



IFAU

Institutet för arbetsmarknads- och
utbildningspolitisk utvärdering

Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro

**Pathric Hägglund
Per Johansson
Lisa Laun**

RAPPORT 2014:12

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.

Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro^a

av

Pathric Hägglund^b, Per Johansson^c och Lisa Laun^d

2014-06-10

Sammanfattning

Rehabiliteringsgarantin är regeringens satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och på multi-modal rehabilitering (MMR) för personer med icke specifika rygg- och nackbesvär som infördes år 2008. I rapporten analyseras effekterna av KBT- och MMR-behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne på sjukfrånvaro, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion, dels för dem som påbörjade rehabilitering under år 2012, dels för den grupp som analyserades i Hägglund m.fl. (2012), det vill säga de som påbörjade rehabilitering mellan den 1 januari 2010 och den 30 juni 2011, men med en längre uppföljningsperiod. Resultaten visar genomgående att KBT-behandling minskar sjukfrånvaron och läkemedelsförskrivningen för patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen inleddes, men ökar antalet vårdbesök. För KBT-patienter som var sjukskrivna när behandlingen påbörjades finns ingen effekt på sjukfrånvaro eller förskrivningar men en tillfällig ökning i antal vårdbesök i samband med behandlingen. MMR-behandlingen leder till en ökad sjukfrånvaro och en ökad vårdkonsumtion men har ingen effekt på läkemedelsförskrivning.

^a Rapporten är ett resultat av ett samarbete med Epi-centrum Skåne. Författarna vill därför rikta ett särskilt tack till medarbetarna där, samt till Kristian Borg, Marcus Eliason, Martin Lundin, Kjell Torén, Helena Persson Schill och Eva Vingård för värdefulla kommentarer på tidigare versioner av rapporten. Vi är tacksamma för kommentarer från seminariedeltagare på IFAU. Lisa Laun är tacksam för forskningsbidrag från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte (dnr 2013-0209).

^b Inspektionen för socialförsäkringen (ISF); pathric.hagglund@inspsf.se

^c Uppsala universitet, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF); per.johansson@ifau.uu.se

^d Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); lisa.laun@ifau.uu.se

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Rehabiliteringsgarantin.....	4
2.1	Ekonomiska förutsättningar.....	4
2.2	Rehabiliteringsåtgärderna.....	5
2.3	Uppföljning av mått på hälsa.....	8
3	Metod.....	12
4	Data och beskrivning av målpopulationen	13
5	Resultat för rehabiliteringsgarantin 2012	15
5.1	Huvudresultat.....	15
5.2	Effekter på de offentliga finanserna – ett års uppföljning	21
6	Resultat för rehabiliteringsgarantin 2010–2011	22
6.1	Resultat – två års uppföljning.....	22
6.2	Effekter för olika grupper av deltagare.....	28
6.3	Effekter på de offentliga finanserna – två års uppföljning	31
6.4	Känslighetsanalys och test av antaganden.....	31
7	Resultatdiskussion	35
8	Slutsatser.....	38
	Referenser	39
	Bilaga 1: Beskrivning av rehabiliteringsåtgärderna.....	40
	Bilaga 2: Diagnoser inom rehabiliteringsgarantin	41
	Bilaga 3: Utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne	42
	Bilaga 4: Variabelspecifikation för vårddata	43
	Bilaga 5: Skattning av sannolikheten att få behandling.....	44
	Bilaga 6: Beskrivning av urvalsgrupperna.....	47

1 Inledning

Mot bakgrund av den stora andelen sjukskrivna med psykisk ohälsa eller rygg- och nackbesvär tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för att minska och förebygga sjukskrivningar på grund av sådana problem eller besvär. I praktiken innebar rehabiliteringsgarantin en satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär.

I Hägglund m.fl. (2012) studerades effekterna av KBT- och MMR-behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne med avseende på sjukfrånvaro, vårdbesök och läkemedelsförskrivning. I studien ingick personer som påbörjade rehabilitering under perioden den 1 januari 2010 till och med den 30 juni 2011. Resultaten visade att KBT-behandling för personer som inte var sjukskrivna då behandlingen påbörjades minskade sjukfrånvaron och antalet läkemedelsförskrivningar under året efter det att behandlingen påbörjades, men ökade antalet vårdbesök något. För KBT-patienter som var sjukskrivna då behandlingen påbörjades fanns däremot ingen effekt på sjukfrånvaron, men läkemedelsförskrivningen minskade och antalet vårdbesök ökade. För MMR-patienter var resultaten nedslående, då de visade på ökad sjukfrånvaro, ökat antal vårdbesök och ingen effekt på antalet läkemedelsförskrivningar under året efter det att behandlingen inleddes.

Syftet med denna rapport är att studera effekterna av KBT- och MMR-behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne för patienter som påbörjade behandling under år 2012, det vill säga en senare period än den som studerades i Hägglund m.fl. (2012). Utöver detta studeras utfallet av behandlingen för samma urvalsgrupp som i Hägglund m.fl. (2012) men med en förlängd uppföljningsperiod, nämligen upp till två år efter det att behandlingen påbörjades.

Liksom i Hägglund m.fl. (2012) utnyttjas en matchningsansats. Det innebär att varje individ som har fått behandling matchas med en individ som inte har fått behandling men som, baserat på observerbara individegenskaper då rehabiliteringen började, förväntas ha samma hälsa och sjukfrånvaro som den som har fått behandling. Behandlingens effekt beräknas genom att jämföra utfallet mellan dem som har fått behandling och ”matchade” individer som inte fått behandling. I rapporten studeras rehabiliteringsinsatsernas effekter på sjukfrånvaro, vårdbesök och läkemedelsförskrivningar.

Resultaten visar positiva effekter av KBT-behandling för personer som inte var sjukskrivna då behandlingen påbörjades, i form av minskad sjukfrånvaro och läkemedelsförskrivning. Däremot ökar antalet vårdtillfällen något. För

personer som var sjukskrivna när KBT-behandlingen påbörjades finns däremot ingen effekt på sjukfrånvaro eller läkemedelsförskrivning, men en tillfällig ökning av antalet vårdtillfällen i samband med behandlingen. För MMR-patienterna visar resultaten på ökad sjukfrånvaro, ökat antal vårdtillfällen och ingen effekt på läkemedelsförskrivningar under det första året efter behandlingsstart. Uppföljningen av resultaten från Hägglund m.fl. (2012) med en längre uppföljningsperiod bekräftar denna bild också på längre sikt för dem som påbörjade behandling under tidigare år. Beräkningen av konsekvenserna för de offentliga finanserna ska tolkas med försiktighet, men tyder på att MMR-behandlingen är en kostsam åtgärd medan KBT-behandlingen blir lönsam på sikt.

Rapporten är upplagd på följande sätt. I avsnitt 2 beskrivs rehabiliteringsgarantin. Avsnitt 3 beskriver metoden och avsnitt 4 beskriver de data som används. Avsnitt 5 visar resultaten för dem som påbörjade rehabilitering under år 2012. I avsnitt 6 redovisas resultaten för den grupp som studerades i Hägglund m.fl. (2012) men med en förlängd uppföljningsperiod på upp till två år efter det att behandlingen påbörjades. I avsnitt 7 följer en diskussion om resultaten. Rapporten avslutas med en kort sammanfattning i avsnitt 8.

2 Rehabiliteringsgarantin

Detta avsnitt ger en kortfattad beskrivning av rehabiliteringsgarantin på nationell nivå och dess införande i Region Skåne. Fokus ligger på att beskriva den situation som gällde år 2012, då deltagarna i denna studie påbörjade sin behandling. En mer utförlig beskrivning av rehabiliteringsgarantin återfinns i Hägglund m.fl. (2012). Förutom en mer omfattande historisk genomgång beskrivs där också de förhållanden som gällde för den urvalsgrupp som studeras i avsnitt 6, det vill säga de som påbörjade behandling inom rehabiliteringsgarantin mellan den 1 januari 2010 och den 30 juni 2011.

2.1 Ekonomiska förutsättningar

År 2008 slöt regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en rehabiliteringsgaranti som omfattar medicinsk behandling och rehabilitering för personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär samt med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.¹ Bakgrunden var den stora andelen sjukskrivna med dessa besvär. Konkret innebar rehabiliteringsgarantin en satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med psykisk ohälsa och på multimodal rehabilitering (MMR) för personer med rygg- och nack-

¹ Icke-specifika rygg- eller nackbesvär avser den stora majoritet av rygg- och nackbesvär där en förklarande diagnos inte kan fastställas (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003).

besvär.² Rehabiliteringsgarantin innefattade en medicinsk bedömning och ett ställningstagande till om medicinsk rehabilitering skulle kunna hjälpa personen. Eventuell rehabilitering skulle påbörjas inom cirka åtta veckor.

Under år 2012 fick landstingen ersättning per genomförd behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Ersättningen var 25 000 kronor för multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR1), 45 000 kronor för multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR2) och 12 000 kronor för kognitiv beteendeterapi. Utöver detta fick landstingen ett påslag på 1 000 kronor för varje behandlad patient. Påslaget var avsett att användas för att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad skulle kunna bidra till patienternas återgång till arbete. Ett annat syfte med påslaget var att bidra till att utveckla tillgången på rehabiliteringsinsatser i form av internetstödd KBT. Totalt avsatte regeringen 1 miljard kronor för rehabiliteringsgarantin år 2012. Ersättningen betalades ut kvartalsvis i efterskott, efter det att landstingen lämnat underlag om antalet genomförda behandlingar till Försäkringskassan.

Det är landstingen själva som bestämmer hur de extra resurserna från regeringen ska fördelas till de vårdenheter som utför behandlingarna. Region Skåne gav under 2012 en ersättning på totalt 11 000 kronor för KBT, varav 6 000 kronor betalades ut efter sex behandlingstillfällen och 5 000 kronor betalades ut vid uppföljning efter tre månader. För MMR gavs under 2012 en ersättning på totalt 37 000 kronor, varav 15 000 kronor betalades ut efter sex behandlingstillfällen, 12 000 kronor betalades ut efter det att patienten slutbehandlats och resterande 10 000 kronor betalades ut vid uppföljning efter tre månader. Under perioden gavs enbart MMR2 inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Vårdgivaren ersattes med 900 kronor om vårdåtagandet avslutades före det sjätte behandlingstillfället för både KBT- och MMR-behandlingar.

2.2 Rehabiliteringsåtgärderna

Den vårdcentral där en patient är listad gör bedömningen om patienten är lämpad för behandling inom rehabiliteringsgarantin. Därefter får patienten själv välja behandlare. Behandlingen ska påbörjas inom en månad från det att remissen har anlänt hos den behandlande vårdgivaren. Insatserna bedrivs i nära samarbete med vårdcentralen, som fortsatt ansvarar för läkemedelsförskrivning, sjukskrivning och andra medicinska åtgärder.

Kognitiv beteendeterapi syftar till att påverka tankemönster, känslor och beteenden i positiv riktning genom att kombinera inslag från beteendeterapi och

² Deltagare med psykisk ohälsa kan även få interpersonell terapi, men denna typ av behandling är fortfarande ovanlig.

kognitiv terapi. Enligt rehabiliteringsgarantin ska först en psykologisk bedömning göras, och därefter ska kognitiv beteendeterapi erbjudas till dem som har måttliga eller medelsvåra psykiska besvär och som är eller riskerar att bli sjuk-skrivna på grund av nedsatt arbetsförmåga. Terapin kan ske individuellt eller i grupp. En behandlingsserie bör i regel omfatta 10–15 tillfällen. Utredningen och behandlingen måste utföras av

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

Multimodal rehabilitering omfattar personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär och som har förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Innan rehabiliteringen påbörjas görs en bred utredning av personens möjligheter att tillägna sig multimodal rehabilitering och en bedömning av om en återgång till arbete är ett rimligt mål. Därefter inleds den multimodala rehabiliteringen enligt individens rehabiliteringsplan. Rehabiliteringen innebär ett antal välplanerade åtgärder under en längre tid, utförda av ett integrerat team av personer med olika professioner. Behandlingen rekommenderas pågå 2–3 dagar i veckan under 6–8 veckor. Ofta sker den multimodala rehabiliteringen i grupp med cirka 6–10 patienter, och därutöver kan individuell behandling läggas till vid behov. Multimodal rehabilitering nivå 1 erbjuds inom primärvården och nivå 2 inom specialistvården. Den multimodala rehabiliteringen som erbjuds inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne år 2012 avsåg uteslutande multimodal rehabilitering nivå 2.

Minst tre olika yrkeskompetenser, varav en specialistkompetent läkare samt en vårdgivare med godkänd psykologisk kompetens, ska medverka i den multimodala rehabiliteringen. De godkända läkarspecialiteterna är allmänmedicin, 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 vara legitimerad psykolog, legitimerad sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast, legitimerad arbetsterapeut, socionom, naprapat med svensk legitimation eller kiropraktor med svensk legitimation.

Tabell 1 beskriver behandlingen för de deltagare i rehabiliteringsgarantin i Region Skåne som påbörjade rehabilitering under 2012 och som ingår i analysen, baserat på data från Region Skånes vårddatabaser. Data presenteras utifrån den uppdelning som görs i analysen: separat för KBT- och MMR-patienter, och med KBT-patienterna uppdelade i ej sjukskrivna och sjukskrivna då behandlingen påbörjades. Tabellen visar att den genomsnittliga behandlingsperioden var cirka 130 dagar, men med mer än dubbelt så många besök för MMR-patienter som för KBT-patienter. Detta innebär ett lägre antal dagar mellan behandlingstillfällena för MMR-patienterna. De vanligaste behandlande professionerna för KBT-patienterna var psykolog, psykoterapeut och socialsekreterare eller kurator, och för MMR-patienterna sjukgymnast, läkare och arbetsterapeut. KBT-behandlingen innebar till största delen psykologisk kognitiv-beteendeterapeutisk eller psykologisk kognitiv behandling, medan MMR-behandlingen innebar rehabilitering enligt rehabiliteringsplan eller teamrehabilitering.

Tabell 1 Beskrivning av behandlingen

	KBT-patienter		MMR-patienter
	Ej sjuk-skrivna	Sjuk-skrivna	
<i>Behandlingsperiod, dagar</i>			
Medelvärde	131,5	133,1	126,2
(standardavvikelse)	(73,2)	(75,2)	(71,4)
Median	115	117	108
<i>Antal behandlingstillfällen</i>			
Medelvärde	8,8	9,1	20,0
(standardavvikelse)	(3,5)	(3,4)	(8,0)
Median	9	9	18
<i>Antal dagar mellan behandlingstillfällena</i>			
Medelvärde	17,6	17,0	7,4
(standardavvikelse)	(18,3)	(18,1)	(14,0)
Median	13	12	4
<i>Behandlande profession, procent</i>			
Läkare	0	0	13
Sjuksköterska	2	3	2
Sjukgymnast	3	2	56
Arbeterapeut	0	0	9
Kiropraktor/naprapat	0	0	7
Socialsekreterare/kurator	14	19	4
Psykolog	55	54	8
Psykoterapeut	21	20	1
Annan	5	5	1
<i>Typ av behandling, procent</i>			
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv	35	33	10
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk	57	57	
Gruppbehandling utifrån manualiserad metod	2	3	2
Teamrehabilitering			31
Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan	1	2	57
Observationer	43 399	10 776	22 268

Källa: Region Skånes vårddatabas

2.3 Uppföljning av mått på hälsa

Åtgärderna inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne inordnas i en modell som kallas *Hälsoval Skåne*, med ett eget ackrediterings- och uppföljnings-system. Modellen utgår från grundbegreppen *struktur*, *process* och *resultat*. *Struktur* innebär att varje vårdgivare måste ansöka om avtal och uppfylla de formella kraven samt beskriva hur och med vilka kompetenser behandlingen kommer att bedrivas. *Process* innebär att varje behandlare måste redovisa information om de åtgärder som görs vid varje besök i ett patientadministrativt system. *Resultat* innebär att varje patient följs upp med avseende på funktion,

egen hälsoupplevelse och självskattad arbetsförmåga. Detta görs med hjälp av data som samlas in vid rehabiliteringens början, slut och vid uppföljning efter tre månader.

Vid första besöket och vid avslutad behandling ska vårdgivaren göra en bedömning av sömnfunktioner, högre kognitiva funktioner samt stresshantering och andra psykologiska krav för KBT-patienter, och av smärtförmåga, tolerans för fysiskt arbete samt rörlighet i leder för MMR-patienter. Tabell 2 och Tabell 4 redovisar resultaten av dessa uppgifter för de personer som ingår i analysen och som lämnade enkätsvar vid samtliga uppföljningstillfällen. Tabell 2 visar en tydlig förbättring av samtliga funktioner för både sjukskrivna och ej sjukskrivna KBT-patienter. Tabell 4 visar också en förbättring, om än något mindre, för MMR-patienterna.

Vid inskrivning, utskrivning och tremånadersuppföljning ska patienterna också fylla i en EQ5D-enkät om sin hälsostatus vad gäller rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet.³ Dessutom ska de ange sitt nuvarande hälsotillstånd på en skala mellan 0 och 100. Tabell 3 och Tabell 5 redovisar resultaten av dessa uppgifter för de personer som ingår i analysen och som lämnade enkätsvar vid samtliga uppföljningstillfällen. Tabell 3 visar förbättringar för KBT-patienterna, både de ej sjukskrivna och de sjukskrivna, främst vad gäller förmågan att hantera huvudsakliga aktiviteter, graden av smärtor och besvär samt graden av oro och nedstämdhet. Deras självskattade allmänna hälsotillstånd förbättrades också avsevärt. Tabell 5 visar att hälsan hos MMR-patienterna var betydligt sämre vid inskrivning än hos KBT-patienterna. Dessutom var den förbättring som skedde under rehabiliteringsperioden mindre än för KBT-patienterna.

Skillnaderna före och efter behandling kan inte rakt av tolkas som ett resultat av behandlingarna, eftersom funktion och hälsa hade kunnat förbättras även utan behandlingarna. I Hägglund m.fl. (2012) konstateras att det självskattade hälsotillståndet inte är någon god indikator på effekterna avseende sjukfrånvaro. Visserligen sammanföll förbättringen av det självskattade hälsotillståndet för ej sjukskrivna KBT-patienter med positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro, men för MMR-patienterna var förbättringen av det självskattade hälsotillståndet tvärtom förknippat med en ökad sjukfrånvaro. Detta kan ha flera orsaker. En första är att respondenten kan vilja uttrycka sig positivt om den behandling som genomgått. En annan är att patienten genom behandlingen fått en sjukdomsbild bekräftad, vilket i sin tur haft en positiv inverkan på hälsotillståndet. För det tredje kan sjukfrånvaron i sig ha ökat patientens välbefinnande.

³ EQ5D är ett instrument i två delar som avser att mäta hälsorelaterad livskvalitet hos patienter.

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

	Sömnfunktioner		Högre kognitiva funktioner		Stresshantering	
Grad av nedsättning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning
Ej sjukskrivna (4 007 obs)						
Ingen (0–4)	25	56	36	67	8	36
Lätt (5–24)	31	31	29	23	26	43
Måttlig (25–49)	30	11	27	8	46	17
Svår (50–95)	13	2	9	2	19	4
Total (95–100)	1	0	0	0	1	0
Sjukskrivna (962 obs)						
Ingen (0–4)	12	43	17	51	3	24
Lätt (5–24)	23	34	24	32	12	41
Måttlig (25–49)	40	18	37	14	43	27
Svår (50–95)	24	5	21	3	40	7
Total (95–100)	1	0	1	0	3	1

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

	Ej sjukskrivna (2 730 obs)			Sjukskrivna (653 obs)		
	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
<i>Rörlighet</i>						
Utan svårighet	94	95	95	84	89	89
Viss svårighet	6	5	5	16	11	11
Sängliggande	0	0	0	0	0	0
<i>Hygien</i>						
Inga problem	99	99	99	95	97	97
Vissa problem	1	1	1	5	3	3
Klarar ej hygien	0	0	0	0	0	0
<i>Huvudsakliga aktiviteter</i>						
Inga problem	66	85	86	29	66	71
Vissa problem	31	14	13	50	30	26
Klarar ej dessa	4	1	1	21	4	3
<i>Smärtor eller besvär</i>						
Inga	47	65	68	30	50	55
Måttliga	46	33	30	54	42	38
Svåra	6	3	3	17	8	8
<i>Oro eller nedstämdhet</i>						
Ingen	4	37	42	1	31	38
I viss utsträckning	69	59	53	50	59	54
I högsta grad	27	4	5	49	9	8
<i>Hälsotillstånd i dag jämfört med de 12 senaste månaderna</i>						
Bättre	19	81	80	12	78	78
Oförändrat	30	14	15	13	12	16
Sämre	52	5	5	75	9	7
Hälsotillstånd 0–100	50,3	70,7	72,4	39,7	66,1	69,7

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
Sjukskrivna och ej sjukskrivna (1 133 obs)						
Ingen (0–4)	1	5	15	23	9	14
Lätt (5–24)	7	30	19	34	20	40
Måttlig (25–49)	45	43	41	34	39	36
Svår (50–95)	47	21	24	9	32	10
Total (95–100)	1	0	0	0	0	0

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

	Sjukskrivna och ej sjukskrivna (817 obs)		
	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
<i>Rörlighet</i>			
Utan svårighet	37	52	56
Viss svårighet	63	48	44
Sängliggande	1	0	0
<i>Hygien</i>			
Inga problem	73	82	84
Vissa problem	26	17	16
Klarar ej hygien	1	0	0
<i>Huvudsakliga aktiviteter</i>			
Inga problem	21	38	42
Vissa problem	64	56	53
Klarar ej dessa	15	6	5
<i>Smärtor eller besvär</i>			
Inga	0	5	8
Måttliga	46	72	70
Svåra	54	24	22
<i>Oro eller nedstämdhet</i>			
Ingen	17	35	39
I viss utsträckning	63	55	53
I högsta grad	20	10	8
<i>Hälsotillstånd i dag jämfört med de 12 senaste månaderna</i>			
Bättre	10	54	48
Oförändrat	29	28	36
Sämre	61	18	16
Hälsotillstånd 0–100	45,0	57,8	60,7

3 Metod

För att studera effekterna av behandling inom rehabiliteringsgarantin utnyttjas en matchningsansats. Det innebär att varje behandlad person matchas med en jämförelseperson som inte fått behandling men som, baserat på observerbara individegenskaper, förväntas ha samma hälsa och sjukfrånvaro som den behandlade hade haft utan behandling. Behandlingseffekten mäts som skillnaden i utfall efter behandling mellan den behandlade gruppen och den ”matchade” kontrollgruppen som inte fick behandling.

Det finns två anledningar till att matchning kan förväntas fungera väl i den här studien. Den första anledningen är tillgången till detaljerade hälsodata och det stora antalet potentiella jämförelseindivider som gör det möjligt att göra en bra matchning mellan behandlade och icke-behandlade. Den andra anledningen är att det finns en slumpmässighet i sannolikheten att få behandling mellan i övrigt lika individer.

På grund av brist på personal med rehabiliteringskompetens har nämligen utbyggnaden av rehabiliteringstjänster gått olika fort i olika delar av Skåne län. 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, den 1 januari 2011, den 1 januari 2012 och den 1 november 2012. Figurerna visar att tillgången till KBT och MMR skiljer sig åt mellan kommunerna och att det har skett en utbyggnad över tid. Även om patienter kan få behandling var som helst i länet, är det mer sannolikt att de genomgår behandling om den finns i närområdet.

I analysen matchas ett vårdbesök där en patient påbörjar behandling inom rehabiliteringsgarantin med ett vårdbesök där en patient inte gör det. Ett och samma vårdtillfälle tillåts fungera som jämförelse till flera vårdbesök som innebär att en patient påbörjar behandling. En behandlad patient som tidigare gjort ett vårdbesök och då fått en diagnos inom ramen för rehabiliteringsgarantin, kan fungera som jämförelse till en annan behandlad patient. I dessa fall mäts utfallet för det matchade paret fram till dess att jämförelsepersonen påbörjar sin behandling.

Sannolikheten att få behandling inom rehabiliteringsgarantin skattas med regressionsanalys, där information om patientens hälsotillstånd, socioekonomiska status och andra individegenskaper ingår. Den skattade sannolikheten används för att hitta en matchning mellan behandlade och icke-behandlade.

Separata modeller skattas för sjukskrivna och ej sjukskrivna KBT-patienter samt för MMR-patienter.⁴

4 Data och beskrivning av målpopulationen

I analysen studeras behandlingar inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne som påbörjades mellan den 1 januari 2012 och den 31 december 2012. Målpopulation i analysen är personer mellan 20 och 64 år, som under denna period sökte vård och som vid vårdtillfället fick en diagnos som rymdes inom ramen för rehabiliteringsgarantins insatser.⁵ Totalt erbjöds 26,5 procent av målpopulationen med KBT-diagnoser och 2,5 procent av målpopulationen med MMR-diagnoser behandling inom rehabiliteringsgarantin under urvalsperioden.

Uppgifter om målpopulationen har hämtats in från flera instanser. I Region Skånes vårddatabaser finns detaljerad information om varje patients vårdbesök sedan år 2008.⁶ Information om patienternas läkemedelsförskrivning sedan år 2008 har inhämtats från Socialstyrelsen. Från Försäkringskassan har inhämtats uppgifter om antalet dagar med sjukpenning eller motsvarande (rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning) samt sjuk- och aktivitetsersättning från den 1 januari 2000 till och med den 31 augusti 2013. Från Försäkringskassans register har också hämtats detaljerade individuppgifter om ålder, högsta utbildningsnivå, huruvida personen är född i Sverige eller i ett annat land, civilstånd, arbetslöshet, sysselsättningsstatus i november föregående år, tidigare inkomster och bostadskommun.

I matchningen utnyttjades patienternas aktuella hälsotillstånd i form av tidigare vårdbesök, tidigare läkemedelsförskrivningar, tidigare sjukfrånvaro, diagnos och socioekonomiska och demografiska uppgifter.⁷ För att utnyttja variationen mellan regioner används inte bosättningskommun som matchningsvariabel.

⁴ I matchningen har en sekventiell design tillämpats, där principen har varit att endast inkludera faktorer med betydelse för sannolikheten att få behandling inom rehabiliteringsgarantin. Därefter har de matchade grupperna jämförts, även med avseende på faktorer som inte använts i matchningen. Om statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna återfunnits i mer än enstaka fall, har modellen förkastats och en ny modell specificerats. När grupperna endast avviker i något enstaka fall, har modellen slutligen accepterats.

⁵ Se Bilaga 2 för en redovisning av de aktuella diagnoserna.

⁶ I Bilaga 3 ges en kort beskrivning av hur vårddata har hanterats och hur olika variabler har specificerats.

⁷ För att öka jämförbarheten mellan grupperna redan före matchningen har vårdbesök där patienten har väldigt många tidigare vårdbesök med en diagnos inom ramen för rehabiliteringsgarantin eliminerats.

Med undantag för dem som var inskrivna vid Arbetsförmedlingen saknas information om sysselsättningsstatus vid tidpunkten för vårdbesöket. Ett inte alltför långtgående antagande är emellertid att den stora majoriteten av dem som inte var inskrivna vid Arbetsförmedlingen arbetade. I data finns uppgifter om huruvida patienten var förvärvsarbetande i november föregående år. Dessa visar att mellan 70 och 90 procent förvärvsarbetade, beroende på behandlingsgrupp och sjukskrivningsstatus. Högst var andelen bland sjukskrivna med en diagnos inom psykisk ohälsa.

Tabell 6 beskriver målpopulationen för besök som lett till att patienten har, respektive inte har, påbörjat behandling inom rehabiliteringsgarantin. Eftersom en patient med de aktuella diagnoserna kan ha gjort flera besök under perioden kan personen förekomma flera gånger. Tabellen visar att det finns tydliga skillnader mellan behandlade och icke-behandlade. Personer som får KBT-behandling har lägre grad av ohälsa och en bättre arbetsmarknadssituation än de som inte får behandling. Deltagarna i KBT-behandling har högre utbildning och har i lägre utsträckning varit arbetslösa och sjukskrivna jämfört med icke-behandlade. De har också haft färre vårdbesök och lägre kostnader för läkemedel. Deltagarna i MMR-behandlingen har däremot en svagare ställning på arbetsmarknaden och sämre hälsa än icke-deltagarna. De har i högre utsträckning varit arbetslösa och sjukskrivna och har ett högre antal vårdbesök och högre läkemedelskostnader. En likhet mellan deltagarna i KBT- och MMR-behandling är att kvinnor är överrepresenterade jämfört med icke-deltagarna.

Det första utfallsmåttet som studeras i analysen är antalet bruttodagar med sjukfrånvaro, vilka inkluderar såväl sjukpenning (eller motsvarande) som sjuk- och aktivitetsersättning.⁸ Dessutom analyseras effekterna på antalet vårdbesök och antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel per dag. Det är inte självklart hur dessa mått förhåller sig till varandra. Antalet vårdbesök kan tänkas öka som en konsekvens av behandlingen, och medicinering kan fungera som ett alternativ till aktiva rehabiliteringsinsatser. Hur effekterna på sjukfrånvaro ser ut är en öppen fråga. Resultaten presenteras dels kvartalsvis för att ge en uppfattning om tidsdynamiken, dels på årsbasis under en ettårig uppföljningsperiod.

⁸ Med bruttodagar avses dagar som sjukfrånvarande oavsett om sjukfrånvaron är på hel- eller deltid. För patienter med anställning räknas endast sjukskrivningar som är längre än arbetsgivarens sjuklöneperiod som är 14 dagar.

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

	KBT			MMR		
	Behandlad	Icke-behandlad	t-värde	Behandlad	Icke-behandlad	t-värde
Andel män	0,30 (0,46)	0,34 (0,47)	-6,06	0,27 (0,45)	0,41 (0,49)	-11,31
Ålder (år)	39,55 (11,76)	41,62 (11,76)	-14,65	45,90 (10,76)	44,91 (11,90)	3,39
Andel utrikes födda	0,14 (0,36)	0,23 (0,42)	-21,06	0,26 (0,44)	0,30 (0,46)	-3,36
Andel högskole-utbildade	0,50 (0,50)	0,36 (0,48)	24,15	0,28 (0,45)	0,30 (0,46)	-1,20
Andel sjuk-skrivna	0,19 (0,39)	0,27 (0,45)	-16,88	0,31 (0,46)	0,20 (0,40)	9,15
Andel arbets-lösa	0,16 (0,37)	0,23 (0,42)	-15,67	0,27 (0,44)	0,21 (0,41)	4,71
Andel som mottar sjuk- och aktivitetssättning	0,05 (0,22)	0,14 (0,35)	-32,63	0,15 (0,36)	0,13 (0,33)	2,62
Antal tidigare vårdbesök ^a	54,60 (53,28)	102,43 (149,95)	-58,60	94,22 (75,26)	75,58 (78,64)	9,13
Antal tidigare läkarbesök ^a	26,27 (23,75)	36,22 (34,64)	-33,26	41,73 (30,05)	33,33 (34,49)	10,30
Antal tidigare KBT-diagnoser ^a	1,94 (3,95)	29,61 (114,03)	-66,54	1,52 (7,14)	0,94 (5,95)	2,99
Antal tidigare MMR-diagnoser ^a	0,77 (2,69)	1,32 (3,76)	-16,48	4,71 (6,79)	5,67 (9,21)	-5,18
Tidigare utgifter för läkemedel ^a	19 909 (187 009)	28 350 (119 686)	-3,87	27 758 (69 074)	22 595 (89 616)	2,75
Antal tidigare sjukskrivnings-dagar (<3 år)	49,79 (128,49)	95,40 (200,63)	-27,83	134,80 (223,97)	72,06 (168,57)	10,36
Antal obs.	7 654	76 107		1 377	121 212	

Anm: ^aAvser uppgifter från och med år 2008. Med KBT- respektive MMR-diagnoser avses vårdbesök där patienten fått en diagnos som innefattas i rehabiliteringsgarantin. Standard-avvikelse inom parentes. t-värdet relaterar medelvärdena till varandra: absolutvärden över 1,96 anger statistiskt säkerställd skillnad på 5-procentsnivån.

5 Resultat för rehabiliteringsgarantin 2012

5.1 Huvudresultat

Matchningen har genomförts separat för tre olika grupper. Den största gruppen utgörs av KBT-behandling för ej sjukskrivna (70 procent), den näst största av KBT-behandling för sjukskrivna (16 procent) och den minsta av MMR-behandling för såväl ej sjukskrivna som sjukskrivna (14 procent). Skattningarna av de slutgiltiga regressionsmodellerna redovisas i Tabell A 2–Tabell A 4 i

Bilaga 5. Att modellerna skiljer sig åt innebär att olika faktorer varit viktiga för att förklara hur urvalet till behandling har gått till. Tabell A 5 och Tabell A 6 i Bilaga 6 visar beskrivande statistik för behandlings- och jämförelsegrupperna. Likheten mellan grupperna är över lag mycket hög, inte bara beträffande de variabler som har använts i matchningen utan också beträffande variabler som inte har använts. Detta stärker resultatens trovärdighet.⁹

Figur 1–Figur 3 presenterar resultaten för de tre grupperna och de tre utfallsvariablerna kvartalsvis upp till fyra kvartal efter påbörjad behandling. Tidpunkten ”0” avser behandlingsstarten för de behandlade och tidpunkten för ett vanligt vårdbesök för de icke-behandlade. Figuren visar också skillnaden mellan grupperna fyra kvartal före behandlingsstart för att ge en uppfattning om hur väl matchningen har fungerat. Inte i något fall finns det några statistiskt säkerställda skillnader i utfall före behandlingsstart vilket stärker analysens trovärdighet.

Figur 1 visar resultaten för KBT-patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades. Figur 1a visar att KBT-behandlingen minskade antalet sjukfrånvarodagar under det efterföljande året. Effekten är avtagande men statistiskt säkerställd under samtliga fyra kvartal och uppgår som mest till nästan två dagars minskning per kvartal. Figur 1b visar att antalet vårdbesök är högre för de behandlade under de första kvartalen då behandlingen pågår, men blir signifikant lägre för behandlade än för icke-behandlade under det fjärde kvartalet sedan behandlingsstart. Effekten under det fjärde kvartalet uppgår till ungefär 0,5 färre vårdbesök för de behandlade. Figur 1c visar att antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dag sjunker tydligt i samband med behandlingen och att en statistiskt säkerställd minskning av läkemedelsförskrivningen också finns under det tredje och fjärde kvartalet sedan behandlingsstart. Effekten uppgår till ungefär 0,2 dygnsdoser kvartal 3 och 4.

Figur 2 visar resultaten för KBT-patienter som var sjukskrivna när behandlingen påbörjades. Till skillnad från resultaten för ej sjukskrivna syns i Figur 2a ingen omedelbar nedgång av sjukfrånvaron i samband med behandlingsstart. Det finns emellertid tendenser till en positiv effekt i kvartal 4. Eftersom urvalet av sjukskrivna är mindre än urvalet av ej sjukskrivna, är resultaten skattade

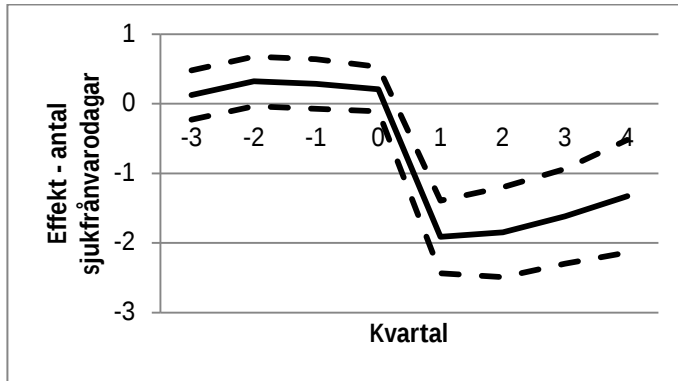
⁹ Trots att jämförbarhet mellan grupper har uppnåtts i faktorer som är observerbara i tillgängliga register, finns en risk att grupperna avviker i faktorer som inte kan observeras. Med de omfångsrika data som här finns tillgängliga, är en strategi för att testa matchningens validitet att jämföra grupperna med avseende på faktorer som inte använts i matchningen. I enlighet med resonemanget i Altonji m.fl. (2005), kan selektionen med avseende på observerbara faktorer vara informativ även för selektionen på det icke-observerade. Med andra ord: om jämförbarhet mellan grupper kan uppnås utan användande av samtliga observerade faktorer, är risken mindre att icke-observerade faktorer är ett problem för analysen.

med större osäkerhet. Det gör att större skillnader mellan behandlade och icke-behandlade krävs för att statistiskt säkerställda effekter ska kunna konstateras. Till skillnad från resultaten för ej sjukskrivna återfinns inte heller någon positiv effekt i form av lägre läkemedelsförskrivning, åtminstone inte utöver den som uppstår under första kvartalet efter behandlingsstart. Detta framgår av Figur 2c. Vad gäller antalet vårdbesök visar Figur 2b att vårdbesöken ökar i samband med behandlingen under det första kvartalet sedan behandlingsstart men att det därefter inte finns någon signifikant skillnad mellan behandlade och icke-behandlade patienter.

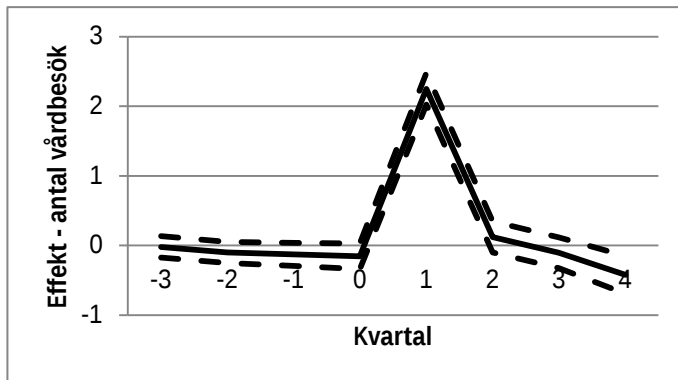
Effekterna av MMR-behandling för hela gruppen behandlade presenteras i Figur 3. Av Figur 3a framgår att sjukfrånvaron bland MMR-patienterna, till följd av behandlingen, ökar i jämförelse med andra patienter och att ökningen kvarstår under hela uppföljningsperioden. Effekten är statistiskt säkerställd och uppgår till cirka 5 sjukfrånvarodagar per kvartal. Som väntat ökar också antalet vårdbesök till följd av behandlingen med cirka 10 besök, vilket är betydligt fler än de 2–3 besök fler som kunde observeras för KBT-patienterna. Detta beror på att MMR-behandlingen var betydligt mer intensiv än KBT-behandlingen. Antalet vårdbesök tycks fortfarande vara något högre under det fjärde kvartalet sedan behandlingsstart. I Figur 3c framgår slutligen att antalet dygnsdoser läkemedel tycks öka något till följd av behandlingen, även om denna effekt bara är statistiskt säkerställd under det andra kvartalet sedan behandlingsstart. Läkemedelsbehandling tycks således inte vara ett lika tydligt behandlingsalternativ till MMR-behandling som till KBT-behandling.

I Figur A 3–Figur A 5 i Bilaga 6 återges resultaten under de fyra kvartalen efter behandlingsstart i form av nivåer av sjukfrånvaro, vårdbesök och antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dag för behandlade och icke-behandlade i de olika grupperna. De positiva effekterna av KBT på sjukfrånvaron för KBT-behandlade som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart tycks bero på en relativt högre risk för sjukskrivning bland de icke-behandlade, vilket framgår av Figur A 3a. Det tyder på att den alternativa behandlingen till KBT, vid sidan av medicinering, var sjukskrivning. På motsatt sätt tycks de negativa effekterna av MMR i form av ökad sjukfrånvaro bero på en ökad sjukfrånvaro bland de behandlade snarare än en minskad sjukfrånvaro bland de icke-behandlade, vilket illustreras i Figur A 5a.

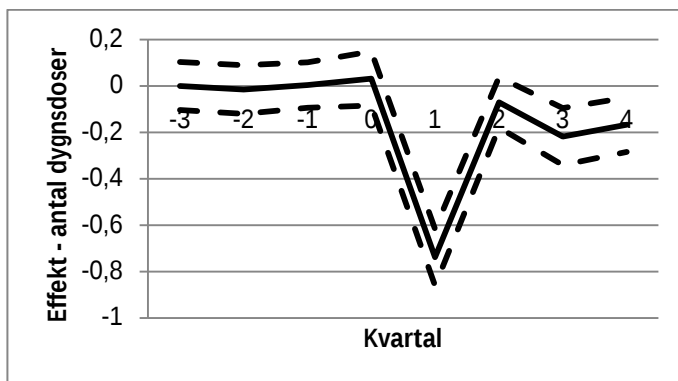
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



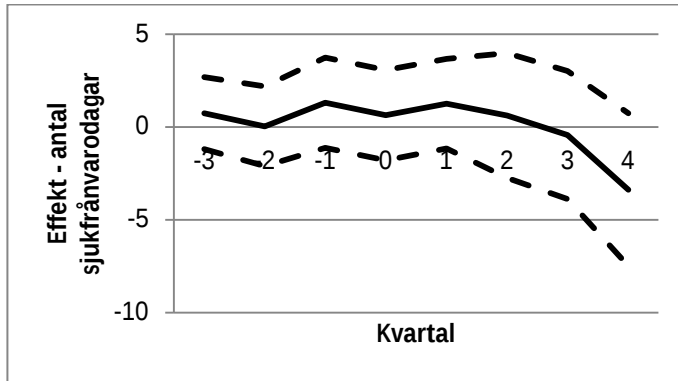
(c) antal förskrivna dygnsdoser per dag i genomsnitt



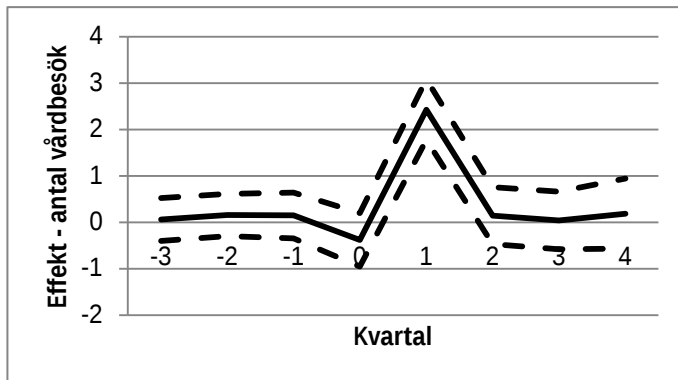
Figur 1 Effekten av KBT för ej sjukskrivna

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

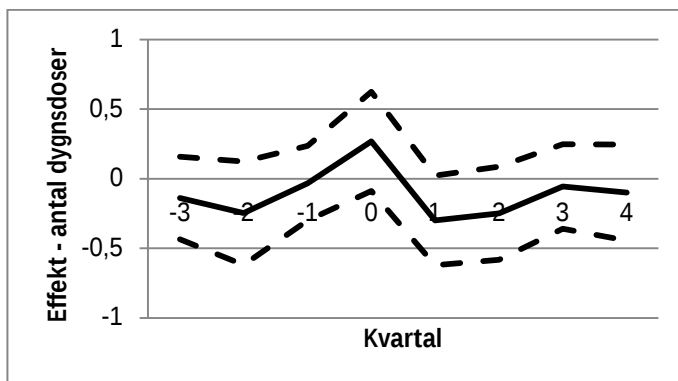
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



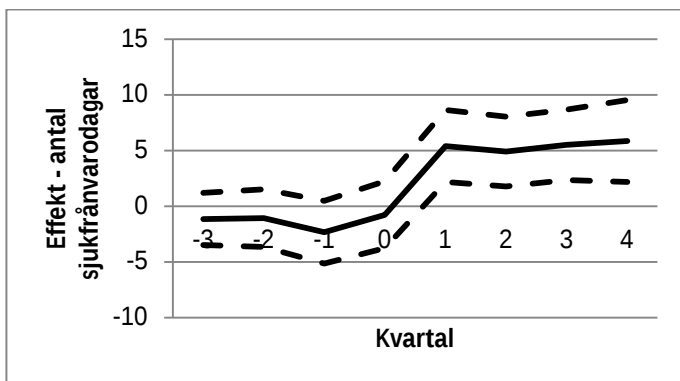
(c) antal förskrivna dygnsdoser per dag i genomsnitt



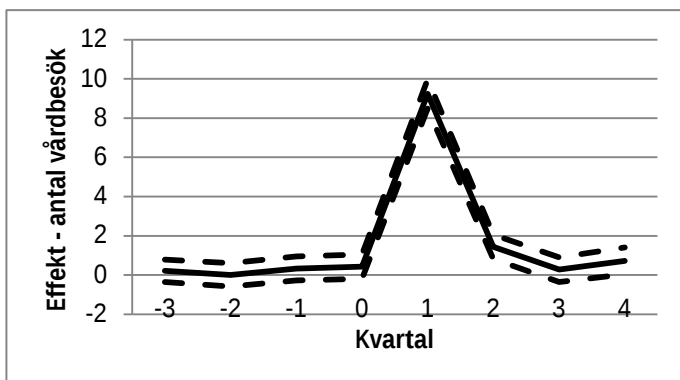
Figur 2 Effekten av KBT för sjukskrivna

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

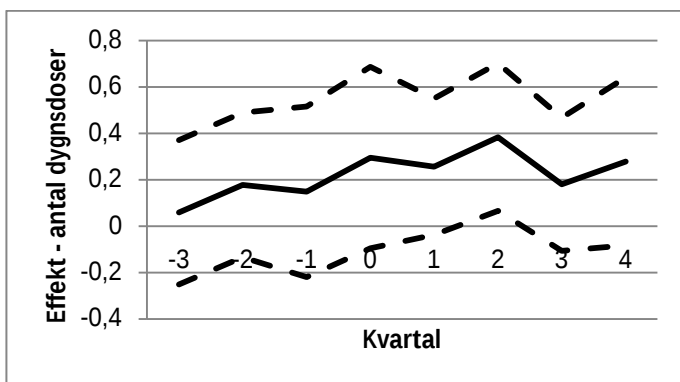
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



(c) antal förskrivna dygnsdoser per dag i genomsnitt



Figur 3 Effekten av MMR

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

Tabell 7 visar resultaten per år i stället för per kvartal, med effekterna uttryckta i procent. Över lag är överensstämmelsen mycket stor med de resultat som presenterades i Hägglund m.fl. (2012). För ej sjukskrivna KBT-patienter minskade sjukfrånvaron med 36 procent, medan den för MMR-patienter ökade med drygt 20 procent. För sjukskrivna KBT-patienter återfinns ingen effekt alls. Samtliga grupper uppvisar en statistiskt säkerställd ökning av vårdbesöken men ökningen är betydligt större för MMR-patienter som får en mer omfattande behandling. Vad gäller förskrivningar av läkemedel syns en tydlig minskning för ej sjukskrivna KBT-patienter, och en statistiskt säkerställd ökning för MMR-patienter. För sjukskrivna KBT-patienter återfinns, än en gång, ingen effekt alls av behandlingen.

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

	Sjukfrånvarodagar	Vårdbesök	Förskrivna dygnsdoser
KBT, ej sjukskrivna	-36,2*** (5,7)	10,0*** (1,9)	-12,1*** (2,6)
KBT, sjukskrivna	0,0 (0,0)	10,7*** (3,6)	-2,7 (8,1)
MMR	23,7*** (6,3)	39,2*** (3,5)	24,4*** (9,3)

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

5.2 Effekter på de offentliga finanserna – ett års uppföljning

Effekterna av behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin på de offentliga finanserna beräknas utifrån förändringar i användningen av sjukförsäkringen, vårdkostnader och läkemedelsförskrivning. Resultaten presenteras i Tabell 8 för de olika grupperna som ingår i analysen. Beräkningarna ska givetvis tolkas med stor försiktighet, då uppföljningsperioden bara är ett år och andra effekter inte tas i beaktande, till exempel effekter på andra offentliga intäkter och kostnader eller de behandlades välbefinnande. Med ett års uppföljningsperiod väger också kostnader med direkt koppling till behandlingarna – i första hand kostnader för vårdbesök och läkemedel – förhållandevis tungt i beräkningarna.

Den första kolumnen i Tabell 8 visar att utbetalningarna från Försäkringskassan under det första året efter behandlingsstart minskade med cirka 2 000 kronor per person för ej sjukskrivna KBT-patienter och ökade med cirka 11 000 kronor för MMR-patienter. Däremot finns inga stora skillnader för sjukskrivna KBT-patienter. Den andra kolumnen i Tabell 8 visar den skattade skillnaden i antal vårdbesök mellan behandlade och icke-behandlade multiplicerat

med en uppskattad kostnad per vårdbesök på 1 200 kronor.¹⁰ Här återfinns en kostnad av behandlingen på cirka 2 200 kronor för ej sjukskrivna KBT-patienter, drygt 3 300 kronor för sjukskrivna KBT-patienter och cirka 14 000 kronor för MMR-patienter. Den tredje kolumnen i Tabell 8 visar förändringen av kostnaderna för läkemedelsförskrivning. Dessa kostnader är små i sammanhanget förutom för sjukskrivna KBT-patienter. Den fjärde kolumnen i Tabell 8 visar den sammanlagda effekten på de offentliga finanserna. Trots att sjukskrivningarna minskar för ej sjukskrivna KBT-patienter innebär behandlingen en kostnad på grund av ett ökat antal vårdbesök i samband med behandlingen. För sjukskrivna KBT-patienter blir kostnaden cirka 2 000 kronor. De mest negativa resultaten återfinns för MMR-patienter, där behandlingen innebär en kostnad på nästan 26 000 kronor per patient.

Tabell 8 Effekt på de offentliga finanserna, uppföljningsperiod 1 år, kronor/deltagare

	Förändring utbetalning sjukförsäkring	Förändringar i vård- kostnader	Förändringar i läkemedels- kostnader	Effekt på de offentliga finanserna
KBT ej sjukskrivna	-1 979	2 215	96	332
KBT sjukskrivna	969	3 355	-2 444	1 880
MMR	11 440	13 993	152	25 585

6 Resultat för rehabiliteringsgarantin 2010–2011

6.1 Resultat – två års uppföljning

Medan den här rapporten hittills har fokuserat på effekten av behandling inom rehabiliteringsgarantin för personer som påbörjade sin behandling under år 2012, studerade Hägglund m.fl. (2012) behandlingar under perioden den 1 januari 2010 till den 30 juni 2011. Resultaten från studierna är mycket lika. Båda uppvisar blandade effekter av KBT och negativa effekter av MMR.

Det finns nu möjlighet att följa upp resultaten i Hägglund m.fl. (2012) med en längre uppföljningsperiod: upp till två år efter påbörjad rehabilitering. Tillvägagångssättet är detsamma som i den tidigare analysen. Fullständig information om urvalsgrupperna och de tidigare resultaten återfinns i Hägglund m.fl. (2012). Resultaten från en tvåårig uppföljningsperiod presenteras för ej sjukskrivna och sjukskrivna KBT- och MMR-patienter i Figur 4–Figur 7. Noterbart

¹⁰ 1 200 kronor är ett beräknat genomsnitt för olika typer av vårdbesök.

är att antalet förskrivningar av läkemedel, och inte antalet dygnsdoser, här används som mått på läkemedelskonsumtion.¹¹

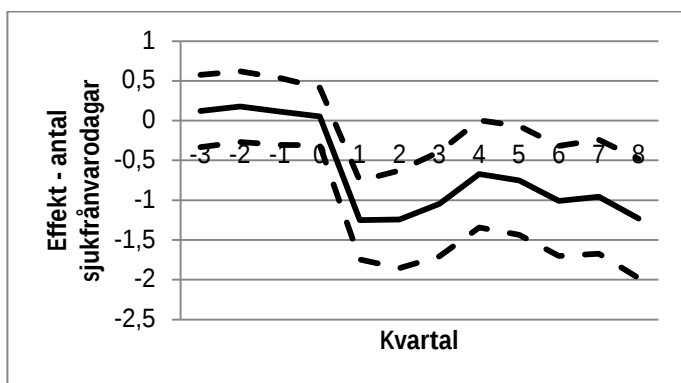
Ett övergripande resultat är att de tendenser som framkom under det första året efter behandlingsstart står sig även med en längre uppföljningsperiod. För ej sjukskrivna som erbjuds KBT-behandling innebär det att de statistiskt säkerställda positiva effekter som konstaterades i form av lägre sjukfrånvaro, färre vårdbesök och färre förskrivningar av läkemedel (Figur 4a–c) också återfinns två år efter behandlingsstart. Effekterna motsvarar en minskning av antalet framtida sjukfrånvarodagar med 0,5–1,5 dagar per kvartal, 0,5 färre vårdbesök och 0,25 färre antal förskrivningar av läkemedel per kvartal.

Inte heller för gruppen sjukskrivna KBT-patienter syns någon förändring av mönstret från det första årets resultatuppföljning (Figur 5a–c). Bland patienter i gruppen hade behandlingen ingen statistiskt säkerställd effekt på sjukfrånvaron och antalet vårdbesök under det första året. Däremot återfanns vissa tecken på minskad läkemedelsförskrivning. Detta mönster håller alltså i sig under det andra året. Emellertid bör beaktas att effekterna för sjukskrivna är skattade med större osäkerhet än de för ej sjukskrivna. Det bidrar exempelvis till att nedgången i sjukfrånvaron (Figur 5a), som trots att den är storleksmässigt större än den för ej sjukskrivna, ändå inte är statistiskt säkerställd. Det kan alltså inte uteslutas att skillnaderna i resultat av KBT för sjukskrivna respektive ej sjukskrivna patienter beror på skillnader i urvalsstorlek.

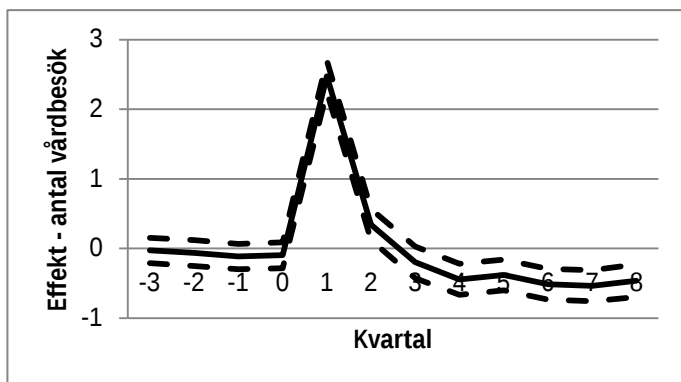
För MMR-behandlingen konstaterades i Hägglund m.fl. (2012) negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna under det första året efter behandlingsstart. Ytterligare ett års uppföljningsperiod ger inga signaler om att effekterna är avtagande och att patienterna i högre utsträckning återgår till sin tidigare sysselsättning (se Figur 6a och Figur 7a). Tvärtom ligger effekterna kvar på samma nivå, d.v.s. på 4 och 5 fler sjukskrivningsdagar per patient och kvartal för ej sjukskrivna respektive sjukskrivna. Resultaten försämras till och med ytterligare något under kvartal 7 och 8 för gruppen ej sjukskrivna. Figur 6b–c och Figur 7b–c visar också att skillnaderna i antalet vårdbesök och läkemedelsförskrivningar två år efter behandlingsstart mellan dem som fick respektive inte fick MMR-behandlingen är små och inte statistiskt säkerställda.

¹¹ I Hägglund m.fl. (2012) saknades uppgift om dygnsdos.

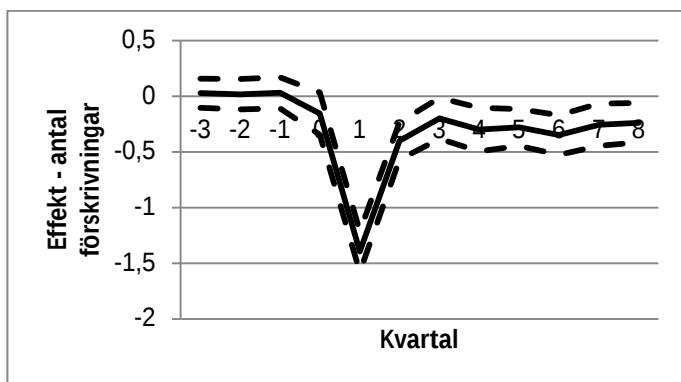
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



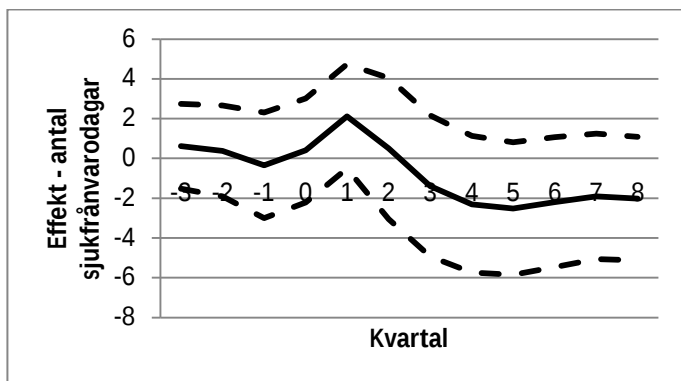
(c) antal läkemedelsförskrivningar



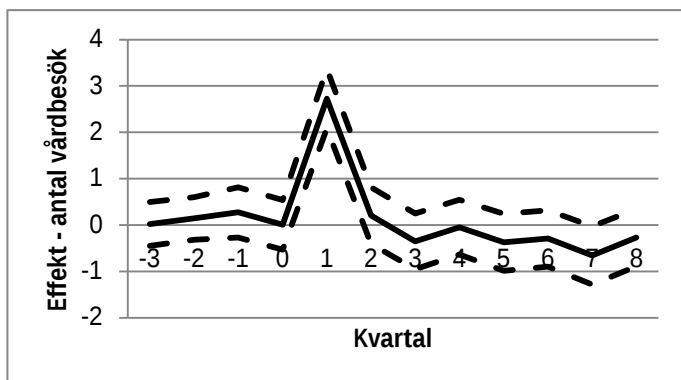
Figur 4 Effekten av KBT för ej sjukskrivna

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

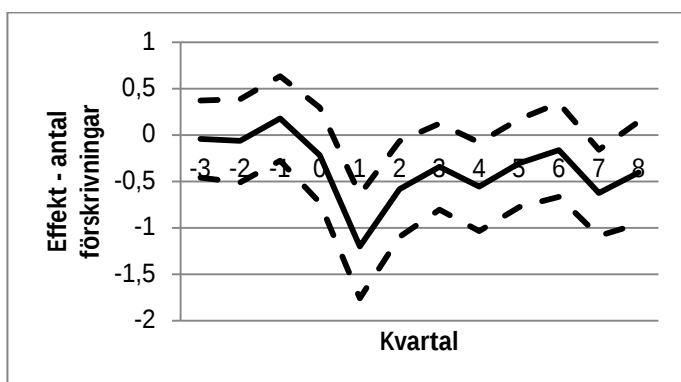
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



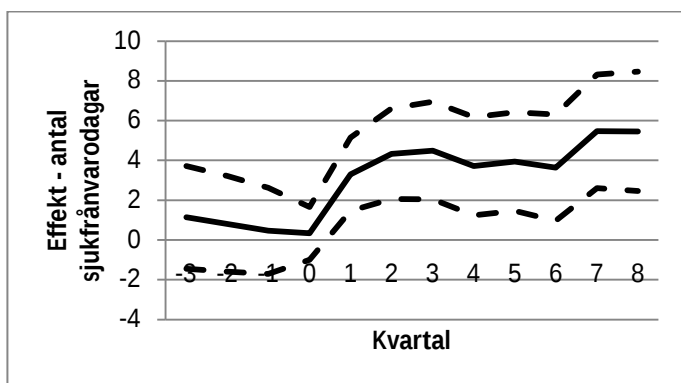
(c) antal läkemedelsförskrivningar



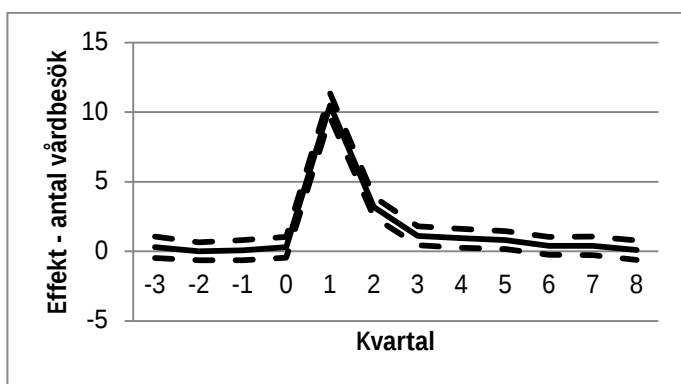
Figur 5 Effekten av KBT för sjukskrivna

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

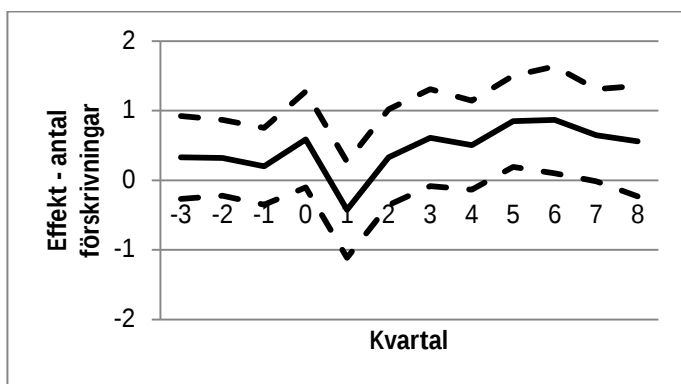
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



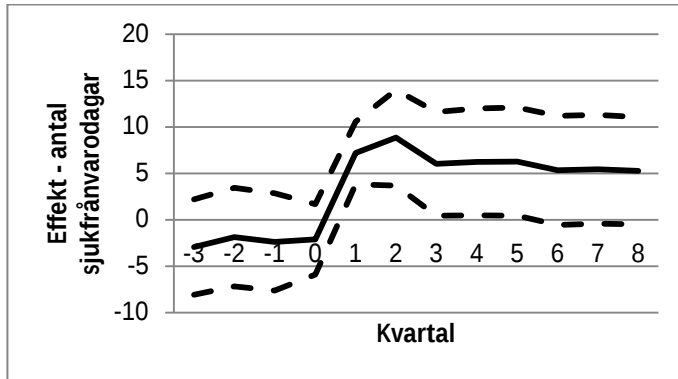
(c) antal läkemedelsförskrivningar



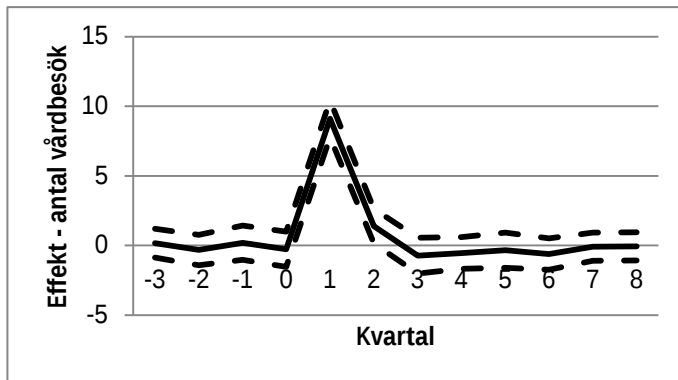
Figur 6 Effekten av MMR för ej sjukskrivna

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

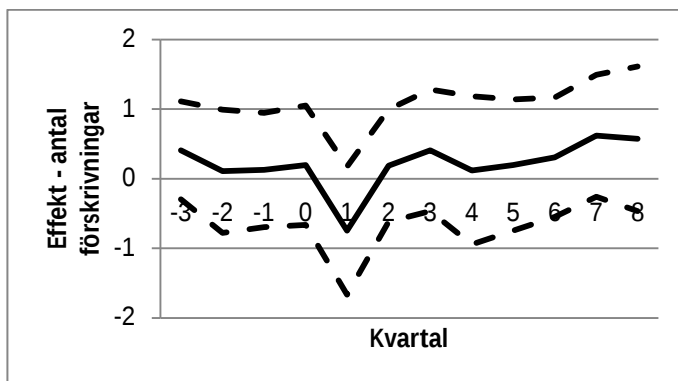
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök



(c) antal läkemedelsförskrivningar



Figur 7 Effekten av MMR för sjukskrivna

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

6.2 Effekter för olika grupper av deltagare

I detta avsnitt studeras effekterna av insatserna för olika grupper av deltagare. I analysen har urvalet från 2012 poolats med det från Hägglund m.fl. (2012) i syfte att öka möjligheterna att utläsa statistiskt säkerställda samband.¹² För att kunna mäta effekterna under ett helt år för samtliga deltagare ingår endast de som påbörjade en behandling före den 31 augusti 2012. För MMR slås behandlingarna från MMR1 och MMR2 samman, liksom för sjukskrivna och ej sjukskrivna. Detta kan motiveras med att resultaten för dessa behandlingar och grupper av deltagare har visat sig förhållandevis lika. Effekterna studeras med avseende på antalet sjukfrånvarodagar och redovisas separat för män och kvinnor, olika ålderskategorier och utbildningsnivåer. Därutöver redovisas resultaten beroende på sysselsättningsstatus vid behandlingsstart samt diagnos. Det finns flera tänkbara orsaker till att effekterna av behandlingarna varierar mellan olika grupper. Såväl graden av ohälsa som alternativkostnaden för sjukfrånvaro kan variera, och därmed drivkrafterna att undvika sjukfrånvaro om så är möjligt. Detta påverkar förutsättningarna för att behandlingarna ska vara verkningsfulla. Denna analys ska emellertid främst ses som explorativ, och hypotesgenererande, snarare än prövande.

Första raden i Tabell 9 redovisar genomsnittseffekterna för de olika grupperna. Dessa sammanfattar resultaten från analyserna som redovisats tidigare i rapporten: att KBT ger blandade effekter (statistiskt säkerställda positiva effekter för ej sjukskrivna och inga effekter alls för sjukskrivna), samt att MMR genomgående uppvisar negativa effekter i form av högre sjukfrånvaro.

För ej sjukskrivna KBT-patienter förefaller den positiva genomsnittseffekten ha fördelats någorlunda jämnt mellan olika delgrupper. Såväl män som kvinnor och patienter i olika åldrar, samt med olika utbildningsbakgrund, reducerar sin framtida sjukfrånvaro som ett resultat av behandlingen. För arbetslösa är effekterna däremot nära noll och inte statistiskt säkerställda. Eftersom dessa patienter i genomsnitt kan förväntas ha en relativt sämre position på arbetsmarknaden, är en tolkning att resultaten speglar betydelsen av en koppling till en arbetsgivare för att rehabiliteringen ska ha önskad verkan. Denna tolkning vinner stöd i en översikt av Johansson m.fl. (2010), där författarna konstaterar att det vetenskapliga stödet för att arbetslivsinriktad rehabilitering skulle vara verkningsfull är begränsat, men att åtgärder gjorda på arbetsplatsen potentiellt kan vara effektiva.

¹² Resultaten i detta avsnitt ska tolkas med större försiktighet än tidigare redovisade resultat i rapporten eftersom separata matchningar inte genomförts för respektive grupp. De jämförda grupperna är således inte nödvändigtvis lika jämförbara som då genomsnittseffekterna studeras.

Överlag återfinns få statistiskt säkerställda effekter av KBT för olika grupper av sjukskrivna patienter. Ett undantag är gruppen i åldern 25–34 år som uppvisar en statistiskt säkerställd minskning (–21) av antalet sjukfrånvarodagar året efter behandling. Detta är intressant eftersom det är i gruppen unga med psykisk ohälsa, 20–29 år, som sjukskrivningarna har ökat mest sedan 2010 (Försäkringskassan 2013).

Avslutningsvis förefaller de negativa effekterna av MMR vara ojämnt fördelade mellan olika patientgrupper. Såväl män som kvinnor ökar sin sjukfrånvaro som ett resultat av behandlingen, men ökningen är särskilt tydlig i de äldre åldersgrupperna och bland dem med relativt höga inkomster. De två största diagnosgrupperna – patienter med myalgi eller akut smärta – uppvisar större negativa effekter än genomsnittet och är således starkt bidragande till de negativa resultaten.

Tabell 9 Effekter på gruppnivå, sjukfrånvarodagar, 1 år efter påbörjad behandling, urval januari 2010–juni 2011 samt januari–augusti 2012

	KBT, ej sjukskrivna	KBT, sjukskrivna	MMR
Genomsnitt	-4,5*** [-5,7 – -3,2]	-3,8 [-11,9 – 4,4]	18,4*** [9,7 – 27,1]
Man	-4,2*** [-6,0 – -2,1]	-12,3 [-27,9 – 3,4]	29,0*** [12,3 – 45,6]
Kvinna	-4,6*** [-6,1 – -2,8]	-0,7 [-10,2 – 8,9]	15,3*** [5,0 – 25,5]
<25 år	-3,1** [-5,4 – -0,3]	4,6 [-33,2 – 42,4]	-7,9 [-38,1 – 22,4]
25–34 år	-5,6*** [-7,4 – -3,5]	-21,4** [-38,4 – -4,4]	19,0* [-1,2 – 39,3]
35–44 år	-4,1*** [-6,6 – -1,1]	-5,6 [-20,1 – 9,0]	9,2 [-6,5 – 24,9]
45–54 år	-3,0* [-6,0 – 0,5]	9,7 [-6,2 – 25,6]	15,8** [0,2 – 31,5]
≥55 år	-7,0*** [-11,3 – -1,9]	-3,4 [-22,7 – 16,0]	43,9*** [22,1 – 65,6]
Förgymnasial utbildning	-6,3** [-10,4 – -1,3]	-23,3 [-51,2 – 4,7]	3,5 [-18,3 – 25,3]
Gymnasieutbildning	-3,4*** [-5,3 – -1,2]	-5,3 [-17,7 – 7,2]	29,7*** [17,9–41,6]
Eftergymnasial utbildning	-5,2*** [-6,8 – -3,3]	2,1 [-9,5 – 13,7]	7,6 [-8,3 – 23,4]
Ej arbetslös	-5,2*** [-6,4 – -3,7]	-4,4 [-13,1 – 4,3]	21,3*** [11,3 – 31,3]
Arbetslös	-1,4 [-4,5 – 2,3]	1,7 [-21,0 – 24,3]	10,5 [-6,9 – 27,9]
Låg inkomst ^a	-1,9** [-3,3 – -0,3]	-15,7* [-32,5 – 1,2]	-7,9 [-22,8 – 7,0]
Hög inkomst ^b	-6,2*** [-8,6 – -3,2]	-3,4 [-18,1 – 11,3]	28,2*** [12,6 – 43,9]
<i>Diagnos^c</i>			
Stress	-3,8*** [-5,1 – -2,2]	1,0 [-11,7 – 13,7]	–
Ångest	-5,8*** [-7,9 – -3,3]	-7,3 [-17,8 – 3,3]	–
Myalgi	–	–	31,9*** [11,6 – 52,1]
Akut, ospec., smärta	–	–	41,6*** [20,6 – 62,6]

Anm: Resultat från separata skattningar med minsta kvadrat-metoden för olika delgrupper. Antal observationer, KBT (ej sjukskrivna): 17 959, KBT (sjukskrivna): 4 057, MMR: 3 950. ^a avser de 25 procent i gruppen med lägst inkomst. ^b avser de 25 procent i gruppen med högst inkomst. ^c avser de två största diagnosgrupperna inom respektive patientgrupp. 95-procentigt konfidensintervall anges inom hakparentes. */**/***/ angiver statistisk signifikans på 10-, 5- respektive 1-procentsnivån.

6.3 Effekter på de offentliga finanserna – två års uppföljning

Tabell 10 visar effekten på de offentliga finanserna under en tvåårig uppföljningsperiod för personer som påbörjade sin behandling mellan den 1 januari 2010 och den 30 juni 2011. Återigen bör resultaten tolkas med stor försiktighet då inte alla kostnader och intäkter har kunnat beaktas. Till skillnad från vad som var fallet med en uppföljningsperiod på ett år i Hägglund m.fl. (2012) innebär KBT-behandling inom rehabiliteringsgarantin en offentlig intäkt både för ej sjukskrivna och för sjukskrivna. Kostnaden per behandlad MMR-patient är däremot fortsatt hög, på 34 000–40 000 kronor.

Totalt sett över två år är rehabiliteringsgarantin en förlustaffär för de offentliga finanserna. De minskade utgifterna till följd av KBT-behandlingen kompenserar inte för de ökade utgifter som MMR-behandlingen ger upphov till. För landstingen är emellertid rehabiliteringsgarantin tvärtom en vinstaffär. Dessa kompenseras med 13 000 kronor (12 000 + 1 000) för varje behandlad KBT-patient. För varje ej sjukskriven KBT-patient tjänar man således i genomsnitt 13 341 kronor (13 000 - 334 + 675). Vinsten är ännu större i gruppen MMR-behandlade där landstingen kompenseras med 46 000 kronor (45 000 + 1 000) för varje patient. För gruppen sjukskrivna MMR-patienter tjänar man igenomsnitt 36 626 kronor (46 000 - 9 747 + 373), och för gruppen ej sjukskrivna 25 353 kronor (46 000 - 20 888 + 241).

Tabell 10 Effekt på de offentliga finanserna, uppföljningsperiod 2 år, kronor/deltagare

	Förändring utbetalning sjukförsäkring	Förändringar i vårdkostnader	Förändringar i läkemedels- kostnader	Effekt på de offentliga finanserna
<i>KBT</i>				
Ej sjukskrivna	-2 334	334	-675	-2 675
Sjukskrivna	-5 505	206	-279	-5 578
<i>MMR</i>				
Ej sjukskrivna	13 699	20 888	-241	34 346
Sjukskrivna	30 217	9 747	-373	40 337

6.4 Känslighetsanalys och test av antaganden

En viktig utgångspunkt i analysen är att den tydliga ökningen av behandlingar med främst KBT, men även MMR, från 2009 och framåt, inte drivits av en ökad efterfrågan av dessa behandlingar under samma period, utan av introduktionen av rehabiliteringsgarantin. Beroende på de lokala förutsättningarna i form av tillgänglig kompetens och förmåga att snabbt bygga ut och tillhanda-

hålla behandlingarna, har en slumpmässighet uppstått vad gäller vilka patienter som får respektive inte får behandling. Denna slumpmässighet har tillsammans med de mycket innehållsrika data som Region Skåne har att erbjuda inneburit att hälsomässigt likvärdiga patienter kunnat identifieras som jämförelser till de patienter som mottog behandlingarna. Mängden uppgifter om varje patient har också medfört att all information inte har behövts i matchningen av patienter. Vissa uppgifter har i stället kunnat användas för att informellt studera om ett *randomiserat experiment* kunnat återskapas utifrån data. Exempelvis återfinns balans, det vill säga jämförbarhet, mellan matchade patienter i viktiga variabler som tidigare sjukfrånvaro, trots att denna variabel inte använts i matchningen.

Det finns emellertid alltid en risk att analysen inte lyckats beakta samtliga faktorer med betydelse för såväl den behandling som erbjuds som det utfall som studeras. I det aktuella fallet skulle exempelvis den ordinerande läkarens bedömning av lämplig behandling kunna baseras på information som inte framgår av tillgängliga data.

Ett visst stöd för att den genomförda analysen är trovärdig är att förväntade effekter på antalet vårdbesök och läkemedelsförskrivning, det vill säga utfall som torde vara direkt kopplade till behandlingen i sig, återfinns på kort sikt. Om urvalet till behandling inom rehabiliteringsgarantin skett på basis av icke observerbara faktorer, och de jämförda grupperna i själva verket inte varit jämförbara, borde effekterna ha uppstått gradvis och inte momentant (se t.ex. Abbring och van den Berg 2003).¹³

Vidare har utifrån observerade faktorer (Tabell 6) konstaterats att urvalet till MMR-behandling skett bland patienter med relativt svag hälsa. I så måtto att icke observerade faktorer spelat in i urvalet skulle man således misstänka att de negativa effekterna i form av ökad sjukfrånvaro (primärt den långsiktiga) inte är en konsekvens av MMR-behandlingen i sig utan av den initialt sämre hälsan som inte kunnat beaktas. Det som talar emot ett sådant scenario är att det finns goda skäl att tro att både vårdbesök och läkemedelsförskrivning är bättre mått på individens hälsa än sjukfrånvaro. Exempelvis finns en hel del litteratur som visat att sjukförsäkringens regelmässiga och administrativa utformning är viktiga bestämningsfaktorer för sjukfrånvaronivån i samhället.¹⁴ Mot den bakgrunden är det intressant att konstatera att några långsiktigt negativa effekter på vårdbesök eller läkemedelsförskrivning för dem som mottog MMR-behandlingen inte kan ses. Detta talar således emot hypotesen att de behandlade hade initialt sämre hälsa än de icke-behandlade.

¹³ Dessutom kan inte effekter generade av selekterade urval förändra riktning, det vill säga gå från att först vara negativa till att sedan bli positiva, eller tvärtom.

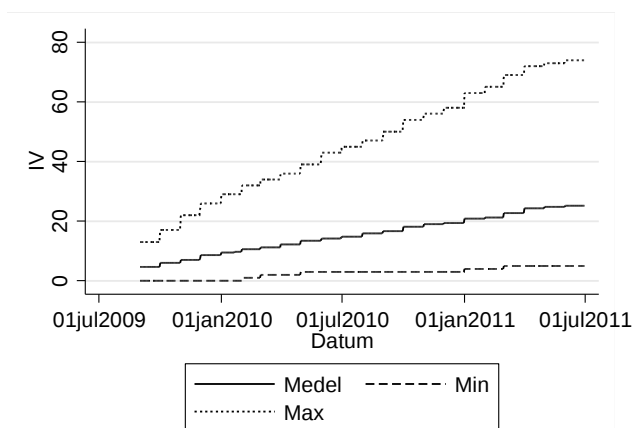
¹⁴ Se exempelvis Johansson m.fl. (2010) för en översikt.

Det omvända resonemanget är tillämpligt på urvalet av KBT-behandlade. Där skedde urvalet bland dem med relativt bättre hälsa, det vill säga något lindrigare psykisk ohälsa, än dem som i stället mottog den alternativa behandlingen. Om icke observerbara faktorer spelat in i valet av deltagare skulle man således förvänta sig genomgående positiva effekter. Så är också fallet bland patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Även om resonemanget om kort- och långsiktiga effekter talar emot att utelämnade faktorer skulle ha skapat skevheter i resultaten, skulle här ett mer formellt test behöva göras för att fastställa att så inte är fallet.

Ett sådant test kan genomföras genom att mer direkt använda informationen om behandlingarnas utbyggnad på olika orter. Idén bakom testet är följande: Om utbyggnaden av behandlingarna, eller förändringen i antalet anordnare, skedde utan en direkt koppling till graden av ohälsa i olika delar av Skåne län, så borde effekterna av behandlingarna då observerade skillnader mellan patienter som får respektive inte får behandling beaktats, vara oberoende av graden av utbyggnad.¹⁵ En förutsättning för att testet ska vara relevant är att antalet anordnare i patientens närhet har betydelse för patientens sannolikhet att genomgå behandling. Figur 8 visar medel-, minimum- och maximumvärden för antalet anordnare med ett kontrakt att utföra KBT inom rehabiliteringsgarantin i patientens egen kommun och i omgivande kommuner. Anledningen till att inkludera omgivande kommuner är dels de korta avstånden mellan kommunerna, dels, och primärt, patientens rätt att fritt välja anordnare inom hela länet. Det genomsnittliga antalet kontrakt i patienternas närhet ökade från 5 till 25 under den studerade perioden, med den minsta och den maximala ökningen från 0 till 5 respektive från 13 till 74. Med andra ord var den geografiska spridningen av antalet kontrakterade KBT-anordnare i patienternas närhet stor under perioden.¹⁶

¹⁵ Eftersom individer troligtvis reagerar olika på behandling skulle en skattning utifrån en *instrumentalvariabelansats*, med antalet tillgängliga anordnare i patientens närhet som instrument, sannolikt bara skatta effekten för den marginalgrupp av patienter som genomgick KBT-behandlingen som en konsekvens av utbyggnaden, men som annars inte skulle ha gjort det. de Luna och Johansson (2014) visade att man i stället kan använda instrumentet för att testa om antagandena i en matchningsansats är uppfyllda. Testet genomförs därför i enlighet med de Luna och Johansson (2014).

¹⁶ För MMR-behandlingen har utbyggnaden över tid varit relativt liten vilket innebär att den inte haft någon större inverkan på patienternas möjligheter att få denna behandling. Därmed går testet heller inte att genomföra för dessa patienter.



Figur 8 Medel, minimum och maximum av antalet kontrakterade anordnare av KBT-behandling i Skåne län under perioden september 2009–juni 2011

I testet ges en behandlad patient värdet 1 om antalet anordnare i patientens närhet överstiger medianen, och 0 om antalet understiger densamma. Intuitionen bakom testet är att om effekterna av KBT för de två grupperna, över respektive under median, skiljer sig åt är det sannolikt att icke observerbara faktorer har påverkat resultaten.

Från kolumn 1 och 3 i Tabell 11 kan utläsas att om en individ vid tidpunkten för vårdbesöket har relativt många KBT-anordnare i närheten, ökar sannolikheten att genomgå behandling med 2,1 procentenheter om man är sjukskriven och med 3,4 procentenheter om man inte är sjukskriven. Denna ökning är statistiskt säkerställd och överstiger det gränsvärde som vanligtvis används för att pröva om testet har validitet (F-värde > 12).

I kolumnerna 2 och 4 redovisas resultatet från det genomförda testet. Det visar att det inte går att förkasta antagandet om att de observerbara faktorer som använts i matchningen är tillräckligt för att identifiera patienter bland icke-behandlade med samma hälsa som de behandlade.¹⁷ För ej sjukskrivna kan man se att det är högst osannolikt att det finns faktorer som utelämnats i matchningen och som samtidigt styr behandling och sjukfrånvaro. Med andra ord ger testet stöd för att de skillnader i sjukfrånvaro som konstaterats är ett resultat av skillnaden i behandling.

¹⁷ Som gräns för utlåtanden om statistiskt säkerställda skillnader används ofta 5 procents risknivå. Det innebär att det finns en 5-procentig risk för utsagor om att nollhypotesen är falsk när den i själva verket är sann. I de genomförda testen är risknivån 11 respektive 94 procent, vilket innebär att man kan tillåta en 11- respektive 94-procentig risk för en felaktig utsaga, det vill säga att testet indikerar att selektionsproblem finns trots att det inte finns. Detta innebär att styrkan i testet är betydande.

Tabell 11 Resultat för test av matchningsansats, KBT

	Sjukskrivna		Ej sjukskrivna	
	(1) Effekt av antalet anordnare	(2) Chow-test	(3) Effekt av antalet anordnare	(4) Chow-test
Estimat (Standardfel)	0,021 (0,004)		0,034 (0,003)	
F-test (p-värde)	29,49 (0,00)	1,60 (0,11)	134,41 (0,00)	0,065 (0,948)

7 Resultatdiskussion

Resultaten i denna rapport går delvis emot tidigare forskning som ger visst stöd för att MMR-behandling kan öka återgången till arbete. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2010) konstaterar att ”Multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå i arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser”. De studier som SBU baserar sitt utlåtande på avser huvudsakligen småskaliga experiment där individen själv fått rapportera sin sjukfrånvaro och sitt arbetsutbud. Eftersom såväl analysansats som använda utfallsmått i dessa studier väsentligen skiljer sig från dem som använts i denna studie, finns också en rad orsaker till att resultaten är avvikande.¹⁸

I Hägglund m.fl. (2012), som avsåg behandlade inom rehabiliteringsgarantin mellan den 1 januari 2010 och den 30 juni 2011, förs en utförlig diskussion om hur resultaten kan förstås. Dels kan en intensiv behandling befästa individens identitet som sjuk och på så sätt förlänga sjukfrånvaron, dels kan väntetider uppstå mellan olika behandlingsmoment vilket också fördröjer en eventuell återgång till arbete. En slutsats från tidigare forskning är också att aktiva insatser torde ha bättre förutsättningar att vara verkningsfulla för att förhindra framtida sjukfrånvaro, än för att påskynda återgången till arbete bland redan sjukskrivna. Skälen till detta kan variera beroende på hur sjukförsäkringen är utformad. Om sjukförsäkringen innebär höga ersättningsnivåer, låg grad av kontroll och låga kostnader för arbetsgivaren att ha anställda som är sjukskrivna, kan det vara svaga drivkrafter hos såväl den sjukskrivna som hos arbetsgivaren som ligger bakom fortsatt sjukskrivning. I en mindre generöst utformad försäkring, där ersättningsnivån är låg och graden av kontroll är hög, och där kostnaderna för arbetsgivaren att ha anställda som är sjukskrivna är höga, kan å andra sidan graden av sjuklighet bland de sjukskrivna i genomsnitt

¹⁸ Se Johansson och Hägglund (2013) för en mer detaljerad diskussion kring detta.

förväntas vara relativt hög vilket i sin tur kan försämra förutsättningarna för rehabiliteringsinsatserna att vara verkningsfulla. Mot denna bakgrund är inte de negativa effekterna av MMR-behandlingen bland sjukskrivna, och de blandade resultaten för sjukskrivna respektive ej sjukskrivna KBT-patienter, särskilt överraskande.

Hur MMR-behandlingen kan öka den framtida sjukfrånvaron bland patienter som inte är sjukskrivna återstår emellertid att förklara. I Hägglund m.fl. (2012) framförs en hypotes om att MMR-behandlingen kan ha saknat tydligt fokus på återgång i arbete som övergripande mål för behandlingen. Vidare kan sjukskrivningen i sig ha setts som en del av, och kanske varit en förutsättning för, själva behandlingen. Det som talar för det är att ökningen av sjukfrånvaron sker i direkt anslutning till behandlingsstart.

En mer detaljerad analys av vilken typ av ersättning som betalades ut till behandlade respektive icke-behandlade kan eventuellt ge ytterligare information om huruvida det krävdes, eller åtminstone var önskvärt, att patienten var sjukskriven under MMR-behandlingen. När en individ blir sjukskriven är det i första hand sjukpenning som betalas ut. Sjukpenningen kan emellertid bytas ut mot rehabiliteringspenning om individen på grund av sjukdom eller skada genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett tredje alternativ är att läkaren förordar så kallad förebyggande sjukpenning. Det kan bli aktuellt om, i) läkaren, på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet, konstaterat att patienten löper en ökad sjukdomsrisk, ii) sjukdomen riskerar nedsättning av patientens arbetsförmåga, och iii) läkaren ordinerat en medicinsk rehabilitering eller medicinsk behandling som bedöms lämplig för att minska sjukdomsrisken och som medför att patienten behöver avstå från arbete. För att förebyggande sjukpenning ska betalas ut fordras därutöver en av Försäkringskassan godkänd plan, samt att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska genomföras under överinseende av vårdpersonal, som till exempel sjukgymnast, arbetsterapeut eller behandlingsassistent.¹⁹

Om hypotesen är att MMR-behandlingen i typfallet har krävt att patienten är sjukskriven, skulle förväntas att ökningen av sjukfrånvaron i samband med behandlingsstart främst drivits av en ökning av den förebyggande sjukpenningen eller rehabiliteringspenningen. Eftersom den negativa effekten på sjukfrånvaron inte är avtagande skulle också förväntas att den förebyggande sjukpenningen eller rehabiliteringspenningen övergår till sjukpenning, det vill säga att effekten på användningen av den förebyggande sjukpenningen och rehabili-

¹⁹ Noterbart är också att reglerna om karensdag inte gäller vid förebyggande sjukpenning. Inte heller behöver arbetsgivaren betala sjuklön under sjukfallet två första veckor. Ersättning utgår således redan från behandlingens första dag och betalas ut av Försäkringskassan.

teringspenningen är avtagande med tiden och att effekten på användningen av sjukpenning tvärtom är tilltagande.

I Figur A 7a–b redovisas effekten på sjukfrånvaron av MMR-behandling uppdelat på utbetalning av förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspenning, respektive sjukpenning. I Figur A 7a redovisas effekterna för ej sjukskrivna MMR-patienter. För dessa framträder det förväntade mönstret mycket tydligt; effekten på användningen av förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning är under de två första kvartalen markant för att sedan avta, medan effekten i form av utbetald sjukpenning går från att vara nära noll till att bli större än effekten på förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning kvartal 3. För redan sjukskrivna MMR-patienter (Figur A 7b) ser det annorlunda ut. Visserligen är effekten avseende förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning ständigt växande under de första fyra kvartalen efter behandlingsstart, men det är användningen av sjukpenning som ligger bakom den omedelbara ökningen av sjukfrånvaron i förhållande till de icke-behandlade. Den negativa effekten under de två första kvartalen är således ett resultat av att de behandlade, på grund av behandlingen, inte återgick i arbetslivet i samma utsträckning som de icke-behandlade. Effekten på förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning kvartal 3 och 4 antyder att MMR-behandlingen ökar sannolikheten för andra rehabiliteringsinsatser.

Vidare kan noteras att de effekter på sjukfrånvaro som konstaterats som ett resultat av KBT-behandlingen, till skillnad MMR-behandlingen, är direkt kopplade till användningen av sjukpenning (Figur A 6a–b). Intressant att notera är den negativa effekten i form av ökad sjukpenning som uppstår i samband med behandling för sjukskrivna patienter. Denna effekt antyder att även KBT-behandlingen har en inlåsandeförkan under behandling, åtminstone för sjukskrivna behandlade. Till skillnad från MMR-behandlingen förefaller emellertid KBT-behandlingen inte öka risken för framtida sjukfrånvaro. Tvärtom finns tendenser till att behandlingen ökar möjligheterna att återgå i arbetslivet efter avslutad behandling.

Sammanfattningsvis ger resultaten stöd för tolkningen att den ökade sjukfrånvaron till följd av MMR-behandlingen är ett resultat av att behandlingen i sig är krävande och inte låter sig kombineras med exempelvis arbete på heltid. Behandlingen har därför haft en momentant inlåsandeförkan i sjukskrivning som sedan blivit permanent, eventuellt via förändringar i patientens drivkrafter att arbeta eller syn på sin egen arbetsförmåga, alternativt via svaga drivkrafter hos arbetsgivaren att återfå den sjukskrivne i arbete.

8 Slutsatser

Resultaten i den här rapporten bekräftar till stor del de resultat som presenterades i Hägglund m.fl. (2012). Resultaten visar positiva effekter av KBT-behandling för personer som inte var sjukskrivna när behandlingen inleddes, i form av minskad sjukfrånvaro och läkemedelsförskrivning. Däremot ökade antalet vårdbesök under behandlingsperioden som en direkt följd av själva behandlingen. Resultaten visar också att KBT-behandlingen för sjukskrivna, med viss reservation för att dessa resultat är något mer osäkra, inte gav samma positiva resultat. MMR-behandling uppvisar negativa effekter i termer av ökad sjukfrånvaro, ökat antal vårdbesök och ökad förskrivning av läkemedel. En förlängd uppföljningsperiod på två år för dem som fick behandling under tidigare år bekräftar denna bild.

Vidare visar den offentligfinansiella analysen i denna rapport att KBT-behandlingen inte är lönsam under en ettårig uppföljningsperiod men att den tycks bli lönsam då uppföljningsperioden förlängs till två år. MMR-behandlingen är å andra sidan ytterst kostsam oavsett längden på uppföljningsperioden. Dessa beräkningar bör emellertid tolkas med stor försiktighet då inte alla kostnader och intäkter har kunnat beaktas. Det bör också noteras att rapporten endast analyserar behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin i Skåne län. Hur dessa förhåller sig till behandlingarna i andra län ger denna rapport ingen vägledning om.

Referenser

- Abbring J och G. J. van den Berg (2003), "A simple procedure for the evaluation of treatment effects on duration variables", IFAU Working Paper 2003:19.
- Altonji, J.G., Elder, T.E. och C.R Elder (2005), "Selection on Observed and Unobserved Variables: Assessing the Effectiveness of Catholic Schools", *Journal of Political Economy*, vol. 113, no 1.
- de Luna, X. och P. Johansson (2014), "Testing for the Unconfoundedness Assumption Using an Instrumental Assumption", *Journal of Causal Inference*, DOI: [10.1515/jci-2013-0011](https://doi.org/10.1515/jci-2013-0011)
- Försäkringskassan (2013), "Uppföljnings av sjukförsäkringens utveckling – Delredovisning 1 av regeringsuppdrag år 2013", rapport, Försäkringskassan.
- Häggglund, P., P. Johansson och L. Laun (2012), "Rehabiliteringsgarantin", Rapport 2012:26, IFAU.
- Johansson, P., E. Aydin, S. Bergendorff och N. Granqvist (2010), "Arbetslivsinriktad rehabilitering" (S 2010:04)
- Johansson, P. och P. Häggglund (2013), "Höjd metodkunskap viktigare än experiment", *Läkartidningen* 2013;110:CDD9.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2011), "Överenskomelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgarantin 2012", 16 december 2011.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003), "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis – En systematisk litteraturöversikt", SBU Rapport nr 167.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010), "Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2".

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 tilltrostärkande 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 tilltrostärkande feedback
Psykologisk terapi* mot sömnproblematik	x	x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltrostärkande feedback
Psykologisk terapi* mot ångestproblematik		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltrostärkande feedback
Graderad exponering <i>in vivo</i>		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltrostärkande feedback
Psykologisk terapi* mot depression		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltrostärkande feedback
Fysisk träning (professionell coachning)	x	x	Guidad träning i grupp och träning på egen hand. Träningsplan och träningsdagbok. Tilltrostärkande 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 tilltrostärkande 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

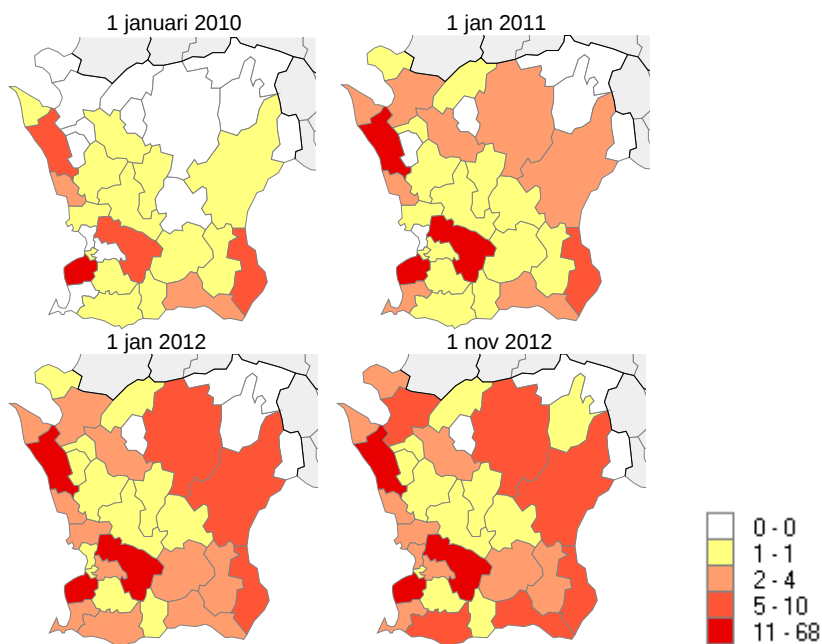
KBT

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

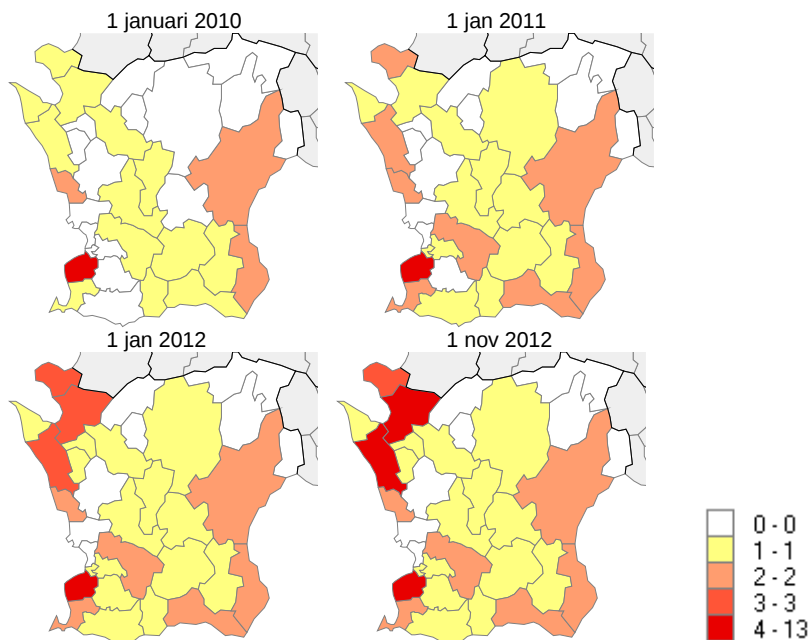
MMR

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 bålén

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

Bilaga 4: Variabelspecifikation för vårddata

Uppgifter om vårdbesök har hämtats från Region Skånes vårddatabas (RSVD). Vårdbesöken är samlade årsvis mellan åren 2008 och 2013 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 2008–2013. 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	-1,8456	0,0983	<,0001
Man	-0,1870	0,0336	<,0001
Gift	-0,1063	0,0345	0,0021
Ålder	-0,00940	0,00154	<,0001
PGI	1,953E-7	6,931E-8	0,0048
Utbildning saknas	-0,6263	0,1989	0,0016
Gymnasium	0,5521	0,0594	<,0001
Eftergymnasial	0,9056	0,0594	<,0001
Arbetslös	-0,1142	0,0428	0,0076
Ej förvärvsarbetande, med kontrolluppgift under året	-0,1832	0,0461	<,0001
Ej förvärvsarbetande, utan kontrolluppgift under året	-0,1715	0,0537	0,0014
Född utrikes	-0,3946	0,0445	<,0001
forskr_pre	-0,00313	0,000409	<,0001
spec_pre	-0,0845	0,0163	<,0001
prim_pre	-0,0878	0,0164	<,0001
besok_tot_pre	0,0882	0,0165	<,0001
kbt_pre	-0,2146	0,00901	<,0001
mms_pre	-0,0715	0,0122	<,0001
besok1_kvart	-0,0747	0,00601	<,0001
kbt4_kvart	-0,1936	0,0556	0,0005
mms2_kvart	0,1409	0,0341	<,0001
lak1_pre	0,4336	0,0157	<,0001
lak2_pre	0,2888	0,0174	<,0001
lak3_pre	0,1402	0,0169	<,0001
spec1_pre	-0,3403	0,0250	<,0001
spec2_pre	-0,1084	0,0245	<,0001
spec4_pre	0,0509	0,0192	0,0081
ddd_kvart1_dag	0,0252	0,00466	<,0001

Anm: Resultat från logistiska regressioner av sannolikheten att bli (behandlad = 1), respektive inte bli (behandlad = 0), behandlad inom rehabiliteringsgarantin. Uppgift om utbildningsnivå, sysselsättning och PGI avser uppgift i slutet på året som föregick vårdbesöket, medan "arbetslös" avser tidpunkten för vårdbesöket. Uppgifter om vård och läkemedel avser, om ingen siffra anges, volym/antal sedan 2008. 1–4 avser kvartal som föregår vårdbesöket. forskr = förskrivning, lkost = läkemedelskostnad sv = slutenvård, lak = läkarbesök, spec = vårdbesök hos specialist, prim = vårdbesök i primärvård, mms = mmr, ddd = antal förskrivna dygnsdoser av läkemedel, sjp = sjukskrivning. 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	-2,6663	0,1985	<,0001
Man	-0,1681	0,0711	0,0180
Ålder	-0,0126	0,00291	<,0001
PGI	6,625E-7	2,916E-7	0,0231
Utbildningsuppgift saknas	-0,4023	0,7459	0,5896
Gymnasium	0,3520	0,1130	0,0018
Eftergymnasial	0,6014	0,1162	<,0001
Ej förvärvsarbetande, med kontrolluppgift under året	-0,3228	0,1491	0,0304
Ej förvärvsarbetande, utan kontrolluppgift under året	-0,1002	0,1380	0,4678
Född utrikes	-0,3561	0,0907	<,0001
mms_pre	-0,0179	0,00947	0,0580
kbt_pre	-0,2040	0,0277	<,0001
kbt_ar	0,2512	0,0453	<,0001
omfattning	-0,2751	0,0848	0,0012
besok1_kvart	-0,0528	0,00706	<,0001
kbt2_kvart	-0,3706	0,0627	<,0001
kbt4_kvart	-0,4301	0,1023	<,0001
lak1_pre	0,2664	0,0211	<,0001
lak2_pre	0,0712	0,0234	0,0024
spec1_pre	-0,1041	0,0242	<,0001
sjp1_kvart	0,0252	0,00160	<,0001
sjp2_kvart	-0,00660	0,00142	<,0001
sjp1_kvar*kbt1_kvart	-0,00612	0,000658	<,0001
ddd_kvart1_dag	0,0221	0,00506	<,0001

Anm: Resultat från logistiska regressioner av sannolikheten att bli (behandlad = 1), respektive inte bli (behandlad = 0), behandlad inom rehabiliteringsgarantin. Uppgift om utbildningsnivå, sysselsättning och PGI avser uppgift i slutet på året som föregick vårdbesöket, medan "arbetslös" avser tidpunkten för vårdbesöket. Uppgifter om vård och läkemedel avser, om ingen siffra anges, volym/antal sedan 2008. 1–4 avser kvartal som föregår vårdbesöket. forskr = förskrivning, lkost = läkemedelskostnad sv = slutenvård, lak = läkarbesök, spec = vårdbesök hos specialist, prim = vårdbesök i primärvård, mms = mmr, ddd = antal förskrivna dygnsdoser av läkemedel, sjp = sjukskrivning. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos.

Tabell A 4 Skattning av sannolikheten att få MMR

	Estimat	Standardfel	
Intercept	-5,5272	0,4758	<,0001
Man	-0,4387	0,0659	<,0001
Sjukskriven	0,2885	0,1542	
Ålder	0,1007	0,0212	<,0001
Ålder ²	-0,00113	0,000240	<,0001
Ej förvärvsarbetande, med kontrolluppgift under året	0,2182	0,0920	0,0177
Ej förvärvsarbetande, utan kontrolluppgift under året	0,00403	0,0907	0,9645
Född utrikes	-0,2050	0,0710	0,0039
sv_dagar	-0,0101	0,00356	0,0046
omfattning	-0,4533	0,1259	0,0003
kbt1_kvart	0,0647	0,0236	0,0061
mms1_kvart	-0,1933	0,0152	<,0001
sjp1_kvart	0,0125	0,00157	<,0001
lak1_pre	0,0697	0,0192	0,0003
lak2_pre	0,1077	0,0203	<,0001
forskr3_kvart	0,0132	0,00423	0,0018
sjp10ar_pre_agg	0,000130	0,000066	0,0471

Anm: Resultat från logistiska regressioner av sannolikheten att bli (behandlad = 1), respektive inte bli (behandlad = 0), behandlad inom rehabiliteringsgarantin. Uppgift om utbildningsnivå, sysselsättning och PGI avser uppgift i slutet på året som föregick vårdbesöket, medan "arbetslös" avser tidpunkten för vårdbesöket. Uppgifter om vård och läkemedel avser, om ingen siffra anges, volym/antal sedan 2008. 1–4 avser kvartal som föregår vårdbesöket. forskr = förskrivning, lkost = läkemedelskostnad sv = slutenvård, lak = läkarbesök, spec = vårdbesök hos specialist, prim = vårdbesök i primärvård, mms = mmr, ddd = antal förskrivna dygnsdoser av läkemedel, sjp = sjukskrivning. I skattningen har dessutom kontrollerats för diagnos och månad för vårdbesöket.

Bilaga 6: Beskrivning av urvalsgrupperna

Tabell A 5 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	(0,4)
Gift	0,3	(0,5)	0,3	(0,5)	0,4	(0,5)	0,4	(0,5)
Ålder	37,7	(11,4)	37,7	(11,4)	42,5	(10,8)	42,2	(10,8)
Utrikes född	0,1	(0,3)	0,1	(0,3)	0,1	(0,3)	0,1	(0,3)
PGI (tkr)	230,4	(166,3)	239,3	(374,3)	278,2	(120,2)	278,0	(121,6)
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)	0,1	(0,3)
Antal förskrivningar	36,7	(48,0)	36,5	(47,5)	56,7	(70,4)	61,7	(89,6)
Läkemedelskost, (tkr)	11,8	(60,0)	10,1	(26,8)	37,3	(418,7)	39,9	(525,1)
Antal besök i specialistvård	15,2	(21,7)	16,2	(37,3)	22,9	(30,6)	23,5	(40,0)
Antal besök i primärvård	30,5	(27,6)	31,2	(28,3)	42,1	(40,0)	41,7	(35,4)
Antal dagar i slutenvård	1,5	(7,2)	1,4	(5,5)	3,5	(14,9)	5,1	(20,0)
Antal besök med läkare	21,8	(18,0)	22,2	(20,5)	32,0	(26,1)	32,8	(35,0)
Antal vårdbesök, totalt	45,2	(39,9)	46,9	(51,6)	64,3	(57,8)	64,1	(59,4)
Antal vårdbesök, KBT-diagnos	1,3	(1,9)	1,3	(1,8)	2,0	(2,3)	2,0	(2,0)
Sjukskrivning, 1 kvartal bakåt	1,8	(8,8)	1,6	(8,1)	46,0	(30,8)	45,4	(31,7)
Sjukskrivning, 2 kvartal bakåt	1,8	(10,0)	1,5	(8,9)	18,0	(31,6)	16,7	(31,1)
Sjukskrivning, 3 kvartal bakåt	1,7	(10,1)	1,4	(8,6)	12,2	(27,9)	12,2	(27,5)
Sjukskrivning, 4 kvartal bakåt	1,7	(9,6)	1,5	(9,3)	10,0	(25,7)	9,3	(24,6)
Sjukskrivning, senaste 3 åren	20,9	(69,8)	20,5	(72,1)	142,6	(199,7)	144,2	(203,8)
Antal obs.	5 655		5 655		1 344		1 344	

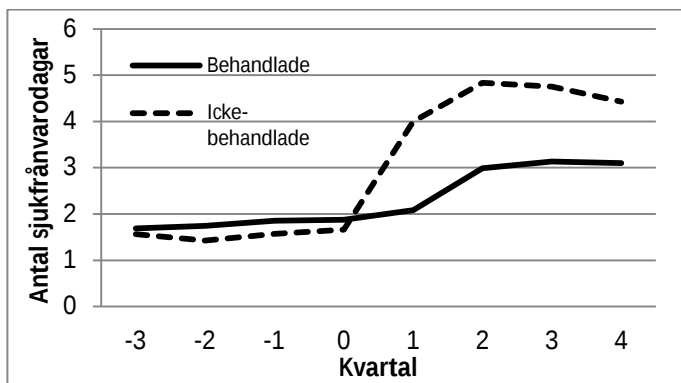
Anm: Fetstil markerar statistiskt säkerställd skillnad mellan behandlade och icke-behandlade på 5-procentsnivån.

Tabell A 6 Beskrivning av behandlade inom MMR och matchade icke-behandlade

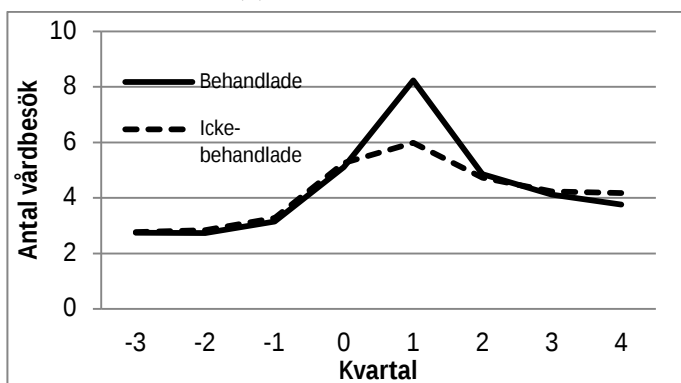
	Behandlad		Icke-behandlad	
Man	0,3	(0,5)	0,3	(0,4)
Sjukskriven	0,5	(0,5)	0,5	(0,5)
Gift	0,4	(0,5)	0,4	(0,5)
Ålder	44,5	(10,6)	44,8	(10,7)
Utrikes född	0,3	(0,4)	0,3	(0,4)
PGI (tkr)	225,1	(139,6)	222,9	(141,8)
Högskola	0,3	(0,5)	0,3	(0,4)
Arbetslös	0,3	(0,5)	0,3	(0,4)
Antal förskrivningar	75,0	(96,9)	75,4	(112,2)
Läkemedelskost, (tkr)	19,9	(48,8)	20,9	(64,7)
Antal besök i specialistvård	26,4	(35,0)	25,0	(31,1)
Antal besök i primärvård	59,8	(47,3)	60,3	(53,7)
Antal dagar i slutenvård	2,6	(12,7)	2,6	(8,0)
Antal besök med läkare	38,6	(27,7)	40,0	(33,5)
Antal vårdbesök, totalt	85,5	(64,9)	84,5	(71,7)
Antal vårdbesök, MMR-diagnos	4,8	(6,9)	5,2	(7,7)
Sjukskrivning, 1 kvartal bakåt	24,5	(35,8)	25,2	(36,6)
Sjukskrivning, 2 kvartal bakåt	18,5	(32,9)	20,8	(35,1)
Sjukskrivning, 3 kvartal bakåt	15,2	(30,5)	16,2	(31,9)
Sjukskrivning, 4 kvartal bakåt	11,9	(27,4)	13,1	(29,1)
Sjukskrivning, senaste 3 åren	141,2	(227,8)	149,6	(245,1)
Antal obs.	1 165		1 165	

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

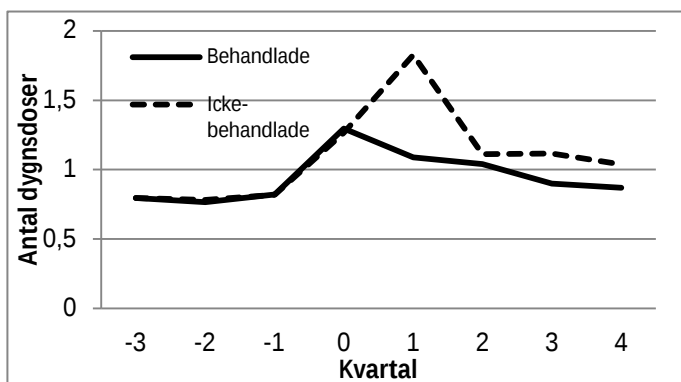
(a) antal sjukfrånvarodagar



(b) antal vårdbesök

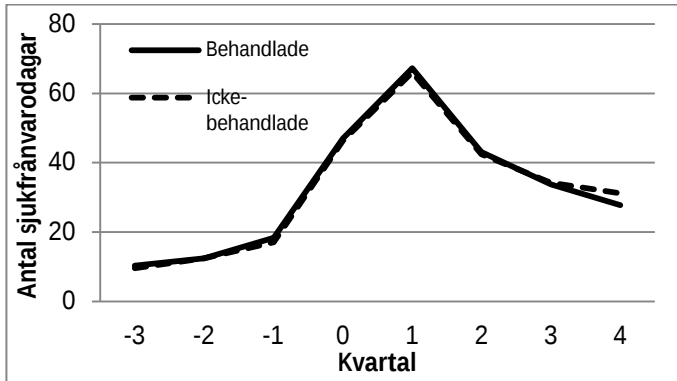


(c) antal förskrivna dygnsdoser per dag i genomsnitt

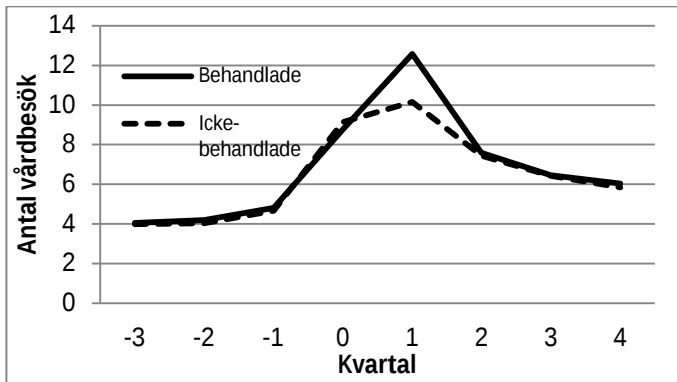


Figur A 3 Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter KBT-behandling för behandlade och icke-behandlade, ej sjukskrivna

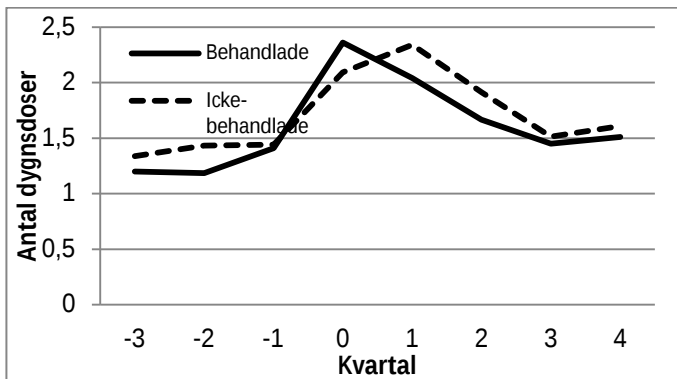
(a) antal sjukfrånvarodagar



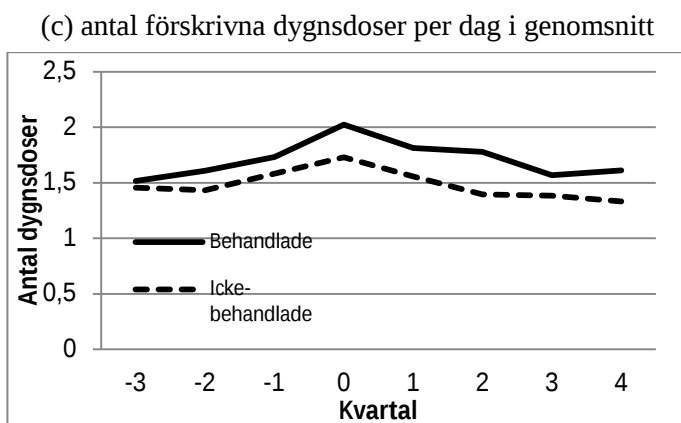
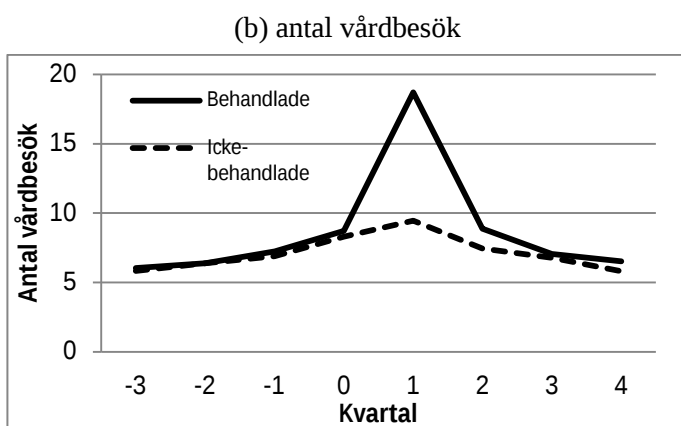
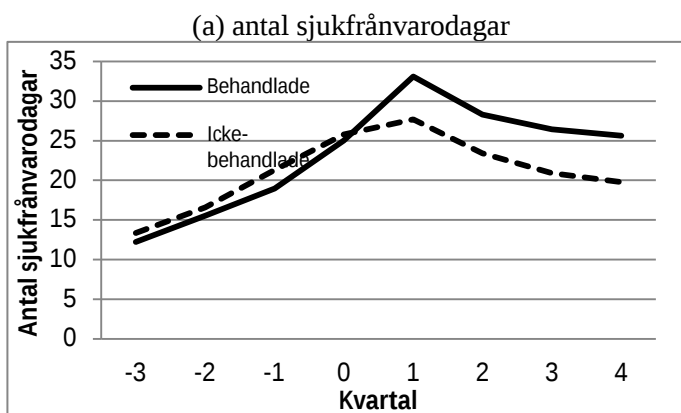
(b) antal vårdbesök



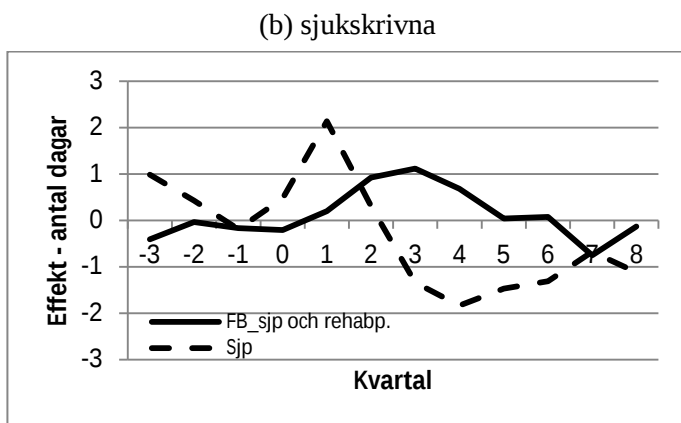
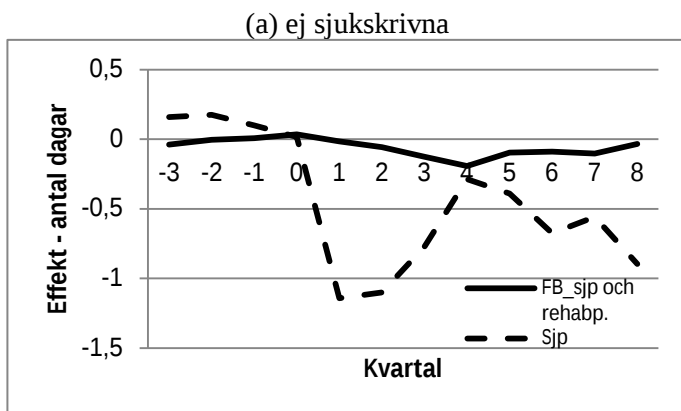
(c) antal förskrivna dygnsdoser per dag i genomsnitt



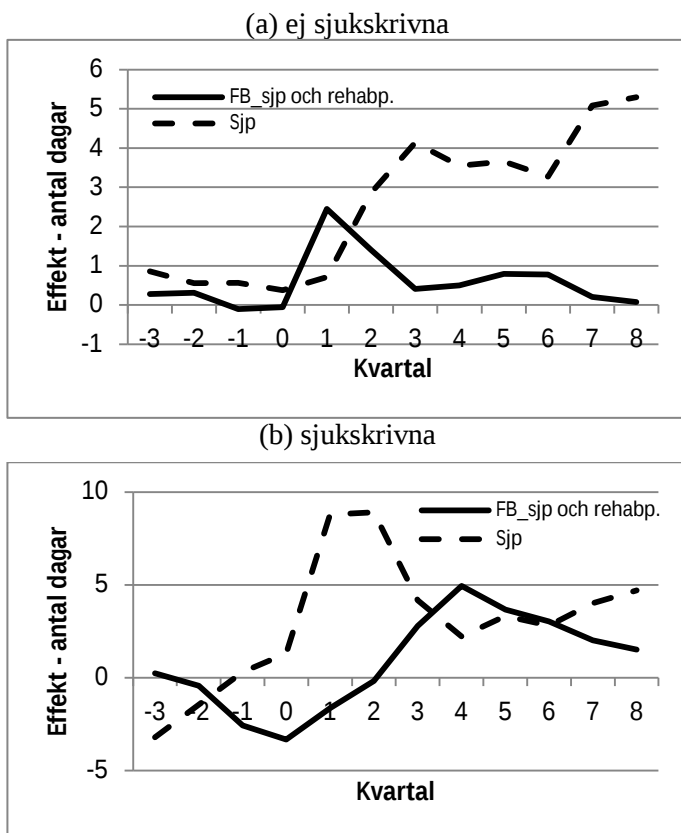
Figur A 4 Antal sjukfrånvarodagar, vårdbesök och förskrivningar av läkemedel per kvartal före och efter KBT-behandling för behandlade och icke-behandlade, sukskrivna



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



Figur A 6 Effekterna av KBT för ej sjukskrivna (a) och sjukskrivna (b) med avseende på förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspenning (heldragen linje), och sjukpenning (streckad linje)



Figur A 7 Effekterna av MMR för ej sjukskrivna (a) och sjukskrivna (b) med avseende på förebyggande sjuk-skrivning eller rehabiliteringspenning (heldragen linje), och sjukpenning (streckad linje)

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2014:1** Assadi Anahita "En profilfråga: Hur använder arbetsförmedlare bedömningsstödet?"
- 2014:2** Eliason Marcus "Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet"
- 2014:3** Adman Per "Försummas gymnasieskolans demokratiuppdrag? En kvalitativ textanalys av 2009 års svenska gymnasiereform"
- 2014:4** Stenberg Anders och Olle Westerlund "Utbildning vid arbetslöshet: en jämförande studie av yrkesinriktad och teoretisk utbildning på lång sikt"
- 2014:5** van den Berg Gerard J., Lene Back Kjærsgaard och Michael Rosholm "Betydelsen av möten mellan arbetslösa och förmedlare"
- 2014:6** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd "Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?"
- 2014:7** Johansson Per, Arizo Karimi och J. Peter Nilsson "Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen"
- 2014:8** Forslund Anders, Lena Hensvik, Oskar Nordström Skans, Alexander Westerberg och Tove Eliasson "Avtalslöner, löner och sysselsättning"
- 2014:9** Engdahl Mattias "Medborgarskap, arbetsmarknaden och familjebildning"
- 2014:10** Hallberg Daniel, Per Johansson och Malin Josephson "Hälsoeffekter av tidigarelagd pensionering"
- 2014:11** Karbownik Krzysztof och Sara Martinson "Svenska högstadie- och gymnasielärares rörlighet på arbetsmarknaden"
- 2014:12** Hägglund Pathric, Per Johansson och Lisa Laun "Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro"

Working papers

- 2014:1** Vikström Johan "IPW estimation and related estimators for evaluation of active labor market policies in a dynamic setting"
- 2014:2** Adman Per "Who cares about the democratic mandate of education? A text analysis of the Swedish secondary education reform of 2009"
- 2014:3** Stenberg Anders och Olle Westerlund "The long-term earnings consequences of general vs. specific training of the unemployed"
- 2014:4** Boye Katarina "Can you stay at home today? The relationship between economic dependence, parents' occupation and care leave for sick children"
- 2014:5** Bergemann Annette och Gerard J. van den Berg "From giving birth to paid labor: the effects of adult education for prime-aged mothers"

- 2014:6** van den Berg Gerard J., Lene Kjærsgaard och Michael Rosholm “To meet or not to meet, that is the question – short-run effects of high-frequency meetings with case workers”
- 2014:7** Avdic Daniel, Petter Lundborg och Johan Vikström “Learning-by-doing in a highly skilled profession when stakes are high: evidence from advanced cancer surgery”
- 2014:8** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd “Parental unemployment and child health”
- 2014:9** Johansson Per, Arizo Karimi och J. Peter Nilsson “Gender differences in shirking: monitoring or social preferences? Evidence from a field experiment”
- 2014:10** Eliasson Tove och Oskar Nordström Skans “Negotiated wage increases and the labor market outcomes of low-wage workers: evidence from the Swedish public sector”
- 2014:11** Engdahl Mattias “Naturalizations and the economic and social integration of immigrants”
- 2014:12** Hallberg Daniel, Per Johansson och Malin Josephson “Early retirement and post-retirement health”
- 2014:13** Karbownik Krzysztof “The determinants of teacher mobility in Sweden
- 2014:14** Karbownik Krzysztof “Job mobility among high-skilled and low-skilled teachers”
- 2014:15** Karbownik Krzysztof “Do changes in student quality affect teacher mobility? Evidence from an admission reform”

Dissertation series

- 2013:1** Vikman Ulrika “Benefits or work? Social programs and labor supply”
- 2013:2** Hanspers Kajsa “Essays on welfare dependency and the privatization of welfare services”
- 2013:3** Persson Anna “Activation programs, benefit take-up, and labor market attachment”
- 2013:4** Engdahl Mattias “International mobility and the labor market”