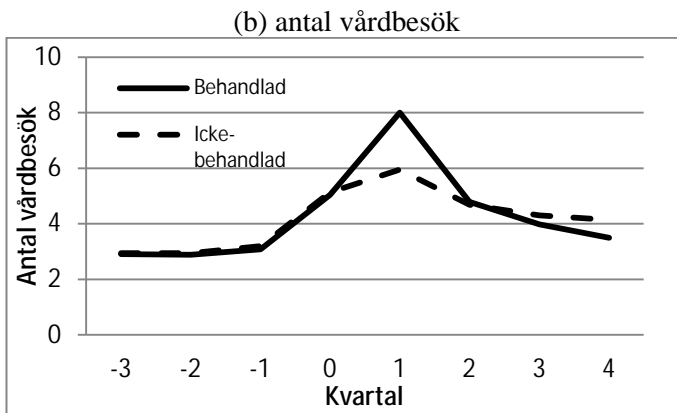
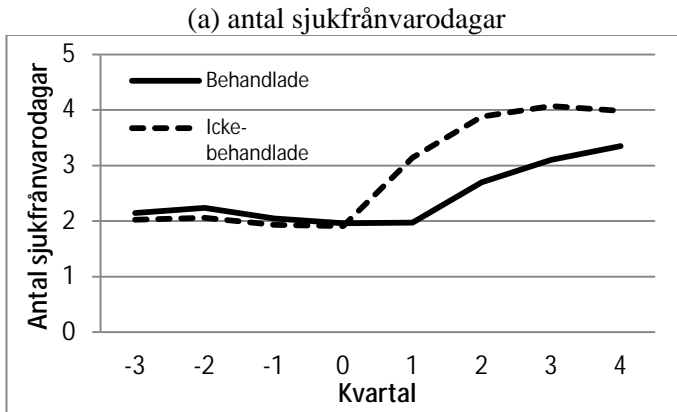
*Anm:* Fetstil markerar statistiskt säkerställd skillnad mellan behandlade och icke-behandlade på 5-procentsnivån.

**Tabell A 7** Beskrivning av behandlade inom MMR och matchade icke-behandlade

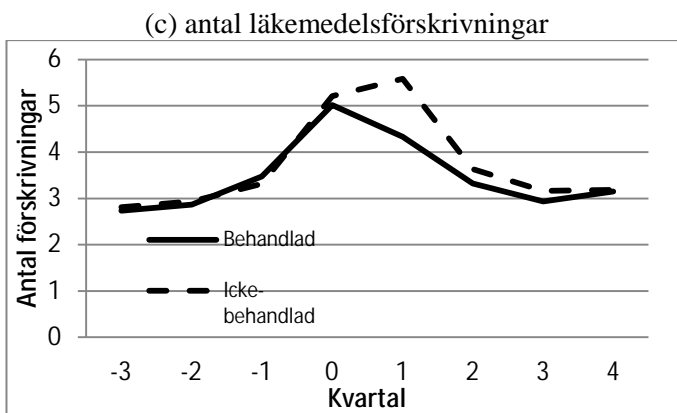
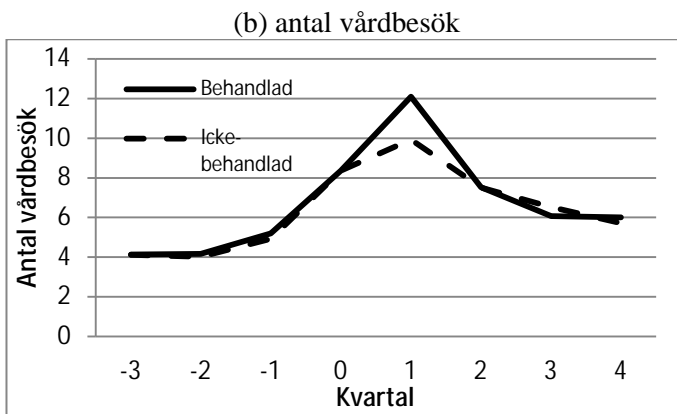
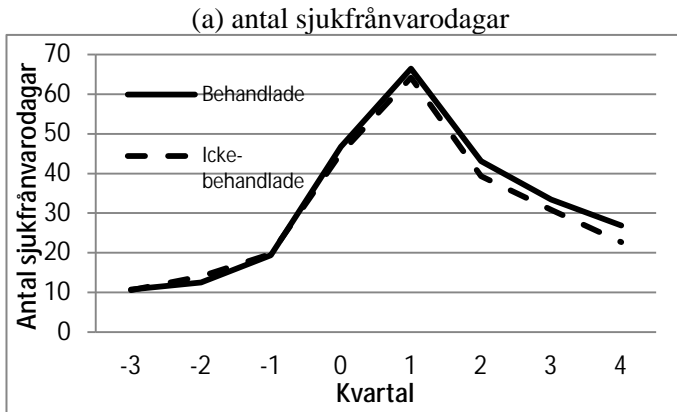
	Behandlad		Ej sjukskrivna Icke-behandlad		Sjukskrivna			
					Behandlad		Icke-behandlad	
Man	0,3	(0,4)	0,2	(0,4)	0,2	(0,4)	0,2	(0,4)
Gift	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)
Ålder	43,4	(10,1)	43,1	(9,7)	44,3	(9,4)	44,0	(9,4)
Utrikes född	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)
PGI (tkr)	190,9	(141,5)	192,2	(128,9)	227,0	(92,2)	220,9	(834,7)
Högskola	<b>0,3</b>	<b>(0,5)</b>	<b>0,3</b>	<b>(0,4)</b>	0,2	(0,4)	0,3	(0,4)
Arbetslös	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,3	(0,4)	0,3	(0,5)
Antal förskrivningar	59,3	(69,3)	56,4	(78,2)	70,6	(76,1)	70,0	(74,5)
Läkemedelskost, (tkr)	14,3	(24,4)	15,1	(37,3)	21,8	(58,3)	17,8	(33,1)
Antal besök i specialistvård	16,6	(25,5)	16,1	(21,5)	22,4	(30,1)	26,0	(34,8)
Antal besök i primärvård	44,7	(34,8)	42,5	(40,4)	60,0	(41,3)	59,0	(44,3)
Antal dagar i slutenvård	1,5	(5,8)	1,6	(4,1)	2,6	(8,1)	3,4	(10,6)
Antal besök med läkare	27,7	(19,5)	26,3	(21,9)	35,9	(22,9)	37,6	(25,1)
Antal vårdbesök, totalt	60,9	(47,2)	58,1	(50,4)	81,8	(55,8)	84,3	(59,7)
Antal vårdbesök, MMR-diagnos	1,3	(11,0)	1,1	(6,9)	4,2	(4,5)	4,5	(4,3)
Sjukskrivning, 1 kvartal bakåt	3,6	(12,5)	3,4	(12,5)	68,7	(28,6)	70,7	(27,9)
Sjukskrivning, 2 kvartal bakåt	6,7	(20,8)	6,3	(20,1)	47,9	(38,7)	50,2	(39,3)
Sjukskrivning, 3 kvartal bakåt	8,3	(23,7)	7,5	(22,0)	36,0	(38,9)	37,8	(40,2)
Sjukskrivning, 4 kvartal bakåt	9,6	(25,4)	8,5	(23,5)	29,5	(38,1)	32,4	(38,5)
Sjukskrivning, senaste 3 åren	114,6	(231,6)	100,5	(219,5)	373,3	(304,9)	397,0	(320,2)
Antal obs.	724		724		447		447	

Anm: Fetstil markerar statistiskt säkerställd skillnad mellan behandlade och icke-behandlade på 5-procentsnivån.

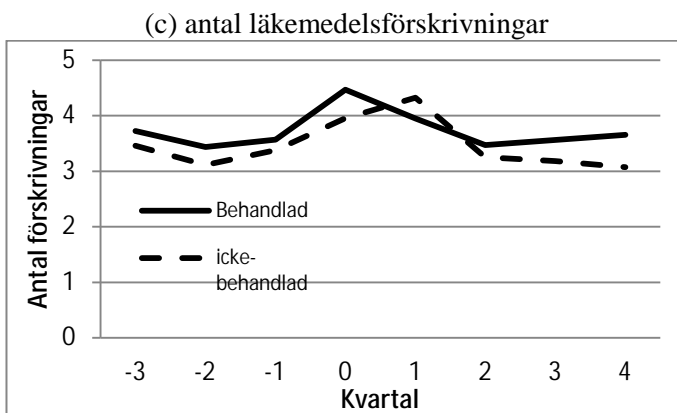
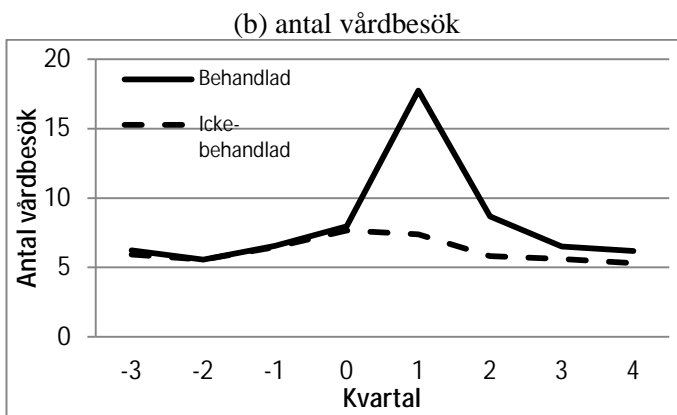
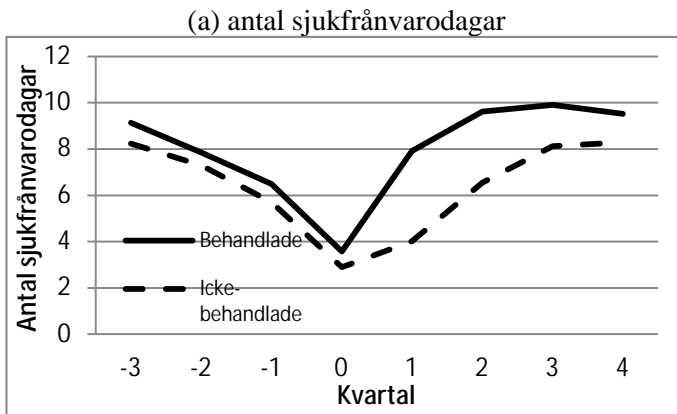




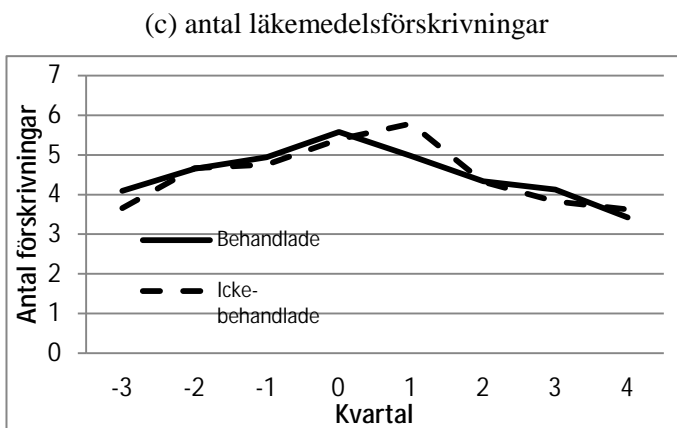
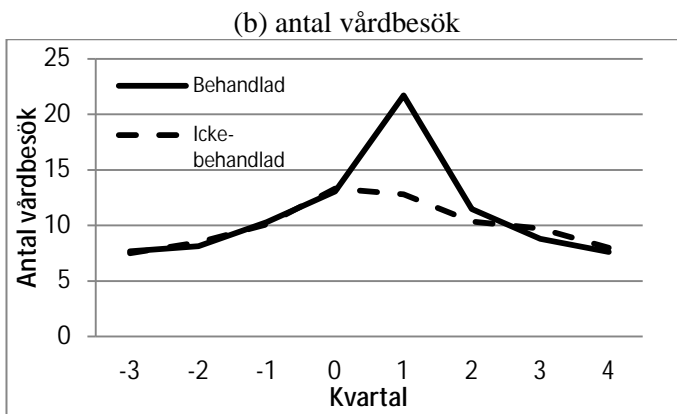
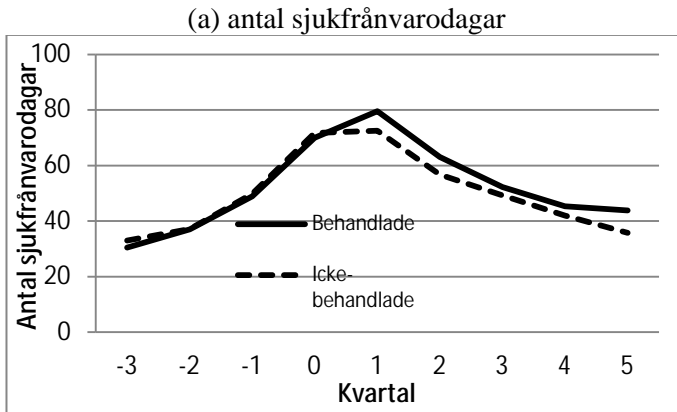
**Figur A 5** Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter KBT-behandling för behandlade och icke-behandlade, ej sjukskrivna



**Figur A 6** Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter KBT-behandling för behandlade och icke-behandlade, sjukskrivna



**Figur A 7** Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter MMR-behandling för behandlade och icke-behandlade, ej sjukskrivna



**Figur A 8** Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter MMR-behandling för behandlade och icke-behandlade, sjukskrivna

**Tabell A 8** Beskrivning av behandlade fördelat på sannolikheten att få behandling (Grupp 1=lågst sannolikhet, Grupp 3=högst sannolikhet)

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
<i>KBT, ej sjukskriven</i>			
Man	0,33	0,31	0,28
Ålder	51	37	26
Utrikes född	0,17	0,14	0,09
Högskola/universitet	0,54	0,57	0,46
Arbetslös	0,18	0,15	0,20
Förvärvsarbete i nov, föregående år	0,81	0,81	0,54
Antal vårdbesök (kvartal 1-4)	33	37	30
Antal sjukfrånvarodagar (kvartal 1-4)	19	16	9
<i>KBT, sjukskriven</i>			
Man	0,29	0,26	0,30
Ålder	44	44	44
Utrikes född	0,19	0,13	0,11
Högskola/universitet	0,33	0,49	0,59
Arbetslös	0,18	0,15	0,13
Förvärvsarbete i nov, föregående år	0,88	0,89	0,89
Antal vårdbesök (kvartal 1-4)	43	46	50
Antal sjukfrånvarodagar (kvartal 1-4)	166	172	184
<i>MMR, ej sjukskriven</i>			
Man	0,41	0,16	0,12
Ålder	43	44	42
Utrikes född	0,27	0,30	0,30
Högskola/universitet	0,30	0,28	0,22
Arbetslös	0,18	0,26	0,42
Förvärvsarbete i nov, föregående år	0,79	0,66	0,50
Antal vårdbesök (kvartal 1-4)	32	51	91
Antal sjukfrånvarodagar (kvartal 1-4)	13	19	36
<i>MMR, sjukskriven</i>			
Man	0,38	0,21	0,04
Ålder	45	44	43
Utrikes född	0,29	0,41	0,35
Högskola/universitet	0,28	0,28	0,22
Arbetslös	0,21	0,36	0,34
Förvärvsarbete i nov, föregående år	0,88	0,77	0,69
Antal vårdbesök (kvartal 1-4)	58	87	107
Antal sjukfrånvarodagar (kvartal 1-4)	161	235	271

## IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

### Rapporter

- 2012:1** Lundin Martin och Jonas Thelander ”Ner och upp – decentralisering och centralisering inom svensk arbetsmarknadspolitik 1995–2010”
- 2012:2** Edmark Karin, Che-Yuan Liang, Eva Mörk och Håkan Selin ”Jobbskatteavdraget”
- 2012:3** Jönsson Lisa och Peter Skogman Thoursie ”Kan privatisering av arbetslivs-inriktad rehabilitering öka återgång i arbete?”
- 2012:4** Lundin Martin och PerOla Öberg ”Politiska förhållanden och användningen av expertkunskaper i kommunala beslutsprocesser”
- 2012:5** Fredriksson Peter, Hessel Oosterbeek och Björn Öckert ”Långsiktiga effekter av mindre klasser”
- 2012:6** Liljeberg Linus, Anna Sjögren och Johan Vikström ”Leder nystartsjobben till högre sysselsättning?”
- 2012:7** Bennmarker Helge, Oskar Nordström Skans och Ulrika Vikman ”Tidigare-lagda obligatoriska program för äldre långtidsarbetslösa – erfarenheter från 1990-talet”
- 2012:8** Lohela Karlsson Malin, Christina Björklund och Irene Jensen ”Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationers produktion – en systematisk litteraturgenomgång”
- 2012:9** Johansson Per, Tuomas Pekkarinen och Jouko Verho ”Gränshandel med alkohol och dess effekter på hälsa och produktivitet”
- 2012:10** Grönqvist Hans, Per Johansson och Susan Niknami ”Påverkar inkomstskillnader hälsan? Lärdomar från den svenska flyktingplaceringspolitiken”
- 2012:11** von Greiff Camilo, Anna Sjögren och Ing-Marie Wieselgren ”En god start? En rapport om att stötta barns utveckling”
- 2012:12** Lindahl Mikael, Mårten Palme, Sofia Sandgren Massih och Anna Sjögren ”Intergenerationell rörlighet i inkomster och utbildning – en analys av fyra generationer”
- 2012:13** Eriksson Stefan, Per Johansson och Sophie Langenskiöld ”Vad är rätt profil för att få ett jobb? En experimentell studie av rekryteringsprocessen”
- 2012:14** Böhlmark Anders och Helena Holmlund ”Lika möjligheter? Familjebakgrund och skolprestationer 1988–2010”
- 2012:15** Böhlmark Anders, Erik Grönqvist och Jonas Vlachos ”Rektors betydelse för skola, elever och lärare”
- 2012:16** Laun Lisa ”Om förhöjt jobbskatteavdrag och sänkta arbetsgivaravgifter för äldre”

- 2012:17** Böhlmark Anders och Mikael Lindahl ”Har den växande friskolesektorn varit bra för elevernas utbildningsresultat på kort och lång sikt?”
- 2012:18** Angelov Nikolay och Arizo Karimi ”Hur långsiktigt påverkas kvinnors inkomster av att få fler barn?”
- 2012:19** Forslund Anders, Lena Hensvik, Oskar Nordström Skans och Alexander Westerberg ”Kollektivavtalen och ungdomarnas faktiska begynnelselöner”
- 2012:20** Ulander-Wänman Carin ”Flexibilitet – en dominerande diskurs i de anställningsvillkor som rör sysselsättningsstrygghet för arbetstagare i kommun och landsting”
- 2012:21** Wikström Christina och Magnus Wikström ”Urval till högre utbildning – Påverkas betygens prediktionsvärde av ålder?”
- 2012:22** Karimi Arizo, Erica Lindahl och Peter Skogman Thoursie ”Effekter av föräldrapenning på arbetsutbud”
- 2012:23** Sibbmark Kristina ”Arbetsmarknadspolitisk översikt 2011”
- 2012:24** Liljeberg Linus, Sara Martinson och Jonas Thelander ”Vad innebär det att bli coachad? En utvärdering av jobbcoachningen vid Arbetsförmedlingen”
- 2012:25** van den Berg Gerard J., Petter Lundborg och Johan Vikström ”De långsiktiga ekonomiska och sociala konsekvenserna av att förlora ett barn”
- 2012:26** Hägglund Pathric, Per Johansson och Lisa Laun ”Rehabiliteringsgarantin”

## **Working papers**

- 2012:1** Edmark Karin, Che-Yuan Liang, Eva Mörk och Håkan Selin ”Evaluation of the Swedish earned income tax credit”
- 2012:2** Jönsson Lisa och Peter Skogman Thoursie “Does privatisation of vocational rehabilitation improve labour market opportunities? Evidence from a field experiment in Sweden”
- 2012:3** Johansson Per och Martin Nilsson “Should sickness insurance and health care be administrated by the same jurisdiction? An empirical analysis”
- 2012:4** Lundin Martin och PerOla Öberg “Towards reason: political disputes, public attention and the use of expert knowledge in policymaking”
- 2012:5** Fredriksson Peter, Björn Öckert och Hessel Oosterbeek “Long-term effects of class size”
- 2012:6** van den Berg Gerard J., Pia R. Pinger och Johannes Schoch “Instrumental variable estimation of the causal effect of hunger early in life on health later in life”
- 2012:7** Bennmarker Helge, Oskar Nordström Skans och Ulrika Vikman “Workfare for the old and long-term unemployed”

- 2012:8** Lohela Karlsson Malin, Christina Björklund och Irene Jensen "The relationship between psychosocial work factors, employee health and organisational production – a systematic review"
- 2012:9** Engström Per, Pathric Hägglund och Per Johansson "Early interventions and disability insurance: experience from a field experiment"
- 2012:10** Johansson Per, Tuomas Pekkarinen och Jouko Verho "Cross-border health and productivity effects of alcohol policies"
- 2012:11** Grönqvist Hans, Per Johansson och Susan Niknami "Income inequality and health: lessons from a refugee residential assignment program"
- 2012:12** Lindahl Mikael, Mårten Palme, Sofia Sandgren Massih och Anna Sjögren "The intergenerational persistence of human capital: an empirical analysis of four generations"
- 2012:13** Eriksson Stefan, Per Johansson och Sophie Langenskiöld "What is the right profile for getting a job? A stated choice experiment of the recruitment process"
- 2012:14** Johansson Per och Xavier de Luna "Testing for nonparametric identification of causal effects in the presence of a quasi-instrument"
- 2012:15** Scholte Robert S., Gerard J. van den Berg och Maarten Lindeboom "Long-run effects of gestation during the Dutch hunger winter famine on labor market and hospitalization outcomes"
- 2012:16** Böhlmark Anders, Erik Grönqvist och Jonas Vlachos "The headmaster ritual: the importance of management for school outcomes"
- 2012:17** Ødegaard Fredrik och Pontus Roos "Measuring workers' health and psychosocial work-environment on firm productivity"
- 2012:18** Laun Lisa "The effect of age-targeted tax credits on retirement behavior"
- 2012:19** Böhlmark Anders och Mikael Lindahl "Independent schools and long-run educational outcomes – evidence from Sweden's large scale voucher reform"
- 2012:20** Angelov Nikolay och Arizo Karimi "Mothers' income recovery after child-bearing"
- 2012:21** Wikström Christina och Magnus Wikström "University entrance selection and age at admission"
- 2012:22** Karimi Arizo, Erica Lindahl och Peter Skogman Thoursie "Labour supply responses to paid parental leave"
- 2012:23** van den Berg Gerard J., Petter Lundborg och Johan Vikström "The economics of grief"

### **Dissertation series**

- 2011:1** Hensvik Lena "The effects of markets, managers and peers on worker outcomes"