

Hälsoekonomisk utvärdering av stressrehab kliniska verksamhet



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	3
Urval	4
Hälsoekonomi.....	4
Kostnadsnyttoanalys baserad på utveckling av hälsorelaterad livskvalitet.....	4
Kostnad per kvalitetsjusterat vunnet levnadsår	6
Kostnadsnyttoanalys baserad på förändring av produktionsvärde	8

Hälsoekonomisk utvärdering av stressrehab kliniska verksamhet – bilaga med beräkningsunderlag

Webbplats: vll.se

E-postadress: stressrehabilitering@vll.se

Telefon: 090-785 33 70

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

Katarina Steinholtz, avdelningschef, katarina.steinholtz@vll.se, 090-785 33 73
Evamarie Pesonen, kommunikatör, evamarie.pesonen@vll.se, 090-785 24 53
Ulla Hjalmarsson, verksamhetsutvecklare, ulla.hjalmarsson@vll.se, 090-785 33 74
Jens Wahlström, verksamhetschef, jens.wahlstrom@vll.se, 090-785 37 76

Umeå april 2018

Sammanfattning

Urvalet till resultatredovisningen i denna hälsoekonomiska utvärdering är de 315 patienter som påbörjade multimodal rehabilitering på stressrehabiliteringen (stressrehab) under 2014 och 2015. Hälsoenkät SF-36 och frågor om sjukskrivning ligger till grund för de hälsoekonomiska beräkningarna.

För den studerade gruppen så är vunna QALYs lika med 100 efter fyra år och det resulterar i en kostnad per QALY på 187 237 kronor. Det är sannolikt att den multimodala rehabiliteringen ger hälsoeffekter som kvarstår i ett långsiktigt perspektiv. Vid antagandet att förändringen av hälsoindex som rapporterats vid år 4 kvarstår livet ut i samma relation, 81 procent, som till en åldersmatchad normalpopulations skattning av hälsoindex, så blir kostnaden per QALY 24 007 kronor.

Att sjukskrivna patienter återgår till arbete ger stora samhällsekonomiska vinster. I snitt var den årliga ökningen av produktionsvärdet per patient under första året 46 500 kronor och andra året 171 000 kronor, totalt 217 500 kronor. Det kan jämföras med kostnaden för bedömning och rehabilitering som är 69 000 kronor per patient. enligt Västerbottens läns landstings prislista för regionvård

Totalt för två år uppgick ökningen av produktionsvärdet till 67 miljoner kronor för hela undersökningsgruppen och kostnaderna för rehabilitering, baserad på bråkdel av budget, ger en "besparing" på 48 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 kostnadseffektiv såväl utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som ur ett samhällsperspektiv.

Inledning

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 (kognitiv beteendeterapi), arbetsrehabilitering och fysisk aktivitet. Inom stressrehab sker en kontinuerlig kvalitetsuppföljning av den kliniska verksamheten genom uppföljning med frågeformulär till alla patienter som har deltagit i MMR. Patienten besvarar frågeformulär före och efter deltagande i MMR. Uppföljning av rehabilitering sker efter ett år (vid rehabiliteringsprogrammets slut), två år och fyra år. Behandlingsresultat och klinisk verksamhet för stressrehab redovisas i återkommande årsrapporter. Senaste rapporten publicerades i april 2017: "Årsrapport 2016 – Stressrehabilitering – Patientverksamhet" (finns att ladda ner på vll.se).

Historik

Stresskliniken startade november 2002 som ett Dagmarprojekt inom Yrkes- och miljömedicin i samarbete med beteendemedicin. Bakgrunden var att man från slutet av 1990-talet hade sett en ökad mängd remisser till Yrkes- och miljömedicin för bedömning av utmattningsproblematik.

Flertalet av de remitterade patienterna hade varit sjukskrivna länge, och de beskrev att de hade fått bristfällig hjälp med rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Dessa patienter hade ett vårdbehov som då inte kunde tillgodoses på ett adekvat sätt i befintlig vård.

Syftet för projektet och stresskliniken 2002 var att genomföra en randomiserad studie för utvärdering av en ettårig kognitivt beteendeorienterad rehabilitering i gruppform, *Rehabilitering vid stress och utbrändhet, Rest*, för patienter med utbrändhet, vilket gjordes och resulterade i bland annat en avhandling.

Stresskliniken fortsatte efter projekttidens slut 2005 att bedriva kliniskt patientnära arbete och är sedan dess organisatoriskt en avdelning inom Arbets- och beteendemedicinskt centrum.

Under åren 2006 till 2011 var remissinflödet ganska jämnt med 120 till 145 remisser per år och cirka 80 patienter per år deltog i det multimodala rehabiliteringsprogrammet.

Mellan 2012 till 2017 har det skett en dramatisk ökning av remissinflödet och under 2017 kom drygt 550 remisser och antalet startade KBT-grupper var 29 stycken med åtta patienter per grupp.

Personalgruppen består idag av 18 tjänster (läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, rehabkoordinatorer, medicinska sekreterare och avdelningschef).

Urval

Urvalet till resultatredovisningen i denna hälsoekonomiska utvärdering är 315 patienter, varav 261 kvinnor och 54 män, med en medelålder på 43,6 år, som startade MMR under 2014 och 2015. Av dessa var 86 procent sjukskrivna i någon omfattning innan start av MMR med en mediantid på fyra månaders sammanhängande sjukskrivningsperiod på hel- eller deltid (0,5–120 månader).

Hälsoekonomi

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

Uppgifter har hämtats från ett lokalt register för kvalitetssäkring av klinisk verksamhet, Qvalia. Mätning har skett vid baslinjen, det vill säga innan MMR har startat, samt vid avslutad MMR vid den så kallade ettårsuppföljningen samt efter ytterligare ett år vid tvåårsuppföljningen. Patientgruppen har inte hunnit med fyraårsuppföljningen så vid beräkning av kostnad per QALY har antaganden gjorts som beskrivs närmare i resultatpresentationen. När förändringen av produktionsvärdet har beräknats har endast registrerade data vid baslinje och vid ett- och tvåårsuppföljning använts.

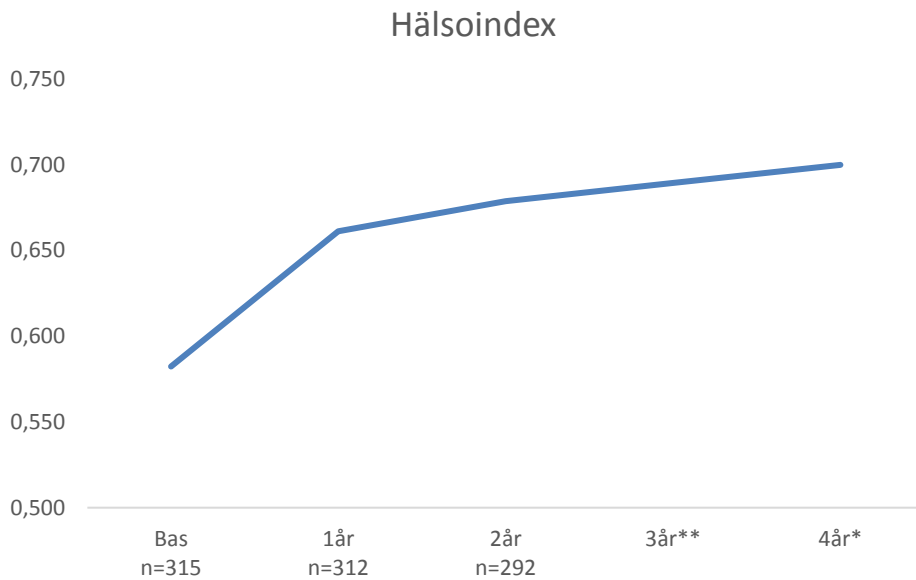
Tidigare hälsoekonomiska utvärderingar av stressrehab's verksamhet från 2010 och 2014 har visat på kostnadseffektivitet både ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och ur ett samhällsperspektiv.

Kostnadsnyttoanalys baserad på utveckling av hälsorelaterad livskvalitet

För att avgöra om en behandling är kostnadseffektiv behövs beräkningar av både kostnader och effekter. I en kostnadsnyttoanalys kan effekten av en intervention bedömas genom att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten, HRLK, före och efter behandling och relatera den till kostnaden.

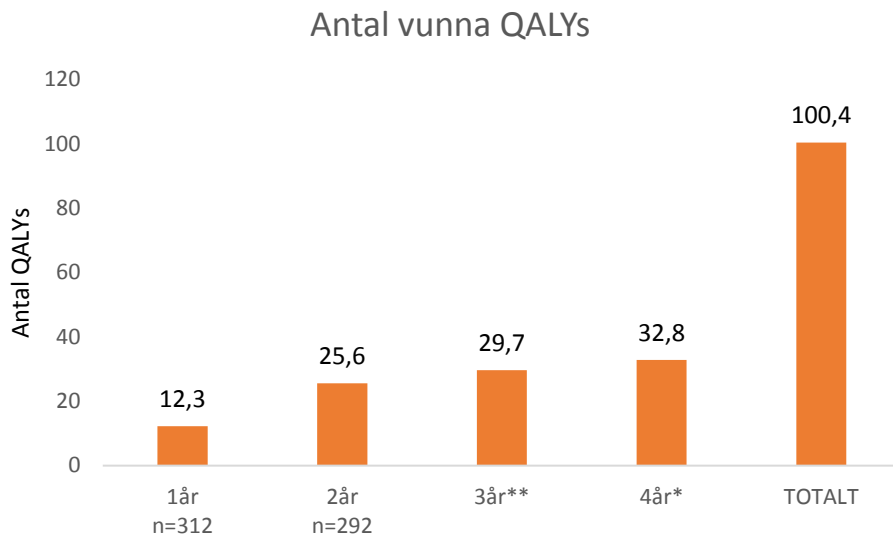
För att skatta HRLK har hälsoenkät SF-36 använts och med hjälp av beräkningsprogrammet SF-6D har ett hälsoindex beräknats som speglar patientens hälsorelaterade livskvalitet. Hälsoindex redovisas på en skala mellan 0 och 1, där 1 motsvarar perfekt hälsa och 0 motsvarar död. Genom att mäta HRLK med SF-36 vid upprepade tillfällen och ta hänsyn till tiden mellan mätningarna kan "hälsovinsten" eller "hälsoförlusten" beräknas. Hälsoindex multipliceras med den tid i år som patienten har befunnit sig i detta tillstånd och ger måttet kvalitetsjusterade vunna levnadsår, *Quality-Adjusted Life Years*, 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, det vill säga vad hälsovinsten kostar minus de besparingar den åstadkommer.

Hälsoindex har beräknats för de patienter som påbörjade MMR åren 2014 och 2015 (figur 1) för en så nutidsnära analys som möjligt. Det gör att dessa patienter har hunnit med tvåårsuppföljning men inte fyraårsuppföljning. För att inkludera fyraårsuppföljningen och få jämförbara resultat med tidigare hälsoekonomisk rapport, har vi i beräkningarna gjort ett antagande att de har samma utveckling av hälsoindex som de patienter som startade två år tidigare och som genomförde sina fyraårsuppföljningar under 2016 och 2017. Uppföljning sker inte vid tre år och därför är hälsoindex för år 3 uppskattat till medelvärdet av 2 och 4 års skattning.



Figur. 1 Hälsoindex (medelvärde) hos de patienter som påbörjade MMR 2014–2015 och som har rapporterat uppföljningsvärden, n = antal svar. *Hälsoindex för 4 år antas ha samma utveckling som de patienter som startade 2 år tidigare och som hunnit med 4-årsuppföljningen vilket är ett värde på 0,700. *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 (durationen) av förändringen. Hur länge patienterna fortsätter att må bättre påverkar antalet QALYs. Nedan redovisas QALYs för de patienter som påbörjat MMR 2014 och 2015 och där tre- och fyraårsvärdet är en skattning (figur 2). I detta fall vinnns totalt 100 QALYs under en fyraårsperiod eller 0,341 QALYs per patient.



Figur 2. Antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) beräknat utifrån förändring i hälsoindex för de patienter som påbörjat MMR 2014–2015 och har registrerade uppföljningsvärden på hälsoenkät SF-36 vid uppföljning efter 1 och 2 år. (år 1: n = 312, år 2: n = 292). * Hälsoindex för 4 år antas ha samma utveckling som de patienter som startade 2 år tidigare och som hunnit med 4-årsuppföljningen vilket är ett värde på 0,700. **Uppföljning sker inte år 3 därför är hälsoindex för år 3 medelvärde av 2- och 4 års skattning. Antal patienter vid 3 och 4 år antas vara lika som vid 2 år, det vill säga 292.

Kostnad per kvalitetsjusterat vunnet levnadsår

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

Kostnaden har beräknats som bråkdel av budget. Kostnaden per QALY har beräknats utifrån stress-rehabs totala årsbudget¹ för den aktuella perioden 2014–2015, vilken var cirka 18,8 miljoner kronor (7 684 803 kronor för 2014 och 11 085 872 kronor för 2015).

Då kostnaden uttrycks som bråkdel av budget på 18,8 miljoner och vunna QALYs är 100 efter fyra år, se figur 2, så resulterar det i en kostnad per QALY på 187 237 kronor.

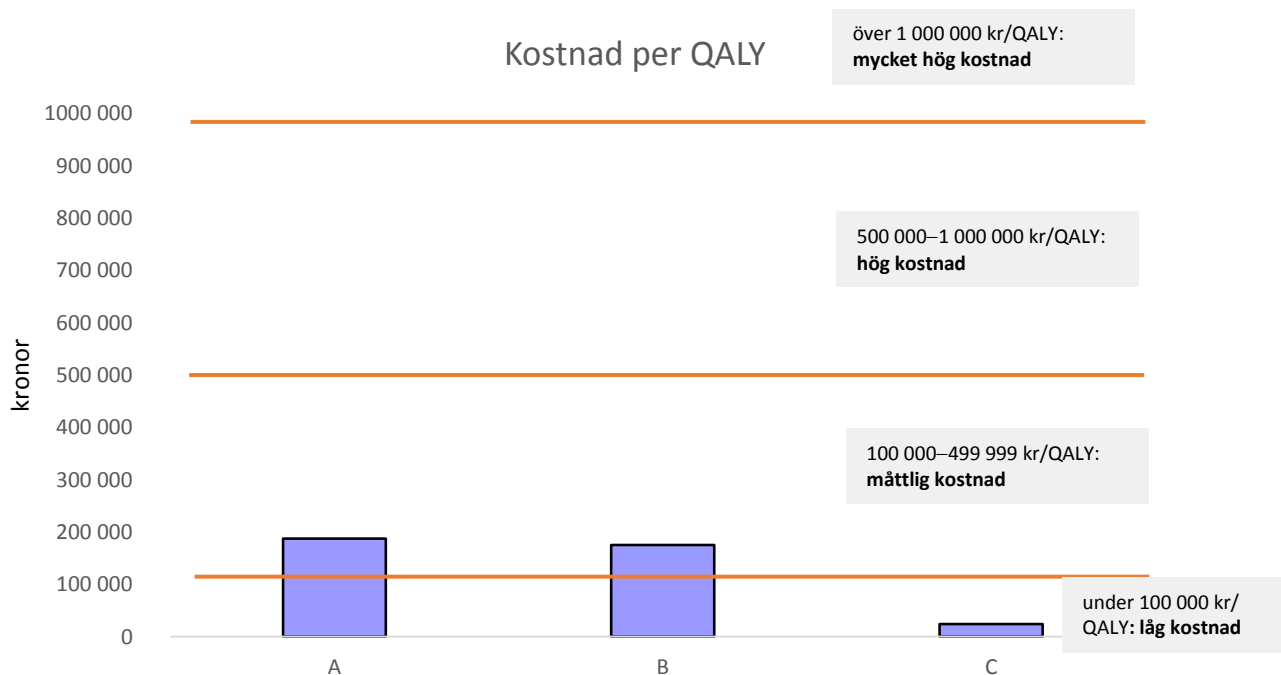
Om bortfallet inkluderas och samtliga 315 patienter som startat gruppbehandlingen antas ha samma hälsoindex som de med inrapporterade värden vid uppföljningarna, så resulterar det i en kostnad per QALY på 174 939 kronor.

Ovan beräkningar av kostnad per QALY gör antagandet att hälsoeffekten efter 4 år abrupt försvinner. Det är sannolikt att den multimodala rehabiliteringen, som syftar till förändring av vanor och beteenden, ger hälsoeffekter som kvarstår i ett långsiktigt perspektiv. Den mer optimistiska skattningen, och realistiska, är att sätta kostnaden i relation till den prognostiserade vinsten av 783 QALYs fram till livets

¹ I den förra hälsoekonomiska rapporten från 2014 *Hälsoekonomisk utvärdering av klinisk verksamhet vid Stressrehab* togs inte hänsyn till lokalkostnader, it, tele, koncerngemensamma OH-kostnader till exempel HR- och controller-stöd. För en fullständig beskrivning av kostnader som tagits hänsyn till se bilaga 1.

slut². Vid antagandet att förändringen av hälsoindex som rapporterats vid år 4 kvarstår livet ut i samma relation, 81 procent, som till en åldersmatchad normalpopulations skattning av hälsoindex så blir kostnaden per QALY 24 007 kronor.

I stressrehab's budget ingår, förutom genomförande av multimodal rehabilitering, även ett omfattande arbete med bedömningar av patienter som inte deltar i MMR samt konsultationer, undervisning, utvecklingsarbete och administration. Samtliga dessa kostnader för stressrehab har inkluderats vid beräkning av kostnad per QALY för patienter i MMR.



Figur 3 Linjerna markerar Socialstyrelsens gränser vid bedömning av kostnadseffektivitet. Under 100 000 kronor per QALY bedöms som låg kostnad, 100 000–499 999 kronor per QALY bedöms som måttlig kostnad, 500 000–1 000 000 kronor per QALY bedöms som hög kostnad och över 1 000 000 kronor per QALY bedöms som mycket hög kostnad.

Beräkningar A–C med kostnad baserat på bråkdel av budget

A Patienter med registrerade uppföljningsvärden på hälsoenkät SF-36 år 1, år 2 (bas: n = 315, år 1: n = 312, år 2: n = 292). Hälsoindex för 4 år antas ha samma utveckling som de patienter som startade två år tidigare och som hunnit med 4 årsuppföljningen vilket är ett värde på 0,700. Uppföljning sker inte år 3 därför är hälsoindex för år 3 medelvärdet av 2- och 4 års skattning. Antal patienter vid 3 och 4 år antas vara som vid två-årsuppföljningen.

B Antagande att alla patienter som påbörjat MMR under tidsperioden 2014–2015 (n = 315) har hälsoindex enligt alternativ A.

C Antagande att alla patienter som påbörjat MMR under tidsperioden 2014–2015 (n = 315) 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 315 patienterna är förväntad återstående livslängd efter kön, ålder och år vid år 5 i medeltal 34,57 år enligt tidigare hälsoekonomisk rapport.

² Här görs antagandet att åldersstrukturen och medellivslängden är densamma som vid den förra hälsoekonomiska rapporten 2014 *Hälsoekonomisk utvärdering av klinisk verksamhet vid Stressrehab*. Rapporten samt bilaga med beräkningsunderlag kan laddas ner från vll.se

Kostnadsnyttoanalys baserad på förändring av produktionsvärde

Utgångspunkten vid beräkning av produktionsvärde är patienternas arbetsförmåga (0, 25, 50, 75 eller 100 procent) och uppskattad lönekostnad vid de olika mättillfällena (bas, 1 år och 2 år).

Full arbetsförmåga (100 procent) innebär att patienten inte uppbär någon form av ersättning (exempelvis sjukpenning, rehab-, sjuk- eller aktivitetsersättning) från Försäkringskassan på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Urvalet är de patienter som påbörjade MMR 2014 och 2015. En patient som erhållit ålderspension under uppföljningsperioden är exkluderad i beräkningen. Fjorton patienter hade aktivitetsstöd helt, (n = 6) eller delvis (n = 8) vid något tillfälle under tvåårsperioden. Då det är svårt att veta om patienten med aktivitetsstöd har arbetsförmåga eller om perioden följs av sjukskrivning, så har grad av aktivitetsstöd beräknats motsvara grad av sjukpenning för konservativ beräkning.

Sextio procent av patienterna har högskole- eller universitetsutbildning. Vi har i beräkningarna antagit att den genomsnittliga lönen för den studerade gruppen är 33 053 kronor. Lagstadgade sociala avgifter och avtalsenliga sociala avgifter (cirka 50 procent) tillkommer och ger en total kostnad för arbetsgivaren på 49 580 kronor. Alltså antas att en heltidsarbetande producerar till ett värde av 49 580 kronor per månad.

Andel patienter med full arbetsförmåga ökade från 12 procent innan rehabilitering till 54 procent vid tvåårsuppföljningen. Produktionsvärde per månad i snitt per patient mer än fördubblades under undersökningsperioden från drygt 14 900 kronor vid baslinjen till knappt 35 800 kronor vid tvåårsuppföljningen.

I snitt var den årliga ökningen av produktionsvärdet per patient under första året (baslinje till ettårsuppföljningen) 46 500 kronor och andra året (från ett- till tvåårsuppföljningen) 171 000 kronor, totalt 217 500 kronor. Detta kan jämföras med kostnaden för bedömning och rehabilitering som är 69 000 kronor per patient enligt landstingets prislista för regionvård.

Totalt för två år uppgick ökningen av produktionsvärdet till 67 miljoner kronor för hela undersökningsgruppen från baslinje till uppföljningen vid två år. Kostnader för rehabilitering för undersökningsgruppen, baserat på bråkdel av budget, var 18,8 miljoner kronor vilket ger en "besparing" på 48 miljoner.