

STRESSREHABILITERING, ARBETS- OCH BETEENDEMEDICINSKT CENTRUM
NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS

Hälsoekonomisk utvärdering av klinisk verksamhet vid Stressrehabilitering

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING



Umeå juni 2014

Hälsoekonomisk utvärdering av klinisk verksamhet vid Stressrehabilitering

Stressrehabilitering, Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Norrlands universitetssjukhus
<http://www.vll.se/default.aspx?id=2701&refid=2702>

Utgiven av Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

Ulla Hjalmarsson, verksamhetsutvecklare
Arbets- och beteendemedicinskt centrum
ulla.hjalmarsson@vll.se, 090-785 3374

Annika Nordin-Johansson, verksamhetschef, överläkare
Arbets- och beteendemedicinskt centrum
annika.nordin.johansson@vll.se, 070-290 63 08

Lars Lindholm, professor i hälsoekonomi
institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
lars.lindholm@epiph.umu.se

Umeå 2014-06-27

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Rutiner för bedömning och behandling	5
Rutiner för uppföljning.....	5
Hälsoekonomi.....	6
Patientpopulation	7
Kostnadsnyttoanalys baserat på utveckling av hälsorelaterad livskvalitet – ett hälso-och sjukvårdsperspektiv	7
Kostnadsnyttoanalys baserat på förändring av produktionsvärde – ett samhällsperspektiv	11
Produktionsvärde per månad	12
Förändring av produktionsvärde.....	12
Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och ökad arbetsförmåga – sammanlagd effekt	14
Patienternas utvärdering.....	14
Diskussion.....	15
Referenser.....	16

Sammanfattning

Inom Stressrehabiliteringen (Stressrehab) vid Norrlands universitetssjukhus, utreds, bedöms och rehabiliteras patienter som har stressrelaterade besvär framför allt utmattningssyndrom. Rehabiliteringen består av ett multimodalt rehabiliteringsprogram (MMR) som inkluderar läkar- och psykologbesök, KBT-inriktad samtalsgrupp, arbetsrehabilitering och fysisk aktivitet.

Inom Stressrehab sker en kontinuerlig kvalitetsuppföljning av den kliniska verksamheten genom uppföljning med frågeformulär till alla patienter som deltagit i MMR. Patienten besvarar frågeformulär före och efter deltagande i MMR. Uppföljning av rehabilitering sker efter 1 år (vid rehabiliteringsprogrammets slut), 2 år och 4 år. Behandlingsresultat och klinisk verksamhet för Stressrehab redovisas i återkommande årsrapporter. Senaste rapporten publicerades i april 2014: "[Årsrapport 2013 - Klinisk verksamhet och resultat](#)".

Urvalet till resultatredovisningen i denna hälsoekonomiska utvärdering är 247 patienter (209 kvinnor och 38 män) med en medelålder på 44 år, som avslutade MMR från 2008 till 2010. Av dessa var 85 % sjukskrivna innan start av MMR med en mediantid på 14 månaders sjukskrivning (1-133 månader).

Hälsoenkät SF-36, som mäter hälsorelaterad livskvalitet, samt frågor om sjukskrivningsgrad ligger till grund för de hälsoekonomiska beräkningarna som presenteras i denna rapport. Kostnadsnyttoanalys har genomförts både från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv (kostnad/QALY) och från ett samhällsperspektiv (förändring av produktionsvärde genom ökad arbetsförmåga).

Patientens hälsorelaterade livskvalitet, mätt i hälsoindex, förbättras stegvis från medelvärdet 0,579 före MMR till 0,696 vid fyra-årsuppföljningen (tre år efter avslutad MMR vid Stressrehab). Ökningen innebär sammanlagt 62 vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) för undersökningsgruppen under en fyraårsperiod och en kostnad/QALY på knappt 170 000 kr i en konservativ beräkning, där endast faktiska skattningar inkluderas. I ett mer optimistiskt/realistiskt antagande, att hälsoförbättringen kvarstår men att hälsan i takt med stigande ålder försämras på samma sätt som för normalpopulationen, så är vunna QALYs 663 och kostnaden/QALY knappt 16 000 kr. Enligt båda dessa beräkningar är behandlingen kostnadseffektiv dvs. kostnad för behandling i förhållande till hälsovinst är låg.

Det finns stora ekonomiska belopp att vinna för samhället om sjukskrivna patienter återgår i arbete. Andel patienter med full arbetsförmåga ökade från 16 % innan rehabilitering till 67% vid fyra-årsuppföljningen. Produktionsvärde/månad i snitt per patient mer än fördubblades under undersökningsperioden från drygt 14 000 kr vid baslinjen till ungefär 34 000 kr vid fyra-årsuppföljningen. Totalt för fyra år uppgick ökningen av produktionsvärdet till drygt 96 miljoner kronor för hela undersökningsgruppen.

Den sammanlagda effekten av att patienter har en högre hälsorelaterad livskvalitet och återfår arbetsförmåga efter multimodal rehabilitering vid Stressrehab resulterar i minst 62 vunna QALYs och en "besparing" på 85 miljoner kronor efter 4 år. Kostnader för rehabilitering för undersökningsgruppen var 10,5 miljoner kronor

Patienter med stressrelaterade besvär som utmattningssyndrom har, med stöd av Stressrehab multimodala rehabilitering, förbättrat sin hälsa och återgått i arbete. Enligt denna rapporters hälsoekonomiska utvärdering är multimodal rehabilitering vid Stressrehab kostnadseffektivt såväl utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som ur ett samhällsperspektiv.

Bakgrund

Antalet sjukfall i psykiska diagnoser har ökat sedan 2009 enligt rapport från Försäkringskassan (1). Psykiska sjukdomar är den näst vanligaste diagnosen efter de muskuloskeletala sjukdomarna i påbörjade sjukfall och sedan år 2011 är psykisk sjukdom den vanligaste diagnosen bland kvinnor. Personer med psykiska diagnoser har de längsta sjukfallen av samtliga diagnosgrupper.

Det är särskilt två diagnosgrupper som står för ökningen och för 93 % av sjukfallen i psykiska diagnoser enligt Försäkringskassans rapport. Det är diagnosgrupperna "Depressiv episod" (F32) samt "Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress" (F43). I den sistnämnda gruppen inkluderas patienter med diagnosen utmattningssyndrom (F43.8).

Stressrehabiliteringen (Stressrehab) är en avdelning inom Arbets- och beteendemedicinskt centrum vid Norrlands universitetssjukhus. Där utreds, behandlas och rehabiliteras personer som har stressrelaterade besvär, framför allt utmattningssyndrom. Stressrehab startade 2002 i projektform och finansierades initialt av projektmedel. Från 2006 har verksamheten delvis finansierats av Västerbottens läns landsting och delvis av olika typer av projekt. Stressrehab finansieras sedan 2013 helt av Västerbottens läns landsting.

Remissinflödet till Stressrehab har ökat markant de senaste två åren. Under 2013 inkom 269 remisser vilket är 85 % ökning jämfört med 2011. Behandlingsresultat och klinisk verksamhet för Stressrehab redovisas i återkommande årsrapporter. Senaste rapporten publicerades i april 2014: ["Årsrapport 2013 - Klinisk verksamhet och resultat"](#).

Rutiner för bedömning och behandling

För bedömning krävs läkarremiss från hälsocentral, företagshälsovård eller annan landstingsenhet. Rehabiliteringsteamet är multiprofessionellt och består av läkare, psykologer, gruppbehandlare, sjukgymnaster och rehabkoordinator.

Efter mottagen remiss gör rehabiliteringsteamet en bedömning av remissen för att se om frågeställningen och informationen är adekvat. Om remissvillkoren uppfylls kallas patienten till bedömningssamtal hos läkare och psykolog på enheten. Efter bedömningen diskuteras patientens förutsättningar på en teamkonferens. Om patienten är aktuell för rehabilitering på Stressrehab kallas denne till informationsträff för start i ett multimodalt rehabiliteringsprogram (MMR). Rehabiliteringen pågår därefter regelbundet under åtta till tio månader och innehåller bland annat KBT-inriktad samtalsgrupp, arbetsrehabilitering, fysisk aktivitet samt läkar- och psykologbesök.

Aktiv arbetsrehabilitering inkluderas i MMR inom Stressrehab dels med stöd av rehabkoordinator och läkare, dels i diskussioner i den kognitivt beteendearbetande samtalsgruppen. En kartläggning av arbetssituationen och individuell målsättning med planering av lämpliga åtgärder genomförs. Tillsammans med patienten sker arbetsrehabiliteringen i samverkan med flera aktörer som arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling m.fl.

Rutiner för uppföljning

På Stressrehab sker uppföljning av alla patienter som varit aktuella för rehabilitering från och med 2005 utifrån frågeformulär. Frågeformulären innehåller bland annat psykologiska variabler (utbrändhet, ångest och depression, trötthet, stressbeteende, minne och koncentration), variabler om hälsorelaterad livskvalitet, livsstil (fysisk aktivitet, sömnbesvär), sjukskrivning samt patientens tillfredsställelse av rehabiliteringsprogrammet.

Patienterna fyller i frågeformulär i samband med den första bedömningen hos läkare och psykolog (vid baslinjen), vid rehabiliteringsprogrammets slut (efter cirka ett år), samt vid uppföljning cirka två efter initial bedömning. En mindre uppföljning sker också fyra år efter initial bedömning via brev med frågor angående utbrändhet och hälsorelaterad livskvalitet.

Hälsoekonomi

Bedömningar av kostnadseffektivitet har blivit allt viktigare i svensk hälso- och sjukvård. Den s.k. prioriteringsutredningen som tillsattes 1993 föreslog att kostnadseffektivitet skulle vara en av tre principer i den "etiska plattformen". Detta ledde senare till att hälso- och sjukvårdslagen fick två paragrafer som anger att kostnadseffektivitet ska tillmätas betydelse. Dels ska behandlingens kostnad tillmätas betydelse vid val av behandling av en patient, dels ska verksamheten organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet. I de prioriteringsarbeten som bedrivits i Västerbotten under senare år har kostnadseffektivitet varit ett av kriterierna som använts när verksamhet har rangordnats efter angelägenhetsgrad.

Kostnadseffektivitet betyder att både kostnader och effekter för patienten ska tillmätas betydelse och det ska finnas en rimlig proportion mellan vad något kostar och de hälsoeffekter som man kan förvänta. Det betyder att behandlingar som ger stora effekter också kan kosta mycket och vice versa.

Hälsoenkät SF-36, som mäter hälsorelaterade livskvalitet samt frågor om sjukskrivning ligger till grund för de hälsoekonomiska beräkningar som den här rapporten presenterar. Beräkningarna redovisas i särskild bilaga.

Beräkningarna har genomförts med processtöd av Lars Lindholm, professor i hälsoekonomi vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet.

Patientpopulation

Urvalet till denna hälsoekonomiska utvärdering är de patienter som avslutade multimodal rehabilitering från 2008 till 2010. Det var totalt 247 patienter (ungefär 80 patienter/år) varav 38 (15 %) män och 209 (85 %) kvinnor, med en medelålder på 44 år. Demografi presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av patienterna innan start av MMR vid Stressrehab (n=247).

Ålder vid remissdatumet, medel (min-max)	44 (27-62)
Kön (kvinnor/män), % (n)	85% (209)/ 15 % (38)
Utbildning, n=243, % (n) - Grundskola - Gymnasium - Eftergymnasial - Högskola/universitet	5% (11) 28% (67) 21% (52) 47% (113)
Civilstånd, % (n) - Gift/sammanboende - Ensamboende/särbo	80% (198) 20% (48)
Barn, % (n) - Egna barn - Barn som bor hemma	86% (212) 67% (166)
Arbetslös heltid, % (n)	20% (49)
Sjukskrivning, % (n) - Sjukskriven - Helt sjukskriven - Ej sjukskriven	85% (211) 51% (125) 15% (36)
Sjukperiodens längd för de som var sjukskrivna innan start av MMR, n=211 - Medelvärde - Medianvärde - 1:a kvartil - 3:e kvartil	25,5 månader 14 månader (Min 1 Max 133 månader) 5 månader 38,5 månader

Kostnadsnyttoanalys baserat på utveckling av hälsorelaterad livskvalitet – ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

För att avgöra om en behandling är kostnadseffektiv behövs beräkningar av både kostnader och effekter. I en kostnads-nyttoanalys kan effekten av en intervention bedömas genom att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten (HRLK) före och efter behandling och relatera detta till kostnaden. För att skatta HRLK har hälsoenkät SF-36 använts och med hjälp av beräkningsprogrammet SF-6D har ett hälsoindex beräknats som speglar patientens hälsorelaterade livskvalitet.

Hälsoindex redovisas på en skala mellan 0 och 1, där 1 motsvarar perfekt hälsa och 0 motsvarar död. Genom att mäta HRLK med SF-36 vid upprepade tillfällen och ta hänsyn till tiden mellan mätningarna kan "hälsovinsten" eller "hälsoförlusten" beräknas. Hälsoindex multipliceras med den tid (i år) patienten befunnit sig i detta tillstånd och ger måttet kvalitetsjusterade vunna levnadsår, QALYs. Som exempel kan en QALY svara mot ett levnadsår i perfekt hälsa (1 i hälsoindex multiplicerat med 1 år=1 QALY) eller två levnadsår med en livskvalitet på 0,5 (0,5 i hälsoindex multiplicerat med 2 år=1 QALY). Hälsovinsten (i QALYs) sätts sedan i relation till

interventionens nettokostnad, dvs. vad den kostar minus de besparingar den åstadkommer.

Hälsoindex har beräknats för de patienter som avslutade MMR 2008 till 2010 (fig. 1). Baslinjen är individens utgångsläge innan rehabiliteringens start. Därefter sker uppföljningar efter 1 år (vid rehabiliteringsprogrammets slut), 2 år och 4 år. Ungefär en tredjedel av patienterna har ännu inte hunnit med fyra-årsuppföljningen (april 2014).

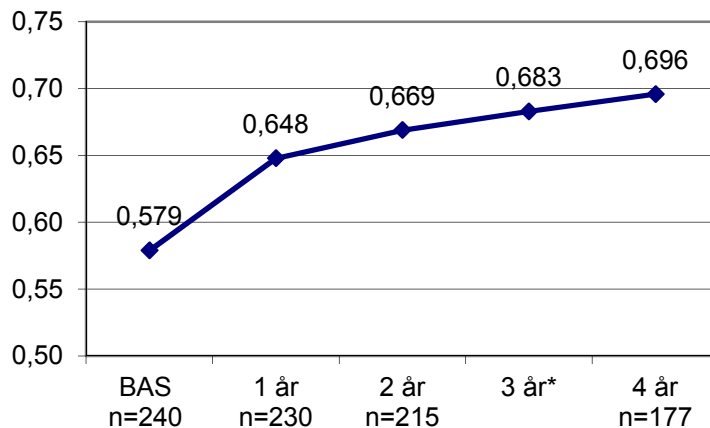


Fig. 1 Hälsoindex (medelvärde) hos de patienter som avslutade MMR 2008-2010 och som rapporterat uppföljningsvärden. n=antal svar. *Uppföljning sker inte år 3 därför är hälsoindex för år 3 medelvärdet av 2- och 4 års skattning.

Den totala hälsovinsten beräknas i kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) och är beroende av såväl varje patients hälsoindexförändring, som varaktigheten (duration) i förändring. Hur länge patienterna fortsätter att må bättre påverkar således antalet QALYs. Nedan redovisas QALYs för de patienter som avslutat MMR 2008 till 2010. Redovisningen begränsas till den tidsperiod på fyra år med erhållna insamlade värden för hälsoenkät SF-36 (fig. 2). I detta fall vinnns cirka 62 QALYs under en fyraårsperiod.

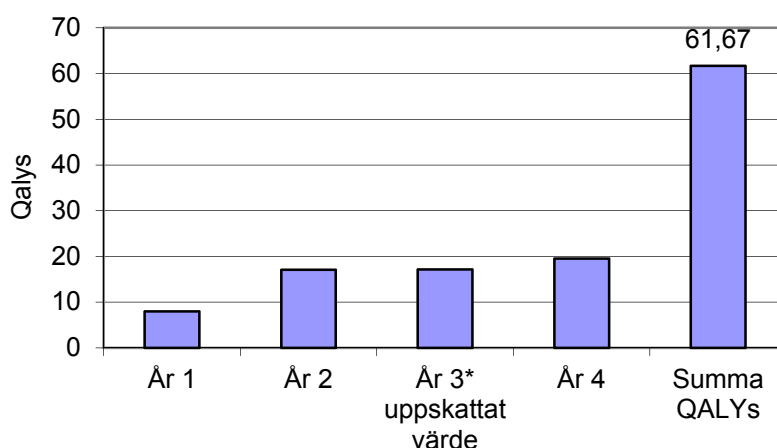


Fig. 2 Antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) beräknat utifrån förändring i hälsoindex för de patienter som avslutat MMR 2008-2010 och har registrerade uppföljningsvärden på hälsoenkät SF-36 år 1, år 2 och år 4. (Bas n=240, år 1 n=230, år 2 n=215, år 4 n=177).

*Uppföljning sker inte år 3. Antal patienter vid år 3 är uppskattat till samma antal som vid fyra-årsuppföljningen dvs. lågt räknat samt hälsoindex för år 3 är uppskattat till medelvärdet av 2 och 4 års skattning.

Den multimodala rehabiliteringen vid Stressrehab, som bland annat syftar till förändring av vanor och beteenden, ger sannolikt ytterligare hälsovinster i ett långsiktigt perspektiv. Det är inte rimligt att anta att patientens hälsoindex efter år 4 abrupt återgår till basvärdet. Det troliga är att förändringen av hälsoindex kvarstår i någon omfattning. Därför har ytterligare en beräkning utförts med antagandet att hälsoindex som rapporterats vid år 4 kvarstår livet ut i *samma relation*, 81%, som till en åldersmatchad normalpopulations skattning (2). För de 247 patienter som avslutade rehabiliteringen 2008-2010 så är förväntad återstående livslängd i medeltal 34,57 år (3). I antagandet har hänsyn tagits till kön, ålder och årtal vid år 5. I detta beräkningsalternativ uppgår antalet vunna QALYs till cirka 663 (fig.3).

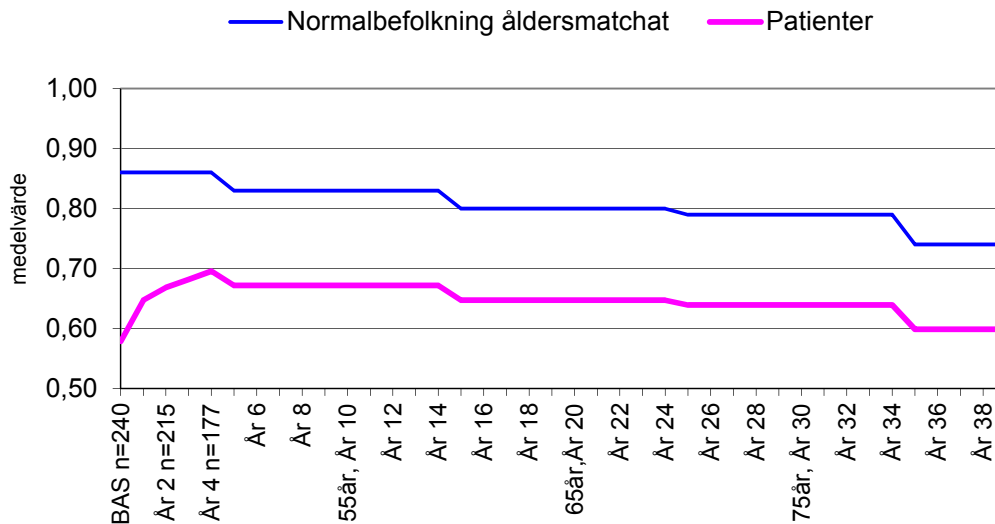


Fig. 3 Antagande att förändringen av hälsoindex som rapporterats vid år 4 kvarstår livet ut i samma relation som till en åldersmatchad normalpopulations skattning. n=antal svar.

Nedan sammanfattas beräkningar i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv där landstingets kostnader för behandlingen sätts i relation till behandlingseffekten uttryckt i vunna QALYs.

Kostnaden/QALY har beräknats utifrån Stressrehab's totala årsbudget för den aktuella perioden 2008-2010, vilken är 10,5 miljoner kronor (3,5 miljoner x 3 år). Den mest konservativa skattningen är att räkna med kostnaden 10,5 MKR och 61,7 vunna QALY, vilket ger en kostnad/QALY på 170 271 kr. Den mer optimistiska skattningen, men också den mer realistiska, är att sätta kostnaden i relation till den prognosticerade vinsten av 663 QALYs fram till livets slut. Kostnaden/QALY blir då 15 838 kr.

I Stressrehab's budget ingår, förutom genomförande av multimodal rehabilitering, även ett omfattande arbete med bedömningar av patienter som inte deltar i MMR, konsultationer, undervisning, utvecklingsarbete och administration. Samtliga dessa kostnader för Stressrehab har inkluderats vid beräkning av kostnad/QALY för patienter i MMR. Beräkning av kostnad/QALYs redovisas enligt olika alternativ A och B (fig. 4).

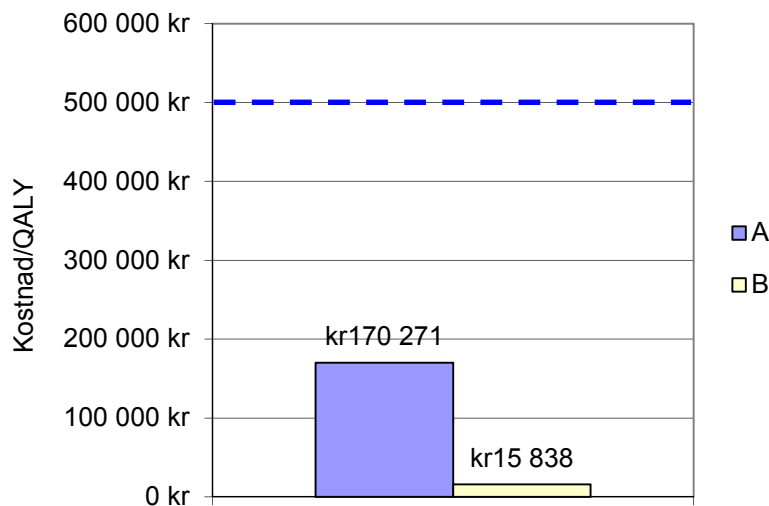


Fig. 4 Kostnad/QALYs enligt alternativ A och B för de patienter som avslutat MMR 2008-2010. Streckade linjen markerar norm för kostnadseffektivitet i behandlingssammanhang.

A Patienter med registrerade uppföljningsvärden på hälsoenkät SF-36 år 1, år 2 och år 4 (Bas n=240, år 1 n=230, år 2 n=215, år 4 n=177). *Hälsoindex år 3 är uppskattat till medelvärde av hälsoindex år 2 och år 4. Antal patienter vid år 3 är uppskattat till samma antal som vid fyra-årsuppföljningen dvs. lågt räknat. Saknas hälsoindexvärde så är beräkningarna grundade endast på de år där hälsoindexvärde finns.

B Antagande att alla patienter som avslutat MMR under tidsperioden 2008-2010 (n=247) har hälsoindex enligt alternativ A och att förändringen av hälsoindex som rapporterats vid år 4 *kvarstår livet ut* i samma relation som till en åldersmatchad normalpopulations skattning av hälsoindex. För de 247 patienterna är förväntad återstående livslängd efter kön, ålder och år vid år 5 i medeltal 34,57 år.

Kostnadsnyttoanalys baserat på förändring av produktionsvärde – ett samhällsperspektiv

Utgångspunkten vid beräkning av produktionsvärde är patienternas arbetsförmåga (0, 25, 50, 75 eller 100 %) och uppskattad lönekostnad vid de olika mättillfällena (bas, 1 år, 2 år och 4 år). Urvalet är de patienter som avslutade MMR från 2008 till 2010 och har ett registrerat värde för sjukskrivning vid baslinjen. Patienter som erhållit ålderspension (n=4) eller aktivitetsstöd (n=7) under uppföljningsperioden är exkluderade.

Full arbetsförmåga (100%) innebär att patienten inte uppbär någon form av ersättning (ex sjukpenning, rehab- sjuk- eller aktivitetsersättning) från försäkringskassan pga. nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 2. Grad av arbetsförmåga vid baslinjen samt efter 1 år, 2 år och 4 år för patienter som avslutat MMR under 2008-2010. Andel(n). (Obs att alla patienter ännu inte nått fyra-årsuppföljningen, därav sjunkande antal svar)

Arbetsförmåga %	Bas n=236	1 år n=235	2 år n=213	4 år n=172
100	15% (35)	28% (65)	55% (117)	67% (116)
75	7% (17)	16% (37)	8% (16)	6% (10)
50	18% (43)	16% (38)	14% (29)	8% (14)
25	10% (23)	(6%) (13)	3% (6)	2% (4)
0	50% (118)	(35%) (82)	21% (45)	16% (28)

Patienter som erhållit ålderspension (n=4) eller aktivitetsstöd (n=7) under uppföljningsperioden är exkluderade.

Medellönen har beräknats utifrån Statistiska centralbyråns statistik för år 2009. Ungefär hälften av patienterna som deltar i Stressrehab rehabiliteringsprogram har högskole- eller universitetsutbildning och antas ha en medellön på 33 600 kr. Den andra hälften har sålunda kortare utbildning och vi antar att lönen är 25 100 kr för en person med 3-årig gymnasial utbildning är representativ för den gruppen. Den genomsnittliga lönen för den studerade gruppen blir då 29 350 kr. Lagstadgade sociala avgifter (31,42%) + avtalsenliga sociala avgifter (20,38%) tillkommer och ger en total kostnad för arbetsgivaren på 44 553 kr. Således antas att en heltidsarbetande producerar till ett värde av 44 553 kronor per månad. Den löneökning som sker genom åren har inte tagits med i beräkningen.

Produktionsvärde per månad

Produktionsvärde per månad har beräknats utifrån lönekostnad och patientens grad av arbetsförmåga vid de olika tillfällena före och efter MMR (fig. 5 och 6). Baslinjen är individens utgångsläge innan rehabiliteringens start. Därefter sker uppföljningar efter 1 år (vid rehabiliteringsprogrammets slut), 2 år och 4 år. Ungefär en tredjedel av patienterna har ännu inte hunnit med fyra-årsuppföljningen (april 2014).

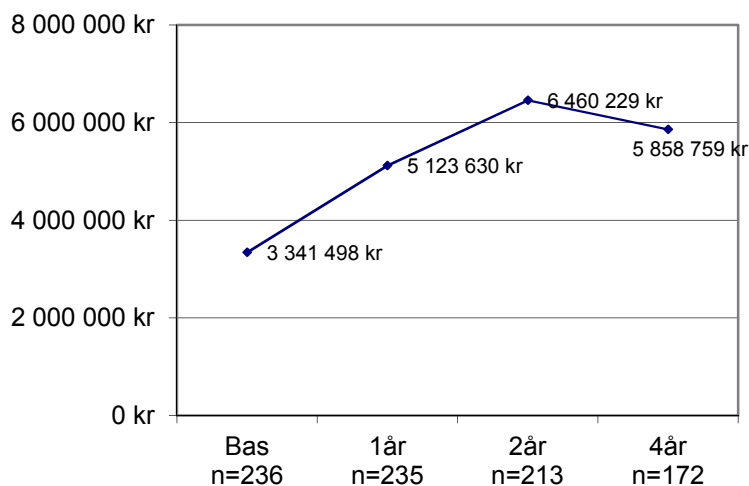


Fig. 5. Produktionsvärde/månad för de patienter som avslutat MMR 2008-2010 och har registrerade uppföljningsvärden gällande sjukskrivning. n=antal svar.

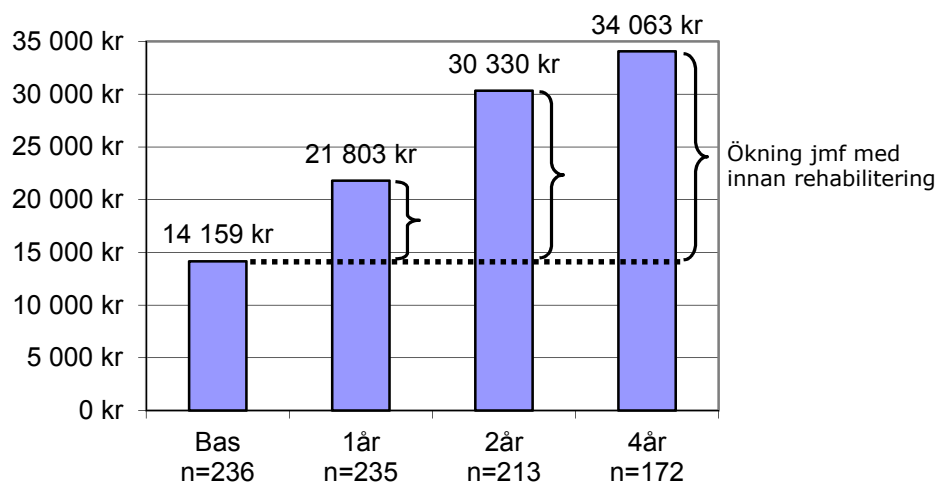


Fig. 6. Produktionsvärde/månad i snitt per patient som avslutat MMR 2008-2010 och som har uppföljningsvärden gällande sjukskrivning. n=antal svar.

Förändring av produktionsvärde

Förändring av produktionsvärdet kan beskrivas som skillnaden i produktionsvärde vid uppföljningen år 1, år 2 eller år 4 och det produktionsvärde patienterna hade vid baslinjen, dvs. innan rehabiliteringen vid Stressrehab påbörjades. Exempelvis innebär det att en patient som är heltidssjukskriven vid baslinjen och som jobbar heltid vid uppföljningarna år 1, år 2 och år 4 beräknas ha en total förändring, dvs. ökning, av produktionsvärde år 4 motsvarande totalt drygt 1,8 miljoner under fyra år.

Hur många patienter som deltagit i uppföljningarna har betydelse då endast dessa ingår i den faktiska skattningen. I beräkningarna tas även hänsyn till tiden mellan mätningarna. Uppföljning sker inte år 3 därför är produktionsvärdet detta år grundat

på ett antagande att antal patienter i beräkningen motsvarar samma antal som vid år 4, dvs. lågt räknat, samt att andel patienter med respektive arbetsförmåga (100, 75, 50, 25 eller 0 %) kvarstår som vid två-årsuppföljningen.

I tabell 3 redovisas förändring av produktionsvärdet för patienter som deltagit i MMR och har registrerade värden gällande sjukskrivning. Resultatet visas varje år för sig för de som avslutade MMR 2008, 2009 och 2010 samt totalt. För patienter som avslutade MMR 2008 och 2009 finns registrerade värden vid mättillfällena bas, 1 år, 2 år och 4 år. För patienter som avslutat MMR 2010 redovisas värden till och med två-årsuppföljningen.

Tabell 3. Förändring av produktionsvärde under respektive uppföljningsår samt totalt.

Avslutat MMR - År	År 1 (n=235) kr	År 2 (n=213) kr	År 3* Kr	År 4 (n=172) kr	Total kr
2008	2 339 048 (n=76)	8 153 254 (n=70)	10 734 799	12 672 868 (n=64)	33 899 969
2009	4 277 117 (n=88)	12 229 881 (n=81)	13 754 594	13 754 594 (n=70)	43 281 056
2010	4 076 627 (n=71)	9 022 043 (n=62)			13 098 670

Totalt för fyra år uppgår ökningen av produktionsvärdet till drygt 96 miljoner kronor. I beräkningen har inte inkluderats patientens eventuella kostnader att vara med i rehabiliteringen men det kan rimligen kvittas mot sparade kostnader för vård och annan samhällsservice till följd av vunnen hälsa. Kostnad för rehabiliteringen är ca 10,5 miljoner kronor (fig.7).

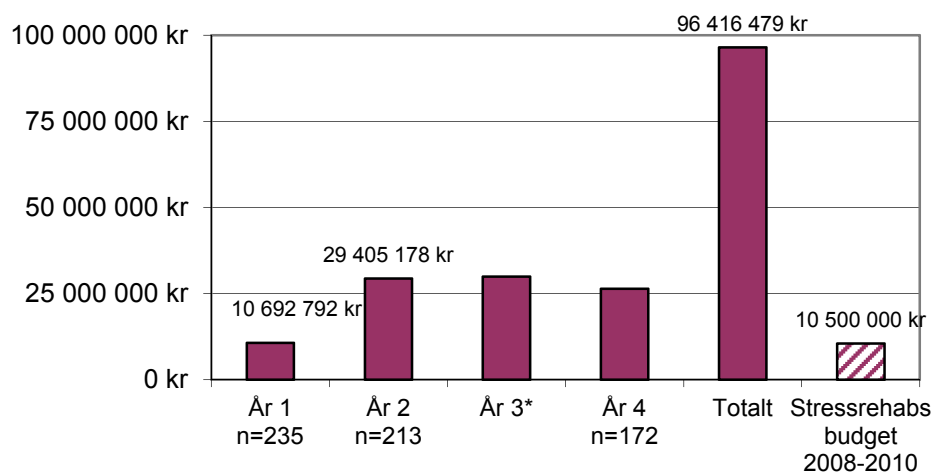


Fig. 7. Förändring av produktionsvärde för patienter som avslutat MMR 2008-2010 och som har uppföljningsvärden gällande sjukskrivning samt Stressrehab budget.

* Uppföljning sker inte år 3 därför är produktionsvärdet detta år grundat på ett antagande att antal patienter i beräkningen motsvarar samma antal som vid 4 år, dvs. lågt räknat, samt att andel patienter med respektive arbetsförmåga (100, 75, 50 25 eller 0%) kvarstår som vid två-årsuppföljningen. n=antal svar

Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och ökad arbetsförmåga – sammanlagd effekt

Totala vinsten under uppföljningstiden till och med år 4 är minst 62 vunna QALYs samt en minuskostnad (besparing) på 85,5 miljoner (fig. 8).

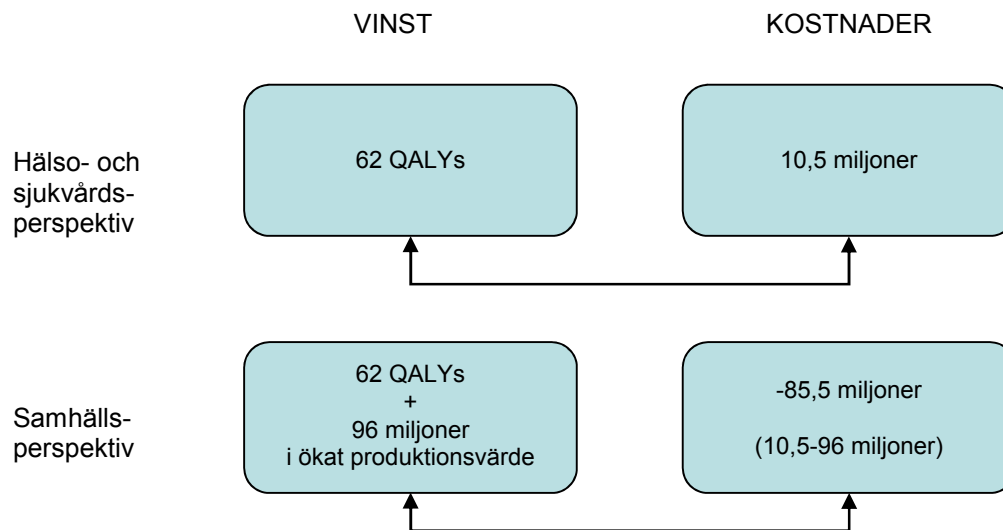


Fig. 8. Den totala vinsten och kostnader år 4 för patienter som avslutade MMR 2008-2010 och har uppföljningsvärden.

Patienternas utvärdering

För att mäta patienternas tillfredsställelse med rehabiliteringsprogrammet besvaras frågor om upplevelse av erhållet stöd och hjälp från Stressrehab. Frågorna besvaras i samband med att rehabiliteringsprogrammet avslutas vid den så kallade ett-årsuppföljningen.

Nittioen procent uppgav att de fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre. Sjuttiofå procent svarade att de fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att återgå i arbete eller för att bibehålla arbetsförmåga (tabell 4).

Tabell 4. "Hur stor hjälp upplever du att du fått av behandlingen på Stressrehab..."

	... för att kunna må bättre? andel (n), n=189	... för att återgå i arbete eller behålla arbets- förmågan? andel (n), n=184
Mycket lite eller inte alls	1% (1)	3% (6)
Ganska lite	1% (2)	5% (10)
Något	8% (15)	19% (35)
Ganska mycket	44% (83)	37% (68)
Väldigt mycket	47% (88)	35% (65)

Diskussion

De hälsoekonomiska beräkningarna baseras på Stressrehab's kliniska verksamhet med uppföljningsresultat från patienter som genomgått multimodal rehabilitering.

Den hälsorelaterade livskvalitet mätt i hälsoindex förbättras stegvis från medelvärdet 0,579 före rehabiliteringen till 0,696 vid fyra-årsuppföljningen (tre år efter avslutad MMR vid Stressrehab). Ökningen är således i genomsnitt 0,117 och innebär sammanlagt 62 vunna QALYs för undersökningsgruppen under en fyraårsperiod.

Vid beräkning av kostnadseffektivitet finns i regel flera osäkerhetsfaktorer. I all mätning av behandlingseffekter spelar sjukdomars naturalförlopp stor roll, men naturalförloppet för utmattningssyndrom är inte entydigt och väl beskrivet. Faktorer som frånvaro av enhetlig diagnostisering av patienter, olika åldersgrupper, ej enhetlig information avseende sjukskrivning och olika eller förändrade sjukförsäkringssystem gör det svårt att tolka och jämföra resultat från tidigare studier med denna utvärdering.

Det är också svårt att med bestämdhet avgöra hur stor del av patienternas förbättrade hälsorelaterade livskvalitet och arbetsåtergång som direkt kan tillskrivas MMR vid Stressrehab. Vetenskapliga studier visar att livskvalitet och psykologiska symtom förbättras för patienter med ångest, depression och stressrelaterade besvär efter deltagande i rehabiliteringsprogram (4). Enbart symtomlindring innebär inte att sjukfrånvaron minskar (5). Riktad arbetsrehabilitering är viktig för att öka arbetsförmåga hos individer med mental ohälsa (6), vilket även är studerat bland patienter med utmattningssyndrom (7).

Dessutom vet vi inte hur patientens hälsorelaterade livskvalitet utvecklas efter uppföljningsperioden på fyra år. Vi har hanterat detta genom att presentera två beräkningar. Den ena är konservativ och grundar sig på faktiska mätningar från de fyra år vi följer patienterna och genererar 62 QALYs. Den andra är mer optimistisk/realistisk med antagande att hälsoförbättringen inte "försvinner" efter fyra år när uppföljningen upphör, och genererar 663 QALYs. Vi har i den senare beräkningen antagit att den nådda förbättringen kvarstår men att hälsan i takt med stigande ålder försämras på samma sätt som för normalpopulationen.

Vid konservativ beräkning (62 QALYs) är kostnaden per QALY ungefär 170 000 kr. Om hälsovinsten antas kvarstå livet ut (663 QALYs) är kostnaden knappt 16 000 kr/QALY.

Socialstyrelsen har i sina riktlinjer för olika sjukdomstillstånd använt sig av riktlinjer för QALYs värde. Där bedöms en kostnad <500 000 som "måttlig" kostnadseffektivitet och en kostnad <100 000 som "låg" (8).

Det finns stora ekonomiska belopp att vinna för samhället om sjukskrivna patienter återgår i arbete. Enligt denna rapport ökar produktionsvärdet med drygt 44 000 per månad eller 500 000 kr per år, om en enda person, som är 100% sjukskriven, återgår till heltidsarbete. Andel patienter med full arbetsförmåga ökade från 16% innan rehabilitering till 67% vid fyra-årsuppföljningen. Totalt för fyra år uppgick den sammanlagda ökningen av produktionsvärde till drygt 96 miljoner kronor.

MMR vid Stressrehab inkluderar tidig, aktiv individanpassad arbetsrehabilitering i samverkan med arbetsgivare, försäkringskassa och i vissa fall arbetsförmedling m.fl. På frågan "Hur stor hjälp upplever du att du fått av behandlingen på Stressrehab för att återgå i arbete eller behålla arbetsförmågan" svarade 35% "Väldigt mycket" och 37% "Ganska mycket".

Den sammanlagda effekten av att patienter har en högre hälsorelaterad livskvalitet och återfår arbetsförmåga efter multimodal rehabilitering vid Stressrehab resulterar i minst 62 vunna QALYs och en "besparing" på 85 miljoner kronor efter 4 år. Kostnader för rehabilitering för undersökningsgruppen var 10,5 miljoner kronor

Patienter med stressrelaterade besvär som utmattningssyndrom har, med stöd av Stressrehab multimodala rehabilitering, förbättrat sin hälsa och återgått i arbete. Enligt denna rapporters hälsoekonomiska utvärdering är multimodal rehabilitering vid Stressrehab kostnadseffektivt såväl utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som ur ett samhällsperspektiv.

Referenser

1. Försäkringskassan. (2013). Svar på regeringsuppdrag: Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Delrapport. Stockholm: Försäkringskassan.
2. Burström, K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D. beskrivning av instrumentet samt resultat från befolkningsundersökning i Stockholms län. 2002 Socialmedicin, Samhällsmedicin Stockholms läns landsting. ISBN91-631-2161-1
3. Statistiska centralbyrån: Statistikdatabasen: Befolkningsframskrivningar: Återstående livslängd efter kön och ålder och år. Beräknat på år 2012, 2013, 2014 för respektive patients "år 5".
Webbadress:
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0401/?rxid=8aee3745-bcd6-4f95-b355-953e161d7610
4. Ejeby K, Savitskij R, Öst LG, Ekblom A, Brandt L, Ramnerö J, Åsberg M, Backlund LG. Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family Practice* 2014; 31: 273-280
5. Ejeby K, Savitskij R, Öst LG, Ekblom A, Brandt L, Ramnerö J, Åsberg M, Backlund LG. Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2014; Early online: 1-6.
6. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 2012; 22: 182-195
7. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sickleave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301.
8. Socialstyrelsen 2011, Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Hälsoekonomiskt underlag
Webbadress:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/Documents/nr-sjukdomsforebyggande-halsoekonomisktunderlag.pdf>



Stressrehabilitering
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

stressrehabilitering@vll.se
Telefon 090-785 33 70