



Karolinska
Institutet

En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa

Delrapport II

I maj 2009 fick Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4650/SF). I uppdraget ingår att undersöka vilken effekt behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete, samt att undersöka rehabiliteringskedjans tidsgränser i relation till detta. Utvärderingen genomförs vid avdelningen för interventions- och implementeringsforskning, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.

Uppdragsgruppen består av:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig

Fil Dr Hillevi Busch, projektledare

Fil Dr Jan Hagberg, statistik/epidemiologi

Fil Mag Hanna Bonnevier, projektassistent

Usk Eva Nilsson, projektassistent

Fil Dr Akbar Alipour, databearbetning, analys

Professor Lennart Bodin, statistik/epidemiologi

Stockholm 15 februari 2011

Innehåll

Sammanfattning	5
Resultatsammanfattning	8
Slutsatser från Delrapport II	10
Inledning	11
Bakgrund till den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin	11
Bakgrund.....	13
Rehabiliteringskedjan och regler för ersättning från Försäkringskassan	13
Rehabiliteringsgarantin	14
Utveckling av rehabiliteringsgarantin i landstingen.....	16
Utvärderingens upplägg	16
Förväntade resultat	18
Syfte med föreliggande rapport	19
Metod.....	20
Datainsamling (registerstudien)	20
Bortfall	20
MIDAS	21
Metod enkätstudien	22
Procedur enkätstudien	23
Material	24
Statistiska analyser	26
Etiska aspekter.....	27
Resultat.....	28
Registerstudien	28
Sjukfrånvaro 12 månader före behandlingsstart.....	28
Multimodal rehabilitering (MMR)	30
Total sjukfrånvaro före och efter rehabilitering	30
Sjukfrånvaro kvartal fyra efter rehabiliteringsstart	31
Personer utan sjukfrånvaro före rehabilitering	32
Sjuk- och aktivitetsersättning	32
Utförsäkrade	33
Vilka faktorer påverkar sjukfrånvaro efter rehabilitering?.....	34
MMR och utveckling av sjukfrånvaro i olika landsting.....	35
Psykologisk behandling (PB)	37
Total sjukfrånvaro före och efter rehabilitering	37
Sjukfrånvaro kvartal fyra efter rehabiliteringsstart	38
Personer utan sjukfrånvaro före rehabilitering	39
Sjuk- och aktivitetsersättning	39
Utförsäkrade	40
Vilka faktorer påverkar sjukfrånvaro efter rehabilitering?.....	41
PB och utveckling av sjukfrånvaro i olika landsting.....	42
Preliminära resultat för enkätstudien	44
Multimodal rehabilitering (MMR)	46
Hälsa och arbetsförmåga i baslinjegruppen	46
Utveckling av hälsa och arbetsförmåga	47
SMS-frågor.....	49

Psykologisk behandling (PB)	51
Hälsa och arbetsförmåga vid rehabiliteringsstart	51
Utveckling av hälsa och arbetsförmåga	52
SMS-frågor.....	54
Diskussion	56
Utveckling av sjukfrånvaro	57
Sjuk-och aktivitetsersättning	58
Sjukfrånvaro i relation till referensgruppen	59
Utveckling av hälsa och arbetsförmåga	61
Studiens svagheter och styrkor.....	62
Avslutande reflektioner	63
Slutsatser	64
Referenser	65
Bilaga 1	67
Urval enheter i enkätstudien.....	67
Bilaga 2	68
Landstinget Blekinge.....	68
Landstinget Dalarna	69
Region Gotland	70
Landstinget Gävleborg	71
Region Halland.....	72
Jämtlands läns landsting.....	73
Landstinget i Jönköpings län.....	74
Landstinget Kronoberg.....	75
Norrbottens läns landsting.....	76
Region Skåne.....	77
Stockholms läns landsting.....	78
Landstinget Sörmland	79
Landstinget i Uppsala län	80
Landstinget i Värmland	81
Västerbottens läns landsting.....	82
Landstinget Västernorrland	83
Landstinget Västmanland	84
Västra Götalandsregionen	85
Örebro läns landsting	86
Landstinget i Östergötland	87

Sammanfattning

Föreliggande delrapport är en uppföljning av de 17 750 personer som påbörjade behandlingsinsatser inom rehabiliteringsgarantin under de tre första kvartalen 2009. Behandlingarna som ges inom rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR) för personer med smärtproblematik som huvuddiagnos medan personer med psykisk ohälsa erbjuds psykologisk behandling (PB) bestående av kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi eller interpersonell psykoterapi. Uppföljningen rör utvecklingen av registrerad sjukfrånvaro 12 månader efter påbörjad behandlingsinsats där behandlingsgruppen jämförs med en referensgrupp bestående av sjukskrivna individer som ej erhållit rehabilitering via rehabiliteringsgarantin. Referensgruppen är en så kallad matchad referensgrupp, vilket innebär att ålder, diagnos, kön samt sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart är lika mellan behandlingsgrupp och referensgrupp. Denna design med matchade individer är enligt vetenskapliga kriterier att föredra när man inte kan fördela deltagare slumpmässigt till behandling/icke-behandling (randomisering). Matchningen är gjord på nationell nivå, då regional matchning inte var praktiskt genomförbart. Rapporten innehåller även de första preliminära resultaten för utveckling av hälsa och arbetsförmåga efter rehabilitering. Dessa resultat baseras på frågeformulär som erbjudits samtliga behandlade patienter på 66 slumpmässigt utvalda värdenheter i 12 landsting, vilka alla ger behandling inom rehabiliteringsgarantin.

Sammanfattningsvis visar resultaten att utvecklingen av sjukfrånvaro är likartad oberoende av om man erhåller rehabilitering eller inte inom rehabiliteringsgarantin. Resultaten visar också att det endast är ett mindre antal som avslutar sjuk- och aktivitetsersättning efter rehabilitering inom garantin. En något lägre andel än i referensgruppen påbörjar sjuk- och aktivitetsersättning året efter rehabilitering och även andelen utförsäkrade är lägre i rehabiliteringsgruppen. Resultaten visar att andelen som utförsäkras under uppföljningen är mer än dubbelt så hög i referensgruppen jämfört med behandlingsgruppen (5%). Det är relativt stora variationer i resultatet mellan landstingen. Endast inom fem landsting var utvecklingen av sjukfrånvaro jämförbar med referensgruppens, de övriga landstingen uppvisar en sämre utveckling av sjukfrånvaron jämfört med respektive referensgrupp. En försiktighet vid tolkning av resultat uppdelat per landsting krävs då vissa landsting uppvisar relativt stora skillnader i sjukfrånvaro året innan insats mellan behandlingsgrupp och referensgrupp. Även

om vi kontrollerat för sjukfrånvaro innan bör resultaten för dessa landsting tolkas med försiktighet då sjukfrånvaro i sig är en stark prediktor för fortsatt sjukfrånvaro.

En statistisk säkerställd skillnad mellan privata och landstingsägda enheter visar att patienter behandlade vid privata specialistenheter har en bättre utveckling av sjukfrånvaron efter rehabilitering än landstingsenheter. Ingen skillnad fanns mellan privata respektive offentligt ägda primärvårdsenheter. I denna rapport har det inte varit möjligt att bryta ned resultaten och titta på enskilda rehabiliteringsenheter. Det troliga är att resultaten varierar kraftigt även mellan rehabiliteringsenheter. I slutrapporteten kommer analys även att genomföras på denna nivå.

Även om en matchad kontrolldesign har ett gott vetenskapligt stöd, om ej en randomiserad kontrollerad studiedesign (slumpmässigt urval) kan användas, är det ändock viktigt att tolka resultaten försiktig. Det viktiga i den matchade designen är att man dels har tillgång till de faktorer som är kända från litteraturen som betydelsefulla för utfallet, dels att man inhämtar så mycket information som möjligt om båda grupperna. Då resultaten till stor del baseras på registerdata fanns ingen möjlighet att inhämta information om exempelvis psykosociala riskfaktorer, men ändå har vi haft möjlighet att kontrollera för några av de mest etablerade prognostiska riskfaktorerna för sjukfrånvaro. För att kompensera inflytandet av olikheter i ej mätbara bakgrundsfaktorer tilldelades varje patient upp till maximalt 3 matchade referenspersoner.

Bäst utveckling av sjukfrånvaro i behandlingsgruppen uppnås när rehabilitering sätts in före 60 dagars sjukskrivning och först efter det att individen har gått in i en sjukskrivning överstigande arbetsgivarperioden (14 dagar). I gruppen som saknar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen ökar sjukfrånvaron året efter behandling. I slutet av uppföljningsperioden är det fortfarande åtta procent av de med psykisk ohälsa och 14 procent av de med smärtrelaterade besvär inom rehabiliteringsgarantin som fortfarande har sjukfrånvaro. Om man undantar det första kvartalet före rehabiliteringen – då gruppen saknade sjukfrånvaro - och studerar hela året före behandlingen ser man dock att andelen med sjukfrånvaro låg på liknande nivåer som efter rehabiliteringen. Detta tyder på att rehabiliteringsinsatserna inte har varit tillräckliga för att bryta detta sjukfrånvaromönster.

De första preliminära resultaten rörande utvecklingen av hälsa och arbetsförmåga visar att för smärtpatienter som erhållit MMR inom rehabiliteringsgarantin är det endast de utan sjukfrånvaro eller med endast kortare sjukfrånvaro (14-60 dagar) före rehabilitering som får en statistisk säkerställd förbättring av hälsotillstånd och arbetsförmåga, direkt efter avslutad rehabilitering. För patienter med psykisk ohälsa som erhållit PB inom rehabiliteringsgarantin förbättras både det allmänna hälsotillståndet och arbetsförmågan i hela gruppen. Patienter med psykisk ohälsa har även initialt en bättre hälsa och mindre sjukfrånvaro innan rehabilitering. I båda behandlingsgrupperna (i MMR enbart de med kort sjukfrånvaro före rehab) ökar andelen individer som tror att det är möjligt att återgå i arbete. Detta är ett viktigt resultat då det är väl känt från internationell forskning att patientens tilltro till möjligheten att återgå i arbete påverkar prognosen för att komma tillbaka till arbetet. Resultaten för hälsoutveckling kan inte jämföras med referensgruppen då enbart registerdata var tillgängligt för denna grupp. Detta innebär att vi inte kan uttala oss om resultaten för hälsa och arbetsförmåga skiljer sig åt mellan personer som har/inte har genomgått behandling inom rehabiliteringsgarantin.

Den i rehabiliteringsgarantin ingående psykologiska behandlingen som skall användas för lättare psykisk ohälsa har evidens för symtomlindring för tillstånden ångestsyndrom och depression men inte för arbetsåtergång eller minskning av sjukfrånvaro. Det finns heller ingen evidens för effekt på stressrelaterad psykisk ohälsa. Det kan vara faktorer som förklrar att rehabiliteringsgarantin inte har någon större effekt på sjukfrånvaron för den psykiska ohälsan.

Resultaten i denna rapport bygger på uppgifter om patienter som har behandlats under de tre första kvartalen år 2009, vilket var den tid då rehabiliteringsgarantin byggdes upp inom landstingen. Att implementera nya metoder och rutiner tar tid och kräver förändringar. Det kräver också att den personal som skall effektuera nyheterna, i detta fall genomföra behandlingsprogrammen, är väl insatta och utbildade i de nya metoderna. Då tiden mellan överenskommelse och införandet av rehabiliteringsgarantin var mycket kort är det troligt att det fanns brister i implementeringen under utvecklingsskedet. Som framgår av rapporter från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen [1] uppgav en stor del av landstingen att rehabiliteringsgarantin inte skulle vara fullt utvecklad förrän under år 2010.

Skillnaden i resultat mellan privata specialistenheter och övriga enheter kan vara en indikation på skillnaden i kunskap och erfarenhet inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabilitering med fokus på återgång i arbete s.k. arbetslivsinriktad rehabilitering tar tid att implementera och ersätta på icke-specialiserade enheter.

Det finns idag god evidens både nationellt och internationellt att multimodal rehabilitering för ryggbesvär är effektivt för att minska sjukfrånvaro. Den bästa effekten uppnås när kliniska multimodala insatser kombineras med insatser på arbetsplatsen. Att införandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inte har kunnat påvisa effekter på sjukfrånvaro under rehabiliteringsgarantins första år kan dels bero på svårigheter med själva implementeringen, dels på att anknytningen till arbetsplatsen varit svag då majoriteten fått insatser inom landstingsägd primärvård där åtgärder på arbetsplatsen av tradition inte är särskilt stark. Resultaten från utvärderingen rörande skillnaden mellan privata specialistenheter och övriga enheter indikerar detta.

I den tredje och sista rapporten som presenteras i augusti 2011, kommer implementeringsprocessen att kunna belysas och ställas i relation till resultatet. I slutrapporten kommer också en analys och jämförelse att presenteras av samtliga individer som har behandlats inom rehabiliteringsgarantin under år 2009 och 2010, rörande sjukfrånvaro, hälsa, arbetsförmåga och kostnadseffektiviteten i rehabiliteringssatsningen.

Resultatsammanfattning

- Jämfört med en matchad referensgrupp som ej har genomgått rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin ger behandling inom rehabiliteringsgarantin inte en statistisk säkerställd bättre effekt på utvecklingen av sjukfrånvaro.
- Bäst effekt har rehabiliteringen för individer med maximalt 60 dagars sjukfrånvaro före behandlingen och minst 14 dagars sjukfrånvaro (överstigande arbetsgivarperioden) samt behandlade på privata specialistenheter.
- Preliminära resultat visar att utvecklingen av hälsa och arbetsförmåga är positiv för de med psykisk ohälsa som har genomgått psykologisk behandling (PB). Så väl allmänt hälsotillstånd och upplevd arbetsförmåga förbättras signifikant för PB. För de med smärtrelaterade besvär som genomgått MMR visar resultaten en statistisk säkerställd

förbättring av både det allmänna hälsotillståndet och arbetsförmåga men endast för individer med sjukfrånvaro om maximalt 60 dagars sjukskrivning innan rehab start.

- Nio procent avslutar sin sjuk- och aktivitetsersättning (SA) efter rehabilitering efter både typerna av rehabilitering (PB 8 %, MMR 10 %). Av de som avslutade SA var alla, utom en person, över 30 år, vilket innebär att utvecklingen av SA inte kan tillskrivas upphörandet av tidsbegränsad aktivitetsersättning. Försäkringskassans nationella statistik 2010 för samma diagnoser visar att det är 7 % nationellt med smärtbesvär som avbryter sjuk- och aktivitetsersättning. Det är däremed fler med smärtbesvär som avslutar sjuk- och aktivitetsersättning inom rehabiliteringsgarantin. För psykisk ohälsa är andelen lika.
- Andelen som påbörjade sjuk- och aktivitetsersättningar under uppföljningsperioden är sju procent i smärtdiagnoser och fyra procent i psykiska besvär. I referensgruppen var det åtta procent av de med smärtdiagnoser och fem procent av de med psykiska besvär som nybeviljas sjuk- och aktivitetsersättning.
- Färre personer utförsäkras i behandlingsgrupperna (5 %) än i referensgruppen (11 %).
- Specialistenheter inom den privata sektorn har bättre effekt på sjukfrånvaron jämfört med både landstingsägda specialist- och primärvårdsenheter samt också privatägda primärvårdsenheter.

Slutsatser från Delrapport II

- Rehabiliteringsgarantin ger - det första året av implementeringen - ingen förstärkning av regeringens satsning på ”arbetslinjen” i form av minskad sjukfrånvaro.

För att förbättra effekterna av rehabiliteringsgarantin kan dock konstateras att:

- Rehabilitering för båda diagnosområdena (lättare psykisk ohälsa samt ryggbesvär) bör sättas in innan två månaders sjukfrånvaro men först när sjukfrånvaro uppstått.
- Rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin bör inte sättas in för individer med en längre sjukfrånvaro (över två månader) utan dessa bör erbjudas andra typer av insatser för att öka möjligheten för återgång i arbete.
- Behandling inom rehabiliteringsgarantin bör i dagsläget endast genomföras av enheter med specialistkompetens inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Rehabiliteringenheter ingående i rehabiliteringsgarantin bör kvalitetsgranskas och certifieras med utgångspunkt från intentionerna i rehabiliteringsgarantins formulering av typ av behandlingsinsats.
- För att möjliggöra optimalt genomförande av de i rehabiliteringsgarantin ingående rehabiliteringarna bör manualer och certifieringskrav specificeras och utarbetas.

Inledning

Bakgrund till den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin

I december 2008 undertecknade representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti gällande åren 2009 och 2010. Rehabiliteringsgarantin vänder sig till individer i yrkesverksam ålder (16-67 år) som är – eller riskerar att bli – sjukskrivna till följd av lindrig/medelsvår psykisk ohälsa eller icke-specifika smärttillstånd i rörelseorganen. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgängligheten på evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket ska ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur ska leda till färre och kortare sjukskrivningar. I överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL framgår även att rehabiliteringsgarantin ska följas upp. I maj 2009 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4649/SF). I uppdraget ingår följande:

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

Samtidigt med Karolinska Institutet fick även Socialstyrelsen i uppgift att följa upp rehabiliteringsgarantin. I detta uppdrag ingår bland annat att ge en beskrivning av de insatser som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin för att utröna om behandlingarna lever upp till de krav på evidens som efterfrågas. I december 2010 utökades Karolinska Institutets uppdrag till att även innehålla en analys av implementeringsprocessen, det vill säga hur själva införandet av rehabiliteringsgarantins intentioner har genomförts. Denna processutvärdering syftar till att systematiskt följa rehabiliteringsgarantins genomförande, och att särskilt studera förutsättningarna för uppställda målformuleringar. Detta innebär att studien kommer att fokusera på de verksamheter, strategier och praktiker som genererar vissa effekter, utifrån det förändringsperspektiv som denna komplexa och omfattande

regleringsimplementering innebär. Processutvärderingen förväntas även ge insikt i om regleringen fungerar enligt regeringens intentioner, samt att tydliggöra områden som behöver förbättras/förändras likväld som områden som fungerar väl och av den anledningen behöver lyftas fram för vidareutveckling. Detta är särskilt värdefullt att uppmärksamma när innovativa förändringar genomförs, för att utveckla effektiva modeller och ramverk för framtida satsningar. Rapportering av denna processutvärdering inkluderas i slutrapporten av hela uppdraget 1 augusti 2011.

Regeringen har också sedan december 2009 givit särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet (dir. 2009:131). Utredningen har antagit namnet Rehabiliteringsrådet. Rådet kommer med ett slutbetänkande i februari 2011. Professor Irene Jensen som är uppdragsansvarig för utvärderingen av rehabiliteringsgarantin ingår även i rehabiliteringsrådet för att där delge rådet synpunkter utifrån resultat och erfarenheter från utvärderingen. Rehabiliteringsrådet består av nio forskare med mångårig erfarenhet av forskning inom rehabiliteringsområdet. De kommer från fem olika universitet och representerar specialiteter med anknytning till rehabilitering. Rehabiliteringsrådets uppdrag är att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Rådet ska vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukkrivningsprocessen, t.ex. när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Rådet får också föreslå hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas och lämna förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010. Rådets arbete har bedrivits i fyra arbetsgrupper. Arbetsgrupperna har haft följande inriktning: besvär från rörelseorganen, lättare psykisk ohälsa, onkologi och neurologi trauma/stroke. Arbetsgrupperna har analyserat den internationella forskningslitteraturen inom rehabiliteringsområdet med speciell inriktning på arbetsåtergång efter olika rehabiliteringsåtgärder. Rehabiliteringsrådet konstaterar att det är endast multimodal rehabilitering vid smärttillstånd i rörelseorganen som med vetenskaplig evidens kan visa arbetsåtergång efter genomgången rehabilitering. Rådet föreslår tillskapandet av ett nationellt kvalitetsregister baserat på rehabiliteringsgarantin. Detta register bedöms tidigarelägga utvärderingen av olika rehabiliteringsmetoder. Rehabiliteringsrådet föreslår också inrättande av ett Kunskapscenter som får ansvaret dels för rehabiliteringsregistret och dels för att kontinuerligt följa forskningen inom området och initiera och genomföra angelägna forskningsprojekt inom rehabiliteringsområdet.

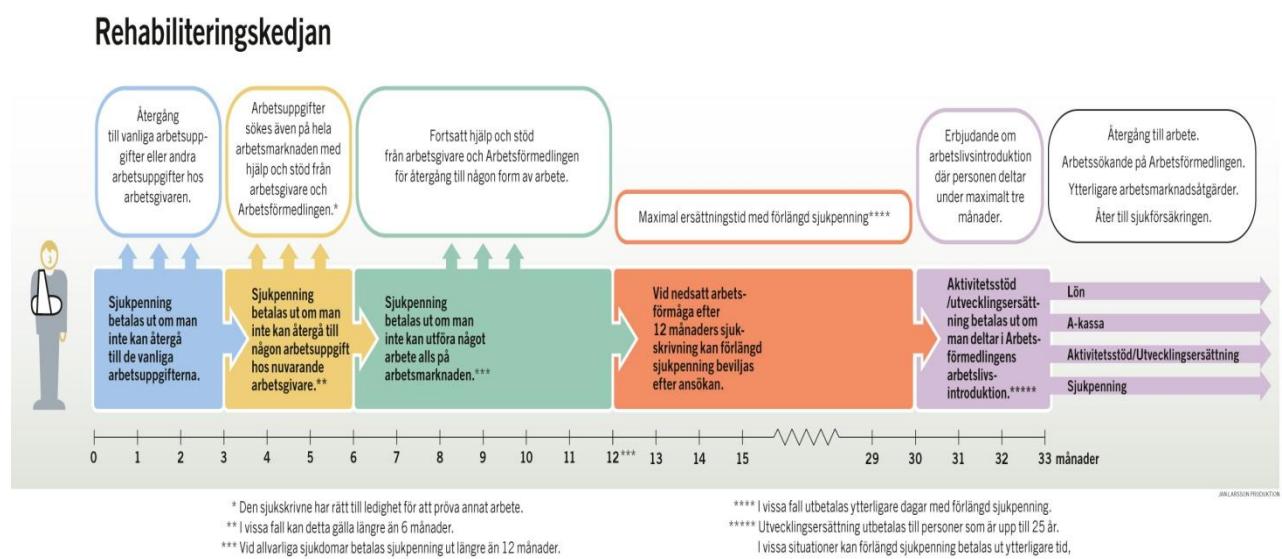
Bakgrund

Rehabiliteringskedjan och regler för ersättning från Försäkringskassan

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

För att pröva arbetsförmågan utgår man – sedan juli 2008 – från den så kallade rehabiliteringskedjan. De olika faserna i rehabiliteringskedjan illustreras i figur 1. Sammanfattningsvis kan man konstatera att det är under de tre första månaderna som arbetsförmågan prövas utifrån de ordinarie arbetsuppgifterna, därefter sker prövningen av arbetsförmågan även i relation till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren och efter 180 dagar dessutom i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Då sjukförmåner numera är tidsbegränsade innebär detta att en stor andel utförsäkras efter det att de uppnått maximal sjukfrånvaro. I särskilda fall kan personen få förlängd sjukpenning, men i de flesta fall förlorar individen rätten till sjukpenning till dess att man kvalificerar sig för en ny period.

Personer som har blivit utförsäkrade erbjuds sedan januari 2010 en arbetslivsintroduktion i Arbetsförmedlingens regi. Arbetslivsintroduktion kan pågå under maximalt tre månader och under den perioden ges ersättning från Försäkringskassan. Fram till och med oktober 2010 är det 36 900 individer som utförsäkrades, det vill säga förlorade rätten till sjukpenning eller tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning. Enligt prognoser från Försäkringskassan beräknas cirka en tredjedel av de utförsäkrade att ansöka om återinträde i socialförsäkringen när de får rätt till det.



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

Rehabiliteringsgarantin

Efter överenskommelsen mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting påbörjades en gradvis implementering av rehabiliteringsgarantin under år 2008. Som tidigare nämnts vänder sig rehabiliteringsgarantin till individer i yrkesverksam ålder (16-67 år), som är – eller löper risk att bli – sjukskrivna till följd av långvarig, icke-specifik smärta från rörelseorganen och/eller lindrig till medelsvår psykisk ohälsa (figur 2). Genom rehabiliteringsgarantin ska personer med dessa symptom erbjudas en skyndsam behandling enligt evidensbaserade metoder i syfte att förebygga, alternativt förkorta sjukfrånvaro. För att

en behandling ska anses vara evidensbaserad krävs ett omfattande stöd från vetenskapliga studier med god kvalitet. Till grund för dessa bedömningar av evidens har använts rapporter från Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) eller motsvarande systematiska sammanställningar publicerade internationellt. För att en behandling ska omfattas av rehabiliteringsgarantin krävs att det finns evidens för att den har en positiv effekt på individens arbetsförmåga. De behandlingsmetoder som i dagsläget bedömts ha starkast evidens är multimodal rehabilitering (MMR) för smärtrelaterade besvär och kognitiv psykoterapi (KPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) vid psykisk ohälsa. I föreliggande rapport används begreppet psykologisk behandling (PB) för att referera till alla rehabiliteringsgarantins behandlingar mot psykiska besvär. Vilka behandlingar som omfattas av rehabiliteringsgarantin kan komma att ändras i takt med att evidensläget förändras. För en utförligare beskrivning av de olika behandlingsformerna samt de diagnoser som omfattas av rehabiliteringsgarantin, se delrapport I [2].

Ersättning ges per behandlingsserie, och enstaka behandlingar ska inte omfattas av garantin. Staten ger landstingen 10 000 kronor i ersättning per patient som får psykologisk behandling (PB) och 40 000 per patient som påbörjar multimodal rehabilitering (MMR). Därutöver ges ett extra påslag om 25 procent per patient, vilket ska bekosta en vidareutveckling av verksamheten kring rehabiliteringsgarantin. För att få ersättning från Försäkringskassan ska landstingen göra kvartalsvisa redovisningar av de behandlingar som har utförts.

Icke-specifik smärta

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

Lindring/medelsvår psykisk ohälsa

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

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

Utveckling av rehabiliteringsgarantin i landstingen

I Socialstyrelsens uppföljning av rehabiliteringsgarantin [1] konstateras att landstingen – på kort tid – lyckats utveckla en relativt god tillgång på de efterfrågade behandlingsmetoderna. Förutsättningarna för att utveckla rehabiliteringsgarantin har sett olika ut i olika landsting. Generellt sett kan man säga att landstingen har en god tillgång på psykologisk behandling inom primärvården, även om vissa regionala skillnader finns. Socialstyrelsens rapport visar dock att majoriteten av de psykologiska behandlingarna har utförts av personal utan legitimation, så kallad ”stegl”kompetens. När det gäller MMR utförs merparten av rehabiliteringen inom specialistvården. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting är det dock flera landsting som under det fjärde kvartalet 2009 och i början av 2010 har startat multimodala team i primärvården som ett komplement till den specialiserade vården [3].

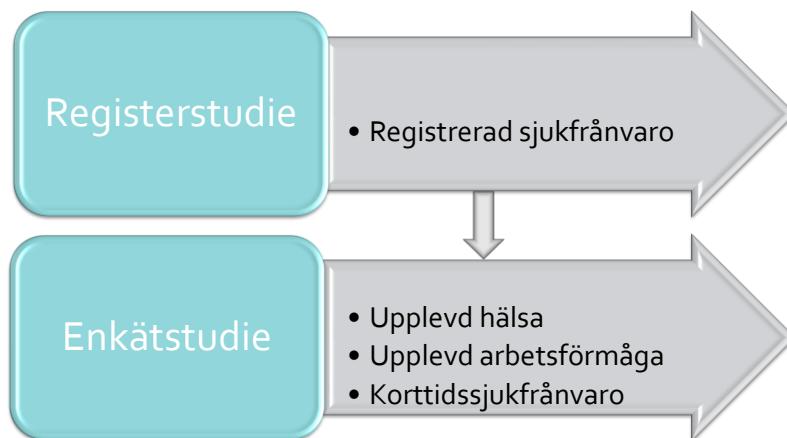
Utvärderingens upplägg

För att undersöka om en viss typ av behandling är effektiv eller inte är det viktigt att inkludera olika typer av utfallsmått. Utifrån detta syfte är den nationella utvärderingen uppdelad i två parallella undersökningar: registerstudien och enkätstudien. Figur 3 illustrerar de primära utfallsmåtten i de båda studierna. I registerstudien inhämtas data retrospektivt, det vill säga för personer som redan har genomgått behandling inom rehabiliteringsgarantin. Enkätstudien baseras på ett urval landsting ($n=12$) och ett urval vårdenheter ($n=66$) och där materialet insamlas prospektivt, det vill säga i samband med att patienten påbörjar sin behandling. I denna studie ligger fokus på individernas självskattade hälsa och arbetsförmåga vid tiden för behandlingsstart. Preliminära uppföljningsdata presenteras för en mindre grupp som även har hunnit besvara en enkät vid behandlingsslut.

Fokus i registerstudien är förändring av sjukfrånvaro efter rehabilitering. Resultatet för den grupp som har behandlats inom rehabiliteringsgarantin jämförs med en referensgrupp, en så kallad matchad referensgrupp. Denna design med matchade individer är enligt vetenskapliga kriterier att föredra när man inte kan fördela deltagare slumpmässigt till behandling/icke-behandling (randomisering). Referensgruppen är hämtad från Försäkringskassans register där matchning mellan deltagare i rehabiliteringsgarantin och sjukskrivna som ej har deltagit i rehabiliteringsgarantin har genomförts. Matchningen gjordes med ålder ($+/-5$ år), kön,

diagnos och sjukfrånvaro (+/-15 dagar) kvartalet före den månad då behandlingen startade. Referensgruppen består därmed av personer som har registrerad sjukfrånvaro i liknande omfattning och av liknande orsaker som patienterna, samma genomsnittliga ålder och likvärdig fördelning av antal kvinnor och män. Matchning utifrån region var dock inte möjlig att uppnå. Varje behandlad patient tilldelades upp till tre matchade kontroller. För att bedöma om behandlingsgrupp och referensgrupp är likvärdiga är det bra att samla in mycket information om deltagarna när de allokeras in i studien. I denna utvärdering var det inte möjligt att exempelvis inhämta mer information via frågeformulär utan endast data från landstingens och försäkringskassans register var möjligt att använda. Detta ger en viss osäkerhet i jämförelsen men det är ändock så att analyserna kan kontrolleras för tre av de viktigaste faktorerna för sjukfrånvaroutveckling, det vill säga tidigare sjukfrånvaro, kön och ålder.

Slutrapporten i augusti 2011 kommer dels att följa upp 2009-kohorten dels att undersöka nästkommande årskull, det vill säga de som har rehabiliterats under det sista kvartalet 2009 samt hela år 2010. Denna rapport kommer även att innehålla kompletta hälsodata från enkätstudien, en beräkning av kostnadseffektiviteten i behandlingarna samt en processutvärdering rörande implementeringen av rehabiliteringsgarantin.



Figur 3. Utvärderingens två delstudier med respektive utfallsmått.

Förväntade resultat

I registerstudien kommer två olika årskullar att utvärderas (2009, 2010) och det är troligt att de båda kohorterna kommer att skilja sig åt beträffande utfallet. Den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin genomförs i samband med dess implementering. De olika landstingen har kommit olika långt i implementeringsprocessen och det kan finnas en stor osäkerhet kring hur behandlingen ska genomföras för att den ska leva upp till riktlinjerna för rehabiliteringsgarantin. Nya rutiner införs och – i många fall – nya sätt att arbeta. Det är troligt att dessa aspekter påverkar både utformningen och kvaliteten på de behandlingar som ges. En annan faktor är att det kan finnas ett uppdämt behov av rehabilitering, vilket kan göra sig gällande under det första året av rehabiliteringsgarantin. Det kan få till följd att ett större antal personer med mer uttalad eller långvarig problematik kommer att ”betas av” under det första året, för att sedan låta insatserna komma de mindre komplicerade fallen till godo. Detta skulle i så fall innebära att förutsättningarna – och därmed prognosen – för årskull ett och årskull två kommer att skilja sig åt.

I föreliggande rapport används sjukfrånvaro som ett indirekt mått på arbetsförmåga. Fördelen med detta mått är att det är objektivt och genom Försäkringskassans register kan man få tillförlitliga data. Nackdelen är att det inte finns något absolut likhetstecken mellan minskad sjukfrånvaro och ökad arbetsförmåga. Särskilt inför nästkommande uppföljning av sjukfrånvaron är det viktigt att beakta andra försörjningsformer. Oavsett om de rehabiliterade återgår i arbete eller ej är det viktigt att undersöka om de har blivit arbetsföra för att behandlingen har haft god effekt (ökat hälsan) eller för att den rådande sjukskrivningspraxisen inte längre tillåter fortsatt sjukfrånvaro. Genom att koppla uppgifter från enkätstudien till registerdata från Försäkringskassan kan man även få en djupare förståelse för vilka faktorer som kan bidra till en gynnsam/ogynnsam utveckling.

Syfte med föreliggande rapport

Detta är den andra av totalt tre rapporter som redovisar resultatet av den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin. Den föreliggande rapporten syftar till:

- a) Att följa utvecklingen av registrerad sjukfrånvaro för personer som har behandlats inom ramen för rehabiliteringsgarantin under perioden 1 januari till och med 30 september 2009, samt att jämföra sjukfrånvaroutvecklingen i relation till en referensgrupp som ej har genomgått behandling inom rehabiliteringsgarantin. I denna rapport kan sjukfrånvaron följas upp till 12 månader efter påbörjad behandling.
- b) Att ge en beskrivning av den självskattade hälsan och arbetsförmågan hos ett urval av personer som påbörjar behandling inom rehabiliteringsgarantin under perioden mars till och med september 2010. Dessutom ges en första preliminär rapport av hur hälsa och arbetsförmåga utvecklas mellan behandlingsstart och behandlingsslut.

Metod

Under denna del beskrivs först tillvägagångssättet för registerstudien och därefter för enkätstudien.

Datainsamling (registerstudien)

För att få ersättning för behandlingar som givits inom ramen för rehabiliteringsgarantin gör varje landsting detaljerade redovisningar till Försäkringskassan. Följande uppgifter redovisas: Patientidentifikation, kön, ålder, typ av insats (MMR/KBT/IPT), tid då behandlingsserien påbörjas (månad eller fullständigt datum), behandlarens profession, namn på behandlarens arbetsställe, typ av vårdgivare (privat/offentlig). Redovisningarna lämnas kvartalsvis i av identifierat skick. Vid behov – till exempel vid granskning och utvärdering – ska uppgifterna kunna hämföras till enskilda individer.

Utifrån de sammanställda uppgifterna från landstingen inhämtades uppgifter från Försäkringskassan. Grunddata fanns tillgängligt för samtliga individer och omfattade: födelseland, antal barn, hemkommun och hemlandsting. Därutöver inhämtades sjukfrånvarodata för den aktuella tidsperioden samt för en period om två år tillbaka i tiden. Försäkringskassan registrerar enbart sjukfall som ingår i en sjukperiod där sjukpenning har utbetalats. De första 14 dagarna betalar arbetsgivaren ut sjuklön vilket registreras hos Försäkringskassan först om sjuklöneperioden utmynnar i sjukpenning. En sjuklöneperiod som inte resulterar i sjukpenning registreras inte hos Försäkringskassan, vilket betyder att uppgifter om korttidssjukfrånvaro saknas i dessa register.

Bortfall

Landstinget i Kalmar län ingår inte i denna rapport men kommer att ingå i slutrapporten. Landstinget Västmanland lämnade enbart uppgifter för delar av sin verksamhet, och i Stockholms läns landsting saknades uppgifter från ett antal enskilda vårdenheter. Därutöver upptäckte Försäkringskassan 360 felaktiga personnummer. 30 av dessa kunde efter kontroll korrigeras av Karolinska Institutet medan de resterande exkluderades.

I datafilerna förekom ett visst internt bortfall. Exempelvis kunde information saknas om vilken typ av behandling personen fått, om behandlaren varit privat eller offentlig eller tidpunkt för behandlingsstart. I merparten av dessa fall kunde vi genom eftersökningar få fram kompletterande information, men i ett fåtal fall gick det inte att få fram exakta uppgifter. Dessa fall är då inte inkluderade i analyserna. Även om majoriteten av vårdenheterna hade registrerat exakt datum då patienten påbörjade behandling, saknades detta i några landsting. I Västra Götalandsregionen angavs enbart ”kvartal 1” som behandlingsstart. Denna uppgift omfattade 2933 personer. För senare kvartal finns en mer detaljerad redovisning från Västra Götaland. I Västmanlands län fanns enbart årtal (2009) registrerat som behandlingsstart för 437 personer. I de fall när tidpunkt för behandling saknades gjordes en uppskattning av behandlingsstart, vilken sattes till mitten av tidsperioden. För Västra Götaland innebar det att alla som behandlats under kvartal ett fick behandlingsstart 15 februari. För Västmanlands län sattes tidpunkten till mitten av hela studieperioden (jan-sep) det vill säga 15 maj. De redovisade uppskattningarna gjordes då det saknades möjligheter att få fram kompletterande information och för att ändå kunna använda så mycket data som möjligt. För att minska risken att dessa data påverkar utfallet har analyserna genomförts både med och utan dessa två landsting.

MIDAS

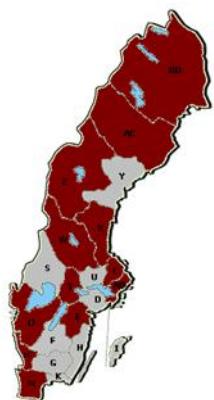
Information om registrerad sjukfrånvaro beställdes genom ett registerutdrag från Försäkringskassan. I diskussion med analytiker på Enheten för Statistisk analys på Försäkringskassan valdes paneldata som underlag för uppföljningen av sjukskrivning. Även uppgifter om sjuk- och aktivitetsersättning inhämtades.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

För att få en jämförelsegrupp användes ett matchningsförfarande där personer som fanns i Försäkringskassans register under den aktuella tidsperioden, men som inte genomgått insatser inom rehabiliteringsgarantin, valdes ut. Varje rehabiliterad individ fick – så långt som möjligt - tre matchningsindivider. I matchningsförfarandet användes metoden återläggning, vilket

innebär att en matchningsindivid kan förekomma mer än en gång. Matchningen gjordes utifrån följande egenskaper: Kön, ålder (+/- 5 år), diagnos, samt sjukfrånvaro (+/- 15 dagar) kvartalet före behandlingsstartsdatum (exklusive månaden för behandlingsstart). Matchade kontroller var endast möjligt att få för de patienter som hade registrerad sjukfrånvaro under det kvartal som föregick rehabiliteringssstarten.

Metod enkätstudien

Syftet med enkätstudien är att samla in uppgifter om de rehabiliterades självskattade hälsa och arbetsförmåga före och efter rehabiliteringen för att se vilken påverkan rehabiliteringen har på dessa variabler.



Figur 4. Karta över ingående landsting (rödbruna) i enkätstudien.

Via den processansvariga för rehabiliteringsgarantin fick samtliga landsting och regioner en förfrågan från Karolinska Institutet om att delta i enkätstudien. Av samtliga 21 tillfrågade landsting anmälde sig 12 (figur 4). Genom ett samarbete med Socialstyrelsen – som vid tidpunkten hade ett regeringsuppdrag att beskriva behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin - användes deras stickprov som underlag för rekrytering av vårdenheter till enkätstudien. Socialstyrelsens urvalsram utgjordes av vårdenheter som erbjöd behandling inom rehabiliteringsgarantin under det andra och det tredje kvartalet 2009. Utifrån detta gjorde Socialstyrelsen ett slumpmässigt urval av 53 enheter med MMR och 198 enheter med PB. Antalet MMR-enheter i Socialstyrelsens stickprov var relativt få och samtliga kunde därför inkluderas i enkätstudien. Undantag gjordes dock för enheter som ingick i det Nationella Registret för smärta (NRS) då detaljerad information om dessa patienter kan

hämtas direkt från NRS. För Region Skåne drogs ett nytt slumpmässigt urval från en lista med aktuella vårdenheter för 2010 då införandet av ett nytt ackrediteringssystem innebar att merparten av de vårdenheter som var aktuella för det andra och tredje kvartalet 2009 inte längre hade avtal om rehabiliteringsgarantin 2010. Beträffande enheter med psykologisk behandling (PB) gjordes ett slumpmässigt urval från Socialstyrelsens stickprov uppdelat på följande strata; vårdcentral, privat/specialistmottagning samt psykiatri. I urvalet fanns inte psykiatrienheter representerade i alla landsting och inte heller privat/specialistmottagning (se bilaga 1). I de landsting där det var möjligt slumpades två enheter från varje stratum. Dock var det i många landsting vanligt med endast en typ av strata, t.ex. endast ”vårdcentral”. I dessa fall slumpades fyra enheter fram från aktuellt strata. I de fall där det ingick fyra eller färre enheter från något strata inkluderades alla dessa enheter. I de landsting där det fanns två psykiatrienheter eller färre ingick alla och i de landsting där det fanns fler än två psykiatrienheter slumpades två sådana enheter fram.

Procedur enkätstudien

Alla processansvariga i de landsting som accepterat att ingå i enkätstudien fick informationsbrev med kallelse till informationsmöte med projektgruppen. Projektgruppen besökte landstingen under perioden januari till mars 2010. Vanligen deltog både de processansvariga och personal från de utvalda vårdenheterna på mötet. På mötet utsågs även en kontaktperson per vårdenheter som skulle förmedla information mellan projektgruppen och personal på vårdenheten. I de flesta landsting påbörjades datainsamlingen för enkätstudien i mars 2010. Proceduren för enkätstudien var enligt följande:

- Samtliga patienter som omfattas av rehabiliteringsgarantin ska informeras och tillfrågas om deltagande i enkätstudien.
- Skriftligt samtycke ska ges av patienten.
- Baslinjeenkäten ifylls av patienten i samband med det första behandlingstillfället.
- Vid det sista behandlingstillfället fyller patienten i uppföljningsenkäten.
- Fyra veckor efter behandlingsstart påbörjas utskick av SMS-frågor. Varje utskick innehåller två frågor (se material) och skickas en gång per månad under ett års tid.
- Sex månader efter avslutad rehabilitering skickas en sista uppföljningsenkät till patienten.

Tio av enheterna avbröt studien efter att den startat. Anledningar till detta var framförallt att enheterna inte längre har några patienter inom rehabiliteringsgarantin eller att personalsituationen på enheten var ohållbar (hög arbetsbelastning) för att ingå i studien. En enhet rapporterade att deras behandlingstid var för kort och ville därför avstå deltagande i studien.

Material

Enkäten

Pappersonkäten besvarades vid behandlingsstart och behandlingsslut och innehåller skalor som mäter självskattad hälsa och arbetsförmåga. För mätning av självskattad fysisk och psykisk hälsa användes två vetenskapligt utprovade frågeformulär; EQ5D och SF-12. Skalorna kan användas generellt och har stor internationell spridning. Med hjälp av instrumenten kan effekter på den hälsorelaterade livskvaliteten bedömas, dvs. effekter som förefaller vara en direkt funktion av sjukdom och behandling. Frågan om självskattad allmän hälsa har en central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid och har visat ett starkt samband med dödlighet, framtida sjuklighet samt vårdkonsumtion [4]. Genom normering av instrumenten i befolkningen erhålls en gemensam måttstock och individer med hälsoproblem kan jämföras sinsemellan och med andra populationer.

EQ5D omfattar fem olika påståenden rörande psykisk och fysisk hälsa. Till varje fråga hör tre svarsalternativ. Utifrån svaren skapas ett index vars värde löper från 0-1, där 0 står för ”sämsta tänkbara hälsotillstånd” och 1 för ”bästa tänkbara hälsotillstånd”.

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

Nuvarande arbetsförmåga skattades på en skala mellan 0-10 där 0 innebär helt arbetsoförmögen och 10 betyder arbetsförmågan då den var som bäst. Frågan är hämtad från Work Ability Index och har – som enskild fråga - visat sig korrelera väl med hela den ursprungliga skalan samt vara användbar för att följa utvecklingen av arbetsförmåga [5].

Symptomens påverkan på arbetsprestationen mättes för individer som innehad ett arbete under de senaste sex månaderna och skattades på en skala mellan 0 (=hälsoproblemen hade ingen påverkan på mitt arbete) till 10 (=hälsoproblemen hindrade mig fullständigt från att arbeta).

För personer i arbete mättes även i vilken omfattning man varit *sjuknärvarande*, det vill säga att man gått till arbetet trots att man med tanke på sitt hälsotillstånd bedömer att man borde ha varit hemma. Studier har visat att sjuknärvaro kan predicaera sjukfrånvaro och är därför ett relevant mått vid interventioner som avser att reducera sjukfrånvaron [6].

En individs egenbedömning av *möjligheten att tillfriskna eller att återgå i arbete efter sjukfrånvaro* har i många vetenskapliga studier [7] visat sig vara prediktiv för faktisk arbetsåtergång. Frågan som ställdes var ”Hur stor chans tror du att du har att kunna arbeta om sex månader?” och besvarades även den med hjälp av en skala mellan 0 (=ingen chans) till 10 (=mycket stor chans). Frågan är hämtad från ÖMPSQ [8].

SMS-frågor

Fyra veckor efter behandlingsstart och månadsvis under ett års tid skickas två frågor till patientens mobiltelefon via SMS. Till detta används mjukvaran SMS-Track® [9], som automatiskt skickar ut textmeddelanden med frågorna, och som omedelbart registrerar individernas svar. Systemet är utvecklat för forskning och har testats i flera studier i Danmark, Norge och Sverige. Svarsfrekvensen har genomgående varit hög, och systemet har god användarvänlighet och validitet [10].

Syftet med SMS-frågorna var att studera variationer i hälsoutveckling över tid. Individen ombeds att göra skattningarna baserat på situationen under den senaste månaden och besvarar frågorna genom att mata in den siffran som bäst överensstämmer med den egna upplevelsen. Den första frågan är hälsofrågan från SF12 (“I allmänhet skulle du vilja säja att din hälsa är”)

med svarsalternativen 1 (utmärkt) till 5 (dålig). Den andra frågan rör i vilken omfattning man har varit sjukfrånvarande under den senaste månaden (0-31 dagar) och avser att mäta sjukfrånvaro som understiger 14 dagar, då denna vanligen inte registreras hos Försäkringskassan.

Statistiska analyser

Vid tidpunkten för datainsamlingen fanns tillförlitliga sjukfrånvarodata fram till och med 31 oktober 2010, varför detta blev slutpunkten för analyserna i den föreliggande rapporten. Knappt två procent av de rehabiliterade hade kortare uppföljningstid än 12 månader och dessa individer har exkluderats från analyserna. För att möjliggöra jämförelser med referensgruppen görs separata analyser för personer med respektive utan sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart. Personer som avled eller som utförsäkrades under uppföljningen är exkluderade från analyserna. Utförsäkrade redovisas separat. Då det enbart fanns information om datum för behandlingsstart innebär detta att behandlingsperioden kommer att inkluderas i uppföljningen av sjukfrånvaro.

Data har bearbetats i statistikprogrammet SPSS, dels för att få fram beskrivande statistik så som medelvärdet och standardavvikelse. För att undersöka skillnader i hälsa och arbetsförmåga (enkätstudien) före och efter behandling användes parvisa t-test. För att analysera och jämföra utveckling av sjukfrånvarodata gjordes kovariansanalyser med upprepande mätningar med kontroll för skillnader (kovariater) i ålder, kön, sjukfrånvaro före behandling.

SMS-data har analyserats för de cirka 200 personer som ingått i studien så pass länge att de lämnat uppgifter både efter 1 månad och efter 6 månader. De upprepade månadsdata för egenrapporterad sjukfrånvaro för de 6 ingående månaderna har analyserats med flernivåanalys i programmet STATA, där tid och behandling ingått som förklaringsfaktorer. Efter fullbordad datainsamling kommer även fler förklaringsfaktorer att kunna beaktas i analysen.

Etiska aspekter

Samtliga personuppgifter har behandlats med största aktsamhet och sekretess. All information innehållande känsliga personuppgifter förvaras i ett låst brandskyddat skåp dit enbart forskargruppen har tillgång. I detta skåp förvaras även den kodnyckel som kopplar samman löpnummer och personnummer, något som behövs inför kommande datainsamling från Försäkringskassan. Efter datainsamlingen bearbetas allt material med enbart löpnummer, vilket innebär att inga enskilda individer kan identifieras.

Resultat

Resultatdelen inleds med en allmän beskrivning av hur behandlingarna har fördelats mellan olika aktörer, samt en beskrivning av sjukfrånvarostatus i behandlingsgrupperna året före rehabiliteringsstart. Därefter ges resultatet för registerstudien, först för multimodal rehabilitering (MMR) och sedan för psykologisk behandling (PB). Detta resultat ges på nationell och regional nivå. Sist i resultatdelen redovisas de första preliminära resultatet från enkätstudien avseende hälsoutveckling, även den uppdelad efter typ av behandling (MMR/PB).

Registerstudien

Under de tre första kvartalen 2009 gavs merparten av behandlingarna inom primärvården (61 %). Andelen skiljer sig dock åt för de två behandlingstyperna då MMR oftare bedrivs inom den specialiserade vården (71 %) medan PB vanligen ges inom primärvården (67 %). I tabell 1 framgår även att majoriteten av behandlingarna sker med landstinget som huvudman. För mer information om skillnader i hur behandlingarna har organiserats i olika landsting, se Delrapport 1 [2].

Tabell 1. Antal personer som har rehabiliterats under kvartal 1-3 år 2009 fördelat på typ av behandling (PB/MMR) och typ av vårdgivare (landsting/privat).

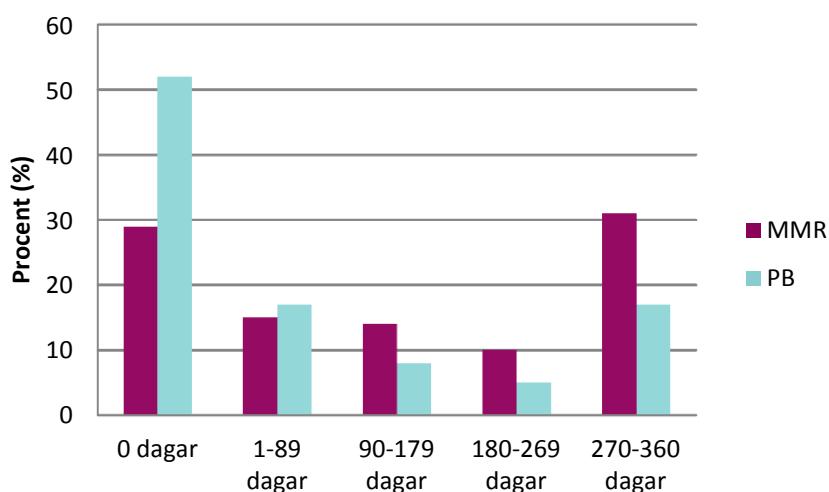
Behandling	Antal	Andel
PB	14 883	84 %
MMR	2 897	16 %
Landsting	14 608	82 %
Privat	2 686	15 %

Sjukfrånvaro 12 månader före behandlingsstart

Sjukfrånvarostatus följdes via Försäkringskassans register både bakåt och framåt i tiden. Med sjukfrånvaro avses i denna rapport alla typer av ersättning vid sjukdom, det vill säga sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, samt sjuk- och aktivitetsersättning (SA).

Mer än hälften (52 %) av den totala undersökningsgruppen återfanns i Försäkringskassans register 12 månader före behandlingsstart. Detta innebär att dessa individer – vid åtminstone

ett tillfälle – har haft en sammanhängande period av sjukfrånvaro om minst 14 dagar. Att man var sjukfrånvarande året före behandlingsstart betyder inte nödvändigtvis att man var sjukskriven då behandlingen påbörjades. Figur 5 illustrerar sjukfrånvarostatus ett år före rehabiliteringsstart. Det är tydligt att personer utan sjukfrånvaro året före rehabilitering har varit en prioriterad grupp även om man också kan ana en satsning på individer med riktigt lång sjukfrånvaro, i synnerhet när det gäller personer med smärtproblematik. Av figuren framgår att personer som får MMR har betydligt längre sjukfrånvaro året före rehabilitering än personer som får PB.



Figur 5. Sjukfrånvaromönster året före rehabiliteringsstart för personer behandlade kvartal 1-3 2009 (N=17 750). Alla inkluderade, även de som senare utförsäkras. Siffrorna avser total sjukfrånvaro.

Multimodal rehabilitering (MMR)

Sammanlagt 2788 individer som påbörjat MMR kunde följas 12 månader efter behandlingsstart. 66 procent av dessa hade någon form av registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart (behandlingsmånaden exkluderad). Den vanligaste diagnosgruppen (28 %) vid sjukfallets start var ”andra ryggsjukdomar” (M50-M54) följt av ”andra sjukdomar i mjukvävnaden” (M70-M79) (15 %). Tabell 2 ger en beskrivning av behandlingsgruppens och referensgruppens egenskaper.

Tabell 2. Beskrivande statistik för personer som har påbörjat multimodal rehabilitering under kvartal 1-3 år 2009, samt för referensgruppen.

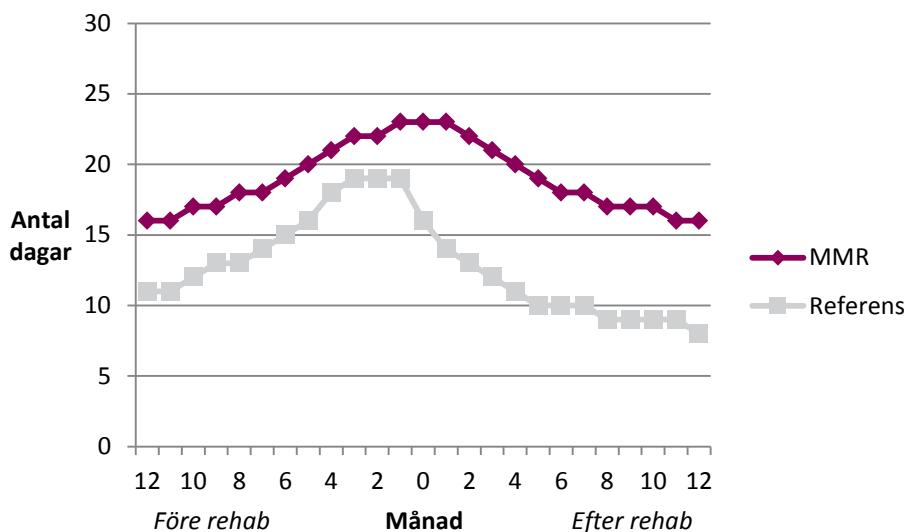
	Behandling <i>N = 2 788</i>	Referens <i>N = 2 424</i>
Kön, kvinnor	75 %	77 %
Nationalitet, svenskfödda	76 %	78 %
Ålder, medelvärde (sd)	43 (11)	43 (10)
Sjukfrånvarodagar kvartalet före behandling, medelvärde (sd)*	68 (29)	61 (31)

* Avser samtliga former av registrerad sjukfrånvaro. Personer helt utan sjukfrånvaro ingår inte i dessa värden då dessa inte har några referenspersoner att jämföras med.

Total sjukfrånvaro före och efter rehabilitering

Utveckling av total sjukfrånvaro och jämförelse mellan patienter och referensgrupp beskrivs här för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. När man studerar den totala sjukfrånvaron månad för månad framgår det att antalet sjukfrånvarodagar trappas upp och är som högst vid tiden för rehabilitering. Månaden då behandlingen startar har individerna i behandlingsgruppen i genomsnitt 23 sjukfrånvarodagar (sd=10). Referensgruppen ligger lägre med sina 16 dagar (sd=13). Figur 6 visar att sjukfrånvaron utvecklas likartat i båda grupperna. Sjukfrånvaron i referensgruppen är dock konsekvent några dagar lägre än i behandlingsgruppen, referensgruppen når också sina högsta värden tidigare och minskningen av sjukfrånvaron i startar redan månad 0 (d.v.s. samtidigt som behandlingsgruppen påbörjar rehabiliteringen). Om man jämför sjukfrånvaron när båda grupperna låg som högst – månaden före rehabiliteringsstart - kan man vid uppföljningens slut se att sjukfrånvaron har sjunkit i båda grupperna. Minskningen är dock större i referensgruppen (-11 dagar) än i behandlingsgruppen (-7 dagar). Denna tendens tycks vara stabil och påverkas inte av att man

inkluderar personer som har utförsäkras under uppföljningen, eller individer som saknade sjukfrånvaro före rehabiliteringen.



Figur 6. Månadsvis utveckling av total sjukfrånvaro 12 månader före och 12 månader efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingen. Månad 0 = månaden då behandlingen påbörjas. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. MMR (N=1 541); Referens (N=2 038).

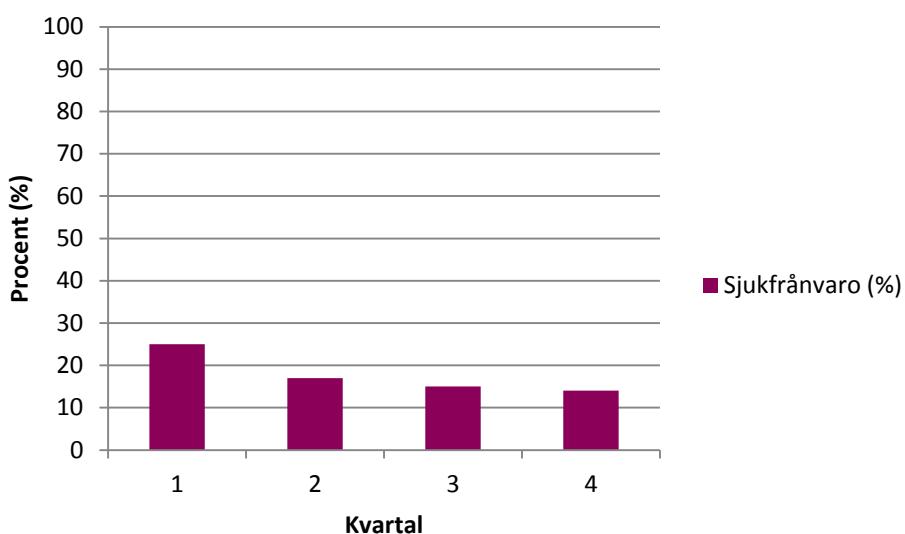
Sjukfrånvaro kvartal fyra efter rehabiliteringsstart

Hittills har sjukfrånvaro beskrivits i termer av genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar. Detta ger en god beskrivning av den sammanlagda utvecklingen av sjukfrånvaron då det innefattar så väl förändring i omfattning av sjukfrånvaron (heltid/deltid) som antal avslutade och nyttillkomna fall av sjukfrånvaro. Det är dock inget lämpligt mått om man vill få en tydligare bild av hur många individer som helt lämnar eller inträder i sjukförsäkringssystemet under uppföljningstiden. I detta avsnitt redogörs därför för andelen som helt avslutar sin sjukfrånvaro under uppföljningen, respektive andelen som påbörjar en sjukfrånvaroperiod under denna tid.

1 541 individer i behandlingsgruppen hade sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen och av dessa var det totalt 30 procent som – fyra kvartal senare – hade avslutat sin sjukfrånvaro. Individer som utförsäkrades ingick inte i dessa analyser. I referensgruppen om 2 038 individer har en ännu större andel (58 %) avslutat sin sjukfrånvaro vid denna tidpunkt.

Personer utan sjukfrånvaro före rehabilitering

955 individer saknade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering. Om man går längre tillbaka i tiden och beaktar hela året som föregick rehabiliteringen framgår att 10-16 procent av gruppen har haft någon form av registrerad sjukfrånvaro före rehabilitering. Andelen varierar beroende på vilket kvartal som studeras (med den högsta andelen kvartal 4 före rehab). Utvecklingen av sjukfrånvaro efter rehabilitering åskådliggörs i figur 7 och visar att under det första kvartalet efter behandlingsstart är det en fjärdedel av gruppen som får sjukfrånvaro. Som tidigare har nämnts kan detta bero på förebyggande sjukpenning för att man ska kunna delta i MMR. Andelen sjunker sedan gradvis och landar på 14 procent det fjärde kvartalet efter behandlingen.



Figur 7. Sjukfrånvaroutveckling efter rehabilitering för personer utan sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen (N=955). Anger andel sjukfrånvarofall per kvartal. MMR.

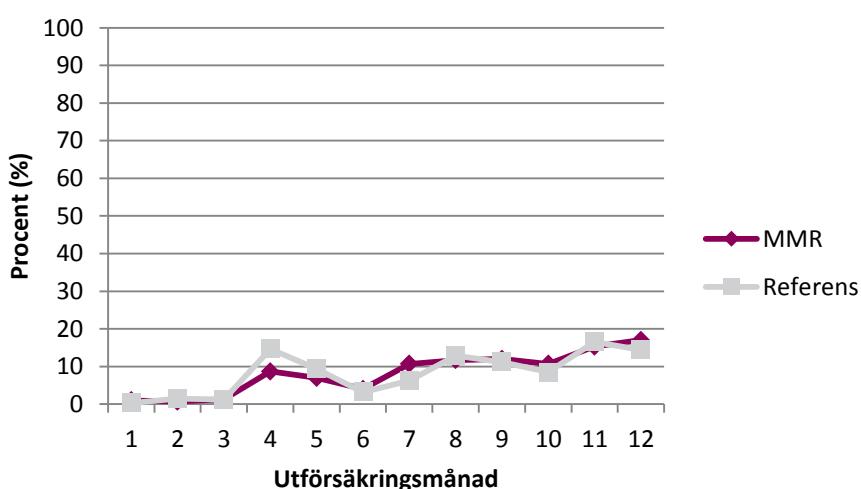
Sjuk- och aktivitetsersättning

En betydande andel (40 %) av sjukfrånvaron i behandlingsgruppen utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning (SA). Detta innebär att 624 individer hade denna ersättning i någon omfattning under det kvartal som föregick rehabiliteringen. Flertalet hade SA på heltid (56 %) eller halvtid (25 %). Vid uppföljningen, fyra kvartal efter behandlingen, har tio procent (N=59) helt avslutat sin SA. Vid detta kvartal är det 52 procent som har ersättningen på heltid och 23 procent som har den på halvtid.

Referensgruppen var inte matchad utifrån SA. Det kan ändå nämnas att 215 personer (10 %) i referensgruppen hade denna ersättning och av dessa var det åtta individer (4 %) som hade upphört med ersättningen fyra kvartal senare. I referensgruppen hade majoriteten (57 %) ersättningen på halvtid. Kvartal fyra har andelen med heltidsersättning minskat till 53 procent, men det har även skett en ökning av andelen med heltidsersättning från sju till 21 procent. Andelen nyttillkomna fall av SA är ungefär lika stor i båda grupperna. Sju procent av de i behandlingsgruppen och åtta procent av de i referensgruppen som saknade SA kvartalet före behandlingsmånaden får detta under uppföljningstiden.

Utförsäkrade

Enbart i särskilda fall kan sjukpenningen förlängas efter det att man har förbrukat sin pott av sjukdagar, i resterande fall blir man utförsäkrad. Att bli utförsäkrad kan således inte jämföras med att återgå i arbete, utan många utförsäkrade blir hänvisade till andra instanser för att klara sin försörjning. Av denna anledning har utförsäkrade inte ingått i de ovanstående analyserna av sjukfrånvaro, men beaktas istället separat. Av de som innan insats var sjukfrånvarande utförsäkrades totalt fem procent av behandlingsgruppen och 11 procent av referensgruppen. För MMR är det i (14 %) referensgruppen och (11 %) i behandlingsgruppen som utförsäkras under uppföljningsperioden. Figur 8 är en illustration av när i tiden de som utförsäkrats lämnar systemet. Som framgår av figuren så är utvecklingen likartad i båda grupperna vilket indikerar att vi lyckats matcha individer i likartat skede i utvecklingen av sjukfrånvaron.

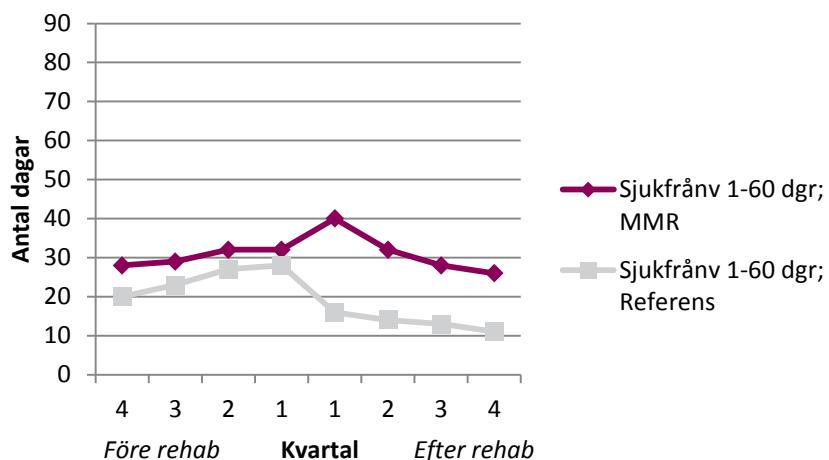


Figur 8. Personer som lämnar sjukförsäkringssystemet till följd av utförsäkring. Figuren visar när de som utförsäkrats lämnar systemet under uppföljningsmånaderna.

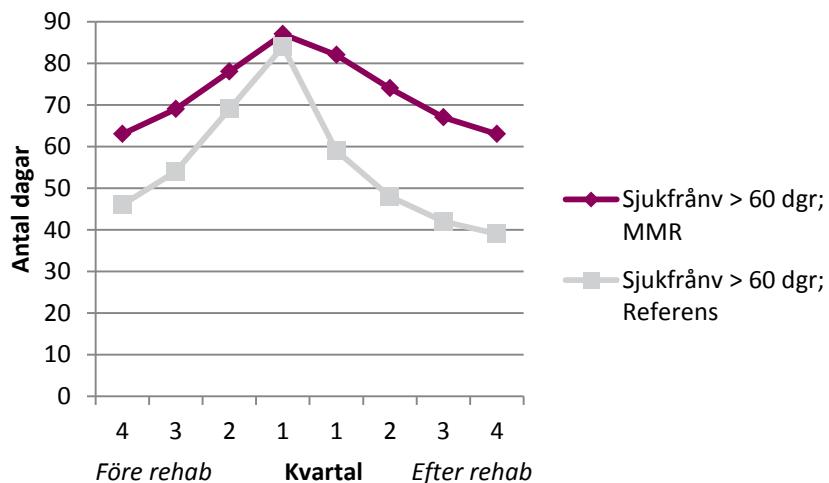
Vilka faktorer påverkar sjukfrånvaro efter rehabilitering?

Tills nu har sjukfrånvaro redovisats utan hänsyn till påverkan av andra faktorer än behandling. Som en sista del av analysarbetet gjordes därför en fördjupad statistisk analys, en så kallad kovariansanalys med upprepade mätningar för att undersöka om – och i så fall i vilken mån – andra faktorer än behandling har påverkat utfallet. I en kovariansanalys kan man studera en variabel av intresse och kontrollera för olika påverkansfaktorer, i detta fall ålder, kön, och sjukfrånvarotid före rehabilitering. Dessutom undersöktes i vilken mån utfallet har påverkats av var rehabiliteringen har skett; privat eller offentlig vård. Resultatet visade att samtliga dessa faktorer har en signifikant ($p<0.001$) betydelse för utvecklingen av sjukfrånvaro efter rehabilitering. Det fanns även en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen och referensgruppen, som visar på en mer positiv utveckling av sjukfrånvaro för referensgruppen. Som illustreras i figur 9a och 9b, är kort sjukfrånvaro före behandling relaterat till kortare sjukfrånvaro efter rehabiliteringen medan det motsatta gäller för de med lång sjukfrånvaro. Med stöd av tidigare studier delades in materialet i två grupper: (a) de med 1-60 sjukfrånvarodagar kvartalet före rehabilitering och dem med fler än 60 dagar. Personer med mindre än 60 dagars sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering har en mer gynnsam utveckling och har mellan 32 till 42 sjukfrånvarodagar färre per uppföljningskvartal, än personer med hög sjukfrånvaro (>60 dagar). Detta kan tolkas som att för att få maximal effekt av behandlingen bör den ges i ett tidigt skede av sjukfrånvaroprocessen, helst inom loppet av de två första sjukfrånvaromånaderna.

Kön och ålder påverkar också resultatet. Till exempel har kvinnor 4-6 fler sjukfrånvarodagar per kvartal än män och för varje år av ökad ålder så ökar antalet sjukfrånvarodagar under uppföljningen. Analyser genomfördes även för att jämföra privatägda och landstingsägda vårdenheter uppdelat på primärvård och specialistvård. Resultaten visar att patienter som har genomgått rehabilitering vid privata specialistenheter har en bättre utveckling av sjukfrånvaron än patienter som har genomgått rehabilitering vid landstingsägd primär- och specialistvård men även privatägd primärvård ($p<0.05$). Skillnaden förstärks över tid, det vill säga för varje kvartal ökar skillnaden för att vid kvartal 4 vara i genomsnitt 5 dagar per patient ($p<0.05$).



Figur 9a. Sjukfrånvaroutveckling för individer med 1-60 sjukfrånvarodagar före MMR, samt referensgruppens utveckling.

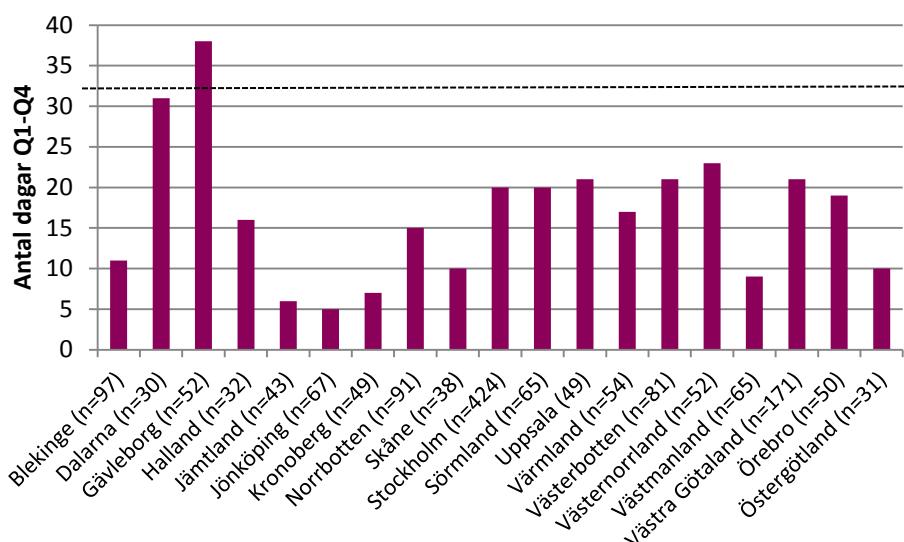


Figur 9b. Sjukfrånvaroutveckling för individer med >60 sjukfrånvarodagar före MMR, samt referensgruppens utveckling.

MMR och utveckling av sjukfrånvaro i olika landsting

Hittills har sjukfrånvaro efter rehabilitering studerats utifrån ett nationellt perspektiv med antagandet att utvecklingen är den samma i hela landet. Figur 10 visar dock att det finns vissa skillnader mellan landstingen beträffande sjukfrånvaroutvecklingen. Notera dock att antalet patienter är begränsat i vissa landsting, vilket kan ge upphov till slumpvisa effekter. Mer detaljerad statistik över sjukfrånvaroutvecklingen i olika landsting redovisas i bilaga 2. Figuren visar att den genomsnittliga sjukfrånvaron efter rehabilitering minskar i samtliga

landsting, men att skillnaderna varierar. Gävleborg uppvisar den största minskningen där sjukfrånvaron minskar med i genomsnitt 38 dagar när man jämför sjukfrånvaron kvartalet före behandlingen med sjukfrånvaron fyra kvartal senare. Under samma period minskade sjukfrånvaron i referensgruppen med i genomsnitt 32 dagar. Den längsta förändringen av sjukfrånvaron ses i Jönköping, Jämtland och Kronoberg. I bilaga 2 redovisas det genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar/landsting fyra kvartal före och efter rehabilitering. Där framkommer att för vissa landsting finns det stora skillnader mellan behandlingsgrupp och referensgrupp året före rehabilitering när det gäller genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar. Även om vi kontrollerat för sjukfrånvaro innan bör resultaten för dessa landsting tolkas med försiktighet då sjukfrånvaro i sig är en stark predicerande faktor för fortsatt sjukfrånvaro.



Figur 10. Förflyttning av total sjukfrånvaro per landsting, uttryckt som skillnaden mellan genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar kvartalet före rehabilitering (-Q1) och det fjärde kvartalet efter påbörjad rehabilitering (Q4). Personer utan sjukfrånvaro kvartalet före behandling liksom utförskräkte och avlidna är exkluderade. Den streckade linjen anger referensgruppens genomsnittliga förflyttning. Gotland saknade MMR vid den aktuella tidpunkten och ingår därför inte i figuren (kvartal 1-3, 2009)

Analyser genomfördes även uppdelat per landsting och jämfört med respektive referensgrupp. Resultaten visar att 17 av de 19 landstingen har en statistisk säkerställd sämre utveckling av sjukfrånvaron än referensgruppen. De övriga tre landstingen hade en likartad utveckling av sjukfrånvaron som referensgruppen för MMR.

Psykologisk behandling (PB)

Totalt 14 650 individer som påbörjat PB kunde följas 12 månader efter behandlingsstart. I referensgruppen identifierades 7 869 personer. 39 procent av behandlingsgruppen hade någon form av registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringsstart (behandlingsmånaden exkluderad). De två vanligaste diagnosgrupperna vid sjukfallets början var ”förstämningssyndrom” (30 %) och ”neurotiska, stressrelaterade och somatoform symptom” (30 %). Beskrivande statistik för behandlingsgruppen och referensgruppen redovisas i tabell 3. Av tabellen framgår att medelåldern i referensgruppen var något högre och att behandlingsgruppen i genomsnitt hade fler sjukfrånvarodagar än referensgruppen.

Tabell 3. Beskrivande statistik för personer som har påbörjat psykologisk behandling under kvartal 1-3 år 2009, samt för deras matchades kontroller.

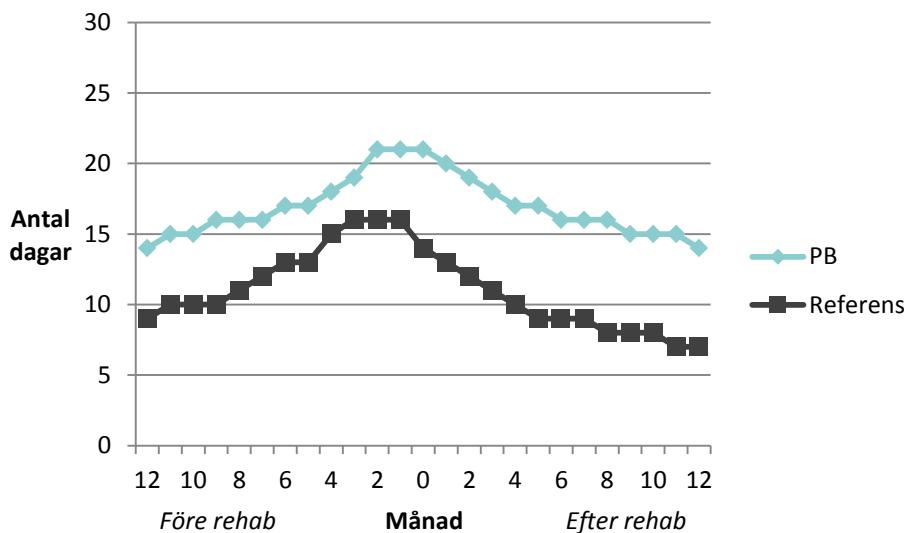
	Behandling N = 14 650	Kontroller N = 7 869
Kön, kvinnor	71 %	74 %
Nationalitet, svenskfödda	87 %	85 %
Ålder, medelvärde (sd)	39 (13)	42 (11)
Sjukfrånvarodagar kvartalet före behandling, medelvärde (sd)*	63 (32)	52 (32)

* Avser samtliga former av registrerad sjukfrånvaro. I dessa siffror ingår enbart personer som hade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandlingsstart.

Total sjukfrånvaro före och efter rehabilitering

Figur 11 illustrerar den månatliga utvecklingen av sjukfrånvaro och visar att det genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar gradvis ökar och är som högst vid tiden för rehabiliteringsstart. Månaden då behandlingen startar ligger den genomsnittliga sjukfrånvaron i behandlingsgruppen på 21 dagar ($sd=11$) medan motsvarande siffra för referensgruppen är 14 dagar ($sd=13$). Figuren visar att mönstret för sjukfrånvaroutveckling är likartat i båda grupperna, även om referensgruppens kurva ligger lägre under hela studieperioden. Personer som har behandlats inom psykiatrin följer utvecklingen på motsvarande sätt, även om den genomsnittliga sjukfrånvaron är några dagar högre ($m=24$, $sd=10$) i denna grupp jämfört med de som har fått PB utanför psykiatrin ($m=20$, $sd=12$). Om man jämför grupperna när sjukfrånvaron var som högst – månaden före rehabiliteringsstart – har behandlingsgruppen i genomsnitt 21 sjukfrånvarodagar medan referensgruppen har 16 dagar. Om man utgår från

värdet då sjukfrånvaron låg på topp kan man vid uppföljningens slut se att sjukfrånvaron har sjunkit i båda grupperna. Minskningen är dock större i referensgruppen (-9 dagar) än i behandlingsgruppen (-7 dagar).



Figur 11. Månadsvis utveckling av total sjukfrånvaro 12 månader före och 12 månader efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Månad 0 = månaden då behandlingen påbörjas. Utförsäkrade och avlidna exkluderade. PB (N=5 263); Referens (N=6 807).

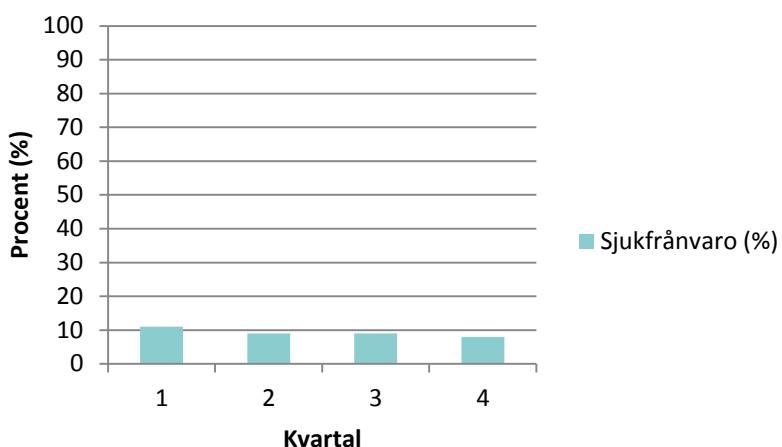
Sjukfrånvaro kvartal fyra efter rehabiliteringsstart

Hittills har sjukfrånvaro beskrivits i termer av genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar. Detta ger en god beskrivning av den sammanlagda utvecklingen av sjukfrånvaron då det innefattar så väl förändring i omfattning av sjukfrånvaron (heltid/deltid) som antal nya och avslutade fall av sjukfrånvaro. Det är dock inget lämpligt mått om man vill få en tydligare bild av hur många individer som tillkommer eller lämnar sjukförsäkringssystemet under uppföljningstiden.

5 263 individer i behandlingsgruppen hade sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering och av dessa var det totalt 38 procent som hade avslutat sin sjukfrånvaro fyra kvartal efter behandlingsstarten. I referensgruppen om 6 807 individer är motsvarande andel 63 procent. I dessa analyser ingår inte avlidna eller utförsäkrade.

Personer utan sjukfrånvaro före rehabilitering

8 864 individer saknade registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering. Om man går längre tillbaka i tiden och beaktar hela året som föregick rehabiliteringen framgår att 5-8 procent av gruppen har haft någon form av registrerad sjukfrånvaro före rehabilitering. Andelen varierar beroende på vilket kvartal som studeras (med den högsta andelen fyra kvartal före rehab). Utvecklingen av sjukfrånvaro efter rehabilitering åskådliggörs i figur 14 och visar att sjukfrånvaron efter rehabilitering ligger på en konstant låg nivå under hela uppföljningsperioden.



Figur 14. Sjukfrånvaroutveckling efter rehabilitering för personer utan sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen (N=8864). Anger andel nya sjukfrånvarofall per kvartal. PB.

Sjuk- och aktivitetsersättning

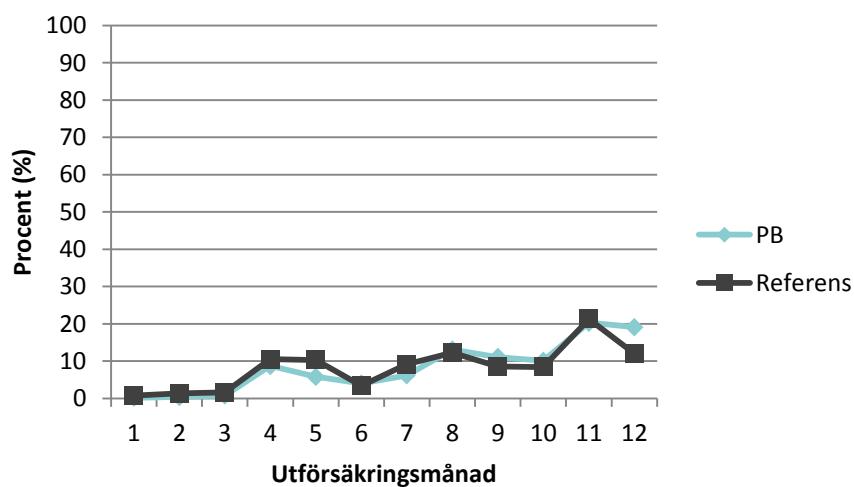
En stor andel (44 %) av sjukfrånvaron i behandlingsgruppen bestod av sjuk- och aktivitetsersättning (SA). Detta innebär att 2 308 individer hade denna ersättning i någon omfattning under det kvartal som föregick rehabiliteringen. En övervägande majoritet hade SA på heltid (66 %) eller halvtid (18 %). Vid uppföljningen, fyra kvartal efter behandlingen, har åtta procent (N=194) helt avslutat sin SA. Vid detta kvartal är det 60 procent som har ersättningen på heltid och 17 procent som har den på halvtid.

Referensgruppen var inte matchad utifrån SA. Det kan ändå nämnas att 503 personer (7 %) i referensgruppen hade denna ersättning och av dessa var det 36 individer (7 %) som hade upphört med ersättningen fyra kvartal senare. 43 procent hade ersättningen på halvtid och enbart sex procent hade SA på heltid. Kvartal fyra är det betydligt fler av referensgruppen

som har SA på heltid (21 %) medan 40 procent har SA på halvtid. Andelen ny tillkomna fall av SA är ungefär lika stor i båda grupperna. I behandlingsgruppen är det 105 personer (4 %) som nybeviljas SA under uppföljningen. I referensgruppen är motsvarande siffra 295 individer (5 %).

Utförsäkrade

Enbart i särskilda fall kan sjukpenningen förlängas efter det att man har förbrukat sin pott av sjukdagar, i resterande fall blir man utförsäkrad. Att bli utförsäkrad kan således inte jämföras med att återgå i arbete, utan många utförsäkrade blir hänvisade till andra instanser för att klara sin försörjning. Av denna anledning har utförsäkrade inte ingått i de ovanstående analyserna av sjukfrånvaro, men beaktas istället separat. Av de som innan insats var sjukfrånvarande utförsäkrades totalt 11 % i referensgruppen och 5 % i rehabiliteringsgrupperna. För PB är det i (11 %) referensgruppen och (3 %) i behandlingsgruppen som utförsäkras under uppföljningsperioden. Figur 12 är en illustration av när i tiden de som utförsäkrats lämnar systemet. Som framgår av figuren så är utvecklingen likartad i både grupperna vilket indikerar att vi lyckats matcha individer i likartat skede i utvecklingen av sjukfrånvaron.



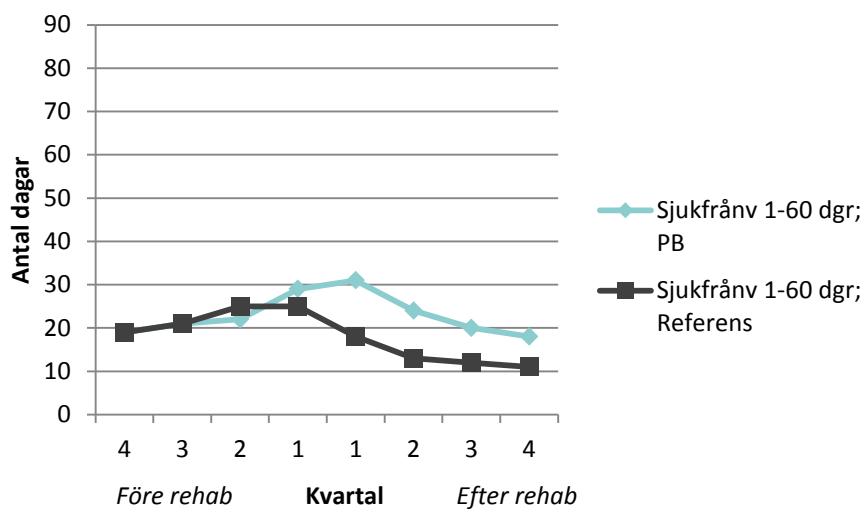
Figur 12. Personer som lämnar sjukförsäkringssystemet till följd av utförsäkring. Figuren visar när de som utförsäkrats lämnar systemet under uppföljningsmånaderna.

Vilka faktorer påverkar sjukfrånvaro efter rehabilitering?

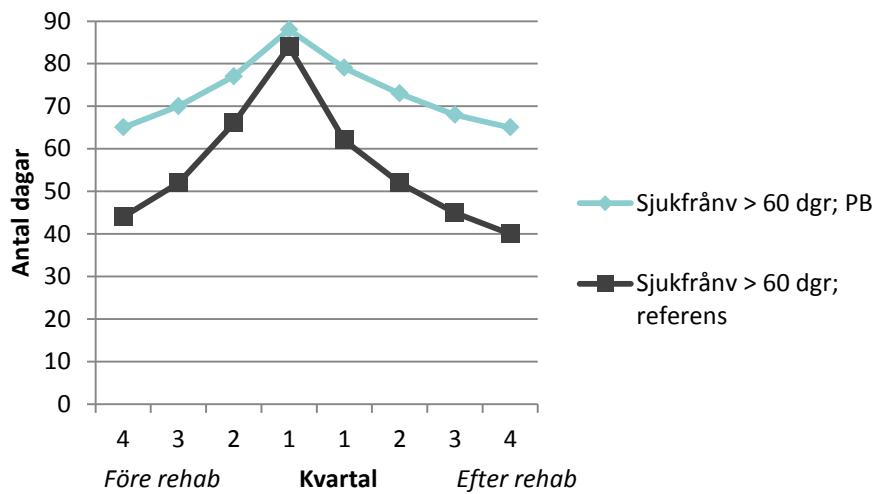
Hittills har sjukfrånvaro rapporterats utan att beakta andra faktorer än behandling. Som en sista del i analysarbetet gjordes därför en fördjupad statistisk analys, en så kallad kovariansanalys med upprepade mätningar för att undersöka om – och i så fall i vilken mån – andra faktorer än behandling har påverkat utfallet. I en kovariansanalys kan man studera en variabel av intresse och kontrollera för olika påverkansfaktorer, i detta fall ålder, kön, och sjukfrånvarotid före rehabilitering. Dessutom undersöktes i vilken mån utfallet har påverkats av var rehabiliteringen har skett; primärvård eller specialistvård. Resultatet visade att samtliga dessa faktorer har ett signifikant ($p<0.001$) samband med utveckling av sjukfrånvaro efter rehabilitering. Det fanns även en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen och referensgruppen, som visar på en mer positiv utveckling av sjukfrånvaro för referensgruppen. Som illustreras i figur 13a och 13b är kort sjukfrånvaro före behandling relaterat till kortare sjukfrånvaro efter rehabiliteringen medan det motsatta gäller för de med lång sjukfrånvaro. Med stöd av tidigare studier delades in materialet i två grupper: (a) de med 1-60 sjukfrånvarodagar före rehabilitering och dem med fler än 60 dagar. Personer med mindre än 60 dagars sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering har en mer gynnsam utveckling och har mellan 36 till 45 sjukfrånvarodagar färre per uppföljningskvartal, än personer med hög sjukfrånvaro (>60 dagar). Detta kan tolkas som att för att få maximal effekt av behandlingen bör den ges i ett tidigt skede av sjukfrånvaroprocessen, helst inom loppet av de två första sjukfrånvaromånaderna.

Kön och ålder påverkar också resultatet. Till exempel har kvinnor ett par sjukfrånvarodagar färre per kvartal än män, och ökad ålder är förenat med en ökning av antalet sjukfrånvarodagar under uppföljningen. Som vi har visat tidigare har referensgruppen lägre sjukfrånvaro än behandlingsgruppen både före och efter rehabilitering.

Analyser genomfördes även för att jämföra privatägda och landstingsägda enheter uppdelat på primärvård och specialistvård. Resultaten visat att patienter som har genomgått rehabilitering vid privata specialistenheter har bättre utveckling av sjukfrånvaron än patienter som har fått rehabilitering vid landstingsägd primär- och specialist vård, men även privatägd primärvård ($p<0.05$). Skillnaden förstärks över tid det vill säga för varje kvartal ökar skillnaden för att vid kvartal 4 vara i genomsnitt -11 dagar per patient ($p<0.001$).



Figur 13 a. Sjukfrånvaroutveckling för individer med 1-60 sjukfrånvarodagar före PB, samt referensgruppens utveckling.



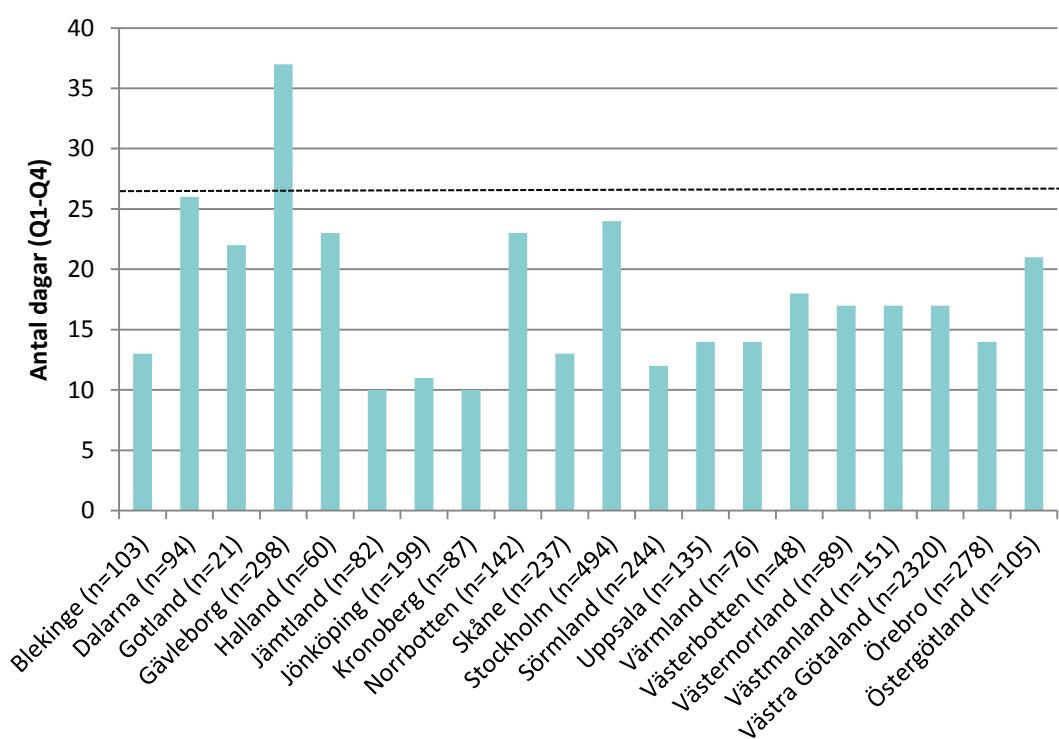
Figur 13 b. Sjukfrånvaroutveckling för individer med >60 dagars sjukfrånvaro före PB, samt referensgruppens utveckling.

PB och utveckling av sjukfrånvaro i olika landsting

Fram till nu har sjukfrånvaro efter rehabilitering studerats utifrån ett nationellt perspektiv med antagandet att utvecklingen är den samma i hela landet. Figur 15 visar dock att det finns vissa skillnader mellan landstingen beträffande sjukfrånvaroutvecklingen. Mer detaljerad statistik över sjukfrånvaroutvecklingen i olika landsting redovisas i bilaga 2. Figuren visar att den genomsnittliga sjukfrånvaron efter rehabilitering minskar i samtliga landsting. Gävleborg uppvisar den största minskningen mellan där sjukfrånvaron minskar med i genomsnitt 37

dagar när man jämför sjukfrånvaron kvartalet före behandlingen med sjukfrånvaron fyra kvartal senare. Den motsvarande minskningen av sjukfrånvaron i referensgruppen var i genomsnitt 26 dagar. Den lägsta förändringen av sjukfrånvaron ses i Jönköping, Jämtland och Kronoberg.

Analyser genomfördes även uppdelat per landsting och jämfört med respektive referensgrupp. Resultaten visar att 15 av de 20 landstingen har en statistisk säkerställda sämre utveckling av sjukfrånvaron än referensgruppen. De övriga 5 landstingen hade en likartad utveckling av sjukfrånvaron som referensgruppen för PB. I bilaga 2 redovisas antal genomsnittliga sjukfrånvarodagar per kvartal före och efter rehabilitering. För vissa landsting skiljer sig den genomsnittliga sjukfrånvarolängden relativt mycket mellan behandlingsgrupp och referensgrupp året före rehabilitering. Även om vi kontrollerat för tidigare sjukfrånvaro bör resultaten för dessa landsting tolkas med försiktighet då sjukfrånvaro i sig är en stark prediktor för fortsatt sjukfrånvaro.



Figur 15. Förändring av total sjukfrånvaro per landsting, uttryckt som skillnaden mellan genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar kvartalet före rehabilitering (-Q1) och det fjärde kvartalet efter påbörjad rehabilitering (Q4). Personer utan sjukfrånvaro kvartalet före behandling liksom utförskräde och avlidna är exkluderade. Den streckade linjen anger referensgruppens genomsnittliga förändring.

Preliminära resultat för enkätstudien

Här redovisas resultatet från enkätstudien, vilket innehåller personer som har behandlats mellan mars till september 2010. Dessa tillhör sålunda en annan kohort än det material som redovisades under registerstudien.

579 individer har hittills besvarat baslinjeenkäten och av dessa har 57 procent påbörjat psykologisk behandling (PB) medan resten har påbörjat multimodal rehabilitering (MMR). Fördelningen av patienter per landsting redovisas i tabell 4. En grov uppskattning av antal tillfrågade patienter har gjorts genom att summera antalet inkomna enkäter och antalet nejsvar och dividera denna summa med Försäkringskassans redovisning av antalet rapporterade patienter per deltagande vårdenhet i varje landsting. Det faktiska antalet tillfrågade kan dock vara högre än rapporterat, vilket kan bero på att tillfrågade patienter glömt att besvara enkäten.

Tabell 4. Landsting som ingår i enkätstudien, antal/andel patienter som ingår per landsting samt en uppskattning av andelen tillfrågade patienter.

Landsting	Antal patienter	Andel patienter	Andel tillfrågade patienter
Uppsala	46	8 %	22 %
Örebro	43	7 %	100 %
Västra Götaland	107	18 %	46 %
Östergötland	38	7 %	76 %
Dalarna	36	6 %	26 %
Gävleborg	21	4 %	58 %
Halland	22	4 %	22 %
Västerbotten	28	5 %	96 %
Norrboten	63	11 %	84 %
Skåne	95	16 %	74 %
Stockholm	56	10 %	29 %
Jämtland	24	4 %	28 %
Totalt	579	100 %	44 %

Från de bakgrundsdata som redovisas i tabell 5 kan man se att fler kvinnor än män ingår i enkätstudien och att PB-gruppen har en något lägre medelålder än MMR-gruppen. Det är även en högre andel i MMR än i PB som har haft sjukfrånvaro året före rehabiliteringsstart. Åldersfördelning, könsfördelning samt arbetsstatus stämmer väl överens med riksdata från registerstudien. Personer i PB har oftare högre utbildningsnivå än individer i MMR. Uppföljningsgruppen skiljer sig något åt från baslinjegruppen i och med att enbart 11 procent

av de som har fått MMR är män (PB 24 % män). I uppföljningsgruppen har MMR-patienterna även en högre medelålder (47 år; PB=40) och de har mer sällan arbetat halvåret före rehabilitering (51 %).

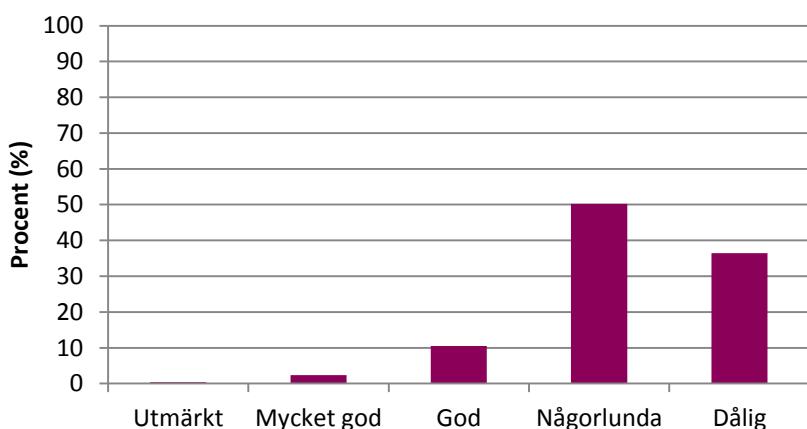
Tabell 5. Bakgrundsdata från baslinjemätningen för personer i psykologisk behandling (PB) och multimodal rehabilitering (MMR). Sjukfrånvaro avser både sjukpenning och sjuk-och aktivitetsersättning 12 månader före rehabiliteringen, exklusive månaden för behandlingsstart. Enbart personer med sjukfrånvaro ingår i sifforna.

	PB n=332	MMR n=247
Ålder, medelvärde	39	45
Kön, kvinnor, n (%)	240 (72)	204 (83)
Utbildning, n (%)		
Grundskola	38 (11)	42 (17)
Gymnasium	178 (54)	143 (58)
Universitet	112 (34)	53 (22)
Licentiat/doktorsexamen	3 (1)	3 (1)
Sjukfrånvaro året före rehab		
Procent	40 %	60 %
Antal sjukfrånvarodagar, m (sd)	142 (128)	196 (127)
Medicinerar mot besvären		
Dagligen	50 %	57 %
Aldrig	27 %	15 %

Multimodal rehabilitering (MMR)

Hälsa och arbetsförmåga i baslinjegruppen

Vid den första baslinjemätningen i MMR-gruppen ingår 247 individer. Jämfört med personer som med psykisk ohälsa (PB) är hälsoläget i MMR-gruppen betydligt sämre då behandlingen inleds. Merparten (60 %) har även sjukfrånvaro året före rehabiliteringsstarten. Vid behandlingsstart ligger medelvärdet för det allmänna hälsotillståndet (EQ5D) på 0,43 ($sd=0,28$), vilket ligger långt under normalpopulationens värde (0,70). Även medelvärdet på den allmänna hälsofrågan (SF-12) visar på en upplevd dålig hälsa med ett medelvärde på 4,2 ($sd=0,7$), (max 5 poäng = ”dålig hälsa”). Om man studerar hur skattningarna är fördelade (se figur 16) ser man att 50 procent anser att hälsan är ”någorlunda” medan 36 procent upplever hälsan som ”dålig”.



Figur 16. Fördelning över MMR-gruppens (n=247) skattningarna av det allmänna hälsotillståndet.

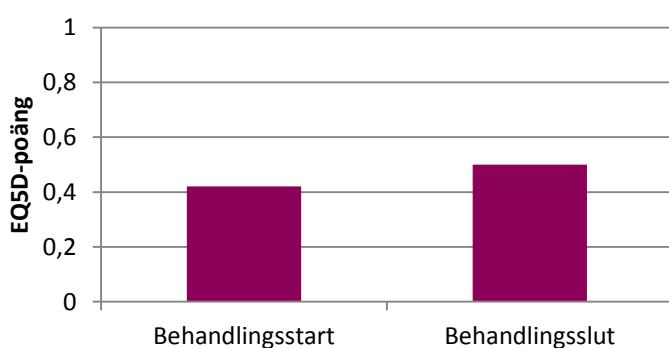
En mycket stor andel (87 %) uppger att de uträttat mindre än vad de skulle ha önskat på grund av sitt kroppsliga hälsotillstånd och ungefär tre fjärdedelar (74 %) anser att de inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt som en följd av sitt kroppsliga hälsotillstånd. Men det är inte enbart den fysiska hälsan som sviktar, känslomässiga symptom orsakar också problem. Runt hälften av MMR-gruppen anger att de har uträttat mindre än vad de skulle ha önskat, eller att de inte har utfört arbetsuppgifter eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt till en följd av känslomässiga besvär.

När det gäller arbetsförmåga är det 15 procent som uppger att de känner sig helt arbetsoförmögna. Medelvärdet på skalan som löper från 0 (helt arbetsoförmögen) till 10 (arbetsförmågan när den var som bäst) ligger vid behandlingsstart på 3,3 ($sd=2,4$). När det gäller skattning av möjligheten att återgå i arbete inom sex månader ligger den genomsnittliga skattningen bland de sjukfrånvarande i MMR 4,7 ($sd=3,5$), alltså nästan mitt emellan de båda ankarvärdena 0="ingen chans" och 10="mycket stor chans". Av personer som har varit i arbete har nästan samtliga varit sjuknärvarande åtminstone en gång under det senaste halvåret och över 40 procent har varit sjuknärvarande mer än fem gånger. Statistik från Försäkringskassan visar dessutom att 60 procent har haft någon form av registrerad sjukfrånvaro under året som föregick rehabiliteringen. Det genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar under detta år var 196 ($sd=127$). Personer som hade arbete upplevde att hälsoproblemen påverkade arbetsprestationen. På en skala mellan 0-10, där 0 betyder ingen påverkan på arbete" till 10 = "hälsoproblemen hindrade mig fullständigt från att arbeta" låg medelvärdet i gruppen på 6,1 ($sd=2,4$).

Utveckling av hälsa och arbetsförmåga

89 personer i MMR-gruppen ingår i uppföljningsgruppen och har alltså både besvarat baslinjeenkäten vid behandlingsstart och uppföljningsenkäten vid behandlingsslut. Gruppen är ändå så pass liten att resultaten bör ses som preliminära.

En viss förbättring av hälsan kan ses mellan de båda mätillfällena där uppföljningsgruppens allmänna hälsotillstånd förändrades från 0,42 ($sd=0,26$) då behandlingen påbörjades till 0,50 ($sd=0,28$) vid behandlingsavslut, se figur 17. Förbättringen är dock inte statistiskt signifikant och ligger fortfarande långt under normalpopulationens värde på 0,70.

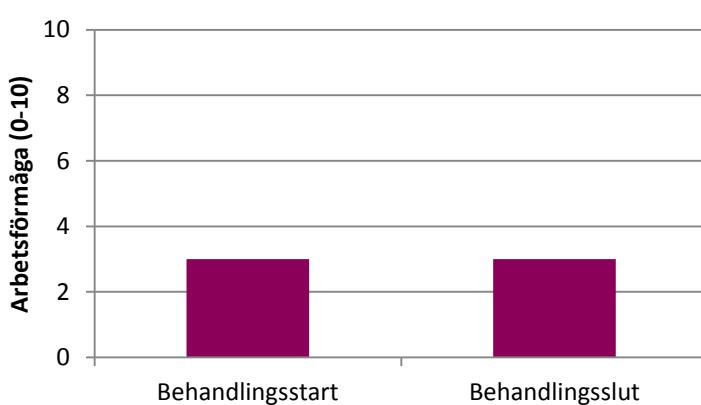


Figur 17. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) vid behandlingsstart och behandlingsslut för personer som genomgått multimodal rehabilitering (n=89). Normalbefolkningens värde = 0,70.

Beträffande den allmänna hälsofrågan (SF12) sker ingen förändring mellan mätillfällena, utan hamnar på en fyra ($sd=0,7$) både gångerna (1 = utmärkt hälsa; 5 = dålig hälsa). När det gäller smärtproblemens inverkan på arbete och dagliga aktiviteter är det fortfarande en stor majoritet (88 %) som anger att de uträttat mindre än de skulle önskat. Vid behandlingsavslut har det enbart skett en marginell minskning där 83 procent har svarat ja på denna fråga. Det är lika många (58 %) vid behandlingsstart som vid behandlingsslut som uppger att känslomässiga besvär har påverkat arbete och aktiviteter.

Det är 79 procent av patienterna vid start och 62 procent av patienterna vid avslut som uppger att de inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt som en följd av sitt kroppsliga tillstånd. Det är 53 procent av patienterna som vid start anger att de inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt som en följd av känslomässiga problem jämfört med 49 procent vid avslut. Skillnaderna nådde dock inte statistisk signifikans.

Beträffande självskattad arbetsförmåga sker ingen förändring mellan behandlingsstart och behandlingsavslut, medelvärdet är tre vid båda mätillfällena, (0=helt arbetsoförmögen; 10=optimal arbetsförmåga), se figur 18. Hos de som hade sjukfrånvaro vid behandlingsstart upplever ingen signifikant förbättring i möjligheten att återgå i arbete inom sex månader. Medelvärdet vid behandlingsstart låg på 4,3 och 4,6 vid behandlingsslut (0=ingen chans och 10=mycket stor chans). Standardavvikelsen var 3,6 vi båda mätningarna. Även för frågorna i SF12 om besvärens påverkan på arbete och aktiviteter sker ingen förändring mellan de båda mätillfällena.

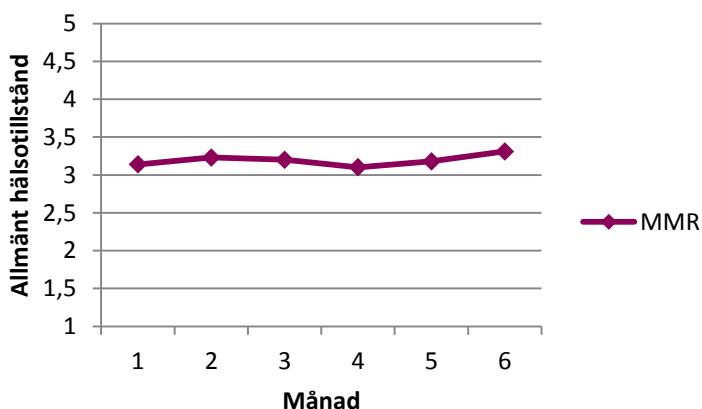


Figur 18. Självskattad arbetsförmåga före och efter multimodal rehabilitering (n=89).

Eftersom många i MMR-gruppen hade sjukfrånvaro året före rehabilitering, och då det finns anledning att anta att detta är en faktor som kan påverka hälsoutvecklingen gjordes en dikotomisering av MMR-gruppen utifrån sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering (exklusive behandlingsmånaden). Personer utan sjukfrånvaro eller med enbart en kortare tids sjukfrånvaro analyserades därmed separat, liksom individer med lång sjukfrånvaro (>60 dagar). Resultatet visade på vissa skillnader mellan grupperna. Båda grupperna har en låg självskattad hälsa (EQ5D), men personer med lång sjukfrånvaro har sämre värde ($m=0,38$; $sd=0,24$) än de med kortare sjukfrånvaro ($m=0,46$; $sd=0,27$). I gruppen med kort sjukfrånvaro sker en förbättring efter behandling som närmar sig signifikansnivån ($p=0,09$). I denna grupp sker även en signifikant förbättring ($p=0,004$) av medelvärdet för den självskattade arbetsförmågan mellan behandlingsstart ($m=3,56$; $sd=2,17$) och behandlingsslut ($m=4,49$, $sd=2,63$). I gruppen med längre sjukfrånvaro före behandling sker också en ökning av arbetsförmågan och en förbättring av den mentala hälsan, men medelvärdesskillnaderna före och efter behandling når inte riktigt upp till de ställda signifikansnivåerna.

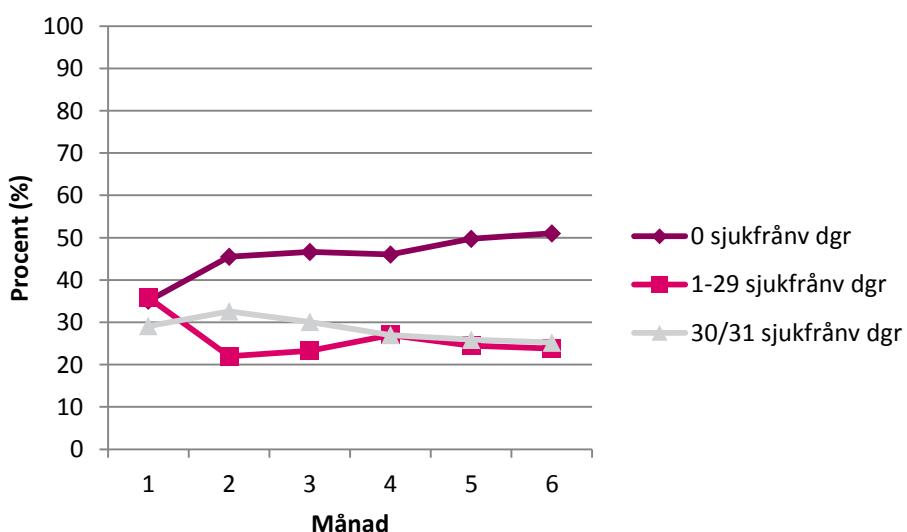
SMS-frågor

Som en del i enkätstudien skickas även frågor via SMS till patientens mobiltelefon. Detta utskick görs en gång per månad och varje utskick innehåller två frågor. Syftet med detta är att fånga upp förändringar i hälsan under uppföljningstiden, samt att få en bild över deltagarnas sjukfrånvaro, med fokus på korttidssjukfrånvaro. Det sker endast marginella förändringar av den självrapparterade hälsoläget under den sex månader långa uppföljningen, se figur 19. För merparten av patienterna i MMR ligger skattningarna runt 3,1 till 3,2 under hela uppföljningen (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa). Ett undantag är den sista månaden då värdet ökar till 3,3. Dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta.



Figur 19. Utveckling av självskattad hälsa (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa) via SMS för personer som påbörjat multimodal rehabilitering.

Sjukfrånvaro under uppföljningen illustreras i figur 20 uppdelat på sjukfrånvarons längd. Figuren visar att andelen utan sjukfrånvaro (0 dagar) ökar under uppföljningstiden, dock inte helt statistiskt säkerställt, medan det sker en viss nedgång av andelen som har sjukfrånvaro 1-29 dagar med en statistiskt säkerställd nedgång den sista månaden. Merparten av de som ingår i denna kategori har mellan 1-14 dagars sjukfrånvaro, något som alltså inte registreras hos Försäkringskassan (om inte sjukfallet utmynnar i en längre tids sjukfrånvaro). Andelen med en hel månads sjukfrånvaro ligger relativt stabilt under uppföljningen.

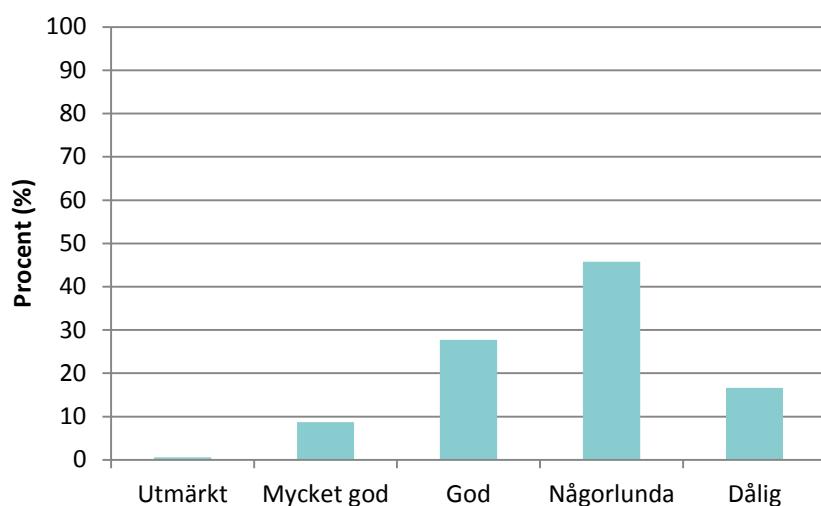


Figur 20. Utveckling av sjukfrånvaro för de personer som startat multimodal rehabilitering och vilka kunde följas via SMS under sex månaders tid.

Psykologisk behandling (PB)

Hälsa och arbetsförmåga vid rehabiliteringsstart

Vid den första baslinjemätningen i PB-gruppen ingår 332 individer. Personer som i PB skattar sitt allmänna hälsotillstånd lägre (EQ5D) än normalpopulationens värde på 0,70. Medelvärdet för gruppen var 0,61 med en standardavvikelse på 0,26. På den allmänna hälsofrågan (SF-12) var medelvärdet initialt 3,7 (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa). Om man studerar hur skattningarna är fördelade (se figur 21) ser man att 46 procent anser att hälsan är ”någorlunda” medan 17 procent upplever hälsan som ”dålig”.



Figur 21. Fördelning över PB-gruppens (n=332) skattningarna av det allmänna hälsotillståndet.

De känslomässiga besvären har även påverkat prestationen på arbete och fritid. 85 procent anger att de har uträttat mindre än de skulle ha önskat till följd av besvären och 72 procent menar att kvaliteten i det man gör har blivit lidande till följd av de känslomässiga svårigheterna. En stor andel anger därutöver att den kroppsliga hälsan är nedsatt vilket påverkar arbete och/eller dagliga aktiviteter.

När det gäller den självskattade arbetsförmågan låg medelvärdet på 5,0 ($sd = 2,7$) på en skala mellan 0 (=helt arbetsoförmögen) till 10 (=arbetsförmågan när den var som bäst). Åtta procent av gruppen upplever sig vara helt utan arbetsförmåga. Personer som hade arbete fick även skatta i vilken utsträckning deras hälsoproblem påverkade prestationen medan de arbetade. Skalan löper från 0 (ingen påverkan) till 10 (fullständig påverkan). Medelvärdet i gruppen var

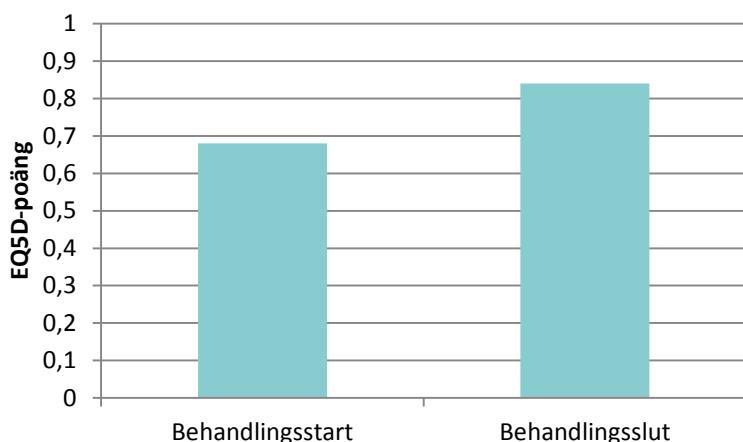
3,8 ($sd=2,9$). En viktig prediktiv faktor för återgång i arbete är den prognos som den sjukskrivna själv gör gällande sina möjligheter att arbeta igen. Här ligger medelvärdet bland personer med sjukfrånvaro på 6,3 (0=ingen chans och 10=mycket stor chans) ($sd=3,3$).

Sjuknärvaro handlar om att man har gått till arbetet trots att man med tanke på sitt hälsotillstånd borde varit hemma, något som nästan alla i gruppen har gjort (85 %). 28 procent anger att man har varit sjuknärvarande mer än fem gånger under det senaste halvåret. Data från Försäkringskassan rörande registrerad sjukfrånvaro visar att 40 procent av patienterna hade någon form av registrerad sjukfrånvaro året före rehabiliteringsstart. Det genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar under detta år var 142 ($sd=128$).

Utveckling av hälsa och arbetsförmåga

Vid tiden för den första avrapporteringen av enkätstudien hade 55 personer både besvarat baslinje- och uppföljningsenkäten. Eftersom uppföljningsgruppen innehåller så pass få individer, och då vi i dagsläget inte känner till den exakta svarsfrekvensen, bör resultaten tolkas med försiktighet.

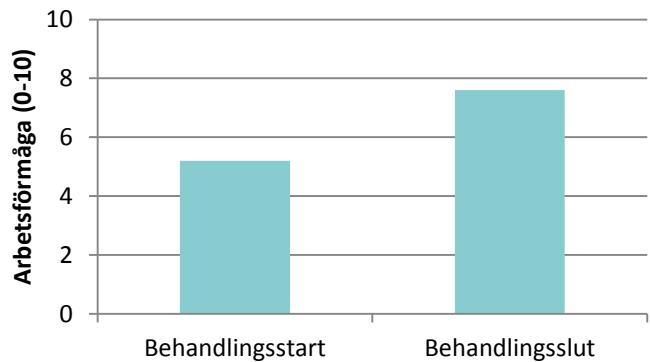
Av de personer som har genomgått PB och som har besvarat både baslinje- och uppföljningsenkäten ($n=55$) förbättrades det allmänna hälsotillståndet från 0,68 ($sd=0,25$) vid behandlingsstart till 0,84 ($sd=0,16$) vid behandlingsslut (se figur 22). På motsvarande sätt skedde en förbättring av den allmänna hälsofrågan från 3,4 ($sd=0,9$) vid behandlingsstart till 2,6 ($sd=1,0$) vid behandlingsslut. Förändringarna är statistiskt signifikanta ($P<0,001$).



Figur 22. Allmänt hälsotillstånd (EQ5D) vid behandlingsstart och behandlingsslut för personer som genomgått psykologisk behandling (n=55). Normalbefolknings värde = 0.70.

Vid behandlingsstart var det 86 procent av uppföljningsgruppen som upplevde att deras känslomässiga besvär påverkade aktiviteter och arbete. Vid behandlingsslut har denna andel sjunkit till 40 procent. Det är 71 procent av patienterna som vid start anger att de inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt som en följd av känslomässiga problem, vilket kan jämföras med 29 procent vid uppföljningen. Det sker även en minskning av andelen patienter som upplever att det fysiska hälsotillståndet påverkat aktiviteter och arbete negativt (behandlingsstart: 47 %; behandlingsavslut: 31%).

I uppföljningsgruppen sker en signifikant ($p<0,001$) förbättring av den självskattade arbetsförmågan från 5,2 ($sd=2,8$) vid behandlingsstart till 7,6 ($sd=2,3$) när behandlingen avslutas, se figur 23. En liten andel av gruppen (7%) upplevde att de helt saknade arbetsförmåga när behandlingen påbörjades, men vid uppföljningen är det inte längre någon som rapporterar detta. 22 procent upplever sig istället ha optimal arbetsförmåga då behandlingen avslutas. Andelen som gjorde samma skattning när behandlingen påbörjades var sex procent.



Figur 23. Självskattad arbetsförmåga före och efter psykologisk behandling (n=55)

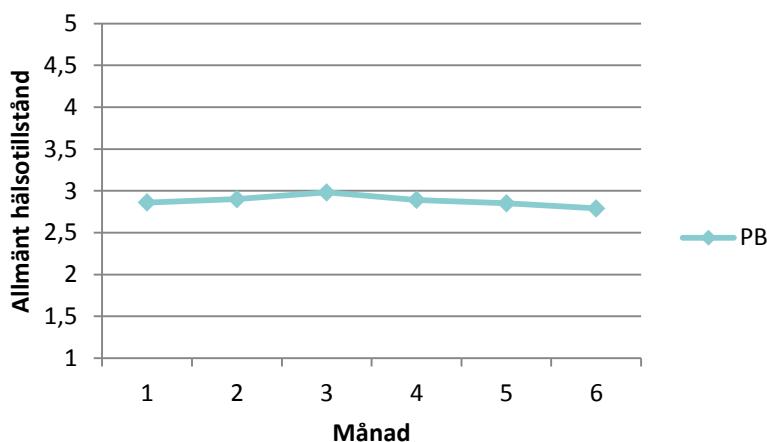
Merparten av individerna skattar sina möjligheter att komma tillbaka i arbete som goda och den genomsnittliga skattningen på den elvagradiiga skalan ligger på 7,6 ($sd=2,3$) vid behandlingsstart och ökar till 7,9 ($sd=3,5$) vid behandlingsavslut. Antalet personer med sjukfrånvaro före behandlingen och som därför kunde göra denna skattning var dock mycket litet (n=14).

När behandlingen avslutas är det färre personer som upplever sig besvärade av problemen när de arbetar och medelvärdet sjunker från 3,4 ($sd=2,7$) vid behandlingsstart till 1,3 ($sd=2,1$) vid behandlingsslut. Denna skillnad var signifikant ($p=0,001$).

SMS-frågor

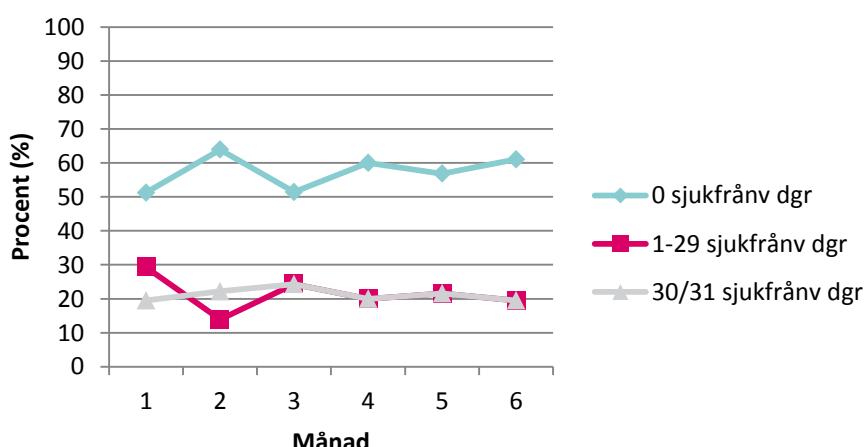
Som en del i enkätstudien skickas även frågor via SMS till patientens mobiltelefon. Detta utskick görs en gång per månad och varje utskick innehåller två frågor. Syftet med detta är att fånga upp förändringar i hälsan under uppföljningstiden, samt att få en bild över deltagarnas sjukfrånvaro, med fokus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

Det sker endast marginella förändringar av den självrappordrade hälsoläget under den sex månader långa uppföljningen, se figur 24. För merparten av patienterna i PB ligger skattningarna runt 2,9 (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa) under hela uppföljningen.



Figur 24. Utveckling av den självrappordrade hälsan (1=utmärkt hälsa; 5=dålig hälsa) via SMS för personer som påbörjat psykologisk behandling.

Sjukfrånvaro under uppföljningen illustreras i figur 25 uppdelat på sjukfrånvarons längd. Figuren visar att andelen utan sjukfrånvaro (0 dagar) ökar under uppföljningstiden, denna ökning är klart statistiskt signifikant, medan det sker en viss nedgång av andelen som har sjukfrånvaro, både 1-29 dagar och 30 dagar. Dessa senare förändringar blir inte helt statistiskt säkerställda med det ännu så låga antalet individer från vilka data erhållits för ingående månader. Merparten av de som ingår i kategorin ”1-29 dagar” har mellan 1-14 dagars sjukfrånvaro, något som alltså inte registreras hos Försäkringskassan (om inte sjukfallet utmynnar i en längre tids sjukfrånvaro). Andelen med en hel månads sjukfrånvaro ligger relativt stabilt under hela uppföljningen.



Figur 25. Utveckling av sjukfrånvaro för personer som startat psykologisk behandling och som kunde följas via SMS i sex månader.

Diskussion

Det huvudsakliga syftet med denna delrapport var att undersöka utvecklingen av sjukfrånvaro hos personer som har påbörjat insatser inom rehabiliteringsgarantin, och att jämföra resultatet med en grupp som inte har erhållit denna typ av rehabilitering. Ett annat syfte var att undersöka hälsa och arbetsförmåga vid rehabiliteringsstart och att göra en första preliminär analys av förändringen av dessa egenskaper efter avslutad behandling.

Sammanfattningsvis visar resultaten att utvecklingen av sjukfrånvaro är likartad oberoende av om man erhåller rehabilitering eller inte inom rehabiliteringsgarantin. Resultaten visar också att det endast är ett mindre antal som går ur sjuk- och aktivitetsersättning efter rehabilitering. En något lägre andel än i referensgruppen går in i en sjuk- och aktivitetsersättning under året efter rehabilitering och även andelen utförsäkrade är lägre i rehabiliteringsgruppen. Resultaten visar också att det är drygt dubbelt så stor andel i referensgruppen som utförsäkras under uppföljningsperioden jämfört med gruppen inom rehabiliteringsgarantin.

Det är relativt sett stora variationer i resultat mellan landstingen. Endast inom fem landsting var utvecklingen av sjukfrånvaro jämförbar med referensgruppens, de övriga landstingen uppvisar en sämre utveckling av sjukfrånvaron jämfört med respektive referensgrupp. Resultaten visar också att för vissa landsting skiljer sig sjukfrånvaron relativt mycket när man studerar hela året före rehabilitering, mellan de matchade referenserna och de som rehabiliterats. Detta gör att resultaten bör tolkas med försiktighet även om vi i analyserna kontrollerat för längd på sjukfrånvaron.

Det visade sig även att patienter som behandlats vid privata specialistenheter har en bättre utveckling av sjukfrånvaron efter rehabilitering än landstingsägd primärvård och specialistvård samt även privatägd primärvård. En förklaring till detta kan vara de specialistenheter som landstingen upphandlar tjänster av är enheter med upparbetad kompetens och erfarenhet inom rehabilitering med arbetsåtergång som mål (s.k. arbetslivsinriktad rehabilitering). I Socialstyrelsens rapport [1] framkom dessutom att privata vårdgivare har mer omfattande behandlingar än offentliga vårdgivare och detta gällde både för MMR och för PB.

I denna rapport har det inte varit möjligt att bryta ned resultaten och titta på enskilda vårdenheter inom landstingen. Det troliga är att resultaten varierar kraftigt även mellan rehabiliteringsenheter. I en ny rapport rörande utvärdering av rehabilitering för stressrelaterad ohälsa framkom just att resultaten varierar kraftigt mellan olika vårdenheter inom landstinget [11]. I slutrapporten kommer analyserna även att genomföras på vårdenhetsnivå.

Den i rehabiliteringsgarantin ingående psykologiska behandlingen som skall användas för lättare psykisk ohälsa har evidens för symtomlindring för tillstånden ångestsyndrom och depression men inte för arbetsåtergång eller minskning av sjukfrånvaro[12]. Det finns heller ingen evidens för effekt på stressrelaterad psykisk ohälsa. Detta kan vara faktorer som förklrar att rehabiliteringsgarantin inte har någon större effekt på sjukfrånvaron för den psykiska ohälsan. Det finns dock idag god evidens både nationellt och internationellt att multimodal rehabilitering för ryggbesvär är effektivt för att minska sjukfrånvaro [13]. Den bästa effekten uppnås när kliniska multimodala insatser kombineras med insatser på arbetsplatsen [14, 15]. Att införandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inte har kunnat påvisa effekter på sjukfrånvaro under rehabiliteringsgarantins första år kan dels bero på svårigheter med själva implementeringen, dels på att anknytningen till arbetsplatsen varit svag då majoriteten fått insatser inom landstingsägd primärvård där åtgärder på arbetsplatsen av tradition inte är särskilt stark. Resultaten från utvärderingen rörande skillnaden mellan privata specialistenheter och övriga enheter indikerar detta.

Utveckling av sjukfrånvaro

Resultatet från registerstudien visade på ett starkt samband mellan sjukfrånvarons längd före och efter rehabiliteringen. Detta samband var generellt och gällde både för multimodal rehabilitering (MMR) och för psykologisk rehabilitering (PB). Samma tendens sågs redan i den första uppföljningen av denna grupp och redovisades i delrapport 1 [2] Personer med kort sjukfrånvaro (<60 dagar) före rehabilitering har alltså en bättre utveckling av sjukfrånvaro året efter rehabilitering. Innebördens av detta är att effekterna av rehabiliteringen är bäst när insatserna sätts in under de första två månaderna av sjukfrånvaron. Rehabiliteringskedjans tidsramar med fokus på tidiga insatser ges därmed stöd. Liknande resultat har dels framkommit i en utvärdering av stressrehabilitering inom Stockholms läns landsting [11] och i andra vetenskapliga studier där multimodala insatser initierade i ett tidigt skede av

sjukskrivningsprocessen bidrar till lägre sjukfrånvaro även flera år efter avslutad rehabilitering [16-18].

Till skillnad från den första uppföljningen av de rehabiliterade (då enbart hälften kunde följas under minst sex månader) ser vi i denna rapport att även ålder och kön har betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen efter rehabilitering. Betydelsen av ålder innebär att ju äldre man är desto högre sjukfrånvaro efter rehabiliteringen. För kön fanns en oväntad effekt som visar att kvinnor har en mer gynnsam utveckling än män efter behandling i PB, medan männen klarar sig bättre än kvinnorna efter MMR. Skillnaderna var dock relativt blygsamma.

För personer som helt saknade sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering kan man se en viss ökning av sjukfrånvaron under uppföljningen. Ökningen sker i båda behandlingsgrupperna, men är större i MMR än i PB. MMR-gruppens sjukfrånvaro ökar mest under det första kvartalet efter rehabilitering och det är sannolikt att detta till viss del kan bero på att någon form av sjukskrivning ges för att möjliggöra deltagandet i rehabilitering. Ökningen av sjukfrånvaron måste även ställas i relation till att det förekom en del sjukfrånvaro under hela det år som föregick behandlingen. Det är sålunda inte fråga om en grupp som går från att vara helt utan sjukfrånvaro året innan rehabilitering till att bli sjukskrivna. Hur utfallet hade blivit utan rehabiliteringen är svårt att sia om. Även om rehabiliteringen inte har lett till att sjukfrånvaron i gruppen helt har upphört så kan rehabiliteringen eventuellt ha motverkat en ökning av sjukfrånvaron. Alternativt kan resultaten indikera att det är kontraproduktivt att initiera ett omfattande rehabiliteringsprogram för individer innan de gått in i sjukskrivning. Där kan det vara mer lämpligt med insatser av unimodal eller intermediär karaktär enligt socialstyrelsens senaste riktlinjer rörande smärta [19].

Sjuk- och aktivitetsersättning

Det var en betydande andel av sjukfrånvaron före rehabiliteringen som utgjordes av sjuk- och aktivitetsersättning (SA). Andelen var ungefärligen den samma i MMR och i PB. Sjuk- och aktivitetsersättning är en bidragsform som ges när arbetsförmågan bedöms vara nedsatt permanent eller när den är nedsatt under en stadigvarande period. Information om orsaken till SA framgår inte alltid av den statistikbeställning som gjordes av Försäkringskassan. Individernas SA kan till exempel ha helt andra orsaker – och ha funnits med mycket längre – än de besvär som de har behandlats för inom rehabiliteringsgarantin. När man studerar SA

och utvecklingen över tid ser man ändå en minskning av denna ersättning. Denna minskning förklaras inte av att personer har blivit ”utförsäkrade” då dessa är exkluderade från analyserna. Nio procent avslutar sin sjuk- och aktivitetsersättning (SA) efter rehabilitering efter både typerna av rehabilitering (PB 8 %, MMR 10 %). Av de som utförsäkras är alla utom en över 30 år d.v.s. att i princip alla är utanför den tidsbegränsade aktivitetsersättningen. Andelen i Försäkringskassans nationella statistik 2010 som avbryter sjuk- och aktivitetsersättning är sju procent av de med smärtdiagnoser och åtta procent av de med psykiatriska diagnoser.

Sjukfrånvaro i relation till referensgruppen

Resultaten visar sammanfattningsvis att jämfört med referensgruppen så ger insatser via rehabiliteringsgarantin inte någon förändring i utvecklingen av sjukfrånvaro under året efter påbörjad rehabilitering. På landstingsnivå uppvisade endast fem av landstingen en likartad utveckling som respektive referensgruppen med Dalarna som det enda landsting med en större (dock icke signifikant) minskning av sjukfrånvaron är referensgruppen. En positiv förändring rörande andel utförsäkrade påvisades där rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin halverar andelen utförsäkrade jämfört med referensgruppen. Då andelen med sjuk- och aktivitetsersättning också minskar efter rehabilitering kan detta kan indikera att individer inom rehabiliteringsgarantin får bättre hjälp att återgå i arbete eller annan aktivitet än individer utanför rehabiliteringsgarantin (referensgruppen).

Även om behandlingsgruppen och referensgruppen var matchade utifrån total sjukfrånvaro är referensgruppens sjukfrånvaro något lägre vid det första jämförelsekvartalet. Detta gäller både för PB och för MMR. Referensgruppen matchades på antal dagar med sjukpenning, men i behandlingsgruppen fanns det alltså en betydande andel individer som även hade sjuk- och aktivitetsersättning. Det kan vara en förklaring till varför referensgruppen hade lägre total sjukfrånvaro än behandlingsgruppen efter rehabiliteringen. Analyserna visar dock att det inte är någon statistisk säkerställd skillnad i utvecklingen över tid av sjukfrånvaro även om nivåerna av sjukfrånvaro skilde sig mellan rehabiliteringsgrupp och referensgrupp.

En annan faktor som skulle kunna förklara skillnaderna i utveckling av sjukfrånvaro mellan rehabiliteringsgrupperna och referensgruppen är utformningen av grunderna för rätt till sjukskrivning där en individ under pågående rehabilitering troligtvis har större ”chans” att få sjukskrivning godkänd än en individ utan pågående större insats vilket därmed skulle innebära ökad sjukfrånvaro för grupper som får rehabilitering.

Referensgruppen ger en approximativ beskrivning av utvecklingen av sjukfrånvaro i en grupp med samma diagnoser och könsfördelning, samt genomsnittliga ålder och sjukfrånvaro som behandlingsgruppen, men där individerna inte erhållit samma behandling. Det är enbart i relation till dessa variabler som vi kan vara säkra på grupperna är likvärdiga och man bör därför vara försiktig med vilka slutsatser man drar utifrån jämförelsen behandlingsgrupp – referensgrupp. Den matchade kontrolldesignen som användes är dock en av de metoder som har starkt vetenskapligt stöd om ej en randomiserad kontrollerad studiedesign (slumpmässigt urval) kan användas. Det viktiga i den matchade designen är att man dels har tillgång till de faktorer som är känt från litteraturen som betydelsefulla för utfallet dels att så mycket information om båda grupperna som möjligt inhämtas. I denna utvärdering har vi haft möjlighet att kontrollera för några av de mest etablerade faktorerna för prognos av sjukfrånvaro men då detta är en registerstudie fanns ingen möjlighet att inhämta annan information av vikt som till exempel psykosociala riskfaktorer. I enkätstudien har vi dock denna typ av information tillgänglig för behandlingsgruppen. För att kompensera inflytandet av olikheter i ej mätbara bakgrundsfaktorer tilldelades varje patient upp till maximalt 3 matchade referenspersoner.

En svårighet är att bedöma vilka individer som behöver rehabilitering och vilka som inte behöver detta. När det till exempel gäller icke-specifik ryggsmärta betonas att behandlingsinsatser bör sättas in tidigt i sjukskrivningsprocessen. Samtidigt är naturalförlloppet för ryggsmärta mycket godartat i de allra flesta fall [20]. Dilemmat är alltså att – i tidig fas – urskilja individer som har riskfaktorer för att utveckla långvarig smärtproblematik för att erbjuda dessa personer adekvat behandling. I internationella etablerade riktlinjer betonas vikten av att tidigt identifiera riskfaktorer. De så kallade gula flaggorna är psykosociala riskfaktorer som är några av de vetenskapligt visade starkaste faktorerna som kan förutsäga framtida långvariga besvär och sjukfrånvaro. En enkel vetenskapligt kvalitetssäkrad metod för att identifiera patienter i riskzonen tidigt inom första linjens vård (primärvård och företagshälsovård) finns i form av ett screening-formulär (ÖMPSQ) [21, 22].

Rörande psykiska besvär är det även där viktigt att tidigt identifiera symtom på depression, ångestbesvär och stressrelaterad psykisk ohälsa för att kunna initiera adekvata insatser.

Sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos är en stark riskfaktor för framtida sjukpension. Kivimäki m.fl. [23] visar på svenska data att risken för att vara sjukpensionär fem år efter en sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos ökade 14,1 gånger, vilket kan jämföras med en riskökning på 5,7 för rörelseapparatens diagnoser. Studier visar att depression förekommer i 12-16% av primärvårdspatienter som söker på vårdcentral samt att de oftast söker för kroppsliga besvär, t ex värk. Endast 40 % av de deprimerade patienterna identifieras och av dessa får högst hälften adekvat depressionsbehandling [24]

Utveckling av hälsa och arbetsförmåga

Resultaten från enkätstudien är endast preliminära resultat för de individer som hitintills besvarat enkäten. Enkätstudien är ännu inte avslutad, insamling av data pågår fram till juni 2011. Utifrån de självskattningsinstrument som har använts i enkätstudien framgår att hälsoläget hos personer som påbörjar MMR är kraftigt nedsatt, både rörande allmänt hälsotillstånd, arbetsförmåga och upplevd möjlighet att återgå i arbete. Med tanke på att det än så länge är få individer som har besvarat uppföljningsenkäten är det svårt att dra några slutsatser utifrån de skillnader som presenterades i resultatet (före och efter rehabilitering). Man kan bara konstatera att totalt på hela gruppen var förbättringen av hälsoläget och arbetsförmågan blygsam direkt efter det var behandlingen avslutades. Förbättringen var dock större för individer med kort eller ingen sjukfrånvaro innan rehabilitering. Hälsoläget bland personer som gick i PB var bättre redan vid behandlingsstart och man kan även se en signifikant förbättring av så väl hälsa som arbetsförmåga redan efter behandlingsslut. Som för MMR gäller dock att antalet som har besvarat uppföljningsenkäten är för litet för att utesluta slumpmässiga effekter.

Resultaten i föreliggande rapport bygger på uppgifter om patienter som har behandlats under de tre första kvartalen år 2009, vilket var den tid då rehabiliteringsgarantin byggdes upp inom landstingen. Att implementera nya metoder och rutiner tar tid och kräver förändringar. Det kräver också att den personal som skall effektuera nyheterna, i detta fall genomföra behandlingsprogrammen, är väl insatta och utbildade i de nya metoderna. Då tiden mellan överenskommelse och införandet av rehabiliteringsgarantin var mycket kort är det troligt att det fanns brister i implementeringen under utvecklingsskedet. SKL har tidigare uppgivit att rehabiliteringsgarantin inte skulle vara fullt utvecklad i alla landsting förrän under år 2010.

Studiens svagheter och styrkor

Till skillnad från den första uppföljningen har den föreliggande rapporten fler styrkor. För det första är materialet större, då utvecklingen kunde följas för fler personer under en längre tid. Dessutom hade vi denna uppföljning tillgång till en referensgrupp att jämföra sjukfrånvarodata med. Som tidigare har beskrivits är det en viss osäkerhet i jämförelsen. Det har redan diskuterats ifall den ojämna fördelningen av sjuk- och aktivitetsersättning kan ha bidragit till skillnaderna mellan behandlingsgrupp och referensgrupp. Dock vet vi från andra studier i Sverige att utvecklingen av sjukfrånvaro ser ut så som vi finner i denna utvärdering för både rehabiliterade och referenspersonerna, för individer med långvarig smärtproblematik från nacke och rygg oberoende av urvalsmetod och rehabiliteringsmetod [16]. I alla studier där vi följt utvecklingen över ett par år bland individer med ryggbesvär ligger sjukfrånvaron över tid på en lägre jämnn nivå ca 20-40 dagar per kvartal i genomsnitt i början för att sedan efter ett par kvartal brant öka till närmare 60-90 dagar i genomsnitt under några månader för att därefter återigen minska oberoende av insats eller ej [16, 25]. Till slutrapporten skall försök göras att matcha individerna även på sjuk- och aktivitetsersättning, men det bör påpekas att ett sådant matchningsförfarande inte är oproblematiskt. Ofta är det också så att ju fler matchningsvariabler som man använder sig av desto svårare blir det att hitta referenspersoner som uppfyller dessa.

Andra svagheter i studien var att vi i en hel del fall tvingades göra uppskattningar av datum för behandlingsstart då vissa landsting (exempelvis Västra Götaland) enbart angivit kvartal som startpunkt för behandlingen. Resultatet var dock det samma även om man exkluderade personer med artificiellt behandlingsstartdatum varför detta torde vara ett mindre problem.

Svagheterna i studien bär i viss mån upp av dess styrkor. En styrka i studien är att det är en totalundersökning av samtliga behandlade under den givna tidsperioden. Detta innebär att vi inte har några nämnvärda selektionseffekter och att det resultat som beskrivs i denna rapport har förutsättningar att ge en tillförlitlig bild av rehabiliteringsgarantin under det första året av dess genomförande.

Avslutande reflektioner

Utvärderingen av rehabiliteringsgarantin genomförs samtidigt som den implementeras. En sådan tidig utvärdering är på många sätt unik och betydelsefull då den kan ge mer omedelbar återkoppling om framgångsfaktorer och svårigheter. Merparten av det resultat som presenteras i denna rapport bygger på rehabiliteringsgarantins tidigaste patienter och det är inte säkert att resultaten för denna grupp kommer att överensstämma med de resultat som kommer att framkomma längre fram i rehabiliteringsgarantins utveckling. Anledningarna är flera. Att implementera en så pass genomgripande förändring som rehabiliteringsgarantin tar tid och kan skapa kaos och oordning under en period. Vårdenheter kan ha omorganiseringar och fått ny personalsammansättning, nya rutiner och arbetssätt förändras. Utifrån samtal med personal och ansvariga på vårdenheter och i landsting har vi förstått att införandet av rehabiliteringsgarantin har inneburit stor stress för många. På många vårdenheter har man även tillkännagivit att man har många patienter med långvariga problem som kommer att behöva ”betas av” innan man kan börja använda rehabiliteringsgarantin för att förebygga eller förkorta sjukfrånvaro. Detta innebär sannolikt att det under år 2009 fanns en högre andel patienter med lång sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning, än det kommer att finnas under år 2010. Om detta antagande stämmer skulle det innebära att de som behandlas under år 2010 har en bättre prognos att återgå i arbete.

Slutsatser

- Rehabiliteringsgarantin ger det första året av implementeringen ingen förstärkning av regeringens satsning på ”arbetslinjen” i form av minskad sjukfrånvaro.

För att förbättra effekterna av rehabiliteringsgarantin kan dock konstateras att:

- Rehabilitering för båda diagnosområdena (lättare psykisk ohälsa samt ryggbesvär) bör sättas in innan två månaders sjukfrånvaro men först när sjukfrånvaro uppstått.
- Rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin bör inte sättas in för individer med en längre sjukfrånvaro (över två månader) utan dessa bör erbjudas andra typer av insatser för att öka möjligheten för återgång i arbete.
- Behandling inom rehabiliteringsgarantin bör i dagsläget endast genomföras av enheter med specialistkompetens inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Rehabiliteringenheter ingående i rehabiliteringsgarantin bör kvalitetsgranskas och certifieras med utgångspunkt från intentionerna i rehabiliteringsgarantins formulering av typ av behandlingsinsats.
- För att möjliggöra optimalt genomförande av de i rehabiliteringsgarantin ingående rehabiliteringarna bör manualer och certifieringskrav specificeras och utarbetas.

Referenser

1. Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin 2010*.
2. Busch, H. and I.B. Jensen, *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron. delrapport 1.* . 2010.
3. SKL, *Rehabiliteringsgarantin 2009 - 2010 Erfarenheter 2009 och resultat från första halvåret 2010.* 2010.
4. DeSalvo, K.B., et al., *Predicting mortality and healthcare utilization with a single question.* Health Serv Res, 2005. **40**(4): p. 1234-46.
5. Ahlstrom, L., et al., *The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave.* Scand J Work Environ Health, 2010. **36**(5): p. 404-12.
6. Bergstrom, G., et al., *Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism.* J Occup Environ Med, 2009. **51**(6): p. 629-38.
7. Iles, R.A., M. Davidson, and N.F. Taylor, *Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review.* Occup Environ Med, 2008. **65**(8): p. 507-17.
8. Westman, A., et al., *Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.* Eur J Pain, 2008. **12**(5): p. 641-9.
9. SMS-Track, *SMS -Track Questionnaire 1.1.3.* 2007.
10. Axén I, et al., *Using text messages (SMS) to collect frequent data for evaluation of the six months clinical course of low back pain – scrutiny of a novel method.* . European Journal of Pain -Submitted in December 2010.
11. Jensen, I., *Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008-2009. Slutrapport.* 2011.
12. SBU, *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt.* 2004, Statens beredning för medicinsk utvärdering.: Stockholm.
13. SBU, *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt.* 2010, Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
14. van Oostrom, S.H., et al., *Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool.* BMC Health Serv Res, 2007. **7**: p. 127.
15. Jensen, I. and A. Alipour, *Arbetslivsinriktad rehabilitering – att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen*, in *Inkluderande arbetsliv*, A. kunskapsrådet, Editor. 2010, Fritzes: Stockholm.
16. Jensen, I.B., et al., *Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up.* Pain, 2009. **142**(3): p. 202-8.
17. Norlund, A., A. Ropponen, and K. Alexanderson, *Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain.* J Rehabil Med, 2009. **41**(3): p. 115-21.
18. Busch, H., et al., *Patterns of sickness absence a decade after multidisciplinary rehabilitation.* Pain, In press.
19. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010 - stöd för styrning och ledning - Preliminär version.* 2010: Stockholm.

20. Pengel, L.H., et al., *Acute low back pain: systematic review of its prognosis*. BMJ, 2003. **327**(7410): p. 323.
21. Hockings RL, M.J., Maher CG, *A systematic review of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*. Spine, 2008. **33**(15): p. E394-500.
22. Linton, S.J. and K. Boersma, *Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*. Clin J Pain, 2003. **19**(2): p. 80-6.
23. Kivimaki, M., et al., *Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2007. **61**(10): p. 915-920.
24. Bodlund, O., *Ångest och depression dolt problem i primärvården-Endast vart fjärde fall identifieras*. Lakartidningen, 1997. **94**(49): p. 4612-4, 4617-8.
25. Jensen, I.B., et al., *A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain*. Pain, 2005. **115**(3): p. 273-83.

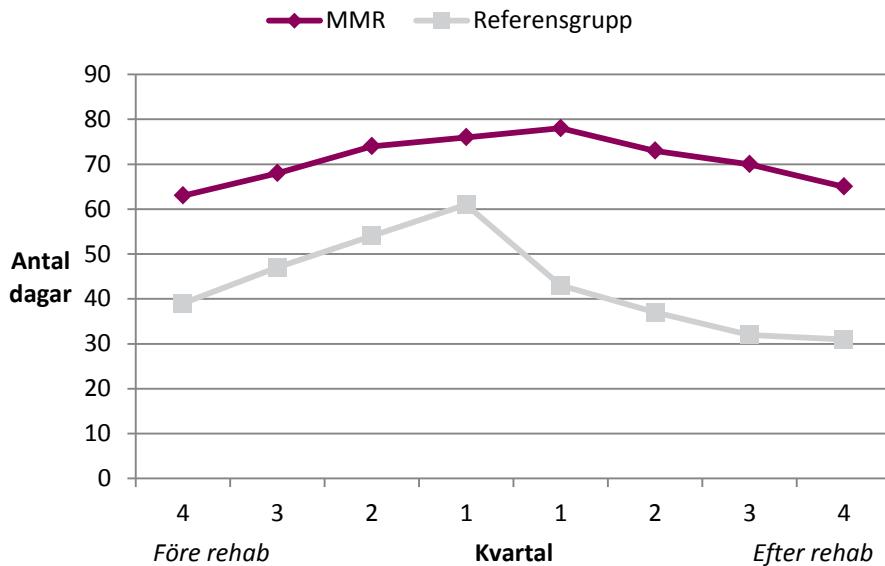
Bilaga 1

Urval enheter i enkätstudien

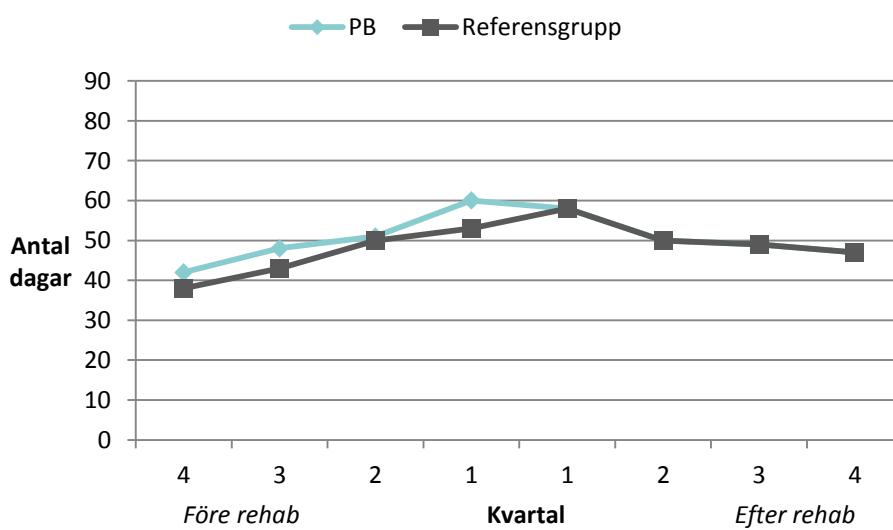
Landsting	Antal PB vårdcentral	Antal PB privat- och specialistenhet	Antal PB psykiatri	Antal MMR
Dalarna	4			3
Gävleborg	4		1	
Halland				3
Jämtland	4			1
Norrbotten	4		1	1
Skåne	4			6
Stockholm	2	2	1	1
Uppsala	3	1	2	
Västerbotten	2			2
Västra Götaland	3	1	2	8
Örebro	3		2	2
Östergötland	1			2
Summa:	34	4	9	29

Bilaga 2

Landstinget Blekinge

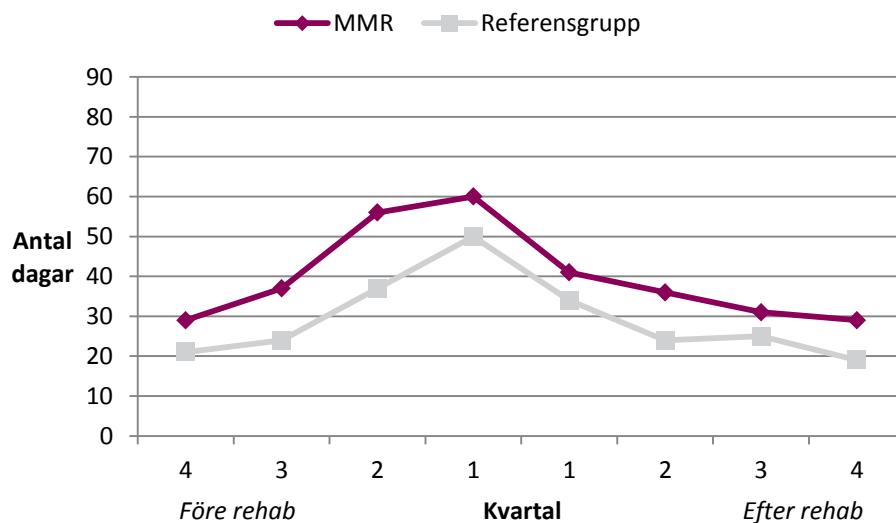


Figur 1a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=97); referensgrupp (n=108).

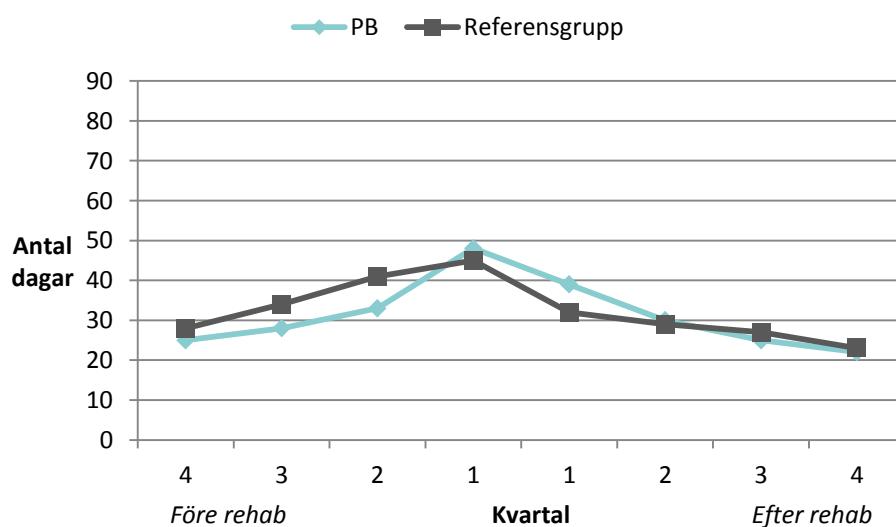


Figur 1b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=103); referensgrupp (n=151).

Landstinget Dalarna

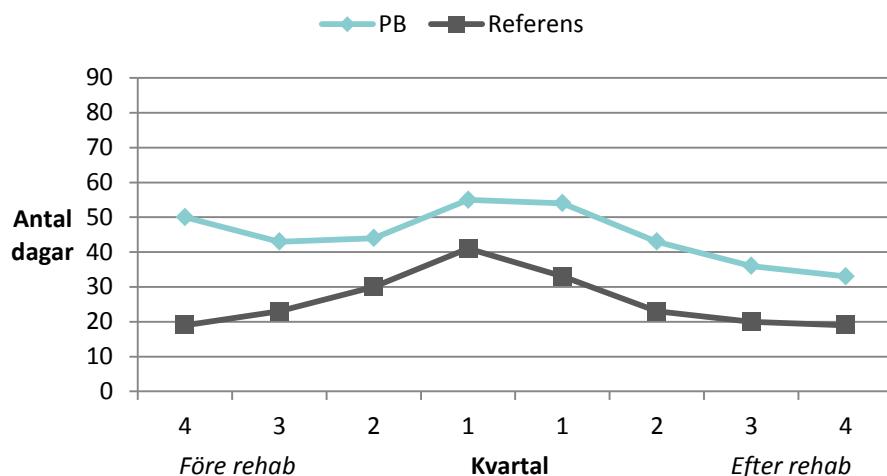


Figur 2a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=30); referensgrupp (n=41).



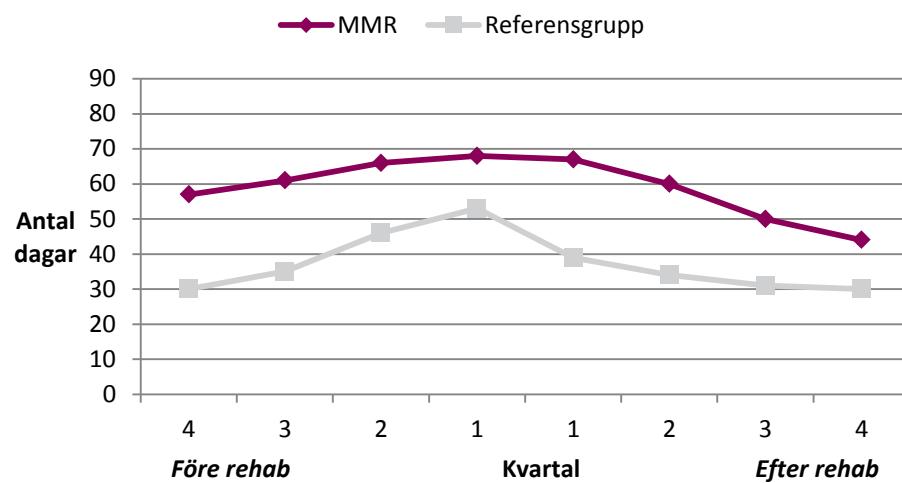
Figur 2a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=94); referensgrupp (n=162).

Region Gotland

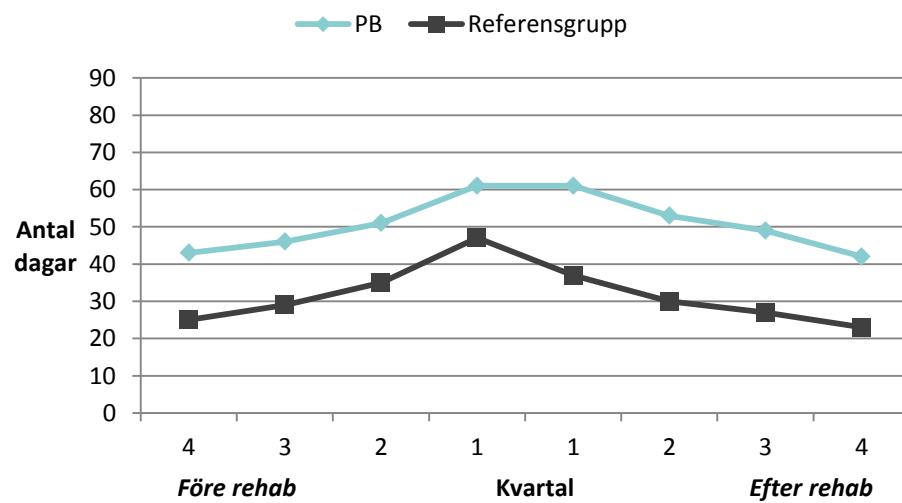


Figur 3. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvarstalet före behandling. Utförslade och avlidna exkluderade.
PB (n=21); referensgrupp (n=29).

Landstinget Gävleborg

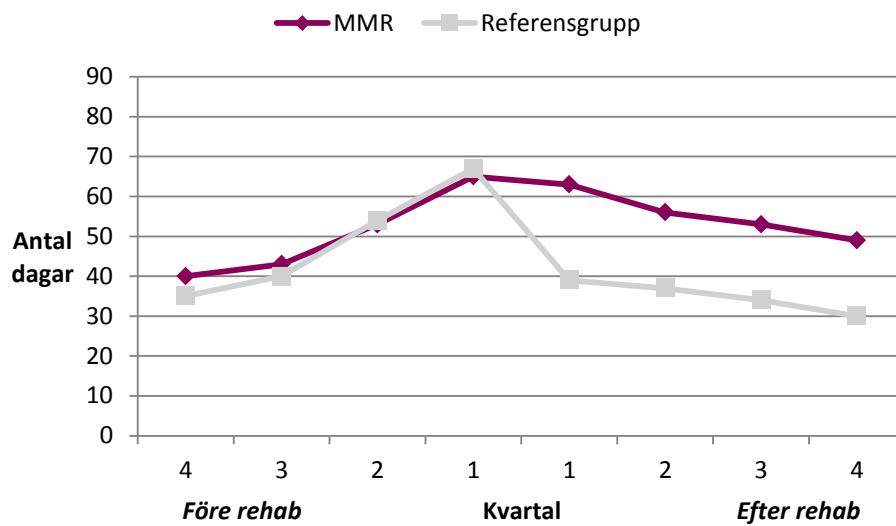


Figur 4a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=52); referensgrupp (n=78).

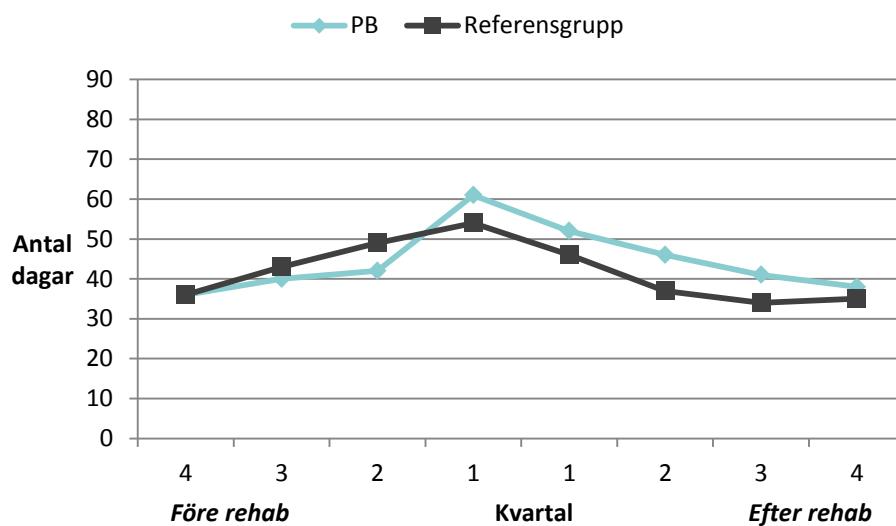


Figur 4b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=298); referensgrupp (n=326).

Region Halland

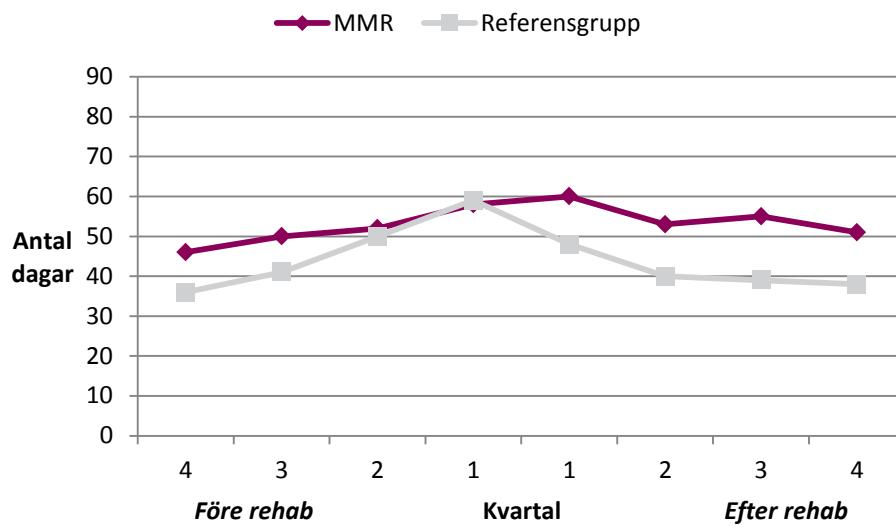


Figur 5a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=32); referensgrupp (n=35).

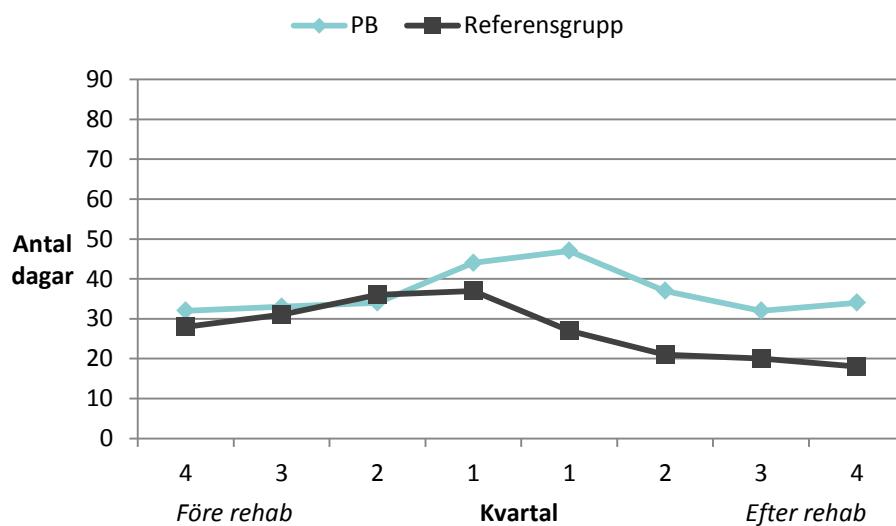


Figur 5b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=60); referensgrupp (n=106).

Jämtlands läns landsting

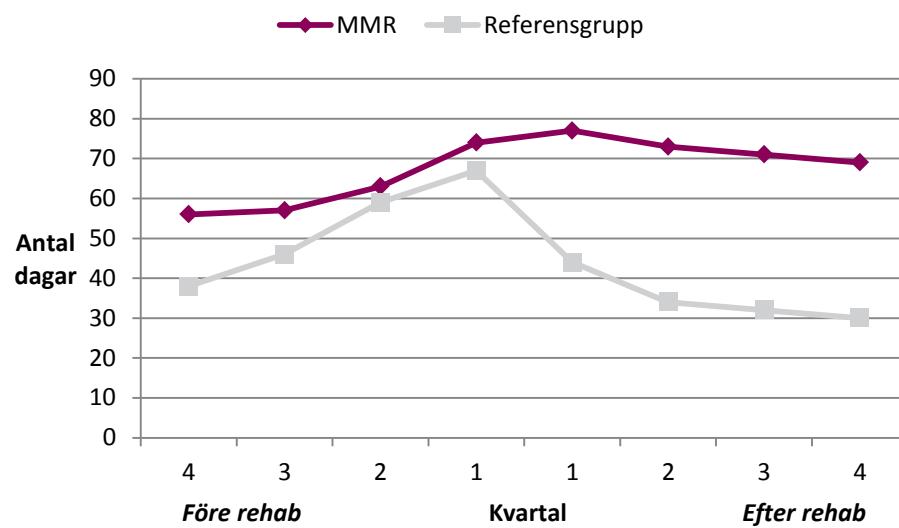


Figur 6a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=43); referensgrupp (n=72).

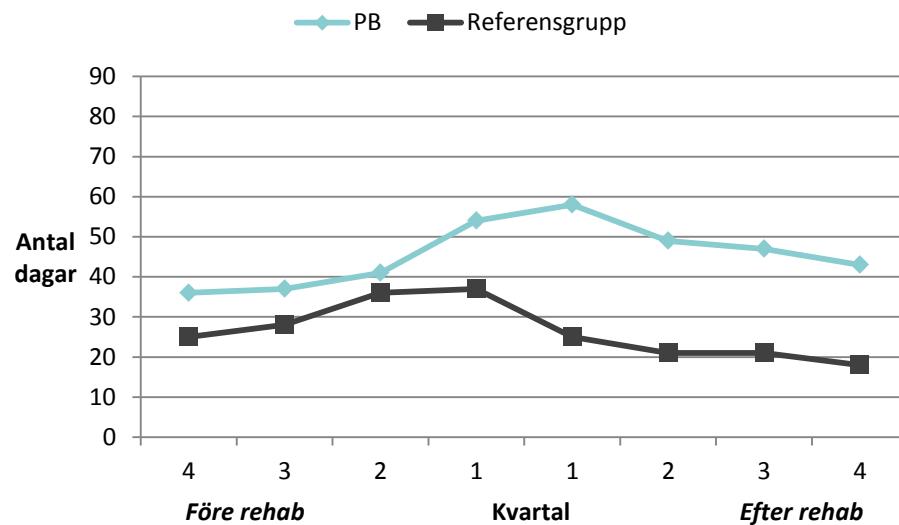


Figur 6b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=82); referensgrupp (n=167).

Landstinget i Jönköpings län

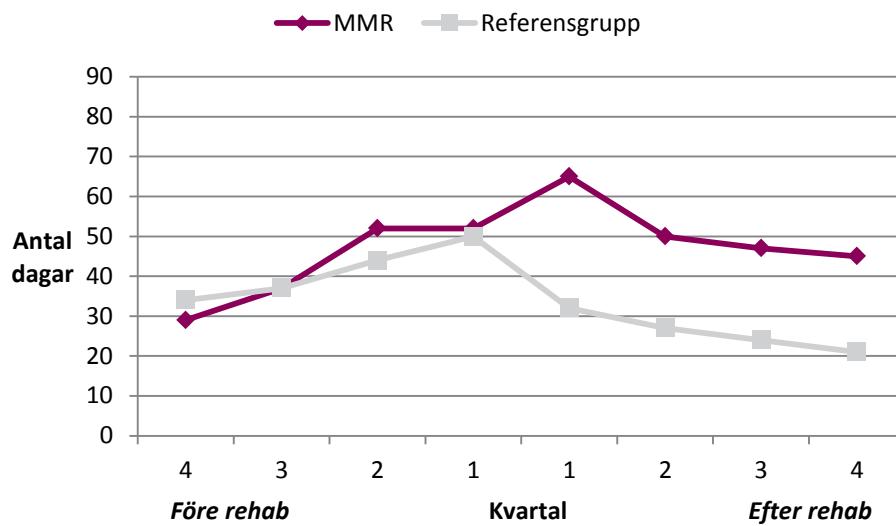


Figur 7a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=67); referensgrupp (n=101).

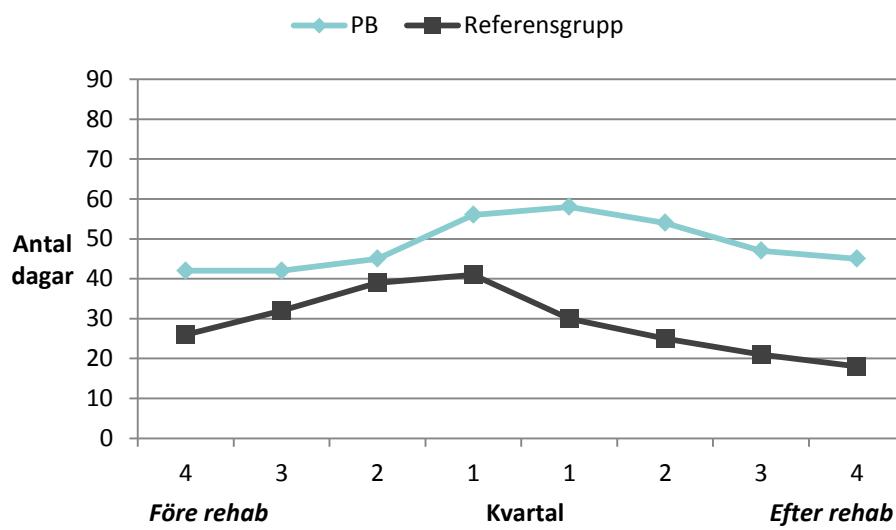


Figur 7b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=199); referensgrupp (n=306).

Landstinget Kronoberg

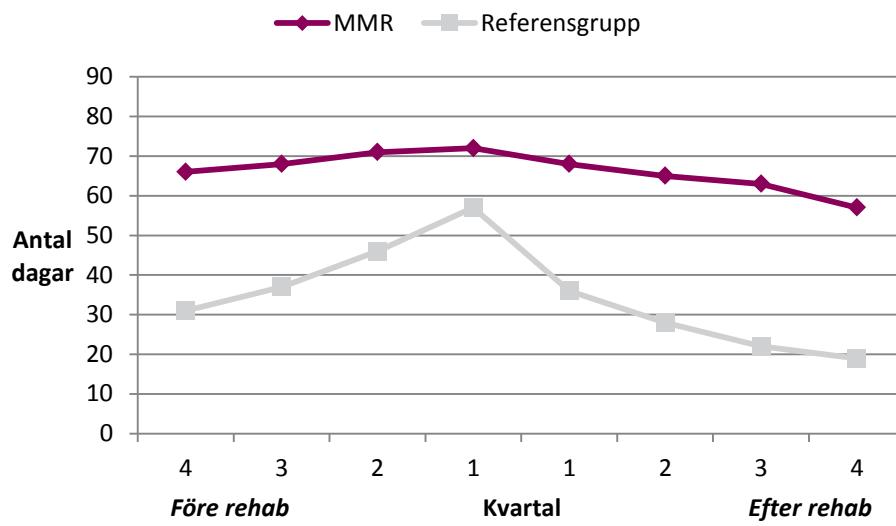


Figur 8a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=49); referensgrupp (n=126).

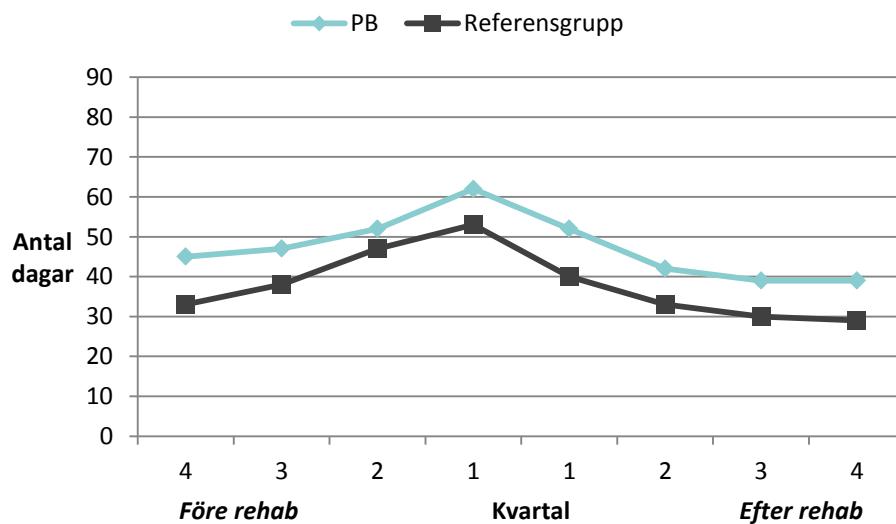


Figur 8b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=87); referensgrupp (n=130).

Norrbottens läns landsting

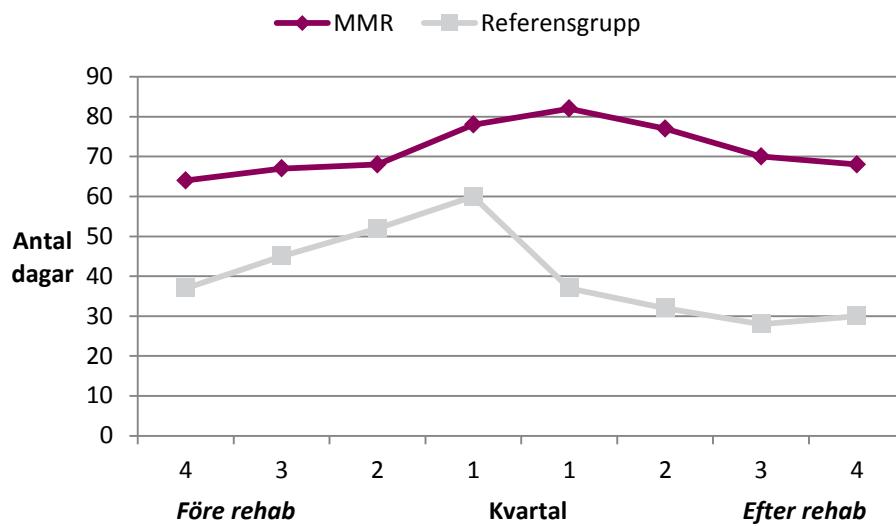


Figur 9a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=91); referensgrupp (n=87).

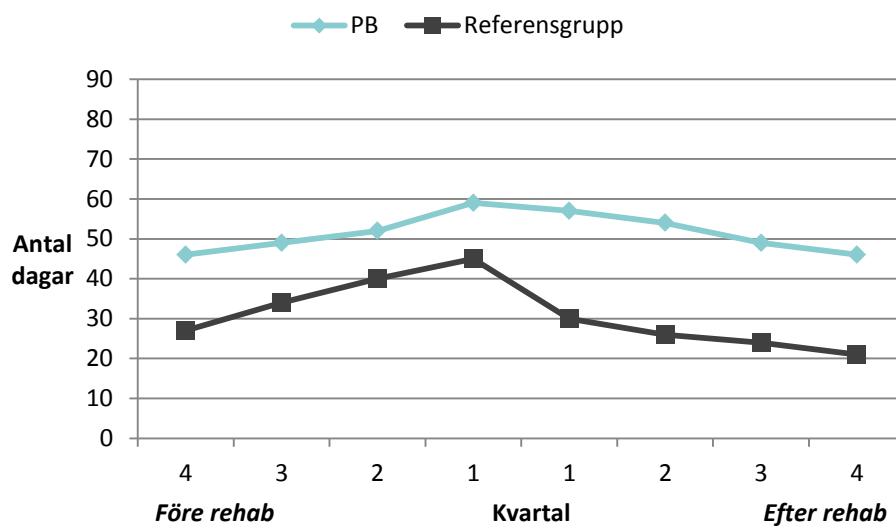


Figur 9b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=142); referensgrupp (n=192).

Region Skåne

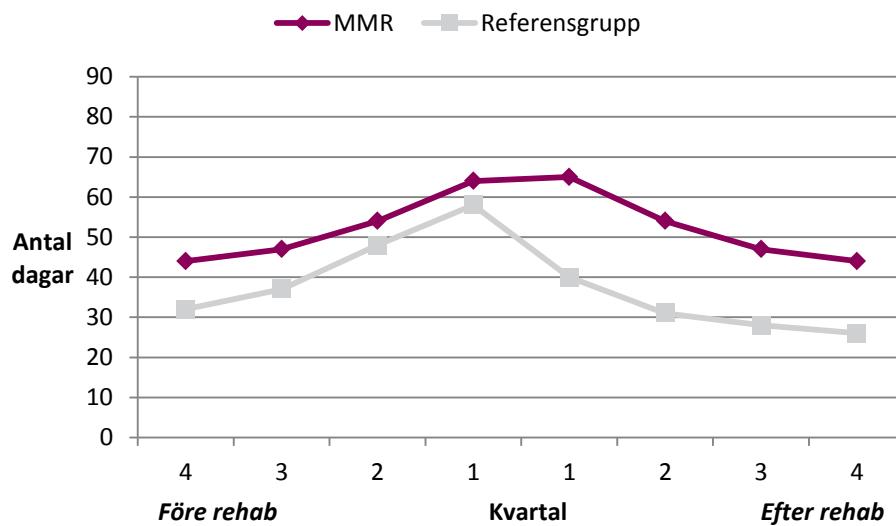


Figur 10a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=38); referensgrupp (n=29).

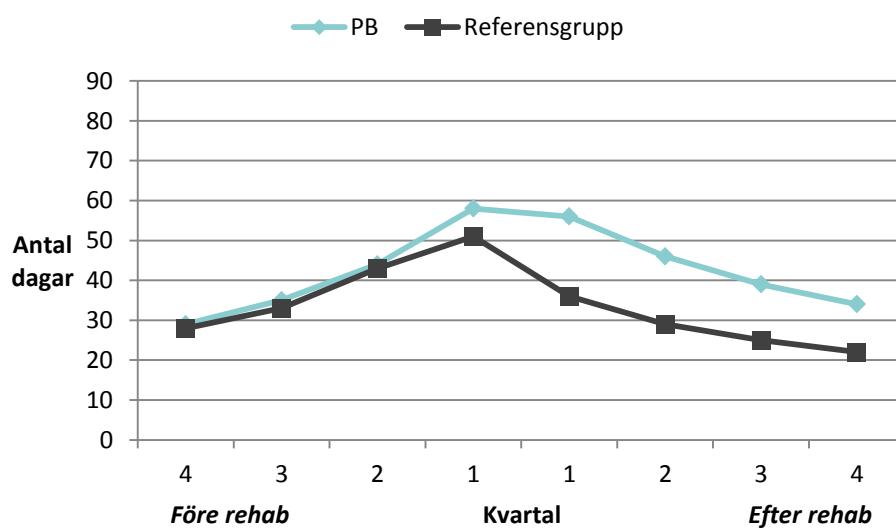


Figur 10b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=237); referensgrupp (n=300).

Stockholms läns landsting

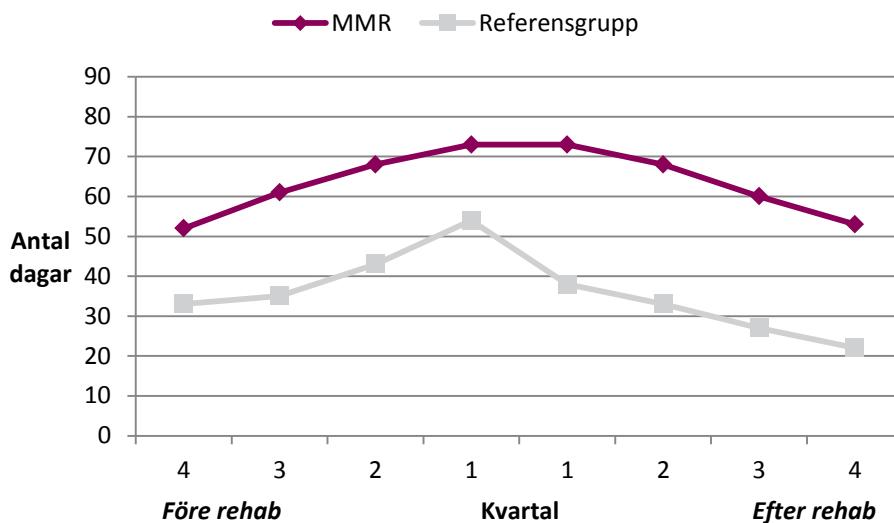


Figur 11a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=424); referensgrupp (n=549).

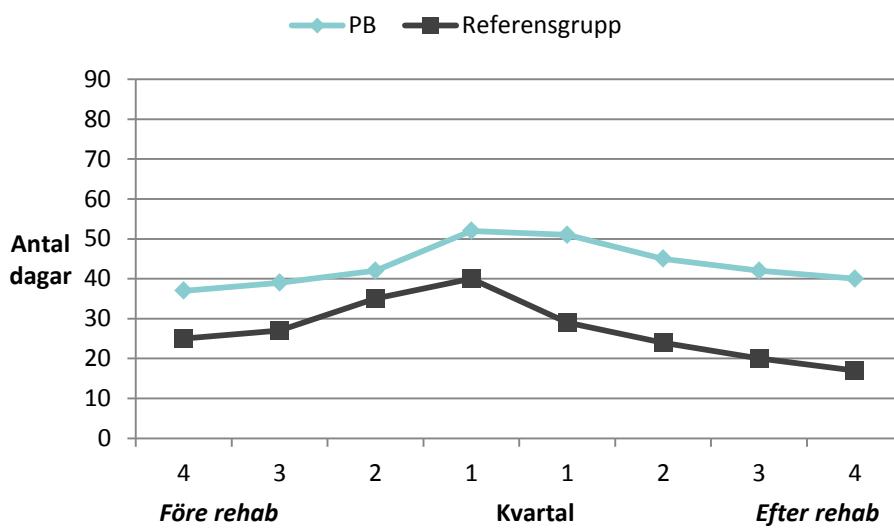


Figur 11b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=494); referensgrupp (n=852).

Landstinget Sörmland

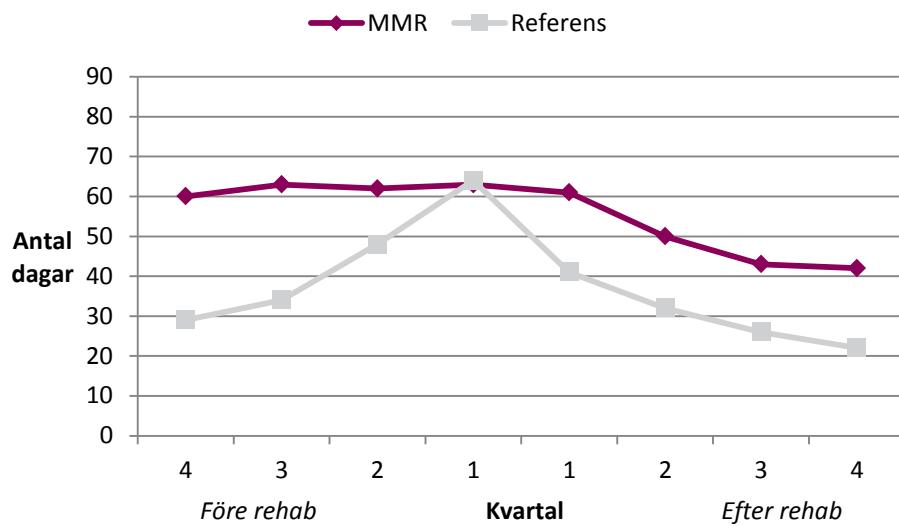


Figur 12a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=65); referensgrupp (n=89).

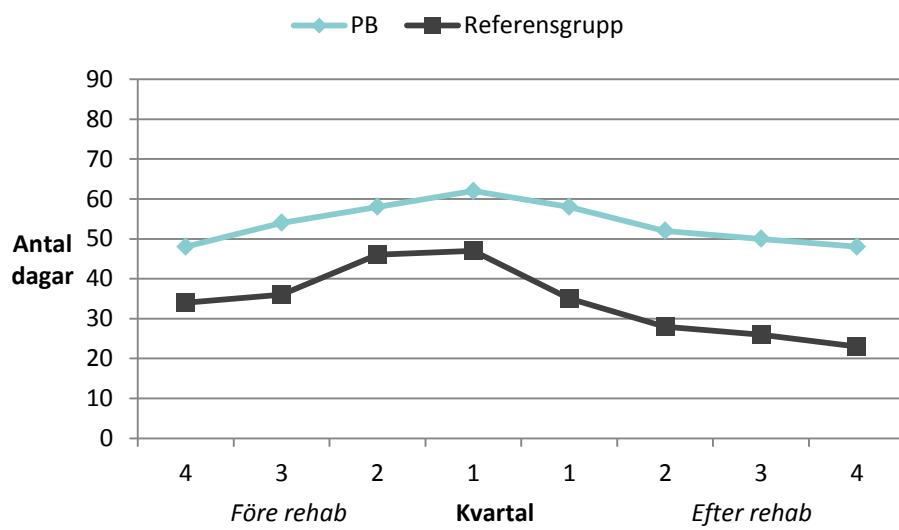


Figur 12b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=244); referensgrupp (n=354).

Landstinget i Uppsala län

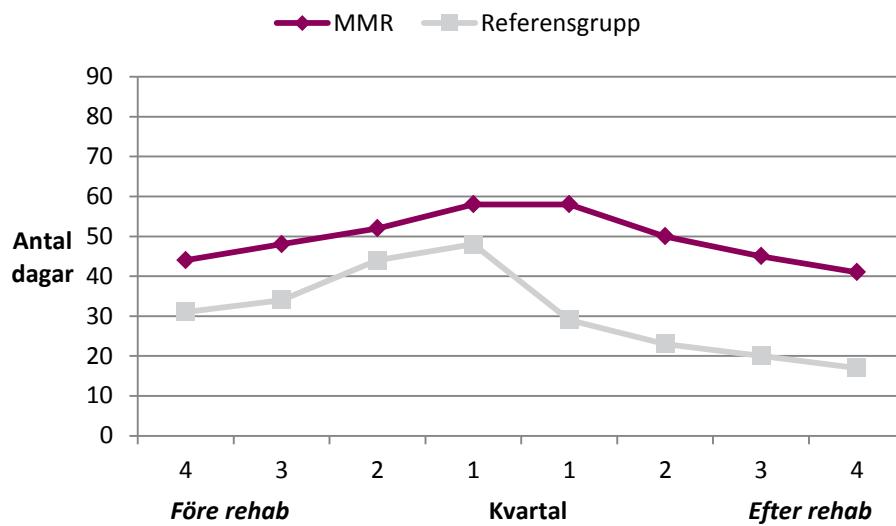


Figur 13a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=49); referensgrupp (n=55).

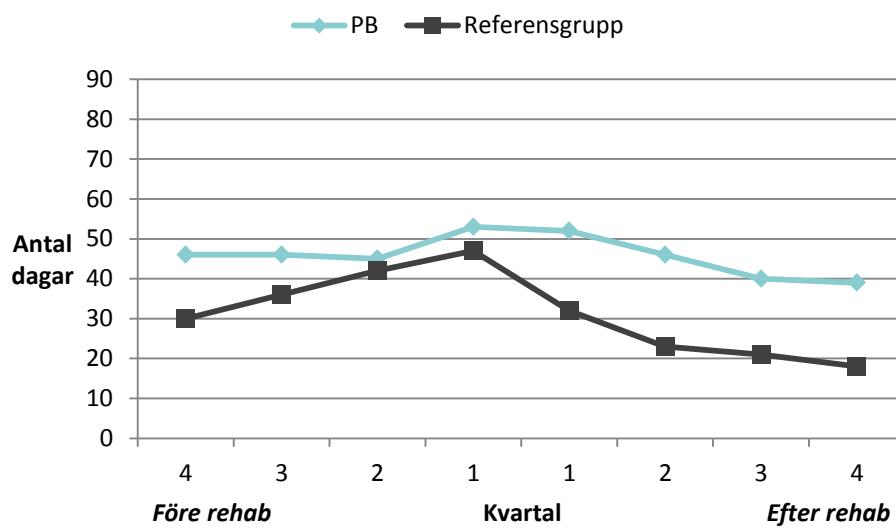


Figur 13b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=135); referensgrupp (n=152).

Landstinget i Värmland

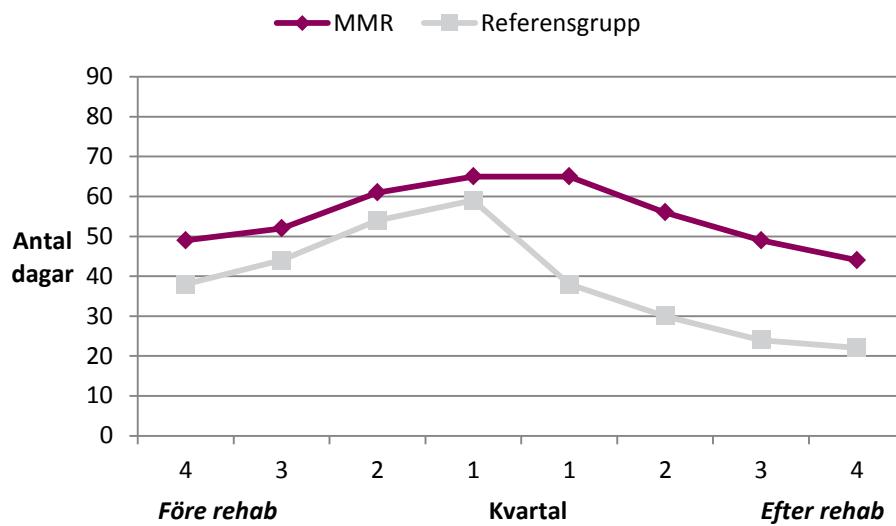


Figur 14a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=54); referensgrupp (n=73).

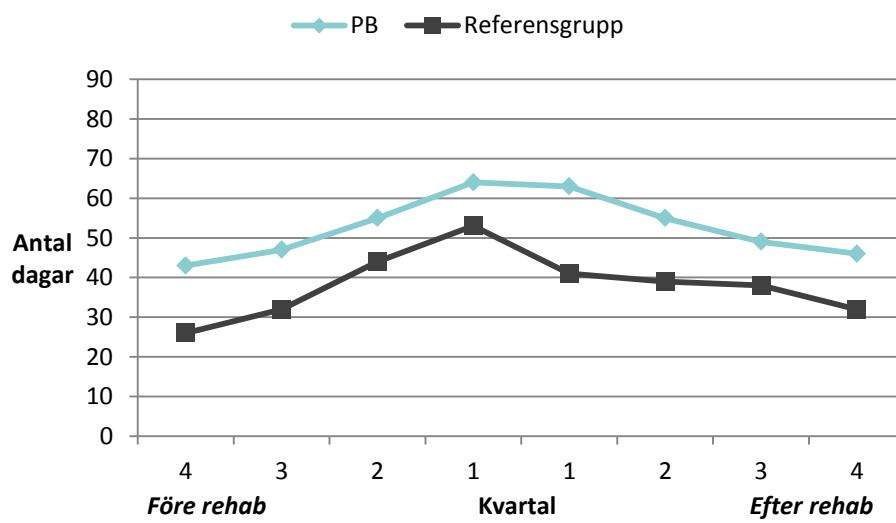


Figur 14b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=76); referensgrupp (n=114).

Västerbottens läns landsting

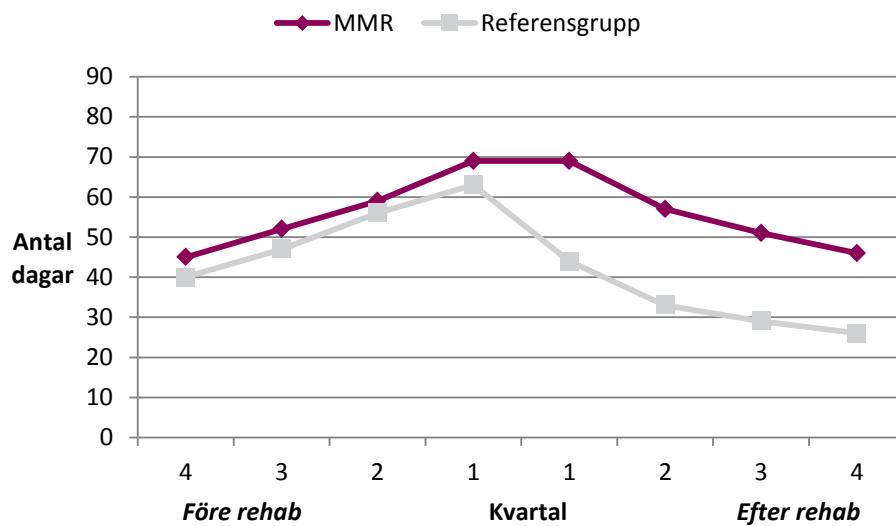


Figur 15a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=81); referensgrupp (n=118).

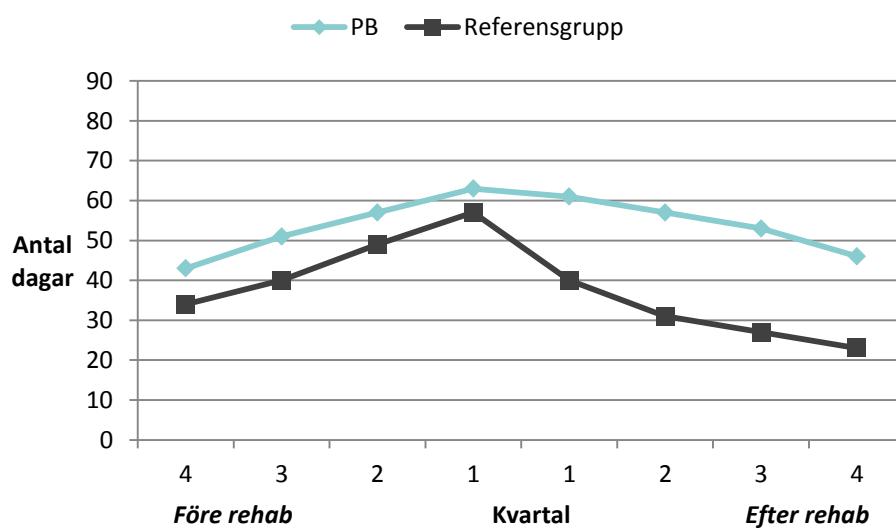


Figur 15b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=48); referensgrupp (n=78).

Landstinget Västernorrland

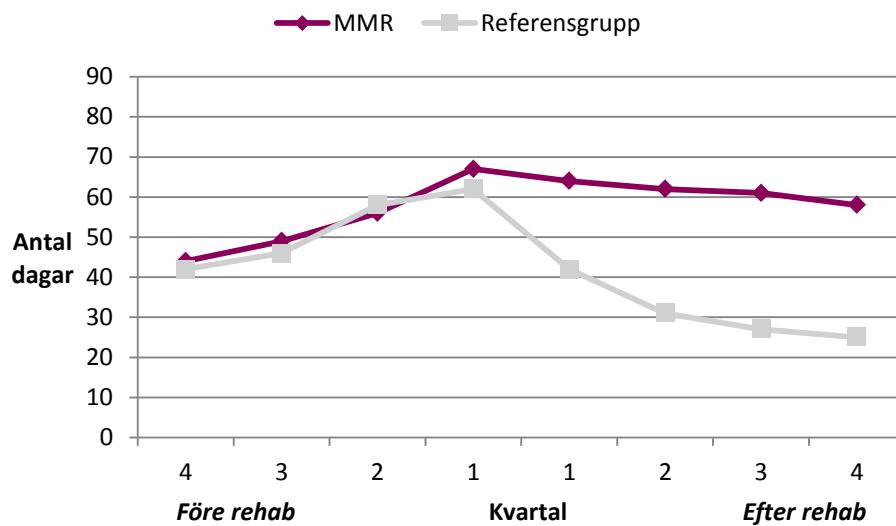


Figur 16a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=52); referensgrupp (n=89).

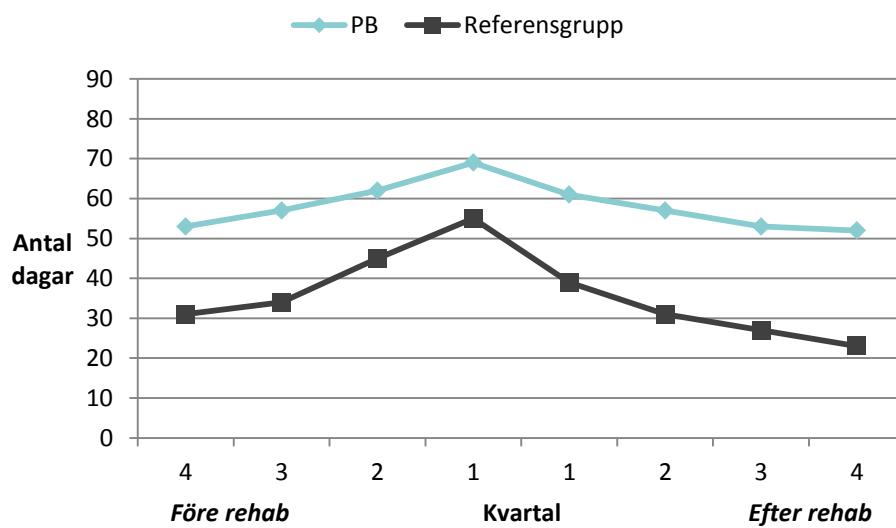


Figur 16b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=89); referensgrupp (n=141).

Landstinget Västmanland

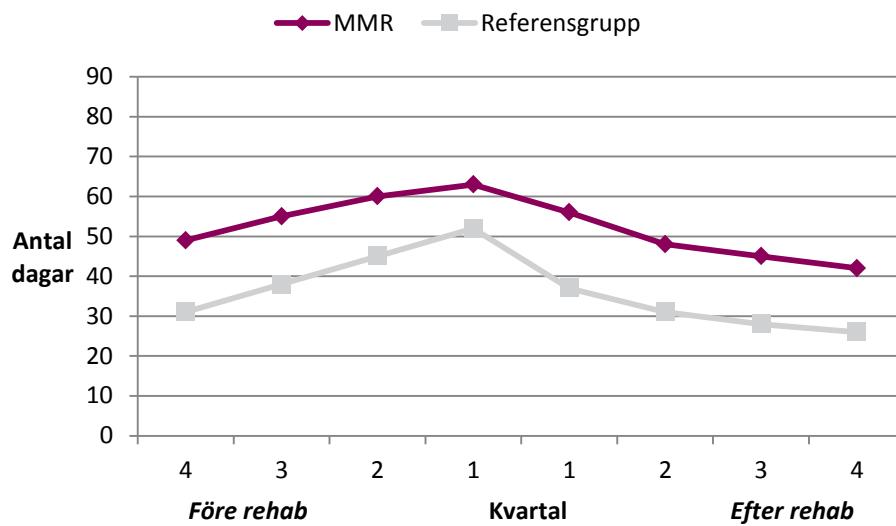


Figur 17a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=65); referensgrupp (n=91).

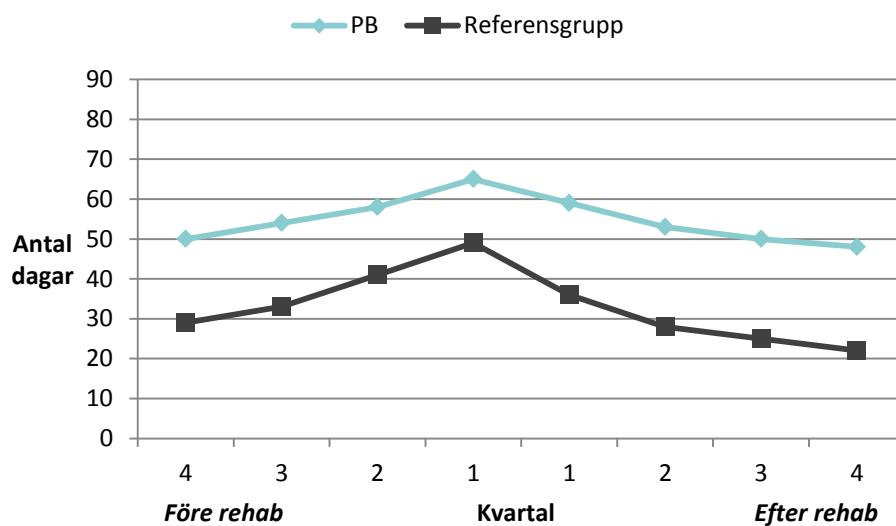


Figur 17b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=151); referensgrupp (n=191).

Västra Götalandsregionen

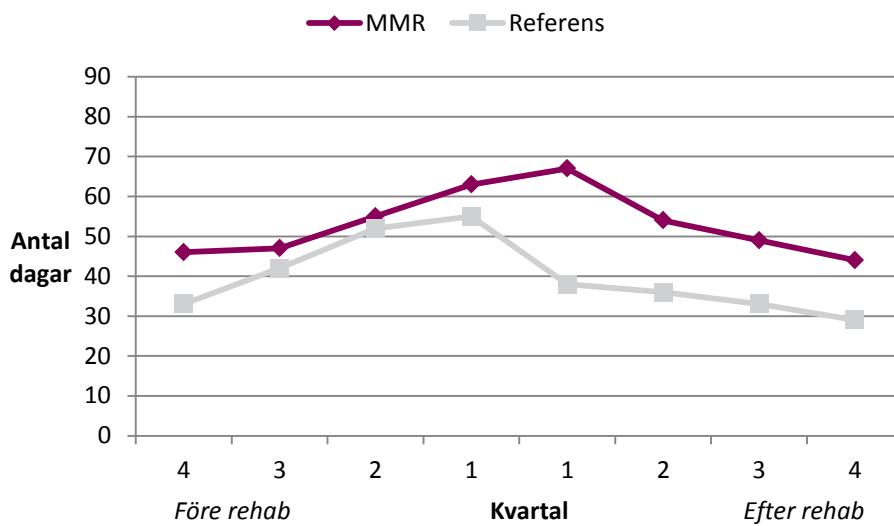


Figur 18a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
MMR (n=171); referensgrupp (n=169).

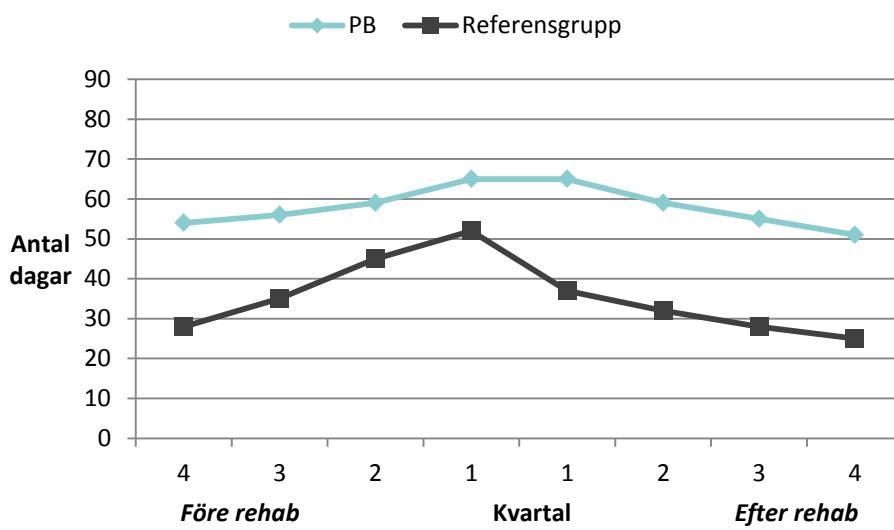


Figur 18b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförsäkrade och avlidna exkluderade.
PB (n=2320); referensgrupp (n=2604).

Örebro läns landsting

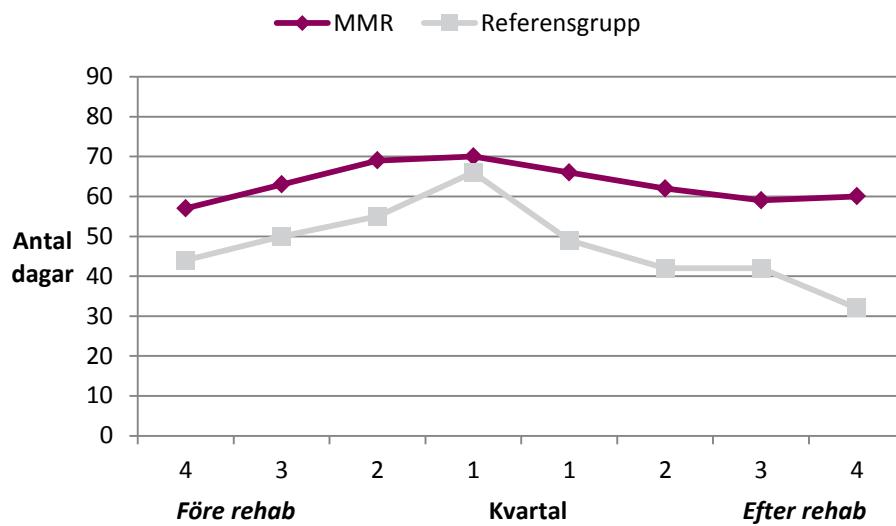


Figur 19a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=50); referensgrupp (n=92).

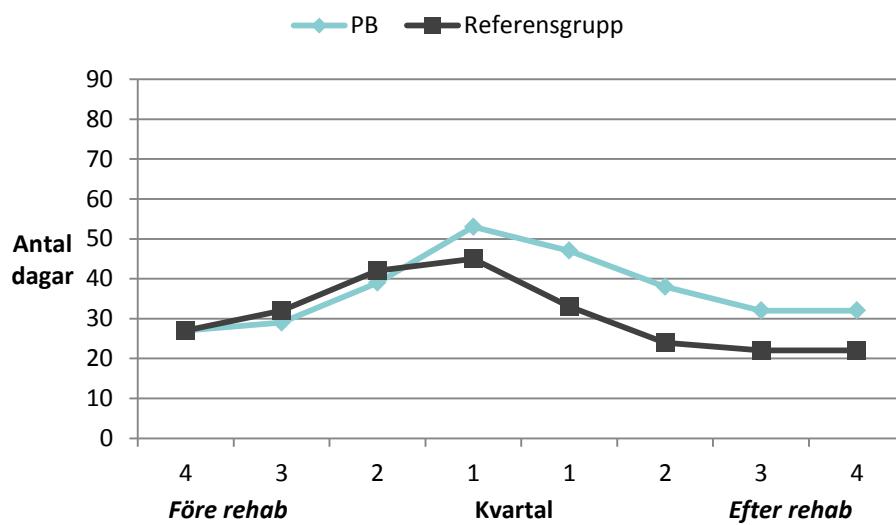


Figur 19b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=278); referensgrupp (n=284).

Landstinget i Östergötland



Figur 20a. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
MMR (n=31); referensgrupp (n=36).



Figur 20b. Kvartalsvis utveckling av total sjukfrånvaro fyra kvartal före och fyra kvartal efter rehabilitering för personer med registrerad sjukfrånvaro kvartalet före behandling. Utförskräde och avlidna exkluderade.
PB (n=105); referensgrupp (n=168).

Avdelningen för interventions och implementeringsforskning
Institutionen för folkhälsovetenskap
Karolinska Institutet
www.ki.se/phs/ir