

SNF-rapport nr. 07/10

Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Delrapport 3

av

**Tor Helge Holmås
Egil Kjerstad**

SNF-prosjekt nr. 2445

Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Prosjektet er finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Vennligst ikke referer til resultater i rapporten uten etter samtykke med oppdragsgiver og SNF v/forfatterne.

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, MAI 2010**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 978-82-491-0703-2 Trykt versjon
ISBN 978-82-491-0704-9 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Forord

Denne rapporten, som utgjør den siste av tre delrapporter i tilknytning til evalueringsarbeidet av Raskere tilbake, er forsinket i forhold til den opprinnelige framdriftsplanen. En viktig årsak til utsettelsen - rapporten skulle vært levert i mai i fjor - er datamaterialet som vår studie bygger på. Prosjektet fikk konsesjon av Datatilsynet til å koble registerdata fra NAV med registerdata fra Norsk pasientregister (NPR). Imidlertid hadde Stortinget i 2006 bedt om nytt lovverk og ny forskrift knyttet til bruken av helseregistre for forskningsformål. Arbeidet med å ferdigstille forskriften tok lengre tid enn hva både vi, oppdragsgiver og andre involverte hadde forutsatt. Konsekvensen ble at vi ikke fikk tilgang til de koblete dataene før i månedsskiftet november/desember i 2009. Den videre bearbeidelsen av dataene og analysearbeidet ble dessuten mer krevende enn forutsatt. I samråd med oppdragsgiver, ved avdelingsdirektør Øystein Haram og seniorrådgiver Roger Lorås, Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), nå Arbeidsdepartementet (AD), fikk vi anledning til å arbeide lengre med rapporten enn det den reviderte framdriftsplanen skisserte. Vi vil takke begge for godt og konstruktivt samarbeide, ikke bare i denne siste fasen av prosjektet, men gjennom hele den nær tre år lange prosjektperioden vi har lagt bak oss. Vi vil også takke Ola Thune, Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) og Stein Olav Gystad, Norsk pasientregister (NPR)/Helse- og omsorgsdepartementet for uttak og tilrettelegging av datamaterialet, som er unikt.

Til slutt vil vi takke medlemmene i prosjektets referansegruppe for gode diskusjoner og innspill. Det har vært noen utskiftninger i løpet av disse tre årene. Følgende personer har vært medlemmer hele eller størstedelen av perioden: Nils Gunnar Follesø, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD); Ingunn Aalvik, HOD; Elisabet R. Sivertsen, (NAV); Jon-Torgeir Lunke, Helsedirektoratet; Njål Stensland, Finansdepartementet; Hilde H. Holte, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Helge Næsheim, Statistisk sentralbyrå (SSB); Simen Markussen, Frischsenteret; Øystein Haram, AD og Roger Lorås, AD. Følgende har vært oppnevnt/deltatt en kortere periode: Kari Irene Solheim Hansen, HOD; Inger Mette Nilstad, HOD; Heidi Langaas, HOD; Kristoffer Vetvik, NAV; Yngvill Tømmerberg, NAV; Beate Hauglann, Helsedirektoratet; Elisabeth Gjerberg, Norsk kunnskapssenter for helsetjenesten; Tonje Kober, SSB og Snorre Kverndokk, Frischsenteret.

Bergen, 25. mai 2010

Egil Kjerstad

Seniorforsker og prosjektleder

Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) AS

Sammendrag

Hensikten med tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester (Raskere tilbake), er å bidra til at personer som mottar sykepenge, skal komme raskere tilbake i arbeid enn de ellers ville gjort. Tilskuddsordningen ble innført i 2007, og i denne rapporten redegjøres det for resultatene fra evalueringen av ordningen. Evalueringen er kun basert på aktivitetstall for 2008. I 2008 var det 22909 personer som mottok behandling gjennom Raskere tilbake tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten, og 4060 personer deltok på tiltak i regi av NAV. Det ble samlet brukt 758 millioner kroner på Raskere tilbake i 2008.

Vi finner signifikante tiltakseffekter for kirurgisk og medisinsk behandling analysert samlet. De som har deltatt på Raskere tilbake tiltak har i gjennomsnitt 4,3 dager kortere sykepengeperioder sammenliknet med personer som mottar slik behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Effekten er særlig sterk for kirurgi når gruppene av pasienter analyseres hver for seg. Mens medisinske pasienter som har deltatt på Raskere tilbake ikke har signifikant kortere sykefravær enn sammenlikningsgruppen, så reduseres sykefraværet med rundt 14 dager for kirurgiske Raskere tilbake pasienter sammenliknet med de som mottar kirurgisk behandling gjennom det ordinære tilbudet. Drivkraften bak resultatene er imidlertid ikke at behandlingen i seg selv reduserer sykefraværet, men at Raskere tilbake bidrar til å redusere ventetidene på behandlingen. Vi ser med andre ord en klar kapasitetseffekt, i tråd med det Sykefraværsutvalget forventet av satsingen. Ventetidene reduseres med rundt 18 dager når vi ser medisinsk og kirurgisk behandling under ett. Det er altså ingen dag-for-dag sammenheng mellom reduserte ventetider og reduksjon i sykefraværet.

Vi mener at det også er rimelig å hevde en sykefraværsreduserende effekt for de som mottok kirurgisk behandling hos private leverandører, mens vi ikke kan konkludere det samme for tilbudet innen psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering i regi av de regionale helseforetakene. I sistnevnte analyser er imidlertid utvalget lite og analyseresultatene usikre. Når det gjelder NAV-tiltakene, så har vi ikke kunnet gjennomføre tilfredsstillende analyser med det foreliggende datamaterialet. Det synes som om vi ikke har maktet å kontrollere for at tiltaksgruppen skiller seg vesentlig fra kontrollgruppen. Dette betyr at man må være åpen for at midlene som NAV disponerer kan ha hatt en sykefraværsreduserende effekt for de som har deltatt.

Våre beregninger tyder på at Raskere tilbake samlet sett trolig ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet er for liten. Ordningen er imidlertid meget kompleks og består av mange ulike typer tilbud. Dette, sammen med den nevnte usikkerheten knyttet til analyseresultater, tilsier at en må være åpen for at deler av ordningen kan ha samfunnsøkonomiske gunstige effekter. Ordningen har uansett bidratt til at grupper av sykmeldte har kommet betydelig raskere til behandling, dvs. at ventetiden har blitt redusert sammenliknet med de som venter på ordinær behandling. Dette har skjedd uten at ventetidene har gått opp for sistnevnte grupper av pasienter.

For med sikkerhet å kunne si noe om effekten av et tiltak, må man ha kunnskap om hvordan det ville gått med tiltaksdeltakerne om de ikke hadde deltatt på tiltaket. Siden det ikke er mulig å observere personer som både deltar og ikke deltar på et tiltak på samme tidspunkt, vil all tiltaksevaluering derfor være heftet med en viss grad av usikkerhet. Graden av usikkerhet vil være bestemt av en rekke forhold, blant annet hvilken type tiltak man evaluerer, hvilke data og kontrollgrupper som er tilgjengelige og hvilken evalueringsmetode man benytter. Som drøftet i rapporten, er det en rekke forhold som gjør at vi vurderer usikkerheten i denne evalueringen som relativt stor:

- Måten ordningen ble implementert er ikke ideell ut fra et evalueringssynspunkt (ingen randomisering eller naturlige eksperiment).
- Evaluering kommer relativt tidlig etter at ordningen er innført.
- Datagrunnlaget er begrenset til perioden etter at ordningen ble innført.
- Ordningen er svært kompleks, for eksempel eksisterer det en lang rekke ulike typer behandlinger/utredninger (tiltak) og antallet behandlinger/utredninger varierer betydelig mellom deltakerne.
- For Raskere tilbake tiltak innenfor psykiatri, private kommersielle sykehus og privat rehabilitering har datagrunnlaget utgjort en begrensning, og de estimerte effektene av Raskere tilbake er derfor mer usikkert enn for Raskere tilbake tiltak gjennomført i offentlige somatiske sykehus.

Innhold

Forord

Sammendrag

1	Innledning.....	1
2	Metode og data.....	4
2.1	Metode.....	4
2.1.1	<i>Effektevaluering</i>	4
2.1.2	<i>Vår strategi for å analysere effekten av Raskere tilbake</i>	7
2.2	Data	9
2.2.1	<i>Data fra NAV</i>	9
2.2.2	<i>Data fra NPR</i>	10
3	Raskere tilbake - offentlige somatiske sykehus.....	14
3.1	Innledning	14
3.2	Nærmere om aktiviteten i 2008.....	14
3.3	Analyseutvalget.....	18
3.4	Effektene av deltakelse på Raskere tilbake tiltak.....	21
3.4.1	<i>Propensity score matching</i>	22
3.4.2	<i>Effekten av Raskere tilbake</i>	23
3.4.3	<i>Effekten av RT for personer sykmeldt i perioden 1. januar til 1. august</i>	26
3.4.4	<i>Utsiktede virkninger</i>	28
3.5	Oppsummering og drøfting av hovedresultater.....	31
4	Raskere tilbake - offentlige psykiatriske institusjoner.....	35
4.1	Innledning.....	35
4.2	Nærmere om aktiviteten i 2008.....	35
4.3	Analyseutvalget.....	38
4.4	Effekten av deltakelse på Raskere tilbake tiltak	41
4.4.1	<i>Utsiktede virkninger</i>	43
4.5	Drøftinger av hovedresultater og oppsummering	44
5	Raskere tilbake - private somatiske institusjoner.....	46
5.1	Innledning	46
5.2	Nærmere om aktiviteten i 2008.....	46
6	Raskere tilbake - private rehabiliteringsinstitusjoner.....	49
6.1	Innledning	49
6.2	Nærmere om aktiviteten i 2008.....	49
6.3	Analyser	51
7	Raskere tilbake – NAV	53
7.1	Innledning	53
7.2	Nærmere om aktiviteten i 2008.....	55

7.3	Analyseutvalget.....	57
7.4	Effekten av deltakelse på Raskere tilbake tiltak	60
7.5	Konklusjon	61
8	Samfunnsøkonomiske effekter av tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester	63
8.1	Innledning	63
8.2	Justeringer av den enkle framgangsmåten	63
8.3	Beregning av nytte og kostnader.....	65
	8.3.1 Raskere tilbake – regionale helseforetak	65
	8.3.2 Raskere tilbake – NAV	68
8.4	Konklusjon	69
9	Avslutning.....	70
	Referanser.....	72

1 Innledning

Arbeidet med å iverksette tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester (Raskere tilbake) startet ved årskiftet 2006/2007¹. Utgangspunktet for ordningen var Sykefraværsutvalget sin rapport (Ot.prp. nr. 6 (2006-2007)), som bygde på følgende mandat: ”Regjeringen inviterer lederne for organisasjonene som er parter i IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv) til deltakelse i et utvalg for gjennom reelle drøftelser, jf IA-avtalens pkt. 6, å gjennomgå regjeringens forslag til endringer i arbeidsgivers medfinansiering av utgiftene til sykepenger, og å gjennomgå organisasjonenes innspill. Utvalget kan foreslå alternative løsninger som vil gi tilsvarende forventet nedgang i sykefraværet og statens kostnader til sykepenger innenfor samme budsjettamme i folketrygdens som i regjeringens forslag. Utvalget kan i den forbindelse også komme med forslag til konkret utforming av skjermingsordninger. Utvalget kan vurdere særtiltak overfor enkeltgrupper og/eller enkeltbransjer i arbeidslivet. Utvalgets forslag skal foreligge innen 6. november 2006”.

Utvalget sluttet seg til en satsing som inneholder en kombinasjon av:

- mer aktivitetsorienterte tiltak tidligere i sykmeldingsperioden sammenliknet med tidligere
- tiltak som bidrar til bedre og mer forpliktende oppfølging og tydeliggjøring av ansvar sammenliknet med tidligere
- tiltak som bedrer muligheten for kontroll og sanksjoner sammenliknet med dagens regelverk

I utvalgets rapport ble det blant annet påpekt at det er en utfordring at sykefraværsperioden kan være avhengig av helsevesenets behandlingsskapasitet. Man foreslo derfor å innføre en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Hensikten med ordningen er å bidra til at personer som mottar sykepenger skal komme raskere tilbake til arbeidslivet.

Raskere tilbake består av to hovedsatsinger. Spesialisthelsetjenesten er tilført midler slik at det er etablert økt behandlingsskapasitet for visse diagnoser, og det er utviklet nye tilbud for pasienter med sammensatte og mer vanskelig klassifiserte sykdomsbilder. I løpet av de første 12-15 månedene av ordningen ble det etablert om lag 160 Raskere tilbake prosjekter i regi av helseforetakene rundt om i landet.

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) har på sin side fått til disposisjon fire nye virkemidler i arbeidet med å få sykmeldte arbeidstakere raskere tilbake i arbeid. Virkemidlene er

¹ I Drangland og Kjerstad, 2008 drøftes implementeringsarbeidet nærmere.

avklaringstiltak², oppfølgingstiltak³ og arbeidsrettet rehabilitering dag- og døgnbehandling. Når det gjelder sistnevnte tiltak, som kan være dag- eller døgnbasert, inngikk NAV sentralt 86 kontrakter med 62 private tjenesteleverandører det første året av ordningen. De lokale NAV-kontorene slet imidlertid med å komme i gang og bruke både dette tiltaket og de øvrige, og 2007 var langt på vei å betrakte som en innkjøringsperiode. Først mot slutten av 2008, begynte aktiviteten å komme opp i et volum som var avpasset budsjettmidlene som ble stilt til disposisjon.

Status ved utgangen av 2009, er at i underkant av 60 000 personer er henvist til Raskere tilbake prosjekter i regi av helseforetakene siden oppstarten. Når det gjelder tilbudet fra NAV, så har om lag 8 800 personer deltatt. Det er for perioden 2007-2009 samlet bevilget tilnærmet 2,124 mrd. kroner til ordningen Raskere tilbake. Av disse midlene er om lag 2/3 fordelt til de regionale helseforetakene og om lag 1/3 til NAV. For spesialisthelsetjenestene, utgjorde midlene til rene behandlingstiltak 1,320 mrd. kroner i perioden 2007-2009.

Vi har tidligere omtalt Raskere tilbake som en nyskapende, dristig og ambisiøs ordning (Drangslund og Kjerstad, 2008, ss. 4-6). Ordningen kan karakteriseres som nyskapende av flere grunner. Hovedelementene er

- (i) at NAV har fått til disposisjon virkemidler som kan settes inn langt tidligere i en sykmeldingsperiode sammenliknet med situasjonen før ordningen ble innført og
- (ii) at tjenestene som helseforetakene har ansvar for skal organiseres som egne enheter atskilt fra ordinær sykehusdrift og hvor inntektene, for de fleste av prosjektene, er aktivitetsbaserte.

Tilskuddsordningen kan karakteriseres som dristig fordi den bygger på at en rekke aktører - fastleger, saksbehandlere i NAV, prosjektansvarlige ved helseforetakene og sykmeldte - ser seg tjent med å engasjere seg slik at tilbudet blir kjent og benyttet i tråd med intensjonene, nemlig som et lavterskeltilbud med tidligintervensjon som målsetting.

Målsettingen med ordningen er ambisiøs. Raskere tilbake skal bidra til at sykefraværet reduseres. Bakgrunnen er en årelang situasjon med tidvis økning i fraværet til tross for flere tiltak med sikte på å få fraværet ned (jf. IA-avtaleverket).

I denne delrapporten beskriver vi resultatene fra effektevalueringen, som er utført for å kunne svare på om Raskere tilbake kan karakteriseres som en suksess eller ikke. Hovedutfordringen er at vi ikke kan vite hva som ville skjedd med sykefraværet til en deltaker dersom vedkommende *ikke* hadde deltatt på et tiltak. Dette kontrafaktiske problemet kan man

² *Avklaringstiltak*: kartlegging og vurdering av deltakers bistandsbehov for å komme tilbake i arbeid og kunne beholde arbeid. Se for øvrig Rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedrørende erfaringene med Raskere tilbake, 1. juli 2009 for en nærmere beskrivelse av tiltaket.

³ *Oppfølgingstiltak*: et tilbud til personer som har behov for mer omfattende formidlings- og oppfølgingsbistand enn det NAV kan tilby. Se for øvrig Rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedrørende erfaringene med Raskere tilbake, 1. juli 2009 for en nærmere beskrivelse av tiltaket.

tilnærme seg på ulike måter, og vi har her valgt å bruke en metode kalt propensity score matching.

Målsettingen med ordningen bør ikke bare være å bidra til en reduksjon i sykefraværet, men at reduksjonen er av et omfang som gjør ordningen samfunnsøkonomisk lønnsom. Med samfunnsøkonomisk lønnsom mener vi i denne sammenheng at verdien av gevinsten (reduisert sykefravær) målt i kroner overstiger kostnadene ved ordningen.

For å avgjøre om ordningen kan betegnes som vellykket, er det her derfor tatt to hovedgrep:

Effektevaluering: Med utgangspunkt i registerdata for 2008, gjennomfører vi analyser med sikte på å avgjøre om

- (i) deltakerne på Raskere tilbake prosjekter i regi av helseforetakene kommer raskere tilbake i arbeid sammenliknet med sykmeldte som gjennomgår behandling i det ordinære behandlingsløpet og
- (ii) om deltakerne på arbeidsrettet rehabilitering i regi av NAV kommer raskere tilbake sammenliknet med personer som ikke deltar på slike tiltak.

Analysene bygger på et unikt datasett. Prosjektet har konsesjon fra Datatilsynet til å kombinere registerdata fra NAV og Norsk pasientregister (NPR). Vi har med andre ord kombinert trygdestatistikk på individnivå med forbruksdata fra spesialisthelsetjenesten på individnivå.

Samfunnsøkonomisk nytte-kostnadsanalyse: De viktigste samfunnsøkonomiske effektene som vil bli vektlagt i analysen av tilskuddsordningen, er reduksjon i tapt produksjon (nyttensiden) og direkte kostnader knyttet til behandling (kostnadssiden). Med utgangspunkt i de estimerte differanseeffektene, beregnes det nytte-kostnadsbrøker som kan si noe om ordningen er samfunnsøkonomisk lønnsom.

Rapporten er disponert på følgende måte:

I kapittel 2 beskrives nærmere de metodemessige valgene som er gjort i denne analysen og datamaterialet som evalueringen bygger på. Resultatene fra effektevalueringen omtales i kapitlene 3-7. Den samfunnsøkonomiske analysen presenteres i kapittel 8. Avsluttende kommentarer følger i kapittel 9.

2 Metode og data

I dette kapitlet gir vi en oversikt over metoden som er brukt i analysene, og beskriver datagrunnlaget nærmere. Når det gjelder beskrivelsen av metoden, har vi valgt å gjøre dette svært kortfattet. I effektevalueringer er seleksjonsproblemet sentralt. Vi legger vekt på å forklare hva problemet består i, og hvordan vi har forsøkt å løse dette problemet. En analyse som denne vil nødvendigvis også innebære en rekke valg når det gjelder avgrensning av datamaterialet. Disse valgene vil i større eller mindre grad kunne påvirke resultatet av analysene, og vi vil derfor forsøke å gi en oversikt over de viktigste avgrensningene og begrunnelsen bak disse.

2.1 Metode

Formålet er å gi en generell og kortfattet beskrivelse av de viktigste problemene man står overfor når man skal evaluere effekten av et tiltak. Med dette som utgangspunkt, vil vi forklare hvilken metode vi benytter og presentere de ulike effektmålene vi benytter.

2.1.1 Effektevaluering

For å vurdere effekten av et tiltak (for eksempel om Raskere tilbake reduserer sykefraværet), trenger man en statistisk metode for å avdekke kausaleffekter. En avgjørende forutsetning i slike metoder er at den reelle effekten av et tiltak ikke kan finnes uten at man tar hensyn til den kontrafaktiske situasjonen. Med andre ord, for å finne effekten av et tiltak må man vite hva som hadde skjedd om tiltaket ikke ble gjennomført (hva som hadde skjedd med sykefraværet til de som deltar på Raskere tilbake om de ikke hadde deltatt). Det er selvsagt ikke mulig å observere personer både som deltakere og ikke-deltakere på et tiltak på samme tid. Det grunnleggende problemet i all effektevaluering er derfor at vi mangler informasjon om hva som ville skjedd med de som deltar på tiltaket om de ikke hadde deltatt. Ulike metoder for effektevaluering baseres derfor på ulike metoder for å løse dette problemet med manglende informasjon (eller data). Typisk vil man forsøke å finne en kontrollgruppe som består av personer som er like de personene som deltar på tiltaket (tiltaksgruppen).

Det største problemet med å finne en valid kontrollgruppe er seleksjonsproblemet. Dette problemet oppstår som følge av at det ofte ikke er tilfeldig hvem som deltar eller ikke deltar på et tiltak. Om det ikke er tilfeldig hvem som deltar, er det rimelig å anta at deltakerne kan være forskjellige fra de som ikke deltar. Så lenge det er mulig å observere disse forskjellene (kjønn, alder, inntekt, osv.), er dette ikke noe problem. Vi kan da kontrollere for disse ulikhetene, for eksempel med hjelp av regresjonsanalyser. Om deltakerne er ulike de som ikke deltar på forhold vi ikke kan observere (motivasjon, evner, fullstendig informasjon om helsetilstand, osv.), og om disse uobserverte forholdene også påvirker utfallet vi studerer (for eksempel sykefraværet), er det avgjørende å ta hensyn til seleksjonsproblemet for å finne den reelle effekten av et tiltak.

Det er også flere mulige former for seleksjon. Innenfor Raskere tilbake er det for eksempel rimelig å anta at en rekke aktører kan påvirke sannsynligheten for at en sykmeldt deltar på

tiltaket eller ikke: den sykmeldte, fastlegen, ansatte i NAV, arbeidsgiver og ansatte på institusjonen der RT-tiltaket finner sted. Om det er slik at de sykmeldte selv påvirker om de deltar på tiltaket eller ikke, er det mulig at de mest motiverte har størst sannsynlighet for å delta. Disse vil trolig også ha kortere sykefravær uavhengig av om de er på tiltak eller ikke, og selvseleksjon kan derfor være en kilde til at vi overvurderer effekten av tiltakene. På den annen side er det ikke umulig at de som har størst behov for behandling - og som i gjennomsnitt har lengst sykefravær - også er de som er mest interessert i å delta på tiltaket. Om dette er tilfelle, vil selvseleksjon føre til at vi undervurderer effekten av tiltakene. På samme måte vil det være usikkerhet knyttet til de andre kildene til seleksjon. Det er for eksempel vanskelig å vite om fastlegene henviser de sykeste eller de friskeste inn i RT-tiltak (trolig varierer dette mellom legene). Om de er mer tilbøyelige til å henviser de sykeste, vil dette gjøre at vi undervurderer effekten og motsatt om de henviser de friskeste. Det er altså vanskelig å si noe sikkert om hvordan de enkelte kildene til seleksjon kan påvirke resultatene, og det er selvsagt enda mer komplisert å si noe om hvordan summen av alle seleksjonsmekanismer påvirker analysene.

Seleksjonsproblemet oppstår altså som følge av at personer med spesielle egenskaper selekterer seg eller blir selektert av andre inn i tiltaksgruppen. En opplagt måte å unngå seleksjonsproblemet er derfor å gjøre det tilfeldig hvem som mottar og hvem som ikke mottar et gitt tiltak.

Randomisering

Ved randomisering tilordner man deltakerne tilfeldig til tiltaksgruppen eller kontrollgruppen, for eksempel ved at de som har oddetall fødselsdato kommer i tiltaksgruppen og de som har partall kommer i kontrollgruppen. Siden det er tilfeldig om man kommer i tiltaksgruppen eller ikke, er det ingen statistisk sammenheng mellom sannsynligheten for å delta og utfallet man er opptatt av. Om man da har et tilstrekkelig stort antall deltakere, vil personene i de to gruppene være like (i gjennomsnitt) på både observerbare (kjønn, alder, inntekt, osv.) og uobserverbare (motivasjon, helsetilstand, osv.) forhold. Om man kan anta at kontrollgruppen og tiltaksgruppen består av like personer er det også enkelt å finne effekten av tiltaket. Da kan man bare sammenligne gjennomsnitt i de to gruppene, for eksempel om den gjennomsnittlige lengden på sykefraværet er ulikt for de som deltar på Raskere tilbake sammenlignet med de som ikke deltar.

Naturlig eksperiment

Naturlige eksperimenter er et resultat av at institusjonelle forhold bidrar til eksogen variasjon i sentrale variable. Et typisk eksempel vil være at myndighetene velger å innføre et tiltak i noen regioner og ikke i andre (og gjerne innføre tiltakene på ulikt tidspunkt). Da kan man sammenligne personer som deltar på tiltaket med tilsvarende personer i de geografiske områdene som ikke har innført tiltakene. Naturlige eksperimenter er best om alle personer i regionen blir påvirket av tiltaket, for eksempel generelle endringer i skatte- eller trygde-systemet. Om bare en andel personer i en region deltar eller blir påvirket til å delta på tiltaket, vil man derimot ha et potensielt seleksjonsproblem. Det vil likevel være en fordel å ha data fra

naturlige eksperimenter, siden det er større sannsynlighet for å finne en god kontrollgruppe i regioner der tiltaket ikke er innført, enn blant personer som ikke har deltatt i samme region som tiltaket finner sted. Ved naturlige eksperimenter bruker man typisk også informasjon både før og etter tiltaket, det vil si at man studerer om tiltaket har ført til endringer hos deltakerne sammenlignet med kontrollgruppen (denne analyseformen kalles ofte *difference-in-differences*).

Ofte vil man være i en situasjon der man verken har tilgang til randomiserte data eller til data fra naturlige eksperimenter. For å ta hensyn til seleksjonsproblemet, må man da bruke en egnet statistisk metode. Innenfor økonomisk forskning er det særlig to typer metoder som benyttes; Heckmans-seleksjonsmodell og matching.

Heckman-modellen

Om man kunne observere absolutt alle egenskaper ved individene (som motivasjon, evner, fullstendig informasjon om helsetilstand, osv.) ville det som nevnt være enkelt å kontrollere for seleksjonsproblemet. Da kunne man bare benytte en vanlig regresjonsmodell der man inkluderte alle relevante egenskaper ved individene som forklaringsvariabler. Vanligvis vil det imidlertid være uobserverte egenskaper ved individene som er korrelert både med sannsynligheten for å delta i tiltaket og med utfallet tiltaket er ment å påvirke. Da har man det man gjerne kaller et utelatt variabel problem. I Heckman-modellen - det finnes en lang rekke ulike modellvarianter, noe som vi ikke går nærmere inn på her - bruker vi data om observerbare forhold for å konstruere en variabel som fanger opp de relevante uobserverbare forholdene. Den sentrale forutsetningen for at resultatene skal være gyldige, er at man kan inkludere en variabel – et såkalt instrument - i analysen. Instrumentet påvirker sannsynligheten for at individet skal delta i tiltaket, samtidig som at denne variabelen ikke påvirker utfallet man studerer.

I denne evalueringen har vi forsøkt å estimere Heckman-modeller. Vi har brukt avstand til nærmeste Raskere tilbake tiltak som instrument. Vi forutsetter med andre ord at avstand til tiltaket skal påvirke sannsynligheten for å delta, men ikke påvirke lengden på sykefraværet. Det viste seg imidlertid at disse modellene fungerte dårlig i den forstand at de produserte urealistiske resultat. Vi har derfor valgt å bruke matching-modeller i evalueringen.

Matching

Her vil vi bare fokusere på hovedidéen bak matching, en inngående diskusjon vil kreve for mye plass til at vi tar det med i denne rapporten. Formålet med matching er enkelt sagt å forsøke å gjenskape egenskapene ved eksperimentelle data (randomisering). Metoden går ut på å etablere en kontrollgruppe av ikke-deltakere som er likest mulig deltakerne i tiltaket som skal evalueres. Dette kan gjøres ved eksakt matching eller ved propensity score matching. Ved eksakt matching plukker man ut personer til kontrollgruppen som har eksakt samme verdi på matching-variablene som personene i tiltaksgruppen. Et typisk problem er da at mange variabler (for eksempel inntekt) har svært mange mulige verdier. En måte å løse dette problemet på er å dele slike kontinuerlige variabler opp i ulike intervall (coarsened exact

matching). En annen, og mer vanlig, måte er propensity score matching. Her bruker man matching-variablene i en analyse av sannsynligheten for å delta på tiltaket. Deretter plukker man ut de personene til kontrollgruppen som har likest sannsynlighet for å delta i tiltaket som de som faktisk deltar. Det finnes mange ulike måter å velge ut like personer. Som vi kommer tilbake til i senere kapitler, bruker vi fire ulike metoder ("nearest neighbor" med og uten tilbakelegging, radius og kernel matching). Etter at matching-prosedyren er gjennomført, sammenligner vi gjennomsnittlig lengde på sykefraværet i tiltaksgruppen med gjennomsnittlig lengde på sykefraværet i sammenligningsgruppen.

Det er viktig å være klar over at potensielle skjevheter i resultatene kan skyldes skjevhet knyttet til uobservert heterogenitet mellom deltakere og ikke-deltakere, og skjevhet knyttet til forskjeller i observerte egenskaper. Ved *matching* elimineres den sistnevnte typen av evalueringsskjevhet, men ikke den førstnevnte. Med "rike" data og en god matching-prosedyre er det imidlertid antatt at skjevhet knyttet til uobservert heterogenitet mellom deltakere og ikke-deltakere vil være av mindre betydning.

2.1.2 Vår strategi for å analysere effekten av Raskere tilbake

Et problem med å analysere effekten av Raskere tilbake, er at tiltaket ikke ble gjennomført verken ved randomisering eller som et naturlig eksperiment. Siden vi bare har data fra Norsk pasientregister (NPR) for 2008, er det heller ikke mulig å gjennomføre en før-etter studie.

Det er likevel slik at ulike typer tilbud er etablert på ulike steder. Dette gjelder både for tiltakene som er igangsatt gjennom helseforetakene og tiltakene som går gjennom NAV. Konsekvensen er altså at det eksisterer Raskere tilbake tilbud for grupper av sykmeldte i noen geografiske områder, mens det i andre geografiske områder ikke finnes Raskere tilbake tilbud for tilsvarende grupper. Denne variasjonen i sannsynligheten for å delta på Raskere tilbake er en av strategiene vi bruker for å identifisere effekten av tiltakene. Idéen er da at det finnes personer i områdene som ikke har innført et gitt tiltak, som ville kommet på tiltak om tiltaket var innført. Om vi kan sammenligne disse personene med personer som har mottatt tiltak, er det kanskje rimelig å anta at de to gruppene av individer er relativt like i gjennomsnitt, også på uobserverbare egenskaper som helsetilstand, type jobb og motivasjon. For å finne personer i sammenligningsgruppen som er så like som mulig de som mottar tiltak, bruker vi ulike matching-metoder. Vi har brukt eksakt matching (coarsened) kombinert med regresjonsanalyser og propensity score matching. Siden resultatene viste seg å være relativt like, har vi valgt bare å rapportere resultater fra den siste typen analyser.

For Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten sammenligner vi sykefraværet til pasienter som mottar Raskere tilbake med tilsvarende pasienter som mottar ordinær behandling ved sykehus som ikke tilbyr RT (for denne ICD-10 diagnosen)⁴. Dette innebærer at vi implisitt antar at pasientene som mottar RT-behandling alternativt ville mottatt ordinær behandling. Siden ordningen delvis var ment å skulle tilby nye behandlingsformer, er denne antagelsen ikke

⁴ I kapittel 3 redegjør vi i detalj for hvordan dette er gjort.

opplagt. Om noen av pasientene som har mottatt RT-behandling ikke ville fått ordinær behandling om de ikke hadde mottatt RT-behandling, burde vi sammenligne disse pasientene med pasienter som ikke har mottatt behandling i det hele tatt, for å finne effekten av Raskere tilbake. Med bakgrunn i våre data er det imidlertid vanskelig å finne hvilke RT-pasienter som eventuelt ikke ville fått ordinær behandling, og vi har derfor måttet anta at alle RT-pasienter alternativt hadde mottatt ordinær behandling⁵.

For Raskere tilbake i NAV-systemet, sammenligner vi sykefraværet til sykmeldte som mottar Raskere tilbake tilbud med sykmeldte med samme ICPC diagnose som ikke mottar tiltaket og som er bosatt i kommuner der ingen (eller svært få) personer mottar slike tilbud⁶. Her sammenligner vi altså personer som mottar tiltak med personer som ikke mottar tiltak.

Selv om det er geografisk variasjon i tilbudet av de ulike Raskere tilbake tilbudene, er det viktig å være klar over at dette ikke kan sees på som et naturlig eksperiment. For det første har det vært opp til helseforetakene å etablere Raskere tilbake tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, mens det for NAV-tiltakene har vært opp til de lokale NAV-kontorene å benytte seg av ordningen. Om det er slik at RT-tilbud blir etablert/brukt i geografiske områder hvor sykefraværet er relativt høyt (eller relativt lavt) kan dette potensielt påvirke resultatene av analysene. Et annet mulig problem er fritt sykehusvalg. Om for eksempel de mest motiverte eller minst syke pasientene har større sannsynlighet for å motta RT-behandling på grunn av at de benytter seg av fritt sykehusvalg, vil vi kunne overvurdere effektene av Raskere tilbake på sykefraværet. I dataene har vi dessverre ikke informasjon om fritt sykehusvalg. Et alternativ kunne være å utelate pasienter som ikke mottar behandling ved det nærmeste sykehuset, men dette er vanskelig å gjennomføre i praksis. For hver pasient måtte man da finne det nærmeste sykehuset som tilbyr behandling for denne spesifikke diagnosen. Dette er selvsagt mulig, men vi har ikke prioritert dette innenfor den relativt avgrensede tiden vi har hatt til disposisjon i disse analysene.

En annen utfordring med analysene er at Raskere tilbake består av en lang rekke ulike tiltak. Som vi har vært inne på tidligere finnes det fire ulike tiltak innenfor NAV-systemet. Innenfor spesialisthelsetjenesten utgjør Raskere tilbake tiltakene ulike former for behandling (eller utredning) for ulike pasientgrupper. Hvor mange ulike tiltak man har, vil derfor avhenge av hvordan man velger å definere hva et tiltak er. Vi har valgt å gruppere Raskere tilbake tiltakene etter om de blir tilbudt av offentlige somatiske sykehus, offentlige psykiatriske sykehus, private rehabiliteringsinstitusjoner eller private somatiske sykehus. For offentlige somatiske sykehus, har vi valgt å dele Raskere tilbake tiltakene i to grupper; medisinsk og

⁵ Vi har gjort analyser der vi sammenligner alle RT-pasientene med de som ikke har mottatt behandling. I disse analysene finner vi at RT-pasientene har betydelig lengre sykefravær enn de sykmeldte som ikke mottar ordinær behandling. Dette skyldes at vi ikke klarer å ta tilstrekkelig hensyn til at de som mottar behandling har mer alvorlige lidelser (i gjennomsnitt) enn de som ikke mottar behandling.

⁶ I kapittel 7 redegjør vi i detalj for hvordan dette er gjort.

kirurgisk behandling. For å evaluere effekten av disse tiltakene på sykefraværet finner vi, for hvert enkelt tiltak, en tiltaksgruppe (de som har mottatt tiltaket) og en kontrollgruppe.

I analysene trenger vi individuell informasjon om lengden på sykefraværet og informasjon om de har deltatt på et tiltak eller ikke. Et problem i så måte er at vi bare har data fra NPR for 2008. Dette innebærer at vi ikke vet om personene som er sykemeldt før eller etter 2008 har mottatt behandling i disse periodene. En mulighet ville være bare å inkludere personer som starter og avslutter sykefraværet i 2008, men siden man kan være sykmeldt i ett år ville vi da ekskludere personene med de lengste fraværene. Et annet problem med denne tilnærmingen er at antallet personer som mottar Raskere tilbake er relativt lavt, særlig innen psykiatri og privat rehabilitering. På bakgrunn av dette har vi valgt å ta utgangspunkt i alle som blir sykmeldt etter 1. juni 2007, og som mottar Raskere tilbake en eller flere ganger i løpet av 2008, i analysene. Vi gjør imidlertid sensitivitetsanalyser for å undersøke i hvilken grad valget påvirker resultatene.

2.2 Data

Data kommer fra to hovedkilder; NAV og Norsk pasientregister (NPR). Nedenfor gir vi en oversikt over innholdet i datamaterialet, før vi ser nærmere på viktige avgrensninger som er gjort.

2.2.1 Data fra NAV

Data fra NAV inneholder informasjon om sykefravær, Raskere tilbake tiltak i regi av NAV og bakgrunnsinformasjon om de sykmeldte. I kapittel 7 gir vi en nærmere beskrivelse av dette utvalget. Her fokuserer vi på innholdet i dataene.

Vi har oversikt over alle sykefravær som starter i 2007 eller 2008, og som har en varighet som er lengre enn 16 dager. Sykefravær kortere enn 17 dager (egenmeldt fravær eller fravær i arbeidsgiverperioden) er altså ikke inkludert i disse dataene. Det er vanskelig å si noe sikkert om hvilken innvirkning dette vil kunne ha på resultatene av evalueringen, men vi kommer kort tilbake til dette i slutten av dette kapitlet og i kapittel 3. Data inneholder videre informasjon om alle sykefraværsepisoder som er avsluttet før 1. september 2009. Siden man maksimalt kan være sykmeldt i ett år, innebærer dette at vi ikke kan følge hele sykefraværet for personer som blir sykmeldt etter 1. september 2008. For hver sykepengeepisode har vi også informasjon om:

- Antall erstattede dager. Angir antall dager folketrygden utbetaler sykepenger. Det er denne variabelen vi bruker når vi måler lengden av fraværet.
- Maks dato. For hver sykepengeepisode kan vi altså registrere om individet bruker opp sykepengerettighetene eller ikke. Denne informasjonen blir brukt som et utfallsmål i analysene.

- Sykepengegrad og
- Sykepengediagnose (ICPC).

NAV-tiltakene består av fire ulike typer tiltak: avklaringstiltak, rehabilitering dag og døgn og oppfølgingstiltak. I de dataene vi har mottatt, har vi bare informasjon om tiltak som er gitt i 2008 (noen få personer er riktignok registrert med tiltak i 2007 eller tidligere eller i 2009 eller senere, men disse har vi utelatt fra datagrunnlaget). Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall tiltak av ulike typer, samt antall personer som har mottatt ulike typer tiltak.

Tabell 2.1. Oversikt over NAV-tiltak i 2008

	Avklaring	Rehab, dag	Rehab, døgn	Oppfølging	Totalt
Antall tiltak	1761	1976	951	592	5280
Antall personer	1609	1571	895	485	4024

Ifølge våre data er det gitt totalt 5280 Raskere tilbake tiltak i regi av NAV i 2008. Det er totalt 4024 ulike personer som har mottatt disse tiltakene. Siden antall personer som har mottatt avklaringstiltak, rehabilitering, osv. summerer seg til 4560, viser dette at noen av de 4024 personene har mottatt flere typer tiltak. Hovedinntrykket er imidlertid at en relativt stor andel av de sykmeldte bare har mottatt ett tiltak. I analysene studerer vi effekten av hvert av de fire typene tiltak separat. Et alternativ kunne være å se på effekten av ulike kombinasjoner av tiltak. Vi skiller heller ikke mellom om en person har mottatt ett eller flere tiltak. Hovedårsaken til disse to avgrensningene er at relativt få personer mottar mer enn ett tiltak.

Vi har også informasjon om en rekke bakgrunns karakteristika om de sykmeldte. I analysene bruker vi informasjon om kjønn, alder, bostedskommune, inntekt, antall år med pensjonsopptjening mer enn 1 G, sivil status, antall barn, stillingsandel, næring og tidligere sykefravær. Informasjon som ikke er brukt i analysene, men som finnes i data fra NAV er blant annet opplysning om ulike trygdeytelser som attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Disse ulike variablene er forsøkt inkludert i analysene, men siden de ikke har noen signifikant innvirkning, har vi valgt å utelate disse.

2.2.2 Data fra NPR

Deskriptiv statistikk for disse dataene er gitt i kapittel 3 til 5. Her fokuserer vi på hvilken informasjon (variabler) dataene inneholder og viktige avgrensninger som er gjort i data-materialet. Fra NPR har vi fått data fra to ulike registre; NPR-record og NPR-melding. Siden ventetider er et viktig utfallsmål, og siden de registrerte ventetidene er av bedre kvalitet i NPR-melding enn i NPR-recorden, bruker vi i all hovedsak informasjon fra dette registeret i analysene. Unntaket er når vi ser på Raskere tilbake i regi av private institusjoner. På grunn av en misforståelse har vi ikke mottatt informasjon om disse i NPR-melding. I resten av dette kapitlet omtaler vi data fra NPR-melding.

Vi har mottatt data for alle personer som mottar utredning eller behandling ved offentlige somatiske og psykiatriske sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner i 2008.

Som omtalt ovenfor, er ventetidene i NPR-melding vurdert til å være av bedre kvalitet enn ventetidene man kan beregne ut fra data i NPR-record. I NPR-melding er hver henvisning kontrollert og bare godkjente henvisningsdatoer brukes for å beregne ventetider. Siden ventetider er et viktig utfallsmål i analysene, innebærer dette at mange henvisninger må utelates. Innenfor somatisk behandling var det for eksempel bare 38,4 % av henvisningene som var godkjente. Dette tallet er langt lavere for pasienter som mottok Raskere tilbake, her var 81 % av henvisningene godkjente.

Et problem i forhold til å analysere effekten av Raskere tilbake tilbudene innenfor helsesektoren, er at mange pasienter mottar mange utredninger/behandlinger. I gjennomsnitt mottar pasientene rundt 4 konsultasjoner (somatiske sykehus), men kan i noen tilfeller ha flere hundre. Nedenfor har vi laget et tenkt behandlingsforløp for to pasienter som mottar Raskere tilbake behandling. Dette er ikke nødvendigvis noen typiske forløp. Formålet er å illustrere hvordan vi har valgt å behandle pasienter med mer enn en behandling.

Tabell 2.2 viser at pasient 1 totalt har fem behandlinger/utredninger. De fire første har henvisningsdato 1.9.2007, mens den femte behandlingen har ingen henvisningsdato siden dette er øyeblikkelig hjelp (ØH). Øyeblikkelig hjelp innebærer at man har rett på øyeblikkelig behandling uavhengig av Raskere tilbake og vi har derfor valgt å droppe alle ØH-behandlinger fra datagrunnlaget. Pasient 2 har tre behandlinger, de to første har henvisningsdato 1.9.2008, mens den siste har henvisningsdato 1.10.2008.

Vi har videre valgt å slå sammen alle behandlinger med samme henvisningsdato, slik at pasient 1 vil bli registrert med en behandling (eller behandlingsforløp). Som vist i tabell 2.2 består da dette behandlingsforløpet av fire utredninger/behandlinger. Pasient 2 vil bli registrert med to behandlingsforløp. Et viktig spørsmål blir hvordan vi skal behandle karakteristika ved utredningene/behandlingene om disse varierer innenfor samme behandlingsforløp.

Tabell 2.2. Konstruert eksempel på data fra NPR

P.nr	RT	Innleggelse	Henvis. dato	Inn dato	Diagnose	ØH	Kirurgi
1	0	0	1.9.2007	1.2.2008	M511	0	0
1	1	0	1.9.2007	5.2.2008	M513	0	0
1	0	0	1.9.2007	12.2.2008	M513	0	1
1	0	0	1.9.2007	20.2.2008	M513	0	0
1	0	1	-	25.2.2008	M513	1	0
2	1	0	1.9.2008	1.9.2008	M513	0	0
2	0	1	1.9.2008	1.10.2008	M511	0	0
2	1	0	1.10.2008	1.11.2008	M513	0	1

Tabell 2.3. Data slik de blir brukt i analysene

P.nr	RT	Innleggelse	Henvis. dato	Inn dato	Diagnose	Kirurgi	Antall beh.
1	0	0	1.9.2007	1.2.2008	M511	1	4
2	1	1	1.9.2008	5.2.2008	M513	0	2
2	1	0	1.10.2008	1.11.2008	M513	1	1

Variabelen "RT" er 1 om den gjeldende behandlingen er en Raskere tilbake behandling og 0 ellers. Vi ser at pasient 1 har en RT-behandling og at denne kommer som den andre behandlingen i behandlingsforløpet. Pasient 2 har to RT-behandlinger, og disse kommer som den første behandlingen i begge behandlingsforløp. Vi har valgt bare å karakterisere behandlingsforløp som har en Raskere tilbake behandling som den første i behandlingsforløpet, som et Raskere tilbake tiltak. Det vil da si at pasient 1 ikke vil bli registrert med RT-behandling, mens pasient 2 vil bli registrert med 2 RT-behandlinger. Vi har videre valgt å ekskludere alle pasienter med RT-behandlinger som ikke kommer som første behandling (som pasient 1) fra analysene.

I analysene bruker vi også informasjon om en konsultasjon er en innleggelse eller dag/poliklinisk behandling; om konsultasjonen er kirurgisk eller medisinsk og hvilken diagnose (ICD-10) pasienten mottar. Når det gjelder diagnose, bruker vi den første diagnosen i et behandlingsforløp i analysene. Om en av konsultasjonene i et behandlingsforløp er en innleggelse, klassifiserer vi behandlingsforløpet som innleggelse. På samme måte gjør vi også med kirurgiske konsultasjoner.

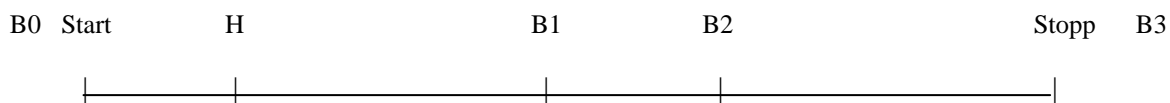
Noen pasienter kan ha flere behandlingsforløp, og nedenfor viser vi hvordan disse blir behandlet.

Start: Startdato sykepenger

Stopp: Sluttdato sykepenger

B: Behandlingsforløp

H: Henvisningsdato



Figur 2.1. En tenkt sykepengeepisode

Vi tenker oss en pasient som er sykmeldt fra Start til Stopp og som har to behandlinger (som definert ovenfor) i løpet av denne perioden. I tillegg har pasienten mottatt behandling både før og etter sykepengeepisoden. I analysene bruker vi bare informasjon om den første behandlingen som inntreffer i en sykepengeperiode (B1). Å bruke informasjon om behandlinger som skjer før eller etter sykepengeepisoden (B0 og B3), er vanskelig siden vi bare har NPR-data for 2008. Når det gjelder betydningen av å utelate behandlinger som B2, tror vi i liten grad dette innvirker på resultatene av evalueringen. Relativt få personer har mer enn en RT-behandling i samme sykepengeperiode, og vi har gjennomført enkle sensitivitetsanalyser som indikerer at vårt valg har liten betydning for resultatene. I noen tilfeller er

pasientene henvist til spesialisthelsetjenesten før de blir sykmeldt. Disse pasientene blir også brukt i analysene, men vi kontrollerer for dette med en dummy-variabel (en variabel som er 1 for pasienter med henvisningsdato før startdato sykepenger, og 0 ellers).

3 Raskere tilbake - offentlige somatiske sykehus

3.1 Innledning⁷

Det dominerende tjenestetilbudet består av tverrfaglige og tverrspesialiserte poliklinikker, som tilbyr behandlingstilbud til sykmeldte med sammensatte helseproblemer. Tilbudet er spesielt rettet mot personer med lidelser fra muskel-skjelettsystemet. Om lag 80 % av personene som henvises til helseforetakene har problemstillinger knyttet til muskel-skjelettsystemet. Det er særlig nakke-, skulder-, rygg-, hofte- og knelidelser som dominerer.

De regionale helseforetakene fikk i 2008 bevilget 463 millioner kroner til Raskere tilbake tiltak. Merforbruket i 2008 beløp seg til rundt 37 millioner, slik at det samlet ble brukt rundt 500 millioner kroner. Totalrammen for 2008, inklusiv overføringene fra 2007, var på 696 millioner kroner. I prosent av totalrammen utgjorde dermed aktiviteten i 2008 71,7 % av tilgjengelige midler.

Total disponibel ramme for 2009, inklusiv overføringer fra 2008, var på om lag 665 millioner kroner. Aktiviteter knyttet til kirurgisk ortopedi utgjorde nær 39 % av rammen per 1. tertial 2009, dvs. om lag 62 millioner kroner. Andre relativt store posteringer per 1. tertial var rehabilitering i private opptreningsinstitusjoner med arbeid som mål (ca 20 %), sammensatte lidelser (ca 19 %) og rehabilitering med arbeid som mål i sykehus (ca 9 %).

3.2 Nærmere om aktiviteten i 2008

Sett i forhold til hvor mange utredninger og behandlinger som totalt blir gitt ved offentlige somatiske sykehus i Norge i løpet av et år, så er antallet utredninger og behandlinger gitt gjennom Raskere tilbake (RT) et relativt beskjedent antall. Det fremgår av tabell 3.1 at det i 2008 dreide seg om totalt 48042⁸ utredninger/behandlinger. Samme året ble det ved norske sykehus gjennomført nesten 3,4 millioner utredninger og behandlinger av pasienter mellom 18 og 67 år. Noe i overkant av 1,5 millioner av disse ble gitt til pasienter som var registrert som sykmeldt en eller flere ganger i løpet av 2007 eller 2008.

Vi ser også av tabellen at de 48042 RT-utredninger/behandlinger ble gitt til totalt 22909 pasienter. Med andre ord så mottar hver RT-pasient i gjennomsnitt rundt to RT-behandlinger i løpet av 2008. Dette er lavere sammenlignet med pasienter som mottar ordinære behandlinger. Pasienter som gjennomgår ordinær behandling mottar i gjennomsnitt om lag 3,5 behandlinger.

⁷ Bygger på Rapport om erfaringene med tilskudd til helse- og rehabiliteringstilskudd, Helsedirektoratet, 30.06.2009 og Statusrapport nr. 8, NAV og Helsedirektoratet, versjon 10. mars 2009. Aktivitetstallene som rapporteres for 2008 skiller seg fra våre tall. Både antall konsultasjoner og antall pasienter er høyere enn de tallene vi baserer vår analyse på.

⁸ I tillegg kommer 306 behandlinger som er gitt til pasienter eldre enn 67 år. Det er for øvrig verdt å påpeke at det samlede antallet Raskere tilbake behandlinger/utredninger med utgangspunkt i NPR-meldingen skiller seg fra antallet registrert i NPR-recorden. Som nevnt tidligere, tar vår analyse utgangspunkt i NPR-meldingen.

Når det gjelder andelen sykmeldte pasienter som mottar behandling i forhold til samlet antall pasienter (sykmeldte + ikke sykmeldte), så er forskjellene fylkene imellom liten. Andelene er ikke rapportert i tabell, men andelen er i gjennomsnitt 38 %. Finnmark, Troms og Buskerud har de høyeste andelene med 41 %, mens Oslo har lavest med 33 %. Variasjonen er større når vi ser på andelen Raskere tilbake pasienter utgjør av samlet antall behandlede sykmeldte. Gjennomsnittsandelen er på om lag 6 %. Oppland har en andel på rundt 12 %, mens Hordaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nordland har henholdsvis andeler på om lag 3, 3, 2 og 2 %.

Tabell 3.1. Oversikt over antall behandlinger og antall pasienter (18 til 67 år) i somatiske sykehus i 2008. Antall sykmeldte er personer registrert som sykmeldt i NAV i 2007 eller 2008. Fylke er pasientens bostedsfylke

	Antall utredninger/behandlinger			Antall pasienter		
	Totalt	Sykmeldte	RT	Totalt	Sykmeldte	RT
Østfold	169540	77103	1626	48982	19817	996
Akershus	324334	154406	3918	98018	38069	2220
Oslo	437951	184051	4685	122196	40665	2536
Hedmark	150310	65564	3051	44113	16913	1573
Oppland	119784	56549	3131	39249	16013	1886
Buskerud	177242	85161	3127	52169	21415	1940
Vestfold	166945	77048	2978	44807	17355	1453
Telemark	132185	58074	1382	38766	14809	1035
Aust-Agder	79507	32563	1091	23323	8433	672
Vest-Agder	110190	48609	2391	32537	12290	1041
Rogaland	263499	114892	3341	77467	27935	1945
Hordaland	276741	129655	3880	83133	32386	1023
Sogn og Fjordane	87211	41259	1773	25866	9930	751
Møre og Romsdal	203725	95240	4121	58110	22931	860
Sør-Trøndelag	213893	103981	1224	57956	23435	551
Nord-Trøndelag	93881	43833	1460	29496	11800	658
Nordland	202308	90974	1141	59432	23200	459
Troms	124014	58327	2948	36552	15073	876
Finnmark	61986	29206	774	19023	7982	434
Totalt	3395246	1546495	48042	991195	380451	22909

Tabell 3.2 gir en sammenligning av ulike karakteristika ved Raskere tilbake tiltakene og ordinære behandlinger. Noen forskjeller peker seg ut. For det første er andelen kirurgi lavere i RT sammenliknet med ordinær behandling. Andelen rett til nødvendig helsehjelp er også lavere sammenliknet med pasienter som mottar ordinær behandling. Begge disse forholdene er som forventet gitt innretningen på tilbudene og at status som sykmeldt ikke uten videre gir prioritet innen det ordinære behandlingsopplegget.

Andelen poliklinisk behandling er høyest for RT, likeså andelen muskel/skjelett, og for sistnevnte kategori er forskjellen betydelig. Mens hele 64 % av RT-behandlingene er relatert til muskel/skjelett lidelser, så er andelen bare rundt 15 % gjennom ordinær behandling. Også disse to forholdene må vurderes som forventet. Andelen menn er forholdsvis like, samtidig

som det er en overvekt av kvinner som mottar både RT og ordinær behandling. Gjennomsnittlig alder er på samme nivå.

Tabell 3.2. Karakteristika ved Raskere tilbake behandlinger og ordinære behandlinger

	Andel kirurgi	Andel rett til h.hjelp	Andel polikl.	Andel muskel/skjelett	Andel menn	Alder
Raskere tilbake	0,146	0,425	0,940	0,644	0,465	45,39
Ordinær behandling	0,204	0,683	0,838	0,148	0,421	45,17

Raskere tilbake er forbeholdt personer som er sykmeldt eller som står i fare for å bli sykmeldt. Tabell 3.3 gir en oversikt over hvor mange av RT-behandlingene i 2008 som er gitt til personer som er sykmeldt. Av totalt 48042 behandlinger er 38727 mottatt av pasienter som var registrert som sykmeldte i 2007 og/eller 2008 for en periode lengre enn 16 dager. Det vil si at 9315 (ca. 19 %) av disse behandlingene ble gitt til pasienter som enten ikke var sykmeldte eller hadde et sykefravær på inntil 16 dager⁹. Det er interessante fylkesvise forskjeller.

Tabell 3.3. Oversikt over hvor mange RT behandlinger som er gitt i sykepengeperioden

	Totalt antall	Sykmeldte (i 2007 eller 2008)	Andelen ikke-sykmeldte	Behandling i sykepengeperioden		
				Totalt	ØH	Sykefravær som starter med RT
Østfold	1626	1466	10 %	1087	7	38
Akershus	3918	3039	22 %	1857	5	110
Oslo	4685	3608	23 %	2340	35	132
Hedmark	3051	2512	18 %	1461	5	39
Oppland	3131	2271	27 %	1359	63	49
Buskerud	3127	2453	22 %	1810	431	189
Vestfold	2978	2293	23 %	1581	42	97
Telemark	1382	1141	17 %	802	92	38
Aust-Agder	1091	790	28 %	471	2	15
Vest-Agder	2391	1603	33 %	826	3	39
Rogaland	3341	2702	19 %	1919	26	114
Hordaland	3880	3440	11 %	2485	12	64
Sogn og Fjordane	1773	1494	16 %	954	3	32
Møre og Romsdal	4121	3582	13 %	2407	1	103
Sør-Trøndelag	1224	1033	16 %	675	0	47
Nord-Trøndelag	1460	1197	18 %	857	0	58
Nordland	1141	965	15 %	675	1	29
Troms	2948	2478	16 %	1756	2	46
Finnmark	774	660	15 %	472	5	34
Totalt	48042	38727	19 %	25794	735	1273

⁹Ventetiden for disse er i gjennomsnitt lengre enn for de som er registrert som sykmeldte. Om mange av disse 9315 personene var sykmeldt i mindre enn 17 dager, ville vi forvente en relativt kort ventetid for denne gruppen.

Agderfylkene har de største andelene av RT-behandlinger gitt til personer som ikke var sykmeldt mer enn 16 dager eller som ikke var sykmeldt verken i 2007 eller 2008. Aust-Agder og Vest-Agder har henholdsvis andeler på 28 % og 33 %, dvs. nær hver tredje behandling er gitt til en person av nevnte kategorier. Østfold og Hordaland har de laveste andelene med henholdsvis 10 % og 11 %.

Av de 38727 behandlingene *gitt til pasienter som var registrert som sykmeldte* i 2007 og/eller 2008, var ikke pasientene nødvendigvis sykmeldt på det tidspunktet de mottok behandlingen. Av tabell 3.3 ser vi at bare 25794 behandlingene ble gitt til personer som var sykmeldt da de mottok behandlingen. Av disse behandlingene er 735 registrert som øyeblikkelig hjelp. Videre er det også 1273 tilfeller der sykefraværet starter med en Raskere tilbake behandling.

Vi har valgt å utelukke alle øyeblikkelig hjelp innleggelse og alle sykefravær som starter med et sykehusopphold (Raskere tilbake eller ordinært) fra analysene. Årsaken er at slike opphold ikke er de typiske oppholdene som RT er rettet mot. Vi står slik tilbake med 23809 RT-opphold som er fordelt på 11413 personer, som det fremgår av siste linje i tabell 3.4. Når det gjelder antall behandling per pasient, så fremgår det også av tabell 3.4 interessante fylkesvise forskjeller. Sykmeldte bosatte i Hordaland og Møre og Romsdal mottar i gjennomsnitt 4 og 5 Raskere tilbake behandling, mens landsgjennomsnittet er 2. Sykmeldte bosatt i Buskerud og Telemark mottar 1 behandling i snitt.

Noen pasienter som mottar utredning/behandling innenfor RT-ordningen mottar også ordinær behandling innenfor det samme behandlingsforløpet. Et av formålene med Raskere tilbake er at sykmeldte skal komme raskere til behandling i spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn vil vi forvente at behandlingsforløp som inneholder RT-behandlinger også *starter* med en RT-behandling. I tabell 3.4 ser vi derfor på hvor mange behandlingsforløp som starter med en Raskere tilbake behandling for personer som er sykmeldte.

Vi ser fra tabellen, kolonne 2, at 11413 pasienter har mottatt RT i sykemeldingsperioden. Fra kolonne 4 ser vi imidlertid at bare 9454 av disse pasientene har RT som første behandling/-utredning i behandlingsforløpet. Vi ser videre (kolonne 3) at antallet behandlingsforløp med RT som første behandling er noe høyere (10192), noe som viser at en del pasienter har mer enn ett behandlingsforløp som starter med RT.

Av 22909 pasienter som mottok Raskere tilbake i 2008 (siste kolonne, tabell 3.1), er det altså 9454 pasienter (omtrent 41 %) som er sykmeldt når de mottar RT-behandlingen som første behandling i behandlingsforløpet (siste kolonne, tabell 3.4).

Tabell 3.4. Oversikt over (i) hvor mange Raskere tilbake utredninger/behandlinger som er gitt i sykepengeperioden, (ii) til hvor mange pasienter; (iii) antall behandlinger per pasient i parentes; (iv) antall behandlinger som inngikk som første behandling i forløp og (v) antall slike pasienter

	Behandlinger gitt i sykepengeperioden		RT første behandling i behandlingsforløpet	
	Behandlinger	RT-Pasienter	Behandlingsforløp	Pasienter
Østfold	1043	684 (2)	636	597
Akershus	1745	976 (2)	857	817
Oslo	2178	1195 (2)	946	911
Hedmark	1416	755 (2)	678	638
Oppland	1247	702 (2)	622	573
Buskerud	1196	854 (1)	566	558
Vestfold	1446	693 (2)	647	617
Telemark	676	545 (1)	338	336
Aust-Agder	454	300 (2)	290	279
Vest-Agder	784	419 (2)	397	365
Rogaland	1779	1076 (2)	1138	970
Hordaland	2412	614 (4)	571	544
Sogn og Fjordane	919	409 (2)	378	363
Møre og Romsdal	2303	510 (5)	494	445
Sør-Trøndelag	628	284 (2)	310	247
Nord-Trøndelag	797	370 (2)	372	284
Nordland	645	267 (2)	236	224
Troms	1708	515 (3)	474	463
Finnmark	433	245 (2)	242	223
Totalt	23809	11413 (2)	10192	9454

3.3 Analyseutvalget

Utvalget består av personer som har vært sykmeldt i minimum 16 dager og som har mottatt ordinær eller Raskere tilbake behandling (eller utredning) ved offentlig somatiske sykehus i 2008. For å beregne effektene av Raskere tilbake innenfor den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, sammenligner vi med andre ord sykmeldte som har mottatt RT med sykmeldte som har mottatt ordinær behandling. En nærmere redegjørelse for hvordan tiltaksgruppen og kontrollgruppen er plukket ut er gitt i kapittel 2. Her gir vi en kort oppsummering av de viktigste utvalgsriteriene.

Intensjonen med Raskere tilbake er blant annet å bidra til kortere ventetider for sykmeldte med behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. I analysene har vi derfor valgt å begrense utvalget til personer som har RT-behandling som den første behandlingen i behandlingsforløpet. Det er også en del sykmeldte som har flere behandlingsforløp som inneholder RT-behandlinger, som nevnt ovenfor. Vi har valgt å se kun på det første behandlingsforløpet. Vi har gjort enkle sensitivitetsanalyser som viser at resultatene av Raskere tilbake blir svekket om vi definerer RT-tiltakene til også å gjelde behandlingsforløp der RT blir gitt som behandling nummer to eller senere (se kapittel 2 for en nærmere forklaring).

Avgrensningene innebærer at analysene tar utgangspunkt i 9454 sykmeldte som har mottatt RT (se tabell 3.4). Av ulike grunner har vi imidlertid ikke kunnet inkludere alle disse 9454 sykmeldte i tiltaksgruppen. To viktige årsaker til dette er:

- Bare en andel av observasjonene i NPR-melding har ventetider som er vurdert som tilstrekkelig sikre.
- Manglende informasjon (missing) om bakgrunnsvariabler (særlig gjelder dette informasjon om arbeidsforhold).

I tillegg mister vi observasjoner som følge av måten vi har valgt å plukke ut tiltaks- og kontrollgruppen. Vi starter med å gruppere pasientene som har mottatt RT i ICD-10 diagnosegrupper (3 siffer nivå). Etter å ha utelukket små diagnosegrupper (færre enn 50 pasienter i 2008) sitter vi tilbake med 85 ulike RT-diagnosegrupper. I neste steg registrerer vi hvilke sykehus som tilbyr RT innenfor hver RT-diagnosegruppe. Sykehus med få RT-behandlinger innenfor en gitt diagnosegruppe (færre enn 5 pasienter) behandles som om de ikke har et RT-tilbud, og RT-pasientene innenfor den aktuelle diagnosegruppen droppes fra videre analyser. På denne måten definerer vi, for hver RT-diagnosegruppe, noen sykehus som RT-institusjoner. Mange sykehus vil være definert som RT-institusjon for noen RT-diagnosegrupper, mens det samme sykehuset ikke vil være definert som RT-institusjon for andre diagnosegrupper.

Pasientene som har mottatt RT ved en RT-institusjon plasseres i tiltaksgruppen. Kontrollgruppen består av pasienter som har mottatt ordinær behandling innenfor en av RT-diagnosegruppene på et sykehus som ikke er definert som RT-institusjon.

I tabell 3.5 nedenfor gir vi en oversikt over tiltaks- og kontrollgruppen. Her er alle sykmeldte som mottar RT eller ordinær behandling i 2008 inkludert. For de som starter sykmeldingen i 2007, eller fortsetter sykmeldingen inn i 2009, har vi imidlertid ikke informasjon om eventuelle behandlinger i 2007 eller 2009. I analysene har vi derfor valgt å bruke to ulike utvalg. Det ene utvalget består av alle sykmeldte. Det andre utvalget består av personer som blir sykmeldt i perioden 1. januar til 1. juli 2008.

Siden vi i analysene skiller mellom medisinske og kirurgiske behandlinger, har vi i tabellen valgt å dele utvalget på tilsvarende måte. Her er det viktig å huske at vi allerede har gjort en form for matching. Vi sammenligner RT-pasienter og pasienter med behandling gjennom det ordinære tilbudet innenfor samme diagnosegruppe (3 siffer ICD-10 nivå).

Av tabell 3.5 ser vi at det gjennomsnittlige sykefraværet for sykmeldte pasienter behandlet gjennom det ordinære løpet er kortere enn for RT-pasienter. Dette gjelder både for medisinske og kirurgiske pasienter. Forskjellene er om lag 13 dager for medisin og om lag 8 dager for kirurgi.

Andelen som går ut sykepengeperioden er nærmest identiske for kirurgiske pasienter, mens det for medisinske pasienter er en noe høyere andel for RT-pasientene. Dette kan indikere at

medisinske RT-pasientene skiller seg fra ordinære pasienter, en diskusjon vi skal komme tilbake til i forbindelse med drøftingene av resultatene fra analysene.

Vi ser videre av tabell 3.5 at RT-pasientene venter kortere på behandling. Forskjellene er betydelige. For både medisin og kirurgi, venter RT-pasienter i snitt om lag 30 dager kortere enn pasienter som venter på ordinær behandling. Vi skal under drøfte om dette har konsekvenser for sykefraværet for RT-pasienter sammenliknet med andre pasienter.

Andelene med henvisning til behandling før sykepengestart viser også interessante forskjeller. Det forekommer hyppigere, både for medisinsk og kirurgisk behandling, at pasienter blir henvist til ordinær behandling før de er formelt sykmeldte sammenliknet med pasienter som mottar RT-behandling. Det er for eksempel under hver tiende medisinsk RT-pasient som blir henvist til behandling før man er formelt sykmeldt. Andelen er rundt 25 % for ordinær behandling.

Andelen pasienter med kun en behandling er lavere for RT-behandlinger sammenliknet med ordinær behandling. Vi ser både for medisin og kirurgi at det hyppigere forekommer at RT-pasienter mottar flere behandlinger enn ordinære pasienter. Dersom antall behandlinger er en indikasjon på alvorlighetsgraden til et sykdomstilfelle, så tyder dette på at RT-pasienter i snitt er sykere enn sammenlikningsgruppen. Vi ser da også at man i snitt mottar flere utredninger/-konsultasjoner som RT-pasient sammenliknet med pasienter som får behandling gjennom det ordinære løpet.

Andelen døgnopphold er på den andre siden lavere for RT enn for ordinær, noe som kan antyde at RT-behandlingene i større grad er rettet mot poliklinisk behandling enn hva ordinær behandling av de samme diagnosetilfellene legger opp til.

Sykepengegraden er i snitt forholdsvis lik mellom gruppene. Dette gjelder for dager sykmeldt i 2006 også. Andelen som gikk ut sykepengeperioden i 2006 er også like, dvs. at sykefraværshistorikken for RT-pasientene og ordinære pasienter er rimelig like.

Fordelingen mellom menn og kvinner på RT og ordinær behandling er også forholdsvis like, men det er flere kvinner enn menn som mottar både RT og ordinær behandling. Alderssammensetningen er også relativ lik. Dette gjelder for gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt også.

Antall år med opptjente pensjonspoeng skiller seg i første rekke ved at det i snitt er lavere antall år for medisinsk RT.

Gjennomsnittlig stillingsandel er rimelig lik mellom gruppene og mellom behandlingsformene. Det samme gjelder for antall ansatte i de bedriftene som de sykmeldte er ansatt i.

Sykmeldte ansatte i IA-bedrifter utgjør en større andel av pasientene både når det gjelder ordinær og RT-behandling.

Tabell 3.5. Beskrivelse av analyseutvalget. Standardfeil til gjennomsnitt i parentes

	Ordinær utredning/behandling		Raskere tilbake utredning/behandling	
	Medisin	Kirurgi	Medisin	Kirurgi
Dager sykmeldt (erstattede dager)	156,40 (86,10)	140,38 (89,03)	169,32 (80,02)	148,29 (81,72)
Andel som går ut sp.perioden	0,321	0,252	0,354	0,256
Ventetid henvisning til 1. utredning/behandling	60,94 (89,65)	82,94 (84,71)	43,66 (43,59)	55,47 (56,17)
Andel med henvisning før sp.start	0,246	0,316	0,082	0,142
Andel med én utredning/behandling	0,716	0,457	0,609	0,249
Antall utredninger/behandlinger	1,75 (2,49)	2,06 (1,61)	2,31 (3,13)	2,58 (2,23)
Andel døgnopphold	0,088	0,296	0,036	0,222
Sykepengegrad	0,829	0,846	0,821	0,847
Dager sykmeldt i 2006	34,91 (65,46)	34,45 (66,28)	34,23 (64,33)	32,18 (62,55)
Andel som går ut sp.perioden 2006	0,027	0,024	0,026	0,019
Andel menn	0,446	0,496	0,455	0,491
Alder	47,15 (11,92)	48,24 (11,80)	44,53 (11,22)	47,33 (11,02)
Pensjonsgivende inntekt/1000	333,53 (151,73)	332,85 (152,29)	320,65 (138,19)	333,46 (138,35)
Antall år med p.poeng	22,39 (11,46)	23,53 (11,39)	19,91 (10,98)	22,84 (10,83)
Stillingsandel	0,824	0,833	0,834	0,852
Antall ansatte	243,65 (845,23)	232,28 (820,95)	240,48 (765,60)	247,50 (796,48)
IA-bedrift	0,621	0,644	0,598	0,645
Antall individ	8293	2869	5060	1821

3.4 Effektene av deltakelse på Raskere tilbake tiltak

I den deskriptive statistikken presentert i tabell 3.5 ser vi klare tendenser til at pasienter som mottar Raskere tilbake behandling venter betydelig kortere enn ordinære pasienter. Når det gjelder lengden på sykefraværet eller sannsynligheten for å bruke opp sykepengerettighetene, er tendens motsatt. I den deskriptive statistikken kontrollerer vi imidlertid ikke for at de som mottar RT kan være forskjellige, både langs observerbare og uobserverbare dimensjoner, fra de som mottar ordinær behandling. Om slike forskjeller påvirker utfallene vi ønsker å studere (ventetider, lengden på sykefraværet, sannsynligheten for å gå sykepengeperioden ut), så vil resultatene ikke gi oss de reelle effektene av tiltakene. Formålet med dette avsnittet er å si noe mer sikkert om tiltakseffektene ved nettopp å kontrollere for ulikheter mellom individene i tiltaks- og kontrollgruppen.

3.4.1 Propensity score matching

For å finne pasienter i kontrollgruppen som er likest mulig pasientene i tiltaksgruppen bruker vi propensity score matching. En kort forklaring av denne metoden er gitt i kapittel 2.

I effektevalueringen forsøker vi å svare på tre hovedspørsmål:

1. Er det slik at ventetiden på behandling er kortere for deltakere på Raskere tilbake sammenliknet med sykmeldte som mottar ordinær behandling?
2. Påvirker deltakelse på Raskere tilbake tiltak lengden på sykefraværet til personer som har deltatt i forhold til de som ikke har deltatt?
3. Påvirker Raskere tilbake sannsynligheten for å bruke opp sykepengerettighetene i forhold til de som ikke har deltatt?

Før vi vender tilbake til disse spørsmålene, ser vi kort på noen resultat av analysene der vi estimerer sannsynligheten (propensity score) for å delta på Raskere tilbake. Av tabell 3.6 fremgår det at det ikke er signifikante forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder sannsynlighet for å delta på RT. Sannsynligheten for å delta øker med alderen, men denne effekten er avtagende.

Avstand til nærmeste RT-tiltak, målt ved avstanden fra kommunesenteret i pasientens hjemstedskommune til kommunesenteret i den kommunen der nærmeste RT-tilbud er lokalisert, påvirker sannsynligheten for deltakelse på en signifikant måte. Koeffisienten er negativ, dvs. at jo lengre avstand, desto mindre sannsynlig at man deltar.

Variabelen "Henvist før SP-start" har vist seg å være viktig i disse analysene. Den er en dummy-variabel som har verdien 1 om pasienten er henvist til behandling før starten på sykepengeperioden og 0 om henvisningen skjer samtidig eller etter at sykepengeperioden har startet. Henvisning før SP-start reduserer sannsynligheten for deltakelse på RT. Om vi ikke inkluderer denne variabelen i sannsynlighetsmodellene, finner vi langt svakere effekter av Raskere tilbake. Vi har også forsøkt å dele utvalget etter om pasientene er henvist før eller etter sykepengestart. Vi finner for begge utvalgene omtrent samme effekt av Raskere tilbake som resultatene rapportert nedenfor.

Som det framgår av tabellen, har vi valgt å inkludere variabler som forteller noe om hvilken type behandling og omfanget av behandlingen man har mottatt (Poliklinisk og Antall behandlinger). Siden behandlingen skjer etter at valget mellom RT og ordinær behandling er foretatt, er ikke dette nødvendigvis uproblematisk. Årsaken til at vi likevel velger å inkludere disse variablene er at vi ellers (i større grad) vil kunne sammenligne for eksempel polikliniske pasienter på RT med innlagte pasienter som mottar ordinær behandling, eller sammenligne RT-pasienter med en behandling med ordinære pasienter med flere behandlinger bak seg. Vi ser at både variablene poliklinikk og antall behandlinger er sterkt korrelert med sannsynligheten for å delta på RT. Resultatene vi presenterer senere blir i noen grad påvirket av dette valget. Om vi ikke inkluderer disse variablene, finner vi en noe sterkere effekt av Raskere tilbake.

Individuelle kjennetegn som tidligere sykefravær, inntekt, antall år med pensjonspoeng og sivil status synes i liten grad å påvirke sannsynligheten for deltakelse, men personer som arbeider i IA-bedrifter har større sannsynlighet for å motta Raskere tilbake sammenlignet med de som arbeider i bedrifter som ikke er tilknyttet IA-avtalen.

Tabell 3.6. Sannsynligheten for å delta på Raskere tilbake. Probit modell

	Raskere tilbake		
	Hele utvalget	Kirurgi	Medisin
Mann	-0,0072 (0,0298)	-0,0718 (0,0651)	0,0142 (0,0343)
Alder	0,0335*** (0,0085)	0,0373** (0,0182)	0,0338*** (0,0099)
Alder ²	-0,0005*** (0,0001)	-0,0006*** (0,0002)	-0,0005*** (0,0001)
Antall barn 0-8 år	0,0046 (0,0128)	-0,0395 (0,0278)	0,0126 (0,0346)
Gift	0,0430 (0,0299)	0,1186* (0,0640)	-0,0010 (0,0372)
Skilt	0,0796** (0,0379)	0,0786 (0,0798)	0,0795* (0,0439)
Sykepengegrad	-0,0010** (0,0005)	-0,0016 (0,0010)	-0,0012** (0,0005)
Sykedager i 2006	-0,0001 (0,0002)	-0,0007* (0,0004)	-0,0001 (0,0002)
Brukt sp-rettighet i 2006	0,0061 (0,0765)	-0,0332 (0,1777)	0,0333 (0,0864)
Inntekt/1000	-0,0002** (0,0001)	-0,0001 (0,0002)	-0,0002** (0,0001)
Antall år med p.poeng	0,0006 (0,0021)	0,0087** (0,0044)	-0,0026 (0,0024)
Stillingsandel	0,0645 (0,0491)	0,0315 (0,1090)	0,0540 (0,0562)
Henvist før SP-start	-0,5570*** (0,03199)	-0,5004*** (0,0606)	0,6295*** (0,0387)
Avstand nærmeste RT-tiltak	-0,0046*** (0,0002)	-0,0082*** (0,0005)	-0,0038*** (0,0002)
Poliklinisk	0,9893*** (0,0581)	0,5969*** (0,0912)	1,5008*** (0,0893)
Antall behandlinger	0,0483*** (0,0048)	0,0703*** (0,0158)	0,0440*** (0,0053)
Antall ansatte	-0,0029** (0,0015)	-0,0068*** (0,0029)	-0,0020 (0,0017)
IA-avtale	0,0901*** (0,0281)	0,1666*** (0,0592)	0,0669** (0,0327)
Konstantledd	-2,2946*** (0,2301)	-1,7496*** (0,4918)	-2,8373*** (0,2710)
Dummy for næring	Ja	Ja	Ja
Dummy for ICD-10 kode	Ja	Ja	Ja
Pseudo R ²	0,325	0,401	0,302
Antall observasjoner	17952	4476	12973

3.4.2 Effekten av Raskere tilbake

I tabell 3.7 gjengir vi resultatene fra effektevalueringen av RT innenfor offentlige somatiske sykehus. De to første kolonnene i tabellen gir gjennomsnittlige ventetider, sykefravær og andelen som bruker opp sykepengerettighetene for henholdsvis RT-pasienter og ordinære pasienter. Gjennomsnittene er beregnet før vi har gjort noen matching, dvs. resultatene er basert på utvalget som brukes i sannsynlighetsmodellene presentert i tabell 3.6. Forskjellen i disse gjennomsnittene gir tiltakseffekten uten matching.

Vi presenterer resultatene fra fire ulike matching-modeller: "nearest neighbor" med og uten tilbakelegging, radius og kernel matching. Tallene i disse fire kolonnene viser effekten av Raskere tilbake når vi sammenligner like pasienter. For ventetid og sykefravær vises effekten i antall dager (sykefraværet er målt i erstattede dager), mens det for andelen som bruker opp sykepengerettighetene vil en koeffisient på for eksempel -0,01 bety en reduksjon i sannsynligheten for å bruke opp sykepengerettighetene på 1 %.

Ventetider

Vi starter med å se på hvordan RT påvirker ventetidene. For hele utvalget finner vi at RT har bidratt til en signifikant reduksjon i ventetidene på omtrent 21 dager (avhengig av modell varierer effekten mellom 20,5 og 22,1 dager). Resultatene tyder videre på at RT har ført til en noe større reduksjon i ventetidene for pasienter som venter på kirurgiske utredninger/-behandlinger (varierer mellom 21,8 og 30,5 dager) sammenlignet med pasienter som venter på medisinske utredninger/behandlinger (varierer mellom 21,3 og 22,2 dager).

Tabell 3.7. Effekten av Raskere tilbake. Hele utvalget

	Gjennomsnitt		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Ordinær beh.	Nearest neighbor		Radius	Kernel
			M/tilb.legging	U/tilb.legging		
<i>Alle utredninger/behandlinger</i>						
Ventetid	49,107	78,579	-20,5494*** (2,0919)	-21,469*** (1,2290)	-21,9091*** (1,9536)	-22,1630*** (1,8576)
Sykefravær	163,388	152,282	-1,6348 (2,5768)	-3,0574* (1,7867)	-4,7258*** (2,0835)	-4,9648*** (2,0006)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,327	0,302	-0,0114 (0,0147)	-0,0034 (0,0103)	-0,0117 (0,0122)	-0,0120 (0,0108)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			6835	3778	6835	6835
<i>Kirurgisk utredning/behandling</i>						
Ventetid	55,4723	82,9438	-27,8473*** (5,0089)	-21,8138*** (3,1352)	-30,2106*** (4,3170)	-30,5559*** (4,2653)
Sykefravær	148,294	140,381	-14,0225*** (5,9784)	-11,4325*** (3,9298)	-13,3723*** (4,7214)	-13,0428*** (4,6211)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,256	0,252	-0,0512** (0,0319)	-0,0425** (0,0207)	-0,0280 (0,0234)	-0,0274 (0,0230)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			1735	800	1735	1735
<i>Medisinsk utredning/behandling</i>						
Ventetid	43,656	60,938	-21,3136*** (2,3378)	-22,0183*** (1,4222)	-22,0635*** (2,2757)	-22,2066*** (2,1684)
Sykefravær	169,317	156,403	-0,8119 (2,9053)	-1,1520 (2,0345)	-1,7492 (2,3854)	-2,0251 (2,2925)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,354	0,321	-0,0135 (0,0169)	-0,0048 (0,0119)	-0,0087 (0,0132)	-0,0079 (0,0127)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			5028	2901	5028	5028

Sykefraværet

Resultatene er ikke så entydige når det gjelder hvordan Raskere tilbake påvirker sykefraværet. For alle utredninger/behandlinger analysert under ett, finner vi statistisk signifikante resultat i tre av fire matching-modeller. Effekten av RT er en reduksjon i sykefraværet på 4,23 dager (snittene av de signifikante estimatene). Selv om sykefraværet måles i erstattede dager (bare antallet dager man får utbetalt sykepenger), er dette en betydelig mindre reduksjon enn reduksjonen i ventetid. En mulig forklaring er at effekten av behandling er generelt svak for

denne pasientgruppen, en diskusjon som vi kommer tilbake til i avslutningsseksjonen av dette kapittelet.

Når vi ser på pasienter som mottar *kirurgisk behandling*, finner vi imidlertid en betydelig effekt av Raskere tilbake. Kirurgiske RT-pasienter har en gjennomsnittlig reduksjon i sykefraværet på omtrent 13 dager (resultatene varierer mellom 11,4 og 14 dager) sammenliknet med pasienter som mottar kirurgisk behandling gjennom ordinært behandlingsløp. Gevinsten er likevel mindre enn den gjennomsnittlige gevinsten i ventetid. Vi drøfter også dette punktet nærmere i avslutningen av dette kapittelet.

Pasienter som mottar *medisinske utredninger/behandlinger* gjennom RT oppnår ingen effekt på sykefraværet sammenliknet med ordinær behandling. Siden ventetidene er signifikant kortere for RT også for denne pasientgruppen, indikerer følgelig disse resultatene at utredning/behandling (verken RT eller ordinær behandling) ikke har noen effekt på sykefraværet. På den andre siden er det slik at de fleste medisinske RT-tilbudene er personellmessig såkalte sammensatte tilbud som er ment å ivareta komplekse medisinske tilstander. Slike forhold kan opplagt påvirke de estimerte effektene. Drøftingsdelen inneholder en nærmere diskusjon.

Sannsynligheten for å bruke opp sykepengerettighetene

En annen interessant problemstilling er om Raskere tilbake kan bidra til å redusere sannsynligheten for at sykmeldte skal havne på mer langvarige trygdeordninger, som for eksempel uføretrygd. På grunn av et begrenset datatilfang har det imidlertid ikke vært mulig å følge sykmeldte over en tilstrekkelig lang periode til å analysere dette spørsmålet. Som en tilnærming, ser vi derfor på sannsynligheten for å bruke opp sykepengerettighetene innenfor en sykemeldingsperiode. Fra tabellen ser vi at RT ikke ser ut til å redusere sannsynligheten for at pasientene skal bruke opp sykepengerettighetene sammenliknet med de som mottar ordinær behandling. Det er et unntak for kirurgisk behandling. To av estimatorene gir signifikante og negative koeffisienter, dvs. at RT-behandlingen kan bidra til reduksjon i sannsynligheten.

Et potensielt problem med analysene presentert ovenfor er at vi ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til problemet med at pasientene har ulikt antall behandlinger (se kapittel 2 for en nærmere diskusjon om dette). Vi har derfor delt utvalget etter om pasienten har mottatt en eller flere behandlinger.

I tabell 3.8 nedenfor gjengir vi resultatene for pasienter som mottar medisinsk behandling¹⁰. Disse resultatene indikerer at pasienter som bare mottar en medisinsk RT-utredning/-behandling har fått en større reduksjon i *ventetidene* enn RT-pasienter som mottar flere utredninger/behandlinger sammenliknet med pasienter som mottar ordinær behandling. En

¹⁰ Vi har også gjort tilsvarende analyser for kirurgi, men her synes effekten av RT å være omtrent den samme uavhengig av antall behandlinger.

mulig forklaring kan være at pasienter med flere behandlinger har mer alvorlige lidelser, og at disse har relativt korte ventetider i utgangspunktet.

Når det gjelder effekten på *lengden av sykefraværet*, finner vi at RT har redusert sykefraværet for pasienter som bare mottar en utredning/behandling med omtrent 5 dager (5,34 dager i snitt av estimatene). Som vi ser fra tabellen, er resultatene bare statistisk signifikante i tre av modellene og da bare på 10 % nivå. Resultatene er følgelig relativt usikre.

Det er heller ikke her særlige indikasjoner på at Raskere tilbake har bidratt til å redusere sannsynligheten for å bruke opp sykepengerrettighetene.

Tabell 3.8. Medisinsk behandling (personer med en behandling i behandlingsforløpet eller to og flere)

	Gjennomsnitt		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Kontrollgruppe	Nearest neighbor			
	RT	Kontrollgruppe	M/tilb.legging	U/tilb.legging	Radius	Kernel
<i>En utredning/behandling</i>						
Ventetid	44,245	62,873	-22,7498 ^{***} (2,6684)	-24,6290 ^{***} (1,7390)	-25,0895 ^{***} (2,4557)	-25,0160 ^{***} (2,3561)
Sykefravær	166,394	155,589	-6,5467 ^{**} (3,2904)	-1,4762 (2,4716)	-5,0714 [*] (2,6788)	-4,4341 [*] (2,5978)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,349	0,322	-0,0329 [*] (0,0194)	-0,0114 (0,0146)	-0,0230 (0,0149)	-0,0219 (0,0144)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			3042	1938	3042	3042
<i>To eller flere utredninger/behandlinger</i>						
Ventetid	46,6999	71,7580	-16,6645 ^{***} (3,9081)	-16,5897 ^{***} (4,4230)	-15,0965 ^{***} (2,8995)	-16,0547 ^{***} (4,1155)
Sykefravær	173,872	158,575	0,9698 (5,2804)	1,5472 (3,6362)	2,3849 (4,4624)	1,8719 (4,1807)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,361	0,319	0,0237 (0,0311)	0,0270 (0,0216)	0,0202 (0,0249)	0,0201 (0,0234)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			1857	890	1857	1857

3.4.3 Effekten av RT for personer sykmeldt i perioden 1. januar til 1. august

Som nevnt tidligere, er det et potensielt problem med analysene at vi bare har informasjon om behandling i 2008. I utvalget ovenfor har vi inkludert personer som er sykmeldt i deler av 2007 eller 2009, men alle er også sykmeldt og mottar behandling i 2008. For å illustrere problemet, tenker vi oss for eksempel at en person blir sykmeldt i oktober 2007 og friskmeldt i juni 2008. Denne personen kan for eksempel være registrert med en behandling i februar 2008. Siden vi ikke har informasjon fra NPR for 2007, kan vi ikke utelukke at denne personen også har mottatt behandling i 2007. For personer som er sykmeldt inn i 2009, har vi et tilsvarende problem siden vi ikke har data fra NPR for 2009. For å forsøke å minimere dette problemet, bruker vi et utvalg som består av personer som blir sykmeldt i perioden 1. januar-1. juli 2008.

Vi ser at antall personer som mottar RT er betydelig lavere i dette utvalget enn i utvalget ovenfor, noe som resulterer i større standardavvik og færre signifikante resultater. Vi ser også en tendens til at resultatene varierer mer mellom de ulike matching-estimatorene. Ser vi på størrelsen av effektene av Raskere tilbake, finner vi at disse er noe større for dette utvalget. Særlig gjelder dette for RT innenfor kirurgi (effektene er bare statistisk signifikante for to av estimatorene). Reduksjonen i lengden på sykefraværet er estimert til omtrent 23 dager (estimatene varierer fra 20,5 til 26,5 dager), mens effekten var om lag 13 dager når vi brukte hele utvalget.

Vi har også for dette utvalget gjennomført analyser for pasienter som mottar *en* medisinsk behandling og for pasienter som mottar to eller flere medisinske behandlinger. Her er tendensen den samme som tidligere: Raskere tilbake reduserer kun sykefraværet for pasienter som har mottatt en behandling. For pasienter med flere behandlinger, finner vi heller ikke her en tendens til at Raskere tilbake har bidratt til å redusere sykefraværet.

Tabell 3.9. Effekten av Raskere tilbake, personer som starter sykmeldingen i perioden 1. januar - 1. juli 2008

	Gjennomsnitt (hele utvalget)		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Kontrollgruppe	Nearest neighbor		Radius	Kernel
			M/tilb.legging	U/tilb.legging		
<i>Hele utvalget</i>						
Ventetid	49,034	79,722	-25,3022*** (4,8054)	-16,6227*** (3,0534)	-21,5735*** (4,7521)	-22,0079*** (4,6214)
Sykefravær	155,783	137,338	-4,9329 (6,0200)	-3,4300 (4,3775)	-6,7658 (5,0187)	-6,7589 (4,9050)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,369	0,326	-0,0184 (0,0361)	-0,0247 (0,0262)	-0,0276 (0,0280)	-0,0336 (0,0257)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			1251	607	1251	1251
<i>Kirurgisk utredning/behandling</i>						
Ventetid	50,377	77,900	-31,0159** (15,5455)	-38,8101*** (9,1519)	-32,3657*** (11,2581)	-33,5233*** (11,9049)
Sykefravær	138,199	126,435	-26,6733* (15,7404)	-22,4200** (10,6013)	-20,4694 (14,3038)	-21,1627 (14,6665)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,284	0,262	-0,0876 (0,0834)	-0,0200 (0,0609)	-0,0293 (0,0740)	-0,0312 (0,0759)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			251	100	251	251
<i>Medisinsk utredning/behandling</i>						
Ventetid	48,486	80,142	-29,6226*** (5,0822)	-20,0882*** (3,5713)	-21,7185*** (5,4610)	-20,9379*** (5,2846)
Sykefravær	160,728	139,773	0,1966 (6,7310)	1,7763 (4,9656)	-4,9368 (5,6698)	-4,8289 (5,5299)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,395	0,346	-0,0137 (0,0411)	-0,0258 (0,0304)	-0,0268 (0,0323)	0,0245 (0,0316)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			946	465	946	946

3.4.4 Utsiktede virkninger

Hvilke uheldige effekter kan man se for seg gitt at Raskere tilbake ikke bare innebærer ekstra midler, men også legger opp til å endre det relative prisforholdet mellom pasienter med status som sykmeldte og andre grupper av pasienter?

Midlene som RHFene forvalter skal forbeholdes sykmeldte, eventuelt også personer som står i fare for å bli sykmeldte. Behandlende institusjoner (sykehus, klinikker) vil motta en høyere betaling på marginen for sykmeldte pasienter som behandles gjennom RT-tiltak sammenliknet med refusjonene for andre pasienter, deriblant sykmeldte, som får behandling gjennom det ordinære behandlingsforløpet. For det første vil polikliniske vurderinger av sykmeldte pasienter med behov for helse- og rehabiliteringstjenester bli refunderte av NAV til en sats som er dobbel så høy som tilsvarende satser for ikke-sykmeldte pasienter. For det andre vil helse- og rehabiliteringstiltak som utløser DRG-refusjon i prinsippet kunne settes til 80 % av full DRG-pris for sykmeldte. RHFene kan, basert på egne vurderinger av kostnadsforhold i egne institusjoner, sette refusjonen lavere, mens de selv mottar 80 % fra sentrale myndigheter.

Reagerer aktørene slik som intensjonen er fra sentrale myndigheter, så vil man få økt behandlings- og rehabiliteringskapasiteten. I hvilken grad ordningen vil ha utsiktede effekter vil kunne avhenge av om den økte behandlingen av sykmeldte påvirker kapasiteten innen ordinær behandling. Intensjonen med Raskere tilbake er at så ikke skal skje. I så fall vil ventetiden for ordinær behandling øke. Et kompliserende moment er at dersom kapasiteten innen RT er større enn tilgangen på sykmeldte og personer som står i fare for å bli sykmeldt, så kan man bli fristet til å rekruttere pasienter fra ordinær kø. Dette er heller ikke etter intensjonene med ordningen.

Her konsentrerer vi analysene om følgende: Er det slik at pasienter som ikke mottar RT-behandling ved institusjoner som tilbyr RT-behandling (ordinær behandling), erfarer lengre ventetid for behandling sammenliknet med sykmeldte som mottar ordinær behandling ved ikke-RT-institusjoner? I disse analysene studerer vi med andre ord ventetidsforskjellene mellom ordinære pasientgrupper.

Ventetider

Vi tar imidlertid utgangspunkt i pasienter som har mottatt RT og starter med å droppe alle diagnosegrupper (3 siffer ICD-10) med mindre enn 50 RT-behandlinger i løpet av 2008. Så registrerer vi hvilke sykehus som tilbyr RT innenfor disse ulike diagnosegruppene (mer enn 10 behandlinger) og sammenligner ventetidene ved disse institusjonene med ventetider ved sykehus som ikke tilbyr RT. Her ser vi imidlertid på ventetiden til pasienter (sykmeldte og andre) som ikke mottar RT. I motsetning til analysene hvor vi fokuserer på effekten av Raskere tilbake på sykefravær og ventetid, inkluderer vi nå pasienter over 67 år i analysene.

I disse regresjonsanalysene er den sentrale forklaringsvariabelen "RT-institusjon". Dette er en variabel som har verdien 1 for de pasientene som mottar behandling på et sykehus som behandler RT-pasienter innenfor den aktuelle ICD-10 gruppen. For pasienter som mottar behandling på andre institusjoner, er denne variabelen 0. Om analysene kommer ut med en

positiv koeffisient (positiv verdi) på denne variabelen, indikerer dette at pasienter som mottar behandling på en RT-institusjon venter lengre enn pasienter på sykehus som ikke tilbyr RT. Siden vi her også har med pasienter som ikke er sykmeldt kan vi ikke koble på informasjon fra NAV-registrene. Det betyr følgelig at vi bare bruker kontrollvariabler fra NPR-melding i denne analysen. I analysene kontrollerer vi for pasientens kjønn, alder, om vedkommende er sykmeldt eller ikke og om pasienten mottar kirurgisk eller medisinsk utredning/behandling. Vi har også brukt dummy-variabler for å kontrollere for hoveddiagnose (ICD-10) og hvilket fylke pasienten er bosatt i.

Vi bruker tre ulike utvalg: pasienter med ventetid kortere enn to år, pasienter med ventetid kortere enn ett år og pasienter som ikke er sykmeldt med ventetid kortere enn ett år.

Tabell 3.10. Analyse av ventetider for utredning/behandling i offentlige somatiske sykehus

	Ventetider kortere enn to år (1)	Ventetider kortere enn ett år (2)	Ventetider kortere enn ett år, sykmeldte ekskludert (3)
RT-institusjon	-1,515*** (0,390)	2,312*** (0,303)	1,396*** (0,508)
Sykmeldt	-7,136*** (0,358)	-5,849*** (0,277)	-
Mann	-1,878*** (0,325)	-1,503*** (0,252)	-1,377*** (0,425)
Alder	1,205*** (0,053)	0,917*** (0,041)	0,474*** (0,126)
Alder ²	-0,014*** (0,000)	-0,010*** (0,000)	-0,005*** (0,001)
Kirurgi	-2,588*** (0,394)	-1,827*** (0,306)	-0,978** (0,507)
Konstantledd	101,008*** (1,556)	85,497*** (1,207)	86,161*** (2,970)
Dummy fylke	Ja	Ja	Ja
Dummy ICD-10 kode	Ja	Ja	Ja
R ²	0,02	0,02	0,02
Antall observasjoner	371840	361252	126044

Analysene indikerer at menn venter noe kortere enn kvinner (omtrent 1,5 dager), at eldre venter lengre enn yngre og at kirurgiske pasienter venter noe kortere enn medisinske. Vi ser videre at sykmeldte venter kortere enn de som ikke er sykmeldt (6 til 7 dager). Dette resultatet trenger imidlertid ikke bety at sykmeldte pasienter blir prioritert framfor ikke-sykmeldte pasienter. Grunnen kan også være at denne variabelen fanger opp noe vesentlig ved helse-tilstanden til disse personene. Mange av dem vi sammenligner de sykmeldte med, vil være i jobb og vil trolig (i gjennomsnitt) være friskere enn de sykmeldte.

Vi finner svært små forskjeller i ventetid avhengig av om pasienten behandles på en RT-institusjon eller ikke. Om vi ser på pasienter med ventetider kortere enn to år, finner vi at de som behandles på en RT-institusjon venter litt kortere enn andre pasienter. Om vi avgrenser utvalget til pasienter med ventetider kortere enn ett år eller ikke-sykmeldte pasienter med ventetider kortere enn ett år, finner vi en svak positiv effekt på ventetidene. Etter vår oppfatning er imidlertid disse forskjellene i ventetider så små at vi vil konkludere med at RT ikke har hatt noen negativ effekt på ventetidene for pasienter som ikke mottar Raskere tilbake behandling.

Et problem med disse analysene er imidlertid at vi ikke har data for flere år. En mer robust analyse ville være å se på hvordan ventetidene har utviklet seg over tid for pasienter som mottar behandling på RT-institusjoner sammenlignet med andre institusjoner.

Antall behandlinger

I tabellen nedenfor viser vi antall RT-behandlinger i 2008 innenfor de to største diagnosegruppene (to siffer ICD-10 nivå). Disse to gruppene inneholder en lang rekke enkeltdiagnoser. M5 inneholder ulike rygg- og nakkelidelser, mens M7 inneholder ulike lidelser i skulderregion, overarm/albue, underarm/håndledd/fingre, bekken/lår, legg/kne eller ankel/fot/tå. Her forsøker vi å se på antall RT-behandlinger i 2008 i sammenheng med det totale antall behandlinger innenfor samme diagnosegruppe i årene 2004 til 2008. Siden vi bare har data fra NPR-melding for 2008, bruker vi her data fra NPR-record. I utgangspunktet ville vi forventet at antall behandlinger i hver helseregion innenfor to så aggregerte diagnosegrupper skulle være relativt stabilt over tid. Om RT har ført til økt behandlingsskapasitet skulle vi da kunne forvente at det totale antallet behandlinger i 2008 skulle være antallet behandlinger i for eksempel 2006 pluss antall RT-behandlinger i 2008.

Dette synes imidlertid ikke å være tilfellet. Antall behandlinger i 2004, 2005 og 2006 varierer mye, noe som gjør det vanskelig å ha noen begrunnet formening om hvor mange behandlinger det burde være i 2008 uten RT-behandlingene. Om tallene i NPR-recorden gir et korrekt bilde av antall behandlinger, er det imidlertid mye i disse tallene som tyder på at en del av RT-behandlingene i 2008 ville vært gitt som ordinær behandling om ikke RT hadde vært innført. Vi ser for eksempel for M5 sin del at det i helseregion Sør-Øst i årene før RT ble iverksatt (2004-2006) ble behandlet flere pasienter enn det ble i 2008. Tallene for 2008 innbefatter 3868 RT-pasienter. Helseregion Vest behandlet flere M5-pasienter i 2008 sammenliknet med årene 2004-2006, men forskjellen utgjør ikke antall RT-pasienter som det ble behandlet i 2008 (3574 pasienter). Det samme argumentet kan gjøres gjeldende for helseregion Midt og helseregion Nord. Når det gjelder M7, er ikke bildet like tydelig som for M5. Her kan det virke som 2007 gir et løft i antall behandlinger sammenliknet med årene før. Løftet kan skyldes RT. Samtidig var 2007 for et oppstartsår å regne og tilbudene ble etablert i løpet av året.

Tabell 3.11. Antall behandlinger innenfor to store RT diagnosegrupper

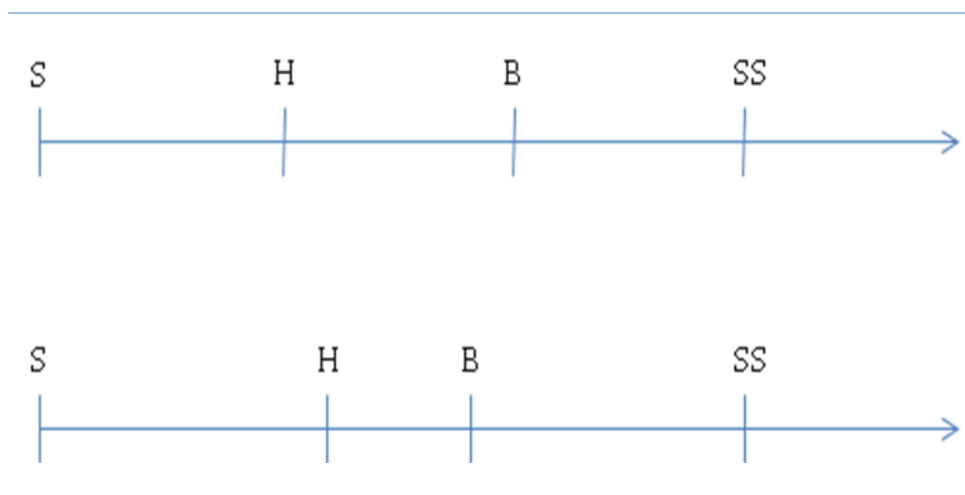
Diagnosegruppe	Helseregion	Antall RT 2008	Antall beh. 2008	Antall beh. 2007	Antall beh. 2006	Antall beh. 2005	Antall beh. 2004
M5	Sør-øst	3868	30390	36532	33204	33576	35000
M7	Sør-øst	4739	48364	49988	39482	43466	42585
M5	Vest	3574	13778	12760	12926	11761	12635
M7	Vest	1720	13608	12726	11069	11783	11419
M5	Midt	1813	12712	12087	12048	12018	11009
M7	Midt	1044	12639	11412	9923	11288	10555
M5	Nord	1375	6857	6218	6493	6466	6734
M7	Nord	1529	10544	10006	8946	9075	8651

3.5 Oppsummering og drøfting av hovedresultater

For å kunne vurdere den samfunnsøkonomiske virkningen av Raskere tilbake, trenger vi et mål på hvor mange sykepengedager som er spart som følge av at ordningen er innført. Som vist ovenfor, varierer de estimerte effektene av ordningen med hvilke type tiltak vi studerer (medisinsk eller kirurgisk), og varierer også noe med hvilket utvalg vi benytter. Selv om disse resultatene illustrerer at effektene er noe usikre når det gjelder hvor mange dager RT har redusert sykefraværet, mener vi at det er relativt klart at Raskere tilbake har redusert sykefraværet for pasienter som mottar kirurgisk behandling. Vi finner også indikasjoner på at Raskere tilbake har bidratt til å redusere sykefraværet for pasienter som mottar bare *en* medisinsk behandling, men vi vurderer disse resultatene som mer usikre.

Det er imidlertid slående at Raskere tilbake synes å redusere ventetidene mer enn sykefraværet. Hvorfor slår ikke reduserte ventetider fullt ut i redusert sykefravær?

Før vi konkret drøfter dette resultatet med utgangspunkt i resultatene fra våre analyser, la oss gjennomføre noe tankeeksperiment. Følgende figur kan være med på å illustrere hvilke tidsperioder som er avgjørende for varigheten på et sykefravær. S representerer starten på sykefraværsperioden; H representerer tidspunktet for henvisning til spesialisthelsetjenesten; B representerer tidspunktet for 1. behandling og SS representerer tidspunktet for sykefraværets slutt. Den øverste tidslinjen representerer utviklingen til en person som mottar *ordinær behandling*, mens den nederste representerer utfallet ved en *Raskere tilbake behandling*. I dette tenkte tilfellet er det altså slik at sykefraværet (perioden S – SS) er lik for de to sykmeldte pasientene, samtidig som ventetiden (H – B) er kortere for de som deltar på Raskere tilbake. Legg også merke til at tiden fra sykefraværet starter til henvisning (S – H) er lengre for RT-deltakeren sammenliknet med vedkommende som mottar ordinær behandling.



Hvordan kan man forklare at sykefraværet er like langt? Det er mulig å tenke seg (minst) tre forklaringer:

- RT-behandlingene har dårligere behandlingseffekt enn ordinære behandlinger.
 - Den potensielle gevinsten ved kortere ventetider, ”spises opp” av et behandlingsopplegg som drar sykefraværet ut i tid sammenliknet med ordinær behandling.
- Verken ordinær eller RT-behandling gir noen effekt på sykefraværet sammenliknet med ikke å motta behandling i det hele tatt.
 - Når verken ordinær behandling eller RT-behandling virker, så vil sykdomsfraværet følge sitt eget tidsbestemte forløp uavhengig av tiltak. Kortere ventetider kan dermed ikke påvirke sykefraværet.
- Pasientene som mottar RT har i gjennomsnitt mer alvorlige lidelser, og analysene vi gjennomfører har ikke i tilstrekkelig grad fanget opp dette (seleksjonsproblemet).
 - Den potensielle gevinsten ved kortere ventetider, ”spises opp” fordi pasientene gjennomgående er sykere/vanskeligere å rehabilitere enn de som mottar ordinær behandling. Sykere pasienter trenger tiltak som innebærer lengre behandlingsforløp.

En annen mulighet er naturligvis at vi finner en sykefraværsreducerende effekt av Raskere tilbake (perioden S – SS er kortere for RT enn for ordinær behandling), men effekten er mindre enn gevinsten i ventetid. Situasjonen er ikke illustrert i figur. Årsaken kan være at deltakerne på RT-tiltak ikke har samme effekt (eksempelvis bare sterk effekt og ingen effekt) av tiltaket, slik at gjennomsnittseffekten blir lavere enn dersom alle hadde samme sterke effekt.

La oss så gå fra disse tenkte situasjonene, til våre analyser. Nå inkluderer vi bare personer som er henvist etter starten på sykepengeperioden. Fra tabell 3.12 ser vi at resultatene er relativt like de som gjelder hele utvalget (tabell 3.7), dvs. at RT-deltakelse har en sykefraværsreducerende effekt på om lag 4 dager (alle utredninger/behandlinger) og at ventetidene er rundt 19-20 dager kortere for RT-deltakerne enn for kontrollgruppen (alle utredninger/behandlinger). Dette gjelder selv om gjennomsnittene *før* matching indikerer at utvalgene er ulike. For eksempel ser vi fra tabell 3.12 at gjennomsnittlig sykefravær er omtrent 169 dager både for RT og ordinære pasienter i dette utvalget. Tilsvarende tall for hele utvalget er 163 dager for RT-pasienter og bare 152 for ordinære pasienter (tabell 3.7). Det at de estimerte resultatene etter matching er like, kan være en indikasjon på at vi lykkes relativt bra med å korrigere for eventuelle seleksjonseffekter i disse analysene.

Det som er nytt i tabell 3.12 sammenliknet med tabell 3.7 er at vi har delt opp sykefraværet i ulike perioder. Vi ser i tabell 3.12 at RT-pasienter venter lengre på å bli *henvist* til behandling hos spesialisthelsetjenesten, målt fra starten av sykepengeperioden (SP), sammenliknet med ordinære pasienter. Ser vi på alle utredninger/behandlinger, er effekten rundt 3 dager (gjennomsnittet av estimatene). Effekten er noe sterkere for medisinsk enn for kirurgi: 4,9 dager mot 3,3 dager målt som gjennomsnittet av de signifikante koeffisientene.

Tabell 3.12. Effekten av Raskere tilbake.Underutvalg

	Gjennomsnitt		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Ordinær beh.	Nearest neighbor		Radius	Kernel
			M/tilb.legging	U/tilb.legging		
<i>Alle utredninger/behandlinger</i>						
Sykefravær	169,512	169,438	-3,0086 (2,6210)	-3,7716** (1,8590)	-4,6241*** (2,1174)	-4,8424*** (2,0365)
Ventetid	44,800	59,856	-17,8155*** (1,9487)	-19,8210*** (1,2516)	-20,3006*** (1,4572)	-20,5464*** (1,8576)
SP-start til henvisning	79,251	76,935	4,7107* (2,5184)	2,9877* (1,8116)	2,5086 (2,0585)	2,5957 (1,9818)
SP-start til behandling	117,156	128,279	-9,0057*** (2,9397)	-11,6213*** (2,0606)	-12,6067*** (2,3651)	-12,6487*** (2,2741)
Behandling til SP-slutt	138,943	127,934	4,1991 (3,1826)	6,1429*** (2,2608)	5,7366*** (2,5749)	5,4502*** (2,4784)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			6163	3240	6163	6163
<i>Kirurgisk utredning/behandling</i>						
Sykefravær	156,818	161,682	-17,5862*** (5,8780)	-14,8937*** (4,2413)	-14,2969*** (4,9703)	-13,4425*** (4,8838)
Ventetid	48,877	61,843	-32,2395*** (4,5301)	-21,6506*** (2,8171)	-28,8101*** (3,4028)	-28,3826*** (3,3239)
SP-start til henvisning	79,251	76,935	4,7107* (2,5184)	2,9877* (1,8116)	2,5086 (2,0585)	2,5957 (1,9818)
SP-start til behandling	103,698	124,139	-26,1825*** (6,5942)	-22,7585*** (4,3973)	-21,0943*** (5,3971)	-20,4553*** (5,3166)
Behandling til SP-slutt	134.302	120,824	-1,3256 (6,8372)	0,0966 (4,9130)	-0,8559 (5,7634)	-0,3473 (5,6756)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			1474	621	1474	1474
<i>Medisinsk utredning/behandling</i>						
Sykefravær	173,831	172,494	0,0739 (2,8921)	-3,9295* (2,1067)	-2,2006 (2,4022)	-2,2003 (2,3101)
Ventetid	43,556	60,603	-19,5503*** (2,1867)	-19,3772*** (1,3892)	-20,3418*** (1,6746)	-20,4573*** (1,6022)
SP-start til henvisning	83,429	77,395	3,7879 (2,9206)	4,2217* (2,0681)	5,2650*** (2,3654)	5,3206*** (2,2737)
SP-start til behandling	121,772	130,172	-10,8739*** (3,3261)	-10,1735*** (2,3450)	-10,0069*** (2,7185)	-9,9851*** (2,6115)
Behandling til SP-slutt	140,492	130,505	11,7413*** (3,5795)	4,5510* (2,6096)	7,2009*** (2,9707)	7,0823*** (2,8606)

Gitt disse resultatene, så er det som forventet at effekten Raskere tilbake har på tiden som går fra starten på sykemeldingsperiode til *behandling* er mindre enn effektene vi finner på *ventetid*. RT har eksempelvis redusert tiden fra sykmelding til behandling med omtrent 23 dager for kirurgiske pasienter. Siden besparelsen i sykefraværet måles i erstattede dager (antall dager den sykmeldte får utbetalt sykepenges), virker det som om mesteparten av reduksjonen i tid til behandling slår ut i bespart sykefravær¹¹.

¹¹ Om vi antar at reduksjonen i sykefravær er 15 erstattede dager og legger til 2/7*15, finner vi en omtrentlig reduksjon i sykefraværet på 19 dager.

Vi finner på den andre siden ikke signifikante forskjeller mellom RT-pasienter og ordinære pasienter på tiden fra første behandling til slutten av sykepengeperioden. Det ser derfor ut for at RT og ordinær behandling har omtrent samme behandlingseffekt når det gjelder kirurgisk behandling.

For medisinske pasienter, som likner på situasjonen illustrert i figuren over, finner vi RT ikke påvirker sykefraværet i forhold til ordinær behandling (kun et signifikant estimat). Raskere tilbake reduserer imidlertid tiden fra starten på sykepengeperioden til behandling med omtrent 10 dager ($S - B$, for å følge notasjonen i figuren). Reduksjonen er betydelig mindre enn den estimerte reduksjonen i ventetid på omlag 20 dager ($H - B$). Tiden fra behandling til slutten på sykepengeperioden ($B - SS$) er også signifikant *lengre* for RT-pasientene enn ordinære pasienter. Etter vår vurdering betyr disse resultatene enten at Raskere tilbake behandling har dårligere effekt på sykefraværet enn ordinær behandling, eller at verken Raskere tilbake behandling eller ordinær behandling har noen effekt på sykefraværet. Om den siste forklaringen er riktig, vil det ikke spille noen rolle for sykefraværet når pasientene mottar behandling. Siden RT-pasienter i gjennomsnitt får behandling tidligere enn ordinære pasienter, følger det automatisk at det går lengre tid fra behandlingen blir gitt til utgangen av sykepengeperioden for RT-pasientene sammenliknet med ordinær behandling.

En alternativ forklaring kan være at våre resultater er feil. Om vi ikke har klart å kontrollere tilstrekkelig for eventuelle seleksjonsproblemer, er det tenkelig at medisinske pasienter (i gjennomsnitt) er dårligere enn ordinære pasienter og at dette forklarer hvorfor vi ikke finner en reduksjon i sykefraværet for denne gruppen selv om ventetidene reduseres. Et forhold som kan tale imot denne forklaringen er at om de som mottar Raskere tilbake systematisk er sykere enn ordinære pasienter, burde det eksistere et behandlingstilbud uavhengig av Raskere tilbake, siden de friskere ordinære pasientene jo mottar behandling.

I de *samfunnsøkonomiske analysene*, som vi kommer tilbake til i kapittel 8, vil vi legge til grunn at RT reduserer sykefraværet for pasienter med 4,3 dager i gjennomsnitt. Effekten er basert på gjennomsnittsverdiene av de estimerte effektene rapportert for hele utvalget (tabell 3.7 og 3.12).

4 Raskere tilbake - offentlige psykiatriske institusjoner

4.1 Innledning¹²

Tilbudet innen psykisk helsevern var i 2008 ikke forholdsmessig like godt utbygd som tilbudet innen somatikk. Tverrfaglige poliklinikker, som er tilbud i regi av de somatiske enhetene, tilbyr imidlertid rask medisinsk avklaring og videre behandlingssmessige tiltak. Disse tilbudene, som innehar metodikk for å styrke pasientenes egen mestring og kognitiv atferdsterapeutiske teknikker, kompenserer i noen grad den forholdsvis lave tilbudsgraden, påpekes det i Rapport om erfaringene med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte – de regionale helseforetakene (30. juni 2009).

Når det gjelder aktivitet, så rapporterte de regionale helseforetakene 7715 polikliniske konsultasjoner i 2008. I tillegg kom 346 dag- og døgnopphold. Aktivitetstallene fra Norsk pasientregister for 2008 er ikke helt i samsvar med rapportene til Helsedirektoratet fra de regionale helseforetakene. NPR melder 15 døgnbehandlinger, 314 dagbehandlinger og 8369 polikliniske behandlinger.

4.2 Nærmere om aktiviteten i 2008

Basert på aktivitetsdata med utgangspunkt i NPR-meldingen, og som er fremkommet gjennom prosjektgruppens eget analysearbeid, så gir tabell 4.1 og 4.2 en utvidet beskrivelse av aktiviteten innen psykisk helsevern.

Av tabell 4.1 fremgår det at av i alt 1 242 733 utredninger og behandlinger inkludert RT i 2008, så ble 368 464 av disse gitt til sykmeldte pasienter. Behandlingene til sykmeldte utgjør om lag 30 % av samlet tilbud. Blant sykmeldte bosatt i Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark, finner vi de høyeste andelene (rundt 38 %). De laveste andelene er i Vestfold og Aust-Agder (ca. 27 %). Behandlinger gjennom Raskere tilbake, 8122 behandlinger, utgjorde mindre enn 1 % i landsgjennomsnitt.

Ser vi på antall pasienter, så er den forholdsvis fordelingen mellom totale antall individ, sykmeldte og RT-deltakere om lag det samme som fordelingen av antall behandlinger (henholdsvis 32 % og 1 %). Sykmeldte bosatt i Hedmark, Oppland, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark har forholdsvis lav sannsynlighet for å ha deltatt på RT¹³ i løpet av 2008. Sogn og Fjordane skiller seg ut ved ikke å ha noen deltakere på RT innen psykisk helsevern, selv om andelen sykmeldte som mottar behandling er forholdsvis høy, som nevnt over. Forholdsvis høy sannsynlighet for RT-deltakelse finner vi hos sykmeldte bosatt i Oslo, Rogaland og Troms.

¹² Bygger på Rapport om erfaringene med ..., 30.06.2009, fra Helsedirektoratet.

¹³ Vi beregner denne sannsynligheten ved å bruke andelen som RT-deltakere utgjør av alle personer fra fylket som har mottatt behandling innen psykisk helsevern. Andelene er ikke rapportert i tabell.

Tabell 4.1. Oversikt over antall behandlinger og antall pasienter (18 til 67 år) i psykiatriske sykehus i 2008. Antall sykmeldte er personer registrert som sykmeldt i NAV i 2007 eller 2008

	Antall utredninger/behandlinger			Antall pasienter		
	Totalt	Sykmeldte	RT	Totalt	Sykmeldte	RT
Østfold	39739	13360	37	4664	1532	6
Akershus	126192	42072	699	9670	3512	110
Oslo	216144	57578	2831	13943	4309	332
Hedmark	46312	16467	19	4316	1495	4
Oppland	48242	18142	20	4925	1846	2
Buskerud	71888	928	622	6792	128	117
Vestfold	13264	3682	54	5136	1642	25
Telemark	51512	17476	124	4683	1574	32
Aust-Agder	37526	10391	184	3144	936	43
Vest-Agder	59294	19286	611	5255	1763	88
Rogaland	125567	37667	1504	7916	2859	225
Hordaland	92282	29017	331	8162	2730	55
Sogn og Fjordane	23765	9174	0	2390	915	0
Møre og Romsdal	57441	17696	12	5617	1715	1
Sør-Trøndelag	83315	25903	503	6656	2263	75
Nord-Trøndelag	35385	11144	14	3498	1203	1
Nordland	58799	19551	21	5673	2137	1
Troms	35451	11053	531	2981	1103	63
Finnmark	20655	7877	5	2213	863	1
Totalt	1242773	368464	8122	107634	34525	1181

Tabell 4.2 gir mer informasjon om karakteristika ved deltakere på RT og ordinær behandling. Andelen av RT-deltakere som har rett til helsehjelp er lavere enn andelen med rett til helsehjelp innenfor ordinært behandlingsforløp (i snitt 50 % mot ca. 79 %). Dette kan være en indikasjon på at pasientene som mottar RT har lettere lidelser enn ordinære pasienter.

Innenfor psykiatri foregår det aller meste av behandlingene poliklinisk, enten vi ser på ordinær eller RT. Det er imidlertid en noe høyere poliklinisk andel innenfor RT, noe som igjen kan være indikasjon på at denne pasientgruppen har noe lettere lidelser enn ordinære pasienter.

Fordelingen mellom menn og kvinner er ganske ulik, for RT er det omtrent 33 % mannlige pasienter, mens tilsvarende tatt for ordinære behandlinger er 42 %. Det er altså, som for somatikk, en større andel kvinner enn menn som mottar behandling enten det gjelder ordinær behandling eller RT. Aldersmessig er RT-deltakerne yngre enn personer som mottar behandling gjennom det ordinære tilbudet. Begge gruppene er yngre i gjennomsnitt sammenliknet med tilsvarende grupper innen somatikk.

Tabell 4.2. Karakteristika ved Raskere tilbake behandlinger

	Andel rett til h.hjelp	Andel polikl.	Andel menn	Alder
Raskere tilbake	0,502	0,961	0,329	39,40
Ordinære behandlinger	0,796	0,925	0,416	38,22

Raskere tilbake er, som omtalt tidligere, forbeholdt personer som er sykmeldt eller som står i fare for å bli sykmeldt. Tabell 4.3 gir en oversikt over hvor mange av RT-behandlingene innen psykisk helsevern som er gitt til personer som er sykmeldt lengre enn 16 dager. Av totalt 8122 behandlinger i 2008 ble 5542 mottatt av pasienter som var registrert som sykmeldte i 2007 og/eller 2008. Det vil si at 2580 (ca. 31 %) av disse behandlingene ble gitt til pasienter som ikke var sykmeldt verken i 2007 eller 2008, eller som eventuelt var sykmeldt kortere enn 17 dager. For somatikk sin del, var andelen 19 %.

Det er interessante fylkesvise forskjeller også når det gjelder disse tallene¹⁴. Oppland, Buskerud og Vestfold skiller seg ut. Henholdsvis 100 %, 97 % og 56 % av RT-deltakerne bosatt i disse fylkene, har ikke vært lengre sykmeldte enn 16 dager i 2007 og/eller 2008. På den andre enden av skalaen finner vi Finnmark, Nordland og Nord-Trøndelag. For landsgjennomsnittet betyr naturligvis Oslo mye. 37 % av behandlingene (1040 behandlinger) til pasienter bosatt i fylket, har gått til personer som ikke var sykmeldte lengre enn 16 dager i 2007 og/eller 2008.

Tabell 4.3. Oversikt over hvor mange behandlinger som er gitt i sykepengeperioden

	Totalt antall	Sykmeldte (i 2007 eller 2008)	Behandling i sykepengeperioden		
			Totalt	ØH	Sykefravær som starter med RT
Østfold	37	24	17	0	1
Akershus	699	544	343	0	2
Oslo	2831	1791	847	0	3
Hedmark	19	11	5	0	1
Oppland	20	0	0	0	0
Buskerud	622	17	13	0	0
Vestfold	54	24	20	0	0
Telemark	124	101	57	0	0
Aust-Agder	184	116	47	0	2
Vest-Agder	611	482	313	0	1
Rogaland	1504	1249	744	4	18
Hordaland	331	305	211	0	0
Sogn og Fjordane	0	0	0	0	0
Møre og Romsdal	12	10	0	0	0
Sør-Trøndelag	503	375	225	0	3
Nord-Trøndelag	14	14	5	0	1
Nordland	21	21	1	0	0
Troms	531	453	250	0	10
Finnmark	5	5	2	0	0
Totalt	8122	5542	3100	4	42

Av de 5542 behandlingene gitt til pasienter som var registrert som sykmeldte i 2007 og/eller 2008, var ikke pasientene nødvendigvis sykmeldt på det tidspunktet de mottok behandlingen. Av tabell 4.3 ser vi at bare 3100 behandlinger ble gitt til personer som var sykmeldt da de

¹⁴ Andelene er ikke rapportert i tabell.

mottok behandlingen. Av disse behandlingene er 4 registrert som øyeblikkelig hjelp. Videre er det 42 tilfeller av at sykefraværet starter med en Raskere tilbake behandling.

Vi har valgt, som for somatikk, å utelukke øyeblikkelig hjelp innleggelse og sykefraværs-tilfeller som starter med et sykehusopphold (Raskere tilbake eller ordinært) fra de videre analysene.

Vi står slik tilbake med 3054 RT-opphold som er fordelt på 506 personer, som det fremgår av siste linje i tabell 4.4. I snitt utgjør dette noe i overkant av 6 behandlinger per pasient. Det er også her interessante fylkesvise forskjeller. Vest-Agder ligger klart over gjennomsnittet med over nær 9 behandlinger per pasient i snitt. Sør-Trøndelag har et snitt på 7,4 behandlinger per pasient.

Tabell 4.4. Oversikt over hvor mange Raskere tilbake utredninger/behandlinger som er den første i behandlingsforløpet

	Behandlinger gitt i sykepengeperioden		RT første behandling	
	Behandlinger	Pasienter	Behandlinger	Pasienter
Østfold	16	4	4	3
Akershus	341	57	57	55
Oslo	844	134	134	113
Hedmark	4	1	1	1
Oppland	0	0	0	0
Buskerud	13	2	2	2
Vestfold	20	16	16	16
Telemark	57	18	18	16
Aust-Agder	45	13	13	12
Vest-Agder	312	36	36	32
Rogaland	722	121	121	109
Hordaland	211	34	34	34
Sogn og Fjordane	0	0	0	0
Møre og Romsdal	0	0	0	0
Sør-Trøndelag	222	30	30	29
Nord-Trøndelag	4	1	1	1
Nordland	1	1	1	1
Troms	240	38	38	38
Finnmark	2	1	1	1
Totalt	3,054	506	506	462

4.3 Analyseutvalget

Pasientene som er inkludert i utvalget er valgt ut etter tilsvarende kriterier som de vi brukte i analysene av RT innenfor somatiske sykehus. Her gir vi derfor bare en kortfattet oversikt over de viktigste momentene, og viser til kapittel 2 og 3 for nærmere begrunnelser.

- Utvalget består av personer som har vært sykmeldt i minimum 16 dager og som har mottatt ordinær eller Raskere tilbake behandling (eller utredning) i offentlig psykiatriske institusjoner i 2008.

- Utvalget er begrenset til personer som har RT-behandling som den første behandlingen i behandlingsforløpet.
- For sykmeldte som har flere behandlingsforløp som inneholder RT-behandlinger, ser vi bare på det første behandlingsforløpet.

Disse avgrensningene innebærer følgelig at vi tar utgangspunkt i 462 sykmeldte som har mottatt RT (se tabell 4.4). Av ulike grunner har vi imidlertid ikke kunnet inkludere alle disse 462 sykmeldte i tiltaksgruppen. To viktige årsaker til dette er:

- Bare en andel av observasjonene i NPR-melding har ventetider som er vurdert som tilstrekkelig sikre.
- Manglende informasjon (missing) om bakgrunnsvariabler (særlig gjelder dette informasjon om arbeidsforhold)

I tillegg mister vi også her observasjoner som følge av måten vi har valgt å plukke ut tiltaks- og kontrollgruppen.

- Vi utelukker diagnosegrupper (på 3 siffer ICD-10 nivå) med færre enn 25 pasienter.
- Sykehus med færre enn 5 RT-behandlinger innenfor en gitt diagnosegruppe behandles som om de ikke tilbyr RT for denne diagnosegruppen (det vil si at pasientene som mottar RT på disse sykehusene droppes fra analysene, mens de som ikke får RT beholdes).

Etter dette står vi tilbake med 311 pasienter som har mottatt RT (tiltaksgruppen) og 3787 pasienter som er kandidater til kontrollgruppen. Disse har mottatt ordinær behandling innenfor tilsvarende diagnosegrupper som de som har mottatt RT-behandling, men på andre sykehus enn de som er i tiltaksgruppen.

I tabell 4.5 nedenfor gir vi en oversikt over tiltaks- og kontrollgruppen. Her er alle sykmeldte som mottar RT eller ordinær behandling i 2008 inkludert. For de som starter sykmeldingen i 2007, eller fortsetter sykmeldingen inn i 2009, har vi imidlertid ikke informasjon om eventuelle behandlinger i 2007 eller 2009. I analysene har vi derfor også her valgt å bruke to ulike utvalg, ett som består av alle sykmeldte og ett som består av personer som blir sykmeldt i perioden 1. januar til 1. juli 2008.

Fra tabell 4.5 ser vi at pasienter som mottar RT har omtrent samme gjennomsnittlige lengde på sykefraværet som de som mottar ordinær behandling. Andelen som har brukt opp sykepengere rettighetene er noe lavere blant RT-pasientene, mens den gjennomsnittlige ventetiden er betydelig kortere for RT-pasientene (omtrent 38 dager for RT-pasienter og omtrent 59 dager for ordinære pasienter). Om vi ser på de andre variablene synes det som om utvalgene er relativt like i gjennomsnitt.

Tabell 4.5. Oversikt over utvalget. Andeler eller gjennomsnitt (standardfeil i parentes)

	Ordinære behandlinger	Raskere tilbake
Dager sykmeldt (erstattede dager)	170,33 (80,02)	168,78 (79,28)
Andel som går ut sykepengeperioden	0,396	0,357
Ventetid henvisning - 1. utredning/behandling	59,28 (79,90)	38,30 (36,56)
Andel med henvisning før start sykepenger	0,130	0,042
Andel med én utredning/behandling	0,194	0,180
Antall utredninger/behandlinger	7,38 (11,13)	6,920 (6,267)
Andel døgnopphold	0,003	0,003
Sykepengegrad	0,868	0,780
Dager sykmeldt i 2006	35,95 (66,65)	27,61 (58,01)
Andel som går ut sykepengeperioden i 2006	0,027	0,010
Andel menn	0,407	0,347
Alder	39,13 (11,20)	40,99 (10,85)
Pensjonsgivende inntekt/1000	284,46 (130,26)	325,64 (140,934)
Antall år med p.poeng	15,28 (10,36)	16,08 (10,59)
Stillingsandel	0,796	0,849
Antall ansatte	186,09 (692,09)	345,60 (964,01)
IA-bedrift	0,574	0,605
Antall individ	3787	311

På samme måte som tidligere bruker vi propensity score matching for å finne pasienter i kontrollgruppen som er likest mulig pasientene som mottar Raskere tilbake behandling. I tabell 4.6 nedenfor rapporterer vi resultatene fra sannsynlighetsmodellen. Her har vi valgt å inkludere de samme variablene som i analysene av somatiske pasienter. Vi ser at mange av disse variablene ikke har noen signifikant påvirkning på sannsynligheten for at pasientene skal motta RT. Resultatene av analysene endres i liten grad om vi ekskluderer variablene som ikke påvirker sannsynligheten for deltakelse signifikant.

Tabell 4.6. Sannsynligheten for å delta på Raskere tilbake. Probit modell

	Raskere tilbake
Mann	-0,1210 (0,0810)
Alder	0,0366 (0,0251)
Alder ²	-0.0002 (0.0003)
Antall barn 0-8 år	-0.0161 (0.0375)
Gift	0,1241 (0,0879)
Skilt	-0,0832 (0,1039)
Avstand nærmeste RT-tiltak	-0,0120 ^{***} (0,0013)
Henvist før SP-start	-0,6123 ^{***} (0,1399)
Poliklinisk	0,6954 (0,4534)
Antall behandlinger	-0,0041 (0,0039)
Sykepengegrad	-0,0049 ^{**} (0,0013)
Sykedager i 2006	-0,0011 [*] (0,0006)
Brukt sp-rettighet i 2006	-0,1931 (0,2779)
Inntekt/1000	0,0007 ^{***} (0,0002)
Antall år med p.poeng	-0,0177 ^{***} (0,0067)
Stillingsandel	0,2225 (0,1399)
Antall ansatte	0,0060 (0,0038)
IA-avtale	-0,1027 (0,0820)
Konstantledd	-7,5774 ^{***} (1,1075)
Dummy for næring	Ja
Dummy for ICD-10 kode	Ja
Pseudo R ²	0.161
Antall observasjoner	3791

4.4 Effektene av deltakelse på Raskere tilbake tiltak

Vi fokuserer på de samme utfallsmålene som tidligere; det vil si ventetid, lengden på sykefraværet og sannsynligheten for å være sykmeldt til sykepengerettighetene er brukt opp. I tabell 4.7 rapporterer vi resultater for hele utvalget, for pasienter med 4 eller færre behandlinger og for pasienter med flere enn 4 behandlinger. Som tidligere bruker vi 4 ulike matching-estimatorer i analysene.

På samme måte som for pasienter på somatiske sykehus finner vi en klar tendens til at Raskere tilbake har bidratt til kortere *ventetider*. Om vi ser på hele utvalget, finner vi en reduksjon i ventetidene på omtrent 17 dager. Fra tabellen ser vi videre at reduksjonen i ventetid er noe mindre enn dette for pasienter med færre enn 5 behandlinger, mens for pasienter med mer enn 5 behandlinger er reduksjonen i ventetid større.

På tross av en statistisk signifikant reduksjon i ventetider, finner vi ikke at RT har noen signifikant påvirkning av lengden på *sykefraværet* eller *sannsynligheten* for å være sykmeldt til rettighetene er brukt opp. Antallet observasjoner er imidlertid relativt lavt, noe som gjør analysene mer usikre enn hva de ville være med større utvalg. For hele utvalget ser vi imidlertid at analysene indikerer en reduksjon ved at koeffisientene er negative. Ser vi på de to underutvalgene, så finner vi det samme for fortegnsmønsteret for pasienter med få behandlinger. For pasienter med mange behandlinger, er det både positive og negative fortegn.

Tabell 4.7. Effekten av Raskere tilbake. Alle sykmeldte

	Gjennomsnitt		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Ordinær beh.	Nearest neighbor		Radius	Kernel
			M/tilb.legging	U/tilb.legging		
Alle utredninger/behandlinger						
Ventetid	38,314	59,510	-17,4365*** (3,9766)	-16,3621*** (2,7687)	-18,1738*** (2,5906)	-18,3426*** (2,5392)
Sykefravær	169,026	170,537	-6,0261 (6,8034)	-6,7548 (5,0608)	-3,5496 (5,1482)	-3,1822 (5,0280)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,359	0,393	-0,0130 (0,0424)	-0,0233 (0,0309)	-0,0029 (0,0314)	-0,0075 (0,0307)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			307	301	307	307
Få behandlinger (4 eller færre behandlinger)						
Ventetid	40,143	57,983	-12,1079** (5,861)	-16,4191*** (4,4154)	-12,1711*** (4,3257)	-12,1627** (4,1154)
Sykefravær	161,250	163,086	5,9928 (10,6298)	4,0662 (7,9089)	-6,6942 (7,8644)	-6,4290 (7,6876)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,329	0,362	0,0791 (0,0597)	0,0515 (0,0451)	-0,0236 (0,0457)	-0,0261 (0,0449)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			139	136	139	139
Mange behandlinger (Mer enn 4 behandlinger)						
Ventetid	36,488	52,667	-21,4375*** (5,6449)	-25,7550*** (3,4305)	-23,6020*** (5,5576)	-23,2002*** (5,7507)
Sykefravær	176,024	178,329	-5,8313 (9,3774)	-9,1788 (7,3767)	-1,4230 (7,3818)	-1,3520 (7,3418)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,389	0,424	-0,0125 (0,0623)	-0,0530 (0,0457)	0,0069 (0,0471)	0,0094 (0,0470)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			160	151	160	160

I tabell 4.8 viser vi resultatene for utvalget som består av pasienter som blir sykmeldt i perioden 1. januar til 1. august 2008. Vi finner fortsatt at Raskere tilbake har bidratt til en betydelig reduksjon i ventetidene, men nå finner vi ingen tendens til at RT har ført til noen reduksjon i sykefraværet. Om vi ser på sannsynligheten for å bruke opp sykepengere rettighetene er det heller en motsatt tendens. Her er imidlertid antall observasjoner svært begrenset og disse analysene er derfor relativt usikre.

Tabell 4.8. Effekten av Raskere tilbake. Pasienter som blir sykmeldt i perioden 1. januar til 1. juli 2008

	Gjennomsnitt (hele utvalget)		Effekter av Raskere tilbake			
	RT	Kontrollgruppe	Nearest neighbor		Radius	Kernel
			M/tilb.legging	U/tilb.legging		
Hele utvalget						
Ventetid	36,290	59,953	-16,7190** (5,5335)	-18,3857*** (3,8514)	-15,0268*** (5,3753)	-15,3895*** (5,0224)
Sykefravær	170,239	163,887	4,5752 (10,1906)	1,1714 (8,0218)	1,2641 (8,1891)	1,3136 (7,9433)
Sannsynligheten for å gå ut perioden	0,381	0,410	0,0588 (0,0631)	0,0571 (0,0484)	0,0269 (0,0496)	0,0148 (0,0482)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			153	140	153	153

4.4.1 Utviklede virkninger

Som for somatikk, er hovedspørsmålet her om det er slik at pasienter som ikke mottar RT-behandling ved institusjoner som tilbyr RT-behandling, erfarer lengre ventetid for behandling sammenliknet med sykmeldte som mottar behandling ved ikke-RT-institusjoner.

Ventetider

Vi følger samme analyseopplegg som for somatikk. Det vil si at vi tar utgangspunkt i pasienter som har mottatt RT og starter med å droppe alle diagnosegrupper (3 siffer ICD-10) med mindre enn 25 behandlinger i løpet av 2008. Så registrerer vi hvilke sykehus som tilbyr RT innenfor de ulike diagnosegruppene (mer enn 10 behandlinger) og sammenligner ventetidene ved disse institusjonene med ventetider ved sykehus som ikke tilbyr RT. Her ser vi imidlertid på ventetiden til pasienter (sykmeldte og andre) som ikke mottar RT. Vi utelater med andre ord alle pasienter som har mottatt RT fra analysen. I motsetning til analysene hvor vi fokuserer på effekten av Raskere tilbake på sykefravær og ventetid, inkluderer vi nå pasienter over 67 år i analysene.

Analysene indikerer at menn venter noe kortere enn kvinner (1 til 2 dager, avhengig av utvalget) og at eldre venter lengre enn yngre. Vi ser videre at sykmeldte venter kortere enn de som ikke er sykmeldt (5 til 7 dager). Dette resultatet trenger imidlertid ikke bety at sykmeldte pasienter blir prioritert framfor ikke-sykmeldte pasienter. Grunnen kan også være at denne variabelen fanger opp noe vesentlig ved helsetilstanden til disse personene. Mange av dem vi sammenligner de sykmeldte med, vil være i jobb og vil trolig (i gjennomsnitt) være friskere enn de sykmeldte.

Noe overraskende finner vi at ventetiden for ordinære pasienter ved RT-institusjoner er betydelig lavere enn ventetiden for ordinære pasienter ved sykehus som ikke tilbyr Raskere tilbake. Om Raskere tilbake har ført til økt kapasitet er det ikke usannsynlig at ventetiden også kan gå ned for ordinære pasienter. Her er imidlertid effektene relativt store (13 til 16 dager) og en alternativ forklaring kan være at disse forskjellene mellom sykehusene også var til stede før Raskere tilbake ble innført. For å undersøke dette måtte vi hatt data for flere år. Da kunne

vi studert hvordan ventetidene har utviklet seg over tid for pasienter som mottar behandling på RT-institusjoner sammenlignet med andre institusjoner. Med utgangspunkt i resultatene fra tabell 4.9, mener vi likevel det er grunnlag for å si at Raskere tilbake ikke førte til økte ventetider for ordinære pasienter.

Tabell 4.9. Analyse av ventetider for utredning/behandling i offentlige psykiatriske sykehus

	Ventetider kortere enn to år (1)	Ventetider kortere enn ett år (2)	Ventetider kortere enn ett år, sykmeldte ekskludert (3)
RT-institusjon	-15,632*** (0,882)	-12,484*** (0,734)	-14,560*** (0,921)
Sykmeldt	-6,734*** (0,652)	-4,807*** (0,543)	-
Mann	-1,745*** (0,609)	-0,927*** (0,506)	-1,271*** (0,647)
Alder	1,626*** (0,089)	1,359*** (0,074)	1,348*** (0,087)
Alder ²	-0,019*** (0,001)	-0,016*** (0,001)	-0,016*** (0,001)
Antall bidiagnoser	-2,305*** (0,811)	-2,731*** (0,676)	-2,970*** (0,798)
Konstantledd	31,686*** (2,421)	85,497*** (1,207)	34,944*** (2,478)
Dummy fylke	Ja	Ja	Ja
Dummy ICD-10 kode	Ja	Ja	Ja
R ²	0,041	0,044	0,049
Antall observasjoner	48960	48541	31249

I analysene av RT innenfor somatisk behandling så vi også på hvordan antall behandlinger hadde utviklet seg over tid. Siden vi ikke har data for psykiatri for andre år enn 2008 har dette ikke vært mulig i disse analysene.

4.5 Drøfting av hovedresultater og oppsummering

Vår konklusjon er at Raskere tilbake ikke har bidratt til å redusere sykefraværet for psykiatriske pasienter. Her vil vi imidlertid understreke at resultatene er svært usikre på grunn av få observasjoner (bare 160 av totalt 1181 pasienter som har mottatt RT i 2008). Resultatene spriker både når det gjelder hvilket utvalg og hvilken matching-metode vi benytter. Dette inntrykket styrkes av resultatene rapportert i tabell 4.10. Som det framgår av tabellen, som gjelder pasienter som har fått henvisning i løpet av sykepengeperioden, finner vi en forholdsvis sterk, signifikant reduksjon i sykefraværet i to av fire matching-modeller. Etter vår mening er likevel hovedinntrykket fra disse analysene at Raskere tilbake ikke har bidratt til en reduksjon i sykefraværet for denne pasientgruppen.

Vi finner jevnt over en betydelig reduksjon i ventetiden på behandling. At reduksjonen i ventetid ikke slår ut i redusert sykefravær kan, i tråd med diskusjonen i kapittel 2 og 3, tyde på at verken RT eller ordinær psykiatrisk behandling har noen behandlingmessig effekt, og dermed heller ingen innvirkning på lengden av sykefraværet.

Vi konkluderer derfor med at RT ikke har noen effekt på sykefraværet for psykiatriske pasienter sammenliknet med ordinær behandling. Dette legges også til grunn i den samfunnsøkonomiske analysen i kapittel 8.

Tabell 4.10. Effekter av Raskere tilbake, pasienter med henvisning i løpet av sykepengeperioden

	<i>Gjennomsnitt</i>		<i>Effekter av Raskere tilbake</i>			
	RT	Ordinær beh.	Nearest neighbor			
			M/tilb.legging	U/tilb.legging	Radius	Kernel
Sykefravær	170,600	177,483	-13,5631** (6,7617)	-10,7038** (5,2170)	-4,9903 (5,2193)	-4,9172 (5,1097)
Ventetid	38,427	52,341	-13,2150*** (4,0241)	-15,8815*** (2,7287)	-15,6209*** (2,6431)	-16,3281*** (2,5635)
SP-start til henvisning	73,393	73,762	-5,2833 (6,9152)	-5,1220 (5,0257)	-1,1853 (4,8954)	-0,6846 (4,7844)
SP-start til behandling	117,156	128,279	-13,4369* (7,7598)	-15,8328*** (5,4945)	-12,9129*** (5,4337)	-12,6638*** (5,3113)
Behandling til SP-slutt	148,986	148,042	-3,5802 (9,1170)	1,3868 (6,7120)	6,7070 (6,7617)	6,5547 (6,6366)
Antall i tiltaksgruppen (RT)			293	287	293	293

5 Raskere tilbake - private somatiske institusjoner

5.1 Innledning

Tabell 5.1 viser andelen av bevilgningen til de regionale helseforetakene, som ble brukt til kjøp av tjenester hos private aktører i perioden januar-august 2009. I perioden utgjorde kjøpene fra private i underkant av 40 % i tre av regionene, mens Helse Midt-Norge brukte en noe lavere andel av bevilgningen på private aktører. For hele 2008 var andel av bevilgningen brukt på private aktører om lag 44 %¹⁵.

Tabell 5.1. Andelen av bevilgningen brukt til kjøp av tjenester hos private aktører (jan.-aug. 2009)

	Beløp i 1000 kr	% av samlet bruk
Helse Sør-Øst	81 990	38 %
Helse Vest	25 146	38 %
Helse Midt	6 476	23 %
Helse Nord	9 829	36 %
Samlet	123 441	36,5 %

5.2 Nærmere om aktiviteten i 2008

Siden vi ikke har data om private sykehus i NPR-melding, bruker vi data fra NPR-record for å gi en oversikt over antall personer som har mottatt Raskere tilbake i private sykehus i 2008. Et problem med disse dataene er imidlertid at bare et fåtall av de private sykehusene oppgir henvisningsdato. Siden data fra NPR-record i tillegg også har mangler i forhold til å beregne pålitelige ventetider, kan vi ikke rapportere gjennomsnittlige ventetider for pasientene som mottar Raskere tilbake i private sykehus.

Tabell 5.2 gir en oversikt over antall utredninger/behandlinger i private sykehus i 2008. Siden ikke alle private sykehus/spesialister heller rapporterer aktivitetstall til NPR, vil denne oversikten ikke være fullstendig. I praksis vil vi underrapportere antall Raskere tilbake behandlinger.

Det er som forventet slik at antallet Raskere tilbake behandlinger og antallet Raskere tilbake pasienter, utgjør en relativt liten andel av det totale aktivitetsnivået og gjelder relativt få av det samlede antallet pasienter i løpet av 2008 (henholdsvis 5 % og 6 %).

¹⁵ Opplysningene er hentet fra Statusrapport nr. 10, NAV og Helsedirektoratet.

Tabell 5.2. Oversikt over antall behandlinger og antall pasienter (18 til 67 år) i private sykehus i 2008

	Ordinære utredninger/behandlinger		RT-utredninger/behandlinger	
	Utredning/ behandling	Pasienter	Utredning/ behandling	Pasienter
Østfold	3439	2864	34	33
Akershus	3797	3054	191	184
Oslo	3469	2790	131	129
Hedmark	1761	1457	34	32
Oppland	1786	1530	11	11
Buskerud	1874	1615	74	72
Vestfold	963	796	36	35
Telemark	805	668	7	7
Aust-Agder	422	344	9	9
Vest-Agder	606	532	34	32
Rogaland	1500	1363	187	184
Hordaland	4202	3625	507	497
Sogn og Fjordane	528	459	26	26
Møre og Romsdal	2199	1995	16	16
Sør-Trøndelag	3654	3346	268	263
Nord-Trøndelag	1097	1025	78	76
Nordland	573	519	30	29
Troms	779	737	125	121
Finnmark	319	295	8	8
Totalt	33773	29014	1806	1764

Av de 1764 RT-pasientene mottar en stor andel kirurgisk behandling (1732, eller 98,2 %). 1722 pasienter har kun et opphold, mens 42 pasienter er registrert med to opphold. Når det gjelder omsorgsnivå, er dagopphold det mest vanlige. De øvrige er registrert som polikliniske konsultasjoner.

En annen utfordring med sikte på å gi et så godt bilde som mulig av aktiviteten ved private institusjoner og virkningene av behandlingen på sykefraværet, er at bare omlag halvparten av pasientene er registrert med personnummer. Følgelig at det kun mulig å undersøke sykepengestatusen for et utvalg av pasientene behandlet ved private institusjoner. I tabell 5.3 tar vi utgangspunkt i pasientene som har mottatt Raskere tilbake behandling og som kan kobles med NAV-data, totalt 1014 pasienter.

Av disse 1014 pasientene var 821 sykmeldte i 2007 og/eller 2008. 725 er sykmeldt når de mottar behandling. Av disse 725 pasientene starter 196 pasienter sykefraværet med RT-behandling. Dette betyr at det var 529 pasienter som alt var sykmeldt da de mottok behandling. Antar vi at andelen sykmeldte er den samme for gruppen av pasienter som vi ikke har personnummer for, vil totalt 903 av de totalt 1732 kirurgiske pasientene være sykmeldt når de mottar RT-behandling. Det er derfor 903 pasienter som potensielt sett kan få redusert fraværet som følge av RT.

Tabell 5.3. Oversikt over hvor mange behandlinger som er gitt i sykepengeperioden

	Totalt antall	Sykmeldte (i 2007 eller 2008)	Behandling i sykepengeperioden	
			Totalt	Sykefravær som starter med RT
Østfold	28	27	25	3
Akershus	151	119	103	25
Oslo	101	74	61	14
Hedmark	32	29	28	6
Oppland	9	9	9	2
Buskerud	60	54	51	12
Vestfold	25	19	17	5
Telemark	7	5	3	0
Aust-Agder	8	5	4	2
Vest-Agder	31	26	23	2
Rogaland	5	5	5	1
Hordaland	77	72	64	6
Sogn og Fjordane	9	9	8	0
Møre og Romsdal	14	10	8	4
Sør-Trøndelag	248	182	157	71
Nord-Trøndelag	69	59	54	21
Nordland	23	19	16	4
Troms	109	91	81	17
Finnmark	8	7	8	1
Totalt	1014	821	725	196

På grunn av de omtalte manglene ved datamaterialet for de private institusjonene, er det dessverre ikke mulig å gjennomføre effektevaluering av tiltakene i private sykehus. En stor overvekt av tiltakene er kirurgiske inngrep. Vi vil anta at effekten av behandlinger ved private institusjoner er på nivå med det som oppnås i offentlige sykehus. Dette kommer vi tilbake til i drøftingen av de samfunnsøkonomiske effektene av ordningen (kap. 8). Det er for øvrig også trolig at ventetidene er forholdsvis korte ved private institusjoner.

6 Raskere tilbake - private rehabiliteringsinstitusjoner

6.1 Innledning

Om lag 30 % av de bevilgede midlene til helseforetakene er brukt på rehabilitering i sykehus (9,2 %) og rehabilitering i opptreningsinstitusjon (19,8 %) per 1. tertial 2009. Sistnevnte kategori tjenestetilbydere er private aktører. Rehabilitering med arbeid som mål i sykehusene ”er ofte tverrfaglige og forankrer et arbeidslivsperspektiv i tilbudet” (Rapport om erfaringer med tilskuddsordningen, s. 10, Helsedirektoratet, 30.06.2009). Rehabilitering med arbeid som mål ved eksterne institusjoner, dvs. de private nevnt over, har typisk døgnbasert behandling. I nevnte rapport fra Helsedirektoratet heter det at oppholdet vanligvis er 20 virkedager.

Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er hensiktsmessig å skille mellom helserettet rehabiliteringstjenester og arbeidsrettet rehabiliteringstjenester i kravspesifikasjonene til sine leverandører (op.cit., s. 10). I praksis virker det likevel som om aktørene, enten de er private eller offentlige, er opptatt av å se de helse- og arbeidsrettede utfordringene i sammenheng.

6.2 Nærmere om aktiviteten i 2008

Helseforetakene har rapportert til Norsk pasientregister (NPR) at ikke alle behandlingene i de private kommersielle institusjonene er meldt inn. Tabell 6.1 bygger på opplysninger vi har mottatt fra NPR. Opplysningene er basert på NPR-meldingen.

Det fremgår av tabell 6.1 at Raskere tilbake, både målt i antall behandlinger og i antall individ, utgjør en forholdsvis liten andel av den samlede aktiviteten til private rehabiliteringsinstitusjoner. Andelene er om lag 11 %.

Tabell 6.1. Oversikt over antall behandlinger og antall pasienter (18 til 67 år) i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2008

	Antall utredninger/behandlinger		Antall pasienter	
	Totalt	RT	Totalt	RT
Østfold	980	88	876	86
Akershus	2063	316	1766	256
Oslo	1841	305	1556	235
Hedmark	1017	128	859	120
Oppland	1122	95	925	90
Buskerud	1479	115	1264	100
Vestfold	723	42	619	37
Telemark	746	54	664	53
Aust-Agder	305	19	249	19
Vest-Agder	320	19	284	15
Rogaland	588	89	486	52
Hordaland	1711	292	1578	279
Sogn og Fjordane	483	102	434	97
Møre og Romsdal	1161	95	962	90
Sør-Trøndelag	1161	115	967	99
Nord-Trøndelag	720	36	568	29
Nordland	1145	88	1076	84
Troms	787	60	713	57
Finnmark	738	25	664	24
Totalt	19090	2083	16510	1822

Tabell 6.2 gir en nærmere karakteristikk av de som deltar på Raskere tilbake tiltak i regi av de private rehabiliteringsinstitusjonene sammenliknet med ordinær behandling ved de samme institusjonene. Gruppene er forholdsvis like både når det gjelder alder, andelen menn og kvinner og oppholdets lengde. En noe større forskjell er det når det gjelder andelen som mottar kompleks rehabilitering. Raskere tilbake gruppen har en høyere andel som mottar kompleks rehabilitering sammenliknet med gruppen som mottar ordinær behandling.

Tabell 6.2. Karakteristika ved Raskere tilbake behandlinger

	Alder	Andel menn	Liggetid	Kompleks rehab.
Raskere tilbake	49,604	0,357	21,647	0,191
Ordinære behandlinger	52,226	0,350	22,954	0,126

Når det gjelder antallet Raskere tilbake behandlinger gitt i sykepengeperioden, tabell 6.3, så baserer den seg på de koblingene som er mulig å gjennomføre mot NAV-dataene. Siden ikke alle private rehabiliteringsinstitusjoner har rapportert personidentifikatorer til NPR, så er utvalget mindre enn det som ligger til grunn for tabell 6.1 og 6.2.

Av de i alt 507 Raskere tilbake behandlingene på landsbasis som vi har kunnet koble mot NAV-data, så er 445 gitt til personer som var sykmeldt for en periode på 16 dager eller lengre i 2007 og/eller 2008. Bare 279 av behandlingene ble gitt til personer som var sykmeldte når

de mottok behandling (55 %). Av disse 279 var det 56 sykefravær som starter med et Raskere tilbake opphold.

Tabell 6.3. Oversikt over hvor mange Raskere tilbake behandlinger som er gitt i sykepengeperioden

	Totalt antall	Sykmeldte (i 2007 eller 2008)	Behandling i sykepengeperioden	
			Totalt	Sykefravær som starter med RT
Østfold	32	27	15	4
Akershus	56	52	31	3
Oslo	50	36	18	6
Hedmark	86	73	39	10
Oppland	45	41	23	6
Buskerud	30	28	20	4
Vestfold	8	6	3	1
Telemark	7	6	5	3
Aust-Agder	0	0	0	0
Vest-Agder	4	2	1	0
Rogaland	6	5	2	0
Hordaland	61	59	46	9
Sogn og Fjordane	10	9	7	2
Møre og Romsdal	65	61	46	5
Sør-Trøndelag	6	5	4	1
Nord-Trøndelag	1	1	0	0
Nordland	39	34	19	3
Troms	1	0	0	0
Finnmark	0	0	0	0
Totalt	507	445	279	56

6.3 Analyser

I disse analysene har vi tatt utgangspunkt i pasientene som har mottatt behandling i sykepengeperioden. Vi har utelukket alle pasienter som har sykepengeperioder som starter med et Raskere tilbake opphold, det vil si at vi tar utgangspunkt i 223 RT-pasienter. Om vi forsøker å benytte samme framgangsmåte som i analysene av Raskere tilbake innenfor somatiske og psykiatriske sykehus (vi utelukker små diagnosegrupper og sammenligner RT-pasienter med ordinære pasienter innenfor samme diagnosegruppe på institusjoner som ikke tilbyr RT), sitter vi tilbake med et svært lite utvalg. Kun 115 pasienter i dette utvalget har mottatt Raskere tilbake tiltak.

Resultatene fra analysene basert på et så begrenset utvalg er nødvendigvis upresise, både på grunn av manglende representativitet og på grunn av stor usikkerhet i estimatene. Vi har derfor valgt bare kort å oppsummere resultatene:

- På samme måte som for somatikk og psykiatri finner vi at Raskere tilbake har ført til en betydelig reduksjon i ventetidene. Denne effekten er i gjennomsnitt på 26 dager.

- Vi finner videre at RT har hatt en positiv (men ikke statistisk signifikant) effekt på sykefraværet. Avhengig av matching-estimator er denne effekten på 2 til 17 dager. Etter vår oppfatning er det lite grunn til å tro at Raskere tilbake fører til økt sykefravær. Vi antar derfor at disse resultatene skyldes at Raskere tilbake pasientene er vanskeligere å få tilbake i arbeid eventuelt er sykere i gjennomsnitt enn de ordinære pasientene.
- Vi finner ingen effekt av Raskere tilbake på sannsynligheten for at pasientene skal bruke opp sykepengerettighetene.

Selv om disse analysene er svært usikre, velger vi i de samfunnsøkonomiske analysene å anta at Raskere tilbake ikke har redusert sykefraværet for pasienter som har mottatt rehabilitering i private institusjoner. Det betyr at vi kan undervurdere effekten av Raskere tilbake på sykefraværet. Som vi har sett for de andre tiltakstypene, er det slik at de signifikante sykefraværsreducerende effektene enten er forholdsvis små eller de gjelder for forholdsvis få personer. Vi tror det er en sannsynlighetsovervekt for at vår eventuelle undervurdering av effekten av Raskere tilbake når det gjelder rehabilitering ikke vil endre de samfunnsøkonomiske vurderingene av ordningen samlet sett.

7 Raskere tilbake - NAV

7.1 Innledning

Raskere tilbake innebærer at NAV lokalt har fire nye verktøy i arbeidet med å redusere sykefraværet: avklaringstiltak, oppfølgingstiltak og arbeidsrettet rehabilitering, dag- og døgntilbud. De lokale NAV-kontorene kom forholdsvis sent i gang med å bruke disse virkemidlene, og 2007 var langt på vei å betrakte som en innkjøringsperiode. Først mot slutten av 2008 begynte aktiviteten å komme opp i et volum som var avpasset budsjettmidlene som ble stilt til disposisjon. Tabell 7.1 viser at bindingene i prosent av total budsjettramme var på 71 % ved utgangen av året. Det er imidlertid ganske påfallende fylkesvise forskjeller. Sogn og Fjordane, Rogaland og Vest-Agder ligger svært lavt, mens for eksempel Oppland, Vestfold, Aust-Agder, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag alle har bindinger som overskrider den tildelte rammen.

Tabell 7.1. Forbruk av midler (kap.605, post 70). Status pr desember 2008

Fylke:	Kroner i hele tusen		Prosent
	Revidert tildeling 2008 per desember	Bindinger per desember	Bindinger i % av total ramme 2008
ØSTFOLD	13 333	12 828	96 %
AKERSHUS	22 345	21 290	95 %
OSLO	29 302	21 299	73 %
HEDMARK	6 972	6 892	99 %
OPPLAND	15 000	15 164	101 %
BUSKERUD	16 354	13 659	84 %
VESTFOLD	15 567	17 728	114 %
TELEMARK	11 432	10 733	94 %
AUST-AGDER	6 382	7 354	115 %
VEST-AGDER ¹	9 600	3 150	33 %
ROGALAND	5 000	1 648	33 %
HORDALAND	14 331	8 355	58 %
SOGN OG FJORDANE	2 454	489	20 %
MØRE OG ROMSDAL	19 567	21 379	109 %
SØR-TRØNDELAG	20 930	21 460	103 %
NORD-TRØNDELAG	8 068	6 628	82 %
NORDLAND	7 660	3 942	51 %
TROMS	15 980	10 540	66 %
FINNMARK	6 415	5 786	90 %
Gjenstående i direktoratet	50 404		
Landet	297 096	210 324	71 %

(Kilde: NAV, Statusrapport nr. 8, justert versjon av 10. mars)

Tabell 7.2 bekrefter naturligvis de fylkesvise forskjellene i aktivitet som ulikhetene i bindinger av budsjettmidler i tabell 7.1 viser. Det er for øvrig gjennomgående slik at de aktive fylkene i 2008, er det samme som de som kom rimelig raskt i gang i 2007. Fylkene med liten aktivitet i 2008, slet også tungt med å komme i gang i 2007.

Tabell 7.2. Sum henviste i 2008 pr desember

Fylke:	Avklaring	Arbeidsrettet rehabilitering	Oppfølging	Arbeidsrettet rehabilitering døgntilbud	Sum henvisninger
ØSTFOLD	19	227	32	82	360
AKERSHUS	29	368	34	76	507
OSLO	39	198	52	24	313
HEDMARK	20	82	25	24	151
OPPLAND	163	166	57	131	517
BUSKERUD	48	112	16	167	343
VESTFOLD	190	183	55	94	522
TELEMARK	326	54	33	51	464
AUST-AGDER	27	93	19	35	174
VEST-AGDER	44	49	5	18	116
ROGALAND	18	4	3	22	47
HORDALAND	101	15	54	12	182
SOGN OG FJORDANE	3	3	1	5	12
MØRE OG ROMSDAL	308	57	103	106	574
SØR-TRØNDELAG	307	335	105	71	818
NORD-TRØNDELAG	89	104	25	10	228
NORDLAND	26	14	1	58	99
TROMS	80	48	6	119	253
FINNMARK	29	17	5	102	153
Landet	1 866	2 129	631	1 207	5 833

(Kilde: Statusrapport nr. 8, justert versjon av 10. mars).

Når det gjelder antall henviste personer, viser tabell 7.3 at aktiviteten i 2008 tok seg noe opp fram mot sommeren 2008. Høstparten var den mest aktive perioden, og dette bidro til å dra opp snittet. Til sammen 5833 ble henvist til NAV-tiltak, der oppfølgingstiltaket ble minst brukt. Arbeidsrettet rehabilitering (dag- og døgntilbud til sammen) hadde flest henviste, mens avklaringstiltaket også ble relativt mye brukt.

Tabell 7.3. Henviste i 2008 pr desember fordelt på de enkelte måneder

	Avklaring	Arbeidsrettet rehabilitering	Oppfølging	Arbeidsrettet rehabilitering døgntilbud	Sum henvisninger
Januar	123	149	35	132	439
Februar	190	145	51	119	505
Mars	84	147	61	103	395
April	161	199	54	128	542
Mai	144	162	51	108	465
Juni	173	184	50	83	490
Juli	74	111	31	49	265
August	135	146	52	95	428
September	209	253	68	100	630
Oktober	207	222	67	91	587
November	227	268	68	131	694
Desember	139	143	43	68	393
Sum per desember 2008	1 866	2 129	631	1 207	5 833

(Kilde: Statusrapport nr. 8, justert versjon av 10. mars).

7.2 Nærmere om aktiviteten i 2008

Basert på de datakildene prosjektet har hatt tilgang til, så kan bildet av aktiviteten gjennom tabell 7.1-7.3 utdypes noe.

Tabell 7.4 bekrefter langt på vei innholdet i tabell 7.2. Tilleggsinformasjonen er at tabell 7.4 også har med antall tiltak. Vi ser at det er til dels store fylkesvise variasjoner i antall personer som er på tiltak. Noe av variasjonen kan forklares med ulik størrelse på fylkene (målt i antall innbyggere), men selv om vi tar hensyn til befolkningsdata ser vi likevel relativt store forskjeller.

Tabell 7.4. Oversikt over antall personer på NAV-tiltak i 2008, totalt og etter type (antall tiltak i parentes)

	Alle tiltak	Avklaring	Rehabilitering (dag)	Rehabilitering (døgn)	Oppfølging
Østfold	215 (276)	24 (25)	129 (167)	58 (62)	18 (22)
Akershus	352 (446)	25 (25)	269 (348)	56 (57)	14 (16)
Oslo	258 (345)	56 (57)	170 (225)	11 (13)	40 (50)
Hedmark	154 (166)	33 (34)	83 (90)	19 (20)	22 (22)
Oppland	383 (482)	149 (158)	146 (161)	103 (106)	49 (57)
Buskerud	281 (310)	58 (60)	76 (93)	145 (149)	7 (8)
Vestfold	431 (554)	186 (197)	158 (213)	71 (73)	59 (71)
Telemark	315 (409)	262 (290)	54 (64)	12 (13)	35 (42)
Aust-Agder	130 (157)	28 (30)	80 (83)	21 (24)	20 (20)
Vest-Agder	74 (117)	57 (72)	26 (29)	5 (6)	10 (10)
Rogaland	41 (41)	20 (20)	7 (7)	14 (15)	2 (3)
Hordaland	155 (201)	115 (129)	16 (18)	5 (5)	47 (49)
Sogn og Fjordane	11 (12)	3 (3)	4 (4)	4 (4)	1 (1)
Møre og Romsdal	326 (435)	208 (225)	40 (47)	77 (80)	69 (83)
Sør-Trøndelag	423 (723)	232 (253)	206 (293)	77 (78)	67 (99)
Nord-Trøndelag	114 (157)	58 (59)	52 (68)	4 (4)	20 (26)
Nordland	86 (95)	21 (22)	10 (12)	55 (58)	3 (3)
Troms	196 (236)	69 (75)	44 (49)	97 (101)	7 (11)
Finnmark	114 (121)	21 (21)	13 (13)	80 (82)	5 (5)
Totalt	4,060	1,625	1,583	914	495

Ser vi nærmere på hvem deltakerne på NAV-tiltakene er, så er det flere slående trekk. Variabelen Dager sykmeldt viser at den gjennomsnittlige sykmeldingsperioden for deltakerne på NAV-tiltakene er betydelig over gjennomsnittlig sykefravær for alle sykmeldte i 2008. Forskjellen er på nær 4,5 måneder. Dette er en viktig observasjon. NAV synes gjennomgående å rekruttere personer til RT som alt har en forholdsvis lang sykmeldingsperiode bak seg. I så fall kan man stille spørsmålsteget ved en slik strategi gitt at hensikten med de nye virkemidlene var at NAV skulle kunne iverksette tiltak tidlig i et sykmeldingsforløp.

Vi ser også at andelen som går ut hele sykepengeperioden er fem ganger så stor blant deltakerne på NAV-tiltakene sammenliknet med gjennomsnittet blant sykmeldte (ca. 50 % mot ca. 11 %).

Et annet slående trekk ved tiltaksgruppen, er at det tar forholdsvis lang tid før de kommer på tiltak. Ventetiden for å komme på første tiltak er i snitt 168 dager, for de ulike tiltakene. Dette er også en viktig observasjon. Den forsterker inntrykket av at NAV ikke følger det som vi har oppfattet å være hovedintensjonen med Raskere tilbake nemlig å åpne opp for tidlig intervensjon.

Sykepengegraden er den variabelen der deltakerne på NAV-tiltakene ikke skiller seg nevneverdig ut fra alle sykmeldte, mens forskjellene når det gjelder dager sykmeldte i 2006 og andelen som går ut hele sykepengeperioden i 2006 er tydelige.

En viss forskjell mellom alle sykmeldte og NAV-deltakerne er det også i sykmeldingsdiagnosen. Andelen med psykiske lidelser er 2-3 % høyere sammenliknet med alle sykmeldte sett under ett, mens andelen med muskel-skjelett lidelser er rundt 10 % høyere.

Det er også verdt å merke seg at NAV-brukerne har en større andel som også mottar behandling ved sykehus sammenliknet med alle sykmeldte. Dette gjelder både somatikk og psykiatri.

For de resterende variablene i tabell 7.5 er det mindre forskjeller mellom gruppene.

Alt i alt tyder likevel disse resultatene på at de individene som deltar på ett eller flere NAV-tiltak, gjennomgående er sykere enn alle sykmeldte sett under ett.

Tabell 7.5. Ulike egenskaper ved individ sykmeldt i 2008 og for deltakere på ulike typer NAV-tiltak i 2008. Standardfeil i parentes

	Alle sykmeldte	Alle NAV-tiltak	Avklaring	Rehab. (dag)	Rehab. (døgn)	Oppfølging
Dager sykmeldt, erstattede dager	66,92 (82,36)	203,49 (63,82)	207,04 (63,01)	208,73 (57,78)	192,12 (71,62)	210,53 (58,07)
Andel som går ut sp.perioden	0,114	0,513	0,544	0,521	0,496	0,491
Ventetid 1. tiltak	-	168,50 (98,59)	171,05 (100,45)	171,31 (95,36)	155,43 (100,38)	185,49 (93,50)
Sykepengegrad	0,847	0,839	0,853	0,830	0,859	0,793
Dager sykmeldt i 2006	30,28 (60,71)	45,63 (74,94)	45,13 (75,60)	48,64 (76,85)	43,98 (71,52)	45,42 (73,72)
Andel som går ut sp.perioden 2006	0,019	0,034	0,037	0,034	0,036	0,036
<i>Sykmeldingsdiagnose:</i>						
Psykiske lidelser	0,177	0,216	0,227	0,246	0,140	0,275
Muskel/skjelett	0,398	0,565	0,577	0,549	0,605	0,464
<i>Andel med utredninger/behandlinger på sykehus i 2008:</i>						
Somatikk	0,343	0,451	0,458	0,421	0,507	0,418
Psykiatri	0,034	0,069	0,071	0,091	0,053	0,078
Andel menn	0,378	0,298	0,314	0,292	0,266	0,270
Alder	42,72 (12,12)	43,92 (10,48)	43,71 (10,87)	43,05 (10,23)	45,27 (10,10)	43,81 (10,35)
Inntekt/1000	263,92 (109,08)	244,26 (101,37)	240,50 (99,10)	244,70 (101,69)	249,13 (101,39)	234,14 (102,97)
Antall år med p.poeng	19,43 (11,38)	19,90 (10,09)	19,16 (10,43)	19,34 (9,88)	21,47 (9,69)	20,18 (10,11)
Stillingsandel	0,830	0,797	0,789	0,808	0,777	0,810
Antall ansatte	289,24 (909,37)	205,01 (673,86)	198,46 (665,83)	217,98 (680,09)	176,80 (559,01)	263,54 (950,25)
IA-bedrift	0,644	0,684	0,653	0,682	0,715	0,744
Antall individ	610 872	3 521	1 400	1 422	779	411

7.3 Analyseutvalget

Utfordringen i forhold til å analysere NAV-tiltakene har vært å finne valide sammenligningsgrupper. Ettersom Raskere tilbake utgjør et nytt tilbud til sykmeldte må vi i denne delen av

evalueringen sammenligne deltakerne med sykmeldte som ikke mottar tiltak/behandling (i motsetning til RT innenfor spesialisthelsetjenesten har vi ingen ordinære pasienter). Tabellene 7.6 og 7.7 gir en oversikt over de ulike utvalgene som er benyttet i analysene. Før vi går nærmere inn på tallene, redegjør vi kort for hvordan vi har plukket ut sammenligningsgruppene.

- Vi utelukker alle sykmeldte med ICPC-diagnoser som ikke forekommer blant RT-deltakerne. ICPC-diagnoser er imidlertid mye mindre detaljerte enn ICD-10 og det er grunn til å forvente stor heterogenitet innenfor den samme ICPC-diagnosen. I forhold til ICD-10 diagnoser, vil ICPC diagnoser derfor gi et dårligere grunnlag til å plukke ut sammenlignbare personer til kontrollgruppen.
- Vi velger sammenlikningsgruppen fra de fylkene der få personer har deltatt på RT. Innenfor disse fylkene utelukker vi kommuner der mer enn 10 (5 for oppfølging og rehabilitering, døgn) personer har deltatt på Raskere tilbake.
- Tiltaksgruppen (de som har deltatt på RT) velger vi fra de fylkene som vi ikke bruker til å plukke ut sammenligningsgruppen. Her inkluderer vi bare RT-deltakere som bor i kommuner der mer enn 10 personer (5 for oppfølging og rehabilitering, døgn) har deltatt. De som bor i disse fylkene og som ikke deltar på RT, ekskluderes fra analysene.

Som det framgår av tabell 7.6 og 7.7 innebærer denne framgangsmåten at vi mister en god del av de som har mottatt Raskere tilbake. For Avklaring og Rehabilitering (dag) sitter vi tilbake med i overkant av 450 personer, mens tilsvarende tall for Rehabilitering (døgn) og Avklaring bare er henholdsvis 173 og 62.

Videre viser tabellene at det er svært store forskjeller i gjennomsnittslengden på sykefraværet mellom RT-deltakerne og de sykmeldte i kontrollgruppen. Vi ser at mens RT-deltakerne har et gjennomsnittlig sykefravær på rundt 200 dager, så er sykefraværet bare rundt 65 dager for kontrollgruppen. På samme måte er det når vi ser på andelen som bruker opp sykepenge-rettighetene. Blant RT-deltakerne er det over 50 % som er sykmeldt helt til rettighetene er brukt, mens tilsvarende tall for kontrollgruppen er bare rundt 10 %.

Tabell 7.6. Oversikt over utvalgene. Standardfeil i parentes

	Kontroll gruppe	Avklaring	Kontroll gruppe	Rehab. (dag)
Dager sykmeldt (erstattede dager)	64,94 (78,80)	194,85 (68,44)	64,65 (78,79)	197,45 (64,77)
Andel som går ut sp.perioden	0,098	0,513	0,099	0,520
Ventetid 1. tiltak	-	130,42 (83,21)	-	128,56 (76,39)
Sykepengegrad	0,781	0,838	0,830	0,817
Dager sykmeldt i 2006	31,26 (61,31)	43,40 (73,98)	31,21 (61,42)	52,39 (79,88)
Andel som går ut sp.perioden 2006	0,020	0,034	0,020	0,029
<i>Sykmeldingsdiagnose:</i>				
Psykiske lidelser	0,336	0,248	0,350	0,259
Muskel/skjelett	0,604	0,695	0,592	0,670
<i>Andel med utredninger/behandlinger på sykehus i 2008:</i>				
Somatikk	0,192	0,383	0,200	0,347
Psykiatri	0,044	0,059	0,048	0,078
Andel menn	0,383	0,318	0,376	0,261
Alder	43,07 (11,43)	42,08 (10,45)	43,11 (11,55)	42,79 (10,30)
Inntekt/1000	323,38 (157,49)	293,36 (119,88)	318,90 (146,37)	297,59 (108,84)
Antall år med p.poeng	19,89 (10,81)	17,57 (10,18)	19,91 (10,86)	19,11 (9,99)
Stillingsandel	0,825	0,789	0,819	0,812
Antall ansatte	163,85 (561,40)	258,37 (838,37)	156,92 (541,16)	218,75 (668,63)
IA-bedrift	0,650	0,642	0,661	0,663
Antall individ	47134	452	49668	460

Tabell 7.7. Oversikt over utvalgene. Standardfeil i parentes

	Kontroll gruppe	Rehab. (døgn)	Kontroll gruppe	Oppfølging
Dager sykmeldt (erstattede dager)	64,67 (79,27)	172,68 (78,77)	66,54 (78,37)	206,70 (59,06)
Andel som går ut sp.perioden	0,098	0,503	0,100	0,515
Ventetid 1. tiltak	-	107,76 (77,82)	-	146,48 (95,36)
Sykepengegrad	0,830	0,836	0,832	0,753
Dager sykmeldt i 2006	31,63 (61,53)	47,78 (74,73)	31,98 (62,22)	54,39 (93,62)
Andel som går ut sp.perioden 2006	0,021	0,040	0,021	0,030
<i>Sykmeldingsdiagnose:</i>				
Psykiske lidelser	0,295	0,147	0,373	0,333
Muskel/skjelett	0,613	0,701	0,551	0,530
<i>Andel med utredninger/behandlinger på sykehus i 2008:</i>				
Somatikk	0,210	0,475	0,192	0,273
Psykiatri	0,039	0,023	0,045	0,061
Andel menn	0,376	0,203	0,370	0,212
Alder	43,31 (11,60)	44,83 (10,72)	42,82 (11,39)	42,30 (10,74)
Inntekt/1000	323,12 (149,38)	301,36 (108,84)	321,79 (146,09)	303,88 (97,885)
Antall år med p.poeng	20,01 (10,93)	20,79 (9,95)	19,73 (10,76)	17,59 (10,49)
Stillingsandel	0,828	0,799	0,826	0,822
Antall ansatte	229,59 (843,14)	217,01 (738,36)	169,81 (552,05)	259,00 (910,27)
IA-bedrift	0,651	0,751	0,661	0,661
Antall individ	75942	173	61091	62

De øvrige variablene i de to tabellene er de variablene vi skal bruke i matchingen. Matching innebærer som tidligere skrevet at vi skal velge personer i kontrollgruppen som er så like som mulig personene i tiltaksgruppen når det gjelder verdiene på disse variablene. Vi ser av tabellene at i gjennomsnitt så er kontrollgruppene og tiltaksgruppene relativt like når det gjelder de fleste av disse variablene. Dette er en indikasjon på at det er uobserverte forskjeller mellom gruppene som forklarer de store forskjellene i sykefravær.

7.4 Effekten av deltakelse på Raskere tilbake tiltak

La oss først, som i tidligere kapitler, se på hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å delta på Raskere tilbake tiltak. Vi kommenterer ikke alle koeffisientene her, men det fremgår av tabell 7.9 at menn har lavere sannsynlighet for å delta på tiltak sammenliknet med kvinner. Kanskje viktigere er at (i) desto flere sykepengedager i 2006, jo større sannsynlighet for å delta på NAV-tiltakene sammenliknet med ikke å delta, og (ii) det er større sannsynlighet for å delta på RT om man har mottatt somatisk behandling i 2008 sammenliknet med dem som ikke har mottatt slik behandling.

Tabell 7.8. Sannsynligheten for å delta på Raskere tilbake. Probit modell

	Avklaring	Rehabilitering, dag	Rehabilitering, døgn	Oppfølging
Mann	-0,013 (0,050)	-0,126** (0,053)	-0,252*** (0,075)	-0,055 (0,112)
Alder	0,010*** (0,003)	0,003 (0,004)	-0,001 (0,005)	0,013* (0,007)
Antall barn 0-8 år	-0,013 (0,019)	0,031 (0,019)	-0,041 (0,028)	-0,032 (0,044)
Gift	0,027 (0,050)	-0,056 (0,050)	0,058 (0,067)	-0,212** (0,108)
Skilt	-0,012 (0,062)	-0,008 (0,061)	0,107 (0,083)	-0,048 (0,121)
Avstand nærmeste RT-tiltak	-0,009*** (0,001)	-0,011*** (0,001)	-0,001** (0,000)	0,010*** (0,002)
Sykepengegrad	0,001 (0,001)	0,001 (0,001)	0,001 (0,001)	-0,002* (0,001)
Sykedager i 2006	0,001*** (0,000)	0,002*** (0,000)	0,001** (0,000)	0,002*** (0,001)
Brukt sp-rettighet i 2006	0,026 (0,126)	-0,146 (0,132)	0,087 (0,145)	0,0519 (0,1008)
beh. somatikk	0,069*** (0,008)	0,048*** (0,008)	0,032*** (0,007)	0,039** (0,016)
beh. psykiatri	0,002 (0,006)	0,009** (0,003)	-0,008 (0,019)	0,008 8(0,006)
Inntekt/1000	-0,001* (0,000)	-0,001* (0,000)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)
Antall år med p.poeng	-0,013*** (0,003)	-0,002 (0,004)	-0,001 (0,004)	-0,013* (0,007)
Stillingsandel	-0,097 (0,079)	0,107 (0,082)	0,075 (0,109)	0,128 (0,179)
Antall ansatte	0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)
IA-avtale	0,026 (0,047)	0,049 (0,049)	0,142** (0,007)	-0,002 (0,105)
Konstantledd	-2,085*** (0,169)	-2,122*** (0,176)	-3,071*** (0,243)	-2,833*** (0,358)
Dummy for næring	Ja	Ja	Ja	Ja
Dummy for ICD-10 kode	Ja	Ja	Ja	Ja
Pseudo R ²	0,130	0,148	0,055	0,115
Antall observasjoner	46910	49460	75430	59679

Når det gjelder effektevaluering, har vi forsøkt en rekke ulike metoder for å kontrollere for seleksjon. I tillegg til å bruke matching (som i analysene av RT innenfor spesialisthelsetjenesten) har vi forsøkt en lang rekke seleksjonsmodeller av "Heckman"-typen. Vi har også forsøkt en lang rekke ulike måter å plukke ut meningsfulle kontrollgrupper. Blant annet har vi betinget på at de sykmeldte skal ha vært sykmeldt en viss tid om de skal inkluderes i utvalget (i kontrollgruppen eller i tiltaksgruppen). Her har vi gjennomført analyser der vi gradvis øker antall dager personene må ha vært sykmeldt (30, 60, 90, 120, 150, 180 og 210 dager).

Uavhengig av metode og kontrollgrupper finner vi gjennomgående en signifikant *positiv* effekt på sykefraværet som følge av RT, dvs. at sykefraværet er betydelig høyere for deltakere sammenliknet med kontrollgruppen (om vi begrenser utvalget til personer som har vært sykmeldt i minst 180 dager finner vi en positiv, men ikke signifikant effekt av Raskere tilbake). Etter vår vurdering er det urimelig at Raskere tilbake skal bidra til en dramatisk økning i sykefraværet, og disse resultatene reflekterer med stor sannsynlighet vanskelighetene med å etablere en fornuftig kontrollgruppe.

7.5 Konklusjon

Vår vurdering er at det ikke er mulig å estimere effekten at RT innenfor NAV med de data vi har tilgjengelig i denne evalueringen. Årsaken til dette er at deltakerne på NAV-tiltakene er for ulike (på uobserverbare egenskaper) sammenliknet med de som ikke har deltatt. Måten

ordningen er blitt implementert på har også bidratt til å vanskeliggjøre en god evaluering. For det første synes rekrutteringen å være konsentrert om personer som alt har et forholdsvis langt sykefravær bak seg. For det andre, om ordningen hadde blitt innført i avgrensede områder, gjerne på ulike tidspunkt, ville dette vært en fordel sett fra et evalueringsmessig ståsted.

Etter å ha arbeidet med dette datamaterialet tror vi likevel ikke dette ville være tilstrekkelig til å kunne identifisere effektene av tiltaket. Om man skal sammenligne sykmeldte som mottar RT-tiltak med sykmeldte som ikke mottar RT, er trolig den eneste mulige framgangsmåten et randomisert eksperiment.

På tross av disse evalueringsmessige problemene mener vi likevel det er mulig å trekke noen konklusjoner ut fra resultatene presentert ovenfor. Et av formålene med Raskere tilbake er tidlig intervensjon. Fra tabell 7.5 finner vi imidlertid at den gjennomsnittlige ventetiden (tiden fra personen blir sykmeldt til han/hun kommer på tiltak) er svært lang (169 dager). Den lange ventetiden kan åpne opp for en nærmere vurdering av hvordan NAV rekrutterer deltakere. På den andre siden så er målsettingen om tidlig intervensjon ikke nødvendigvis enkel å gjennomføre i praksis. Det kan være krevende å avgjøre hvem som vil ha størst utbytte av et tiltak, spesielt når man skal iverksette tiltakene tidlig, og for en saksbehandler kan det fremstå som et lotteri. Kanskje det oppleves som mer fornuftig å tilby tiltak til personer som har en lengre sykmeldingsperiode bak seg.

Den lange ventetiden betyr selvsagt også at eventuelle besparelser i sykefraværet som følge av Raskere tilbake blir sterkt redusert.

8 Samfunnsøkonomiske effekter av tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester

8.1 Innledning

La oss først omtale hovedprinsippene i den samfunnsøkonomiske analysen av tilskuddsordningen. *Nytten* av ordningen måler vi ved reduksjon i antall sykmeldingsdager, som vi antar er tilnærmet lik økningen i antall arbeidsdager. Nyttens av Raskere tilbake tiltakene kan tallfestes ved å multiplisere økningen i arbeidsdager med gjennomsnittsinntekten til sykmeldte i utvalget. Vi legger til grunn bruttoinntekten, dvs. lønn inklusive sosiale avgifter og skatter. Det er dette beløpet arbeidsgiver betaler. En slik beregning vil gi nivået på den aggregerte effekten av tiltakene målt i kroner.

Kostnaden av tiltaket er behandlingsskostnadene, dvs. at vi legger til grunn de samlede utgiftene som påløper behandlingen av den gruppen av pasienter vi ser på.

Vår tilnærming for å kunne si noe om de samfunnsøkonomiske konsekvensene av Raskere tilbake er enkel. Vi vurderer nytte-kostnadsbrøken mellom gevinsten av ordningen i form av lavere sykefravær vurdert i kroner og merkostnaden for det offentlige, som ordningen representerer. Er brøken større enn en, så gir ordningen positiv netto nytte. Lippestad et al. (2005) har valgt en annen framgangsmåte, som vi skal kommentere nærmere under.

Det er for øvrig naturlig å skille mellom budsjettmessige (statsøkonomiske) og samfunnsøkonomiske effekter i analysen. Vi ser her på de samfunnsøkonomiske effektene.

8.2 Justeringer av den enkle framgangsmåten

Midlene som brukes for å understøtte den sykmeldte er en omfordeling av midler som er produsert av andre. Denne omfordelingen skjer ved at verdier som er produsert trekkes inn til det offentlige i form av skatter, og deretter omfordeles til de som trenger midler. Hvis det er kostnadsfritt å trekke midler inn til det offentlige, er dette en ren omfordeling. Når man tar hensyn til skattekostnaden ("cost of funds"), kan man imidlertid argumentere for at det er en kostnad knyttet til omfordelingen. I tilfeller der det offentlige omfordeler basert på skatteinntekter, så har Finansdepartementet generelt anbefalt at offentlige midler skal vurderes med en såkalt "cost-of-funds"-faktor på 20 %. Det vil si at behandlingsskostnader på om lag 500 millioner kroner, som var forbruket de regionale helseforetakene hadde på Raskere tilbake tiltak i 2008, skal kostnadsfestes til $500.000.000 \times 1,2 = 600$ millioner kroner på grunn av vridningseffektene¹⁶ som oppstår ved skattefinansiering. Dette kommer vi også tilbake til under.

¹⁶ Se for eksempel Hagen, 2005, ss. 95-97 for en nærmere beskrivelse av skattlegging og vridningseffekter.

Administrasjonen av overføringsordningene bør også prinsipielt sett komme inn på kostnads-siden. Dette gjøres bare delvis i denne evalueringen i den forstand at ressursene som departementer og direktorater har brukt på ordningen ikke er tatt med. I den grad de regionale helseforetakene, helseforetakene og NAV lokalt har brukt ressurser til å administrere ordningen utover det som dekkes gjennom bevilgningen til Raskere tilbake, så er heller ikke disse kostnadene tatt med her. Årsaken er at vi ikke har tallgrunlaget som er nødvendig for en slik vurdering, men i prinsippet vil kostnadene kunne bidra til å gjøre ordningen mindre samfunnsøkonomisk lønnsom (nevneren i nytte-kostbrøken øker). Den eventuelle nytteeffekten som administrasjonsinnsatsen har hatt på ordningen er uansett fanget opp i våre effektanalyser.

På kostnadssiden kan også eventuelle fortrengninger av andre pasientgrupper betraktes som en tilleggskostnad knyttet til Raskere tilbake. Vi tenker her på andre grupper av trygdede, som alders- og uførepensjonister; personer som er i arbeid, men som ikke er sykmeldte eller personer som verken er sykmeldte eller i arbeid. Avhengig av hvilke grupper som blir fortrent, vil dette kunne gi kostnader som økte sykepengeutbetalinger, tapt produksjon og/eller redusert livskvalitet. Som påpekt i avsnitt 3.4.4 er det etter vår oppfatning grunnlag for å konkludere med at RT ikke har hatt noen negativ effekt på ventetidene for pasienter som ikke mottar Raskere tilbake behandling.

Nå har det ikke vært mulig å tilnærme seg disse fortrengningskostnadene på en fullstendig måte. Manglende datakilder og dermed sporbarhet også for andre individ enn de som er med på ordningen legger begrensninger her. Det prinsipielle poenget er at hvis et tiltak bare fører til endringer i en kø der alle er identiske med hensyn til plager og arbeidsevne, så er det ikke noen samfunnsøkonomiske gevinster. Hvis tidsbesparelsen kommer som følge av økt kapasitet eller effektivitet i behandlingssektoren, så vil det kunne være en nytteeffekt av tiltaket.

Når det gjelder nyttesiden, er det også forhold av potensiell betydning som ikke kronfestes. Dersom effekten av Raskere tilbake tiltakene kommer i form av kortere ventetid på behandling (kapasitetseffekt) og ikke bare en behandlingseffekt (kvalitetseffekt), så kan vi underestimere nytten av Raskere tilbake. Vi fanger for eksempel ikke opp den aggregerte nytten som sykmeldte har av å få behandling raskt. For personer med smerter eller ubehag knyttet til usikkerhet om hvordan sykdomssituasjonen vil utvikle seg, representerer kortere ventetider en (subjektiv) gevinst. Det er imidlertid vanskelig å måle slike effekter i kroner, men som vi har sett så har Raskere tilbake en sterk effekt på ventetidene for behandling i de tilfellene vi har kunnet utføre analyser av ventetider.

På nyttesiden kan man prinsipielt sett også trekke inn positive endringer i livskvalitet som følge av behandling (reduksjon av smerter, ubehag mv). Reduksjon i pårørendes psykiske kostnader som følge av (alvorlige) sykdommer kan man også tenke seg å trekke inn i en slik analyse. I tilfeller der pårørendes arbeidsdeltakelse reduseres som følge av nødvendig pleie av andre familiemedlemmer, er imidlertid ikke det samfunnsøkonomiske tapet identisk med

reduksjonen i deres arbeidsinnsats. Vedkommende utfører et pleiearbeid som har en alternativkostnad, eksempelvis lik det ville koste det offentlige å levere en slik tjeneste. I slike tilfeller er kostnaden ved fraværet til den pårørende differansen mellom verdien av redusert arbeidsinnsats i jobb og verdien av nødvendig pleiearbeid som gjøres overfor andre familie-medlemmer.

Det kan legges til at om vi legger samfunnets *betalingsvillighet* til grunn for den reduserte verdiskaping på grunn av sykmelding, så burde bruttoinntekten multipliseres med merverdiavgiftssatsen. Nytteeffekten av ordningen målt i kroner vil slik sett øke.

8.3 Beregning av nytte og kostnader

Effektevalueringene av de ulike gruppene av tiltak tyder på rimelig sikker ønsket effekt kun for noen av tiltaksgruppene. Vi finner signifikante tiltakseffekter for somatisk behandling (kirurgi og medisinsk), dvs. de som har deltatt på Raskere tilbake tiltak i form av somatisk behandling har kortere sykepengeperioder sammenliknet med personer som ikke deltar på slike tiltak. Vi mener at det også er rimelig å anta effekt på sykefraværet for de som har mottatt kirurgisk behandling hos private leverandører.

Vi finner ikke signifikante tiltakseffekter innenfor psykiatri, men her er også utvalget lite. Det samme gjelder for arbeidsrettet rehabilitering i regi av de regionale helseforetakene. Når det gjelder NAV, så har vi ikke maktet å gjennomføre en analyse som gjør at vi kan konkludere verken det ene eller det andre. Det som er mer klart er at NAV gjennomgående rekrutterer personer med lange sykefravær i utgangspunktet. Vi har stilt spørsmål ved om dette er hensiktsmessig ressursbruk. Raskere tilbake åpner opp for tidlig intervensjon.

I beregningen av nytte og kostnader legger vi til grunn følgende verdier:

- Gjennomsnittlig personlig inntekt¹⁷: 330 000 kroner
- Arbeidsgiveravgiften¹⁸ for 2008: 14,1 %
- Skattekostnad: 20 %
- Antall arbeidsdager i et år: 225 dager

Av disse forutsetningene følger det at gjennomsnittlig dagslønn inklusiv arbeidsgiveravgift er 1673,50 kroner.

8.3.1 Raskere tilbake – regionale helseforetak

I 2008 var det et samlet forbruksnivå for de regionale helseforetakene knyttet til Raskere tilbake tiltak på 499 152 884 kroner. Dette tallet fanger som nevnt ikke opp administrasjons-

¹⁷ Basert på inntektsopplysninger for 2007 (NAV data).

¹⁸ Vi har lagt til grunn samme sats for hele landet.

kostnader som eventuelt kommer i tillegg til midlene bevilget gjennom tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester. Vi legger likevel dette tallet til grunn i våre kostnads-overslag. Denne framgangsmåten skiller seg fra Lippestad et al., 2005. I sin evaluering av ordningen ”Kjøp av helsetjenester – enkle lidelser” legger de til grunn merkostnadene som ordningen innebar i forhold til ordinær behandling. De argumenterer for at dette gir mening siden deltakeren på ordningen på et eller annet tidspunkt ville blitt behandlet gjennom det ordinære tilbudet. Vi mener det er en bedre framgangsmåte å legge til grunn at reduksjonen i ventetidene kommer som følge av en investering, nemlig iverksettelsen av ordningen. Vår oppfatning er med andre ord at ventetidsreduksjonene for RT-deltakeren i forhold til ordinær behandling kommer som følge av tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester ”en bloc”, ikke som følge av eventuelle marginale kostnadsforskjeller mellom Raskere tilbake tilbudet og ordinær behandling.

Dersom man utelukkende var opptatt av den rene behandlingmessige effekten av RT, dvs. sammenliknet perioden fra start behandling til slutt sykefravær for tiltaksgruppen og kontrollgruppen, så kan framgangsmåten i Sintef-rapporten enklere forsvares. Anta at det finnes to behandlingstilbud for en sykmeldt. Man undersøker så om det er signifikante forskjeller i sykefraværet mellom gruppene og beregner effekten om i kroner. På kostnads-siden kan man i dette tilfellet anvende forskjellen i kostnader mellom behandlingstilbudene, gitt at slik informasjon foreligger. Evalueringen av Raskere tilbake krever etter vårt syn framgangsmåten vi har valgt siden reduksjon i ventetider (kapasitetseffekten) er så avgjørende for ordningen.

Lippestad et al., 2005, legger til grunn ventetidsreduksjoner som mål på reduksjon i sykefraværet. Denne tilnærmingen ble naturligvis valgt fordi man ikke hadde tilgang til de samme registerdataene som vi har hatt tilgang til. Våre analyser slår imidlertid fast at det er ingen generell dag-for-dag sammenheng mellom reduserte ventetider og reduksjon i sykefraværet. Lippestad et al., 2005, konkluderer for øvrig med at ”Kjøp av helsetjenester – enkle lidelser” var en samfunnsøkonomisk lønnsom ordning.

Det fremgår av matching-analysene for somatikk (tabell 3.7 og tabell 3.12) at reduksjonen i sykefravær for tiltaksgruppen sammenliknet med kontrollgruppen, varierer med matching-algoritmen som anvendes. Vi legger til grunn gjennomsnittseffektene som er estimert for hele utvalget, og skiller ikke mellom kirurgi og medisin. Av de signifikante estimatene, varierer effekten mellom 3 – 5 dager. Snittet av estimatene i tabell 3.7 og tabell 3.12 er 4,3 dager.

Fra tabell 3.4 ser vi at det var 9454 pasienter som mottok RT-utredning/behandling i et behandlingsforløp. Basert på gjennomsnittseffekten på 4,3 dager, så gir deltakelse på Raskere tilbake et redusert sykefravær omregnet i kroner (nytteeffekt) på om lag *68 millioner kroner*¹⁹. Legger vi til grunn skattekostnaden, så er dette beløpet om lag 82 millioner kroner.

¹⁹ Beregning av nytteeffekten: 9454 pasienter x 4,3 dager/pasient x 1673,5 kroner/dag = 68 031 456 kroner.

På grunn av manglende registreringer, så har vi som tidligere nevnt ikke kunnet gjennomføre tilsvarende analyser for personer som har mottatt behandling hos private aktører og hvor behandlingen er finansiert av de regionale helseforetakenes Raskere tilbake midler. De private behandlingene er imidlertid i det alt vesentlige knyttet til kirurgi (95 %). Utvalget utgjør til sammen 903 personer, jf. diskusjon s. 47 (tabell 5.2). Legger vi til grunn den samme gjennomsnittlige tiltakseffekten som for offentlig kirurgi, i snitt 14 dager²⁰, finner vi en nytteeffekt på om lag *21,5 millioner kroner* (skattekostnadsjustert 25,4 millioner kroner), ved å følge samme framgangsmåte som over. Antallet personer som har mottatt behandling gjennom private tilbud er høyere enn det som er lagt til grunn her. Antar vi at disse individene ville oppnå samme gjennomsnittlige effekt på sykefraværet som personene i analyseutvalget, så vil nytteeffekten være høyere. Konsekvensene av en slik tilnærming kommer vi tilbake til under.

Midlene som spesialisthelsetjenesten disponerer har i henhold til våre analyser ikke gitt tiltakseffekter innenfor psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering. Vi har påpekt at dette kan skyldes at utvalget RT-deltakere er lite i antall, og at analyseresultatene derfor spriker både med hensyn til fortegn og styrke.

Vi anslår derfor at den samlede nytteeffekten utgjør om lag *89,5 millioner kroner* (107,4 millioner kroner skattejustert) som et minimum, gitt at vi ikke kan utelukke at de nevnte tiltakene kan gi en sykefraværsreducerende effekt sammenliknet med ordinær behandling.

Som omtalt over, ble det i 2008 brukt om lag 500 millioner kroner på Raskere tilbake innenfor spesialisthelsetjenesten. Skattekostnadsargumentet tilsier at disse midlene bør kostnadsregnes med et påslag på 20 %, dvs. at midlene utgjør 600 millioner kroner i vår nytte-kostnads-analyse.

Raskere tilbake midlene disponert av de regionale helseforetakene har trolig samlet sett ikke bidratt til en samfunnsøkonomisk lønnsom ressursdisponering²¹, selv med forbeholdene om at vi legger til grunn et minimumsanslag. Vi kan ta feil. I så fall må vi ha underestimert effekten av tiltakene i de analysene der vi har fått signifikante effekter, og/eller at tiltakseffektene for psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering i regi av sykehusene er svært sterke²².

Deler vi midlene som RHFene har disponert inn i fagområder, så kan bildet over nyanseres noe. I 2008 ble det for alle RHFene brukt nær 174 millioner kroner på fagområdet Kirurgi (ortopedisk kirurgi utgjør om lag 145 millioner). Ifølge tabell 3.7, oppnådde RT-deltakerne en sykefraværsreduksjon på ca. 14 dager sammenliknet med de som mottok behandling gjennom

²⁰ Tallet er snittverdiene av tiltakseffektene for kirurgi rapportert i tabell 3.7 og 3.12.

²¹ Nytt-kostbrøken er ca 0,18 (89,5 millioner kroner/500 millioner kroner).

²² Som nevnt, Lippestad et al. mener å ha funnet at ordningen "Kjøp av helsetjenester" svarte seg samfunnsøkonomisk. Både datamaterialet, evalueringsmetoden og vurderingen av den samfunnsøkonomiske analysen i Lippestad et al. skiller seg fra vår evaluering.

det ordinære behandlingstilbudet. Ventetidsreduksjonen var for øvrig 27,5 dager. Tar vi med kun kirurgiske pasienter behandlet ved private klinikker og ved offentlige sykehus, finner vi en samlet nytteeffekt på rundt 79,5 millioner kroner²³ og en nytte-kostbrøk på ca 0,46 (79,5 millioner kroner/174 millioner kroner). Kirurgisk RT-behandling gir ikke en positiv samfunnsmessig nettonytte, men tiltaket fungerer bedre enn summen av de andre tiltakene, gitt våre forutsetninger og vår framgangsmåte.

I tabell 3.1 rapporterte vi at det i løpet av 2008 i alt ble registrert 22909 RT-pasienter innenfor spesialisthelsetjenestene, men kun 9454 av disse var sykmeldte når de mottok behandlingen som første behandling i et behandlingsforløp. La oss foreta følgende tankeeksperiment. Anta at samtlige 22909 pasienter ville oppnådd samme reduksjon i sykefraværet som gjennomsnittseffekten vi fant for de 9454 RT-deltakerne, dersom alle hadde vært sykmeldt da de mottok RT-behandling. Vi tenker oss at de som stod i fare for å bli sykmeldt, som altså inngår i de 22909, også ville oppnå en slik effekt dersom de var blitt sykmeldte. Nytteeffekten av Raskere tilbake ville da være nær 165 millioner kroner og gi en nytte-kostbrøk på 0,33.

La oss følge et liknende tankeeksperiment for kirurgisk behandling. Vi legger til grunn at blant de 22909 individene som mottok RT-behandling i 2008, så utgjorde kirurgisk behandling samme andel som av utvalget på 9454 (27 %). Nytteeffekten av RT er i dette tilfellet nær 145 millioner kroner, og det ville gitt en nytte-kostbrøk på 0,83²⁴.

8.3.2 Raskere tilbake – NAV

Gitt at vi ikke kunne gjennomføre analysene av NAV-tiltakene, så må vi konkludere med at vi ikke kan si noe om RT-deltakeren oppnådde kortere sykefravær eller ikke sammenliknet med de som ikke deltok på slike tiltak. Midlene som NAV har disponert, om lag 258 millioner kroner i 2008, som tilsvarer ca 310 millioner når skattekostnaden er tatt med, kan dermed i prinsippet være samfunnsøkonomisk lønnsom. Legger vi til grunn at de 4060 deltakerne på NAV-tiltakene samlet sett (jf. tabell 7.4) oppnår en gjennomsnittlig sykefraværsreduksjon på 38 dager i forhold til de som ikke mottok behandling, så går ordningen for NAV sin del i balanse dersom vi ser bort fra skattekostnaden. Vi har liten tro på en slik effekt gitt at NAV gjennomgående rekrutterer personer som alt har lange sykefravær bak seg. Det virker som om man rekrutterer personer til RT etter 2. dialogmøte, som er etter 6 måneder. Det er dessuten slik at nær 50 % av RT-deltakeren går sykepengeperioden ut. Det betyr at vi heller i retning av at NAV-tiltakene ikke gir positiv samfunnsøkonomisk nettonytte eller en nytte-kostbrøk større enn 1.

²³ Tallet fremkommer ved å legge til grunn 21,5 millioner kroner fra privat behandling, som omtalt over, og ca 58 millioner kroner for kirurgiske pasienter behandlet ved offentlige institusjoner (1673,5 kroner x 2502 pasienter x 14 dager).

²⁴ Nytteeffekt= 6185 personer x 1673,5 kroner x 14 dager. Nytte-kostbrøk: 145 millioner kroner/ 174 millioner kroner.

Dersom vårt bilde er korrekt, at det gjennomgående er for mange på NAV-ordningen som har forholdsvis lav sannsynlighet for å dra nytte av RT-tiltakene, så er det naturligvis av stor interesse å se nærmere på NAV sin strategi; de lokale saksbehandlerne avgjørelser og fastlegenes rolle. Sistnevnte gruppe har, som del av evalueringen av Raskere tilbake, blitt spurt om flere sider ved ordningen. Det vises til Kjerstad og Holmås, 2009, for en presentasjon av funnene.

8.4 Konklusjon

Det ble samlet, NAV og spesialisthelsetjenesten sett under ett, brukt rundt 758 millioner kroner på RT i 2008 (beregnet med skattekostnad tilsvarer dette om lag 909 millioner kroner). I 2008 var det ifølge våre data 22 909 personer som deltok på Raskere tilbake tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten og 4060 personer på tiltak gjennom NAV. Beregningen over tyder på at RT ikke kan omtales som en suksess i samfunnsøkonomisk forstand gitt den tilnæringsmåten vi har valgt her:

- Først estimerer vi en tiltakseffekt, dvs. analyserer om tiltaksgruppen gjør det bedre enn kontrollgruppen.
- Med utgangspunkt i disse estimatene, beregnes den samfunnsøkonomiske virkningen av ordningen.

Vi har alt omtalt utfordringene ved å gjennomføre effektevalueringene. Særlig for NAV-tiltakene sin del synes det som om vi ikke har maktet å kontrollere for at tiltaksgruppen skiller seg vesentlig fra kontrollgruppen. Dette betyr at man må være åpen for at midlene som NAV disponerer likevel kan ha hatt en sykefraværredukerende effekt for de som har deltatt. Vi kan imidlertid ikke si noe om størrelsesorden av denne effekten.

Innledningsvis omtalte vi at nytteeffekten av kortere ventetid på behandling (kapasitetseffekt) ikke fanges opp direkte ved vårt analyseopplegg, som fokuserer på ordningens viktigste suksesskriterium, som er reduksjon i sykefraværet. Likevel er det verdt å påpeke at deltakerne på Raskere tilbake tiltak kommer signifikant *raskere til* behandling enn sykmeldte som ikke deltar på Raskere tilbake. Forskjellen i ventetider for RT-pasienter sammenliknet med ventetidene for ordinære behandling, er til dels betydelige. I vårt analyseopplegg fanger vi altså ikke opp den aggregerte nytten som sykmeldte har av å få behandling raskt. For personer med smerter eller uro knyttet til usikkerhet om hvordan sykdomssituasjonen vil utvikle seg, representerer kortere ventetider en (subjektiv) gevinst. Det er vanskelig å måle denne effekten i kroner, men samtidig er det grunn til å framheve effekten som en mulig positiv side ved Raskere tilbake.

9 Avslutning

Vi mener å ha synliggjort at behandling gjennom Raskere tilbake har hatt en sykefraværs-reducerende effekt for en forholdsvis stor gruppe av de som deltok på tiltak. Medisinske og kirurgiske pasienter fikk i gjennomsnitt en reduksjon i sykefraværet på rundt 4 dager sammenliknet med sykmeldte som mottok behandling gjennom det ordinære behandlingssløpet ved norske sykehus. Særlig for kirurgiske pasienter var effekten sterk. Vi finner for øvrig at ventetidene entydige er kortere for Raskere tilbake pasienter sammenliknet med resultatene for pasienter som mottar behandling gjennom det ordinære løpet. Nærmere studier av årsaksforholdene viser oss at det er signifikante ulikheter i tiden som løper før behandling som gir grunnlaget for sykefraværeffekten, ikke tiden etter behandling. Raskere tilbake pasienter kommer raskere *til* enn andre. Ordningen har med andre ord hatt en kapasitetseffekt, men ikke nødvendigvis en kvalitetseffekt i den forstand at Raskere tilbake har bidratt med nye og bedre behandlingsmetoder som reduserer sykefraværet i seg selv. Vi finner at tiden fra og med første behandling og til sykefraværsslutt er lik mellom kirurgisk RT-behandling og ordinær behandling. Når det gjelder medisinsk behandling, er det derimot slik at RT-deltakeren bruker signifikant lengre tid fra 1. behandling til sykefraværsslutt enn de som mottar ordinær behandling.

Vi omtalte innledningsvis Sykefraværsutvalgets mandat og tiltaksanbefalingene utvalget kom med. I utvalgets rapport ble det blant annet påpekt at det er en utfordring at sykefraværperioden kan være avhengig av helsevesenets behandlingsskapasitet. Våre analyseresultater tyder på at utvalget kan ha rett i denne analysen. Raskere tilbake gir kortere ventetider for både somatiske og psykiatriske pasienter. Nå kan det skytes inn at ventetidseffektene prinsipielt sett kunne vært oppnådd på annen måte, nemlig ved å tildele ekstramidler gjennom det ordinære behandlingssløpet. En slik strategi ville trolig kommet andre grupper av pasienter også til gode, forutsatt at ekstramidlene faktisk gikk til å bygge opp behandlingsskapasiteten. I så måte er Raskere tilbake en mer treffsikker ordning gitt at man retter seg mot en bestemt gruppe pasienter, nemlig de sykmeldte. Nå finner vi imidlertid at mange pasienter som har mottatt Raskere tilbake behandling ikke var sykmeldt på det tidspunktet de mottok behandlingen. I seg selv er ikke dette kritikkverdige. Ordningen åpner opp for at personer som står i fare for å bli sykmeldt kan henvises til Raskere tilbake behandling. Spørsmålet, og det kan ikke vi svare på, er om midlene kunne vært omsatt med bedre effekt dersom de ble brukt på personer som faktisk var sykmeldt på behandlingstidspunktet.

Dette bringer oss over til en annen viktig erfaring. Vi har tidligere skrevet at vi trolig står overfor et seleksjonsproblem vi ikke greier å korrigere for, spesielt i tilknytning til evalueringen av NAV-tiltakene og delvis for medisinsk behandling ved sykehusene. Vi mener at våre funn trekker i retning av at man kan stille spørsmålsteget ved rekrutteringen inn på tiltak. Dette gjelder særlig NAV-tiltakene, som i snitt har deltakere som alt har vært sykmeldt i 6 måneder før de kommer på tiltak. Er dette den rette målgruppen for en ordning som Raskere tilbake? Vi har ikke forutsetninger for å bedømme dette på en utfyllende måte. På den ene siden kan man argumentere for at man heller burde velge/stimulere til deltakelse blant

personer som hadde relativt korte sykefravær. Tankegangen er at slike personer har en større sannsynlighet for å komme raskere tilbake enn personer som alt har en lengre sykmeldingsperiode bak seg. På den andre siden, selv om deltakerne ikke skulle komme raskere tilbake i arbeid sammenliknet med personer som ikke deltar på NAV-tiltak, noe som vi altså verken kan bekrefte eller avkrefte, så kan det ligge store helsemessige gevinster for deltakerne. Disse gevinstene fanger ikke vi opp i vår nytte-kostnadsanalyse, siden vi utelukkende kvantifiserer sykefraværseffekten.

Når det gjelder medisinske pasienter på RT, finner vi at disse har en signifikant *lengre* sykepengeperiode f.o.m. 1. behandling til sykepengeslutt sammenliknet med ordinær behandling. Differansen er i snitt 7,6 dager. Samtidig finner vi at de samme pasientene venter om lag 15 dager *kortere* på behandling enn ordinære pasienter²⁵. Vi finner ingen signifikant effekt på sykefraværet. Dette kan tyde på at RT-pasientene gjennomgående er sykere enn ordinære pasienter. Riktignok venter RT-deltakerne lengre på henvisning enn øvrige pasienter, men ventetiden på behandling er som nevnt klart kortere for denne gruppen. Om dette er pasienter som burde vært prioritert i RT eller ikke, er det for oss vanskelig å bedømme. Det er ikke sikkert at man har oppnådd en sykefraværsreducerende effekt uansett dersom det er slik at behandlingen, enten gjennom RT eller ordinært opplegg, faktisk ikke virker. Sagt på en annen måte: Det er mulig å tenke seg at et sykefravær følger et bestemt tidsforløp uavhengig av de tiltakene som settes inn. Dersom man kunne vite hvilke personer og/eller behandlingsformer som var i en slik kategori *før* man tildelte RT-ressurser, så kunne man mer målrettet fordele ressursene som settes inn. Hvor lett det er i praksis, og ut fra etiske vurderinger, å rette ressursene mot individ med forholdsvis stor sannsynlighet for å ha god effekt av deltakelse på tiltak, og/eller mot spesifikke behandlingstiltak som i forventning gir en sykefraværsreducerende effekt, skal ikke vi uttale oss om her. Vi tenker uansett på reduksjon i sykefraværet som suksesskriterium i denne sammenheng og ikke endring i helsetilstand. Endring i helsetilstand, og særlig endring i subjektiv vurdering av egen helsetilstand, er opplysninger som vi ikke har hatt tilgang til i våre analyser.

Raskere tilbake har bidratt til å redusere ventetiden på behandling, dvs. tiden fra henvisning til 1. behandling eller utredning. Våre analyser tyder dessuten på at andre sykmeldte – de som mottok behandling gjennom det ordinære tilbudet - ikke måtte vente lengre som følge av introduksjonen av Raskere tilbake. Det er vanskelig å tilnærme seg denne siden ved ordningen i en samfunnsøkonomisk vurdering. Hvilken verdi skal vi sette på en dag kortere ventetid når det ikke er rimelig å vurdere verdien i henhold til kostnaden ved et sykefravær på en dag? Det vi kan slå fast er at ventetidsreduksjonen isolert sett har en subjektiv verdi for de som kommer raskere til behandling. Våre analyser av Raskere tilbake undervurderer med andre ord denne effekten av ordningen.

²⁵ Medisinske RT-pasienter venter ca. 5 dager lengre på å bli henvist til spesialist målt fra sykepengestart til behandling sammenliknet med ordinære pasienter, mens perioden fra henvisning til behandling er 20 dager kortere (Tabell 3.12)

Referanser

Drangslund, K.A.K, og E. Kjerstad, 2008, Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, Delrapport 1, Samfunns- og næringslivsforskning, SNF rapport 18/08.

Hagen, K.P., 2005, Økonomisk politikk og samfunnsøkonomisk lønnsomhet, Cappelen Akademiske Forlag.

Kjerstad, E. og T.H. Holmås, 2009, Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, Delrapport 2, Samfunns- og næringslivsforskning, SNF rapport 24/09.

Lippestad, J.-W., Ø. Christiansen og T. Harsvik, 2005, Evaluering av ordningen ”Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser”, SINTEF Helse, februar 2005.

Rapport om erfaringene med tilskudd til helse- og rehabiliteringstilskudd, Helsedirektoratet, 30. juni 2009.

Rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedrørende erfaringene med Raskere tilbake, 1. juli 2009.