

Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro¹

PATHRIC HÄGGLUND, PER JOHANSSON OCH LISA LAUN

Pathric Häggglund är doktor i nationalekonomi och forskar om sjukförsäkringen och sjukfrånvaron vid Inspektionen för socialförsäkringen. pathric.haggglund@inspsf.se

Per Johansson är professor i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen i Uppsala och forskare vid IFAU. per.johansson@ifau.uu.se

Lisa Laun är doktor i nationalekonomi och forskare vid Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Hon intresserar sig främst för socialförsäkring och arbetsmarknad. lisa.laun@ifau.uu.se

Rehabiliteringsgarantin är regeringens stora satsning på individer med psykisk ohälsa som erbjuds kognitiv beteendeterapi (KBT) och individer med smärta i rygg och nacke som erbjuds multimodal rehabilitering (MMR). I artikeln konstateras blandade resultat för dessa insatser. Man ser positiva effekter av KBT i form av lägre framtida sjukfrånvaro, men bara för dem som inte var sjukskrivna vid behandlingsstarten. MMR konstateras genomgående öka sjukfrånvaron. Ingen av insatserna är offentligfinansierat motiverade på ett års sikt. Resultaten belyser de potentiella förtjänsterna av insatser i preventivt syfte och betydelsen av en koppling till en arbetsplats för att rehabiliteringen ska bli lyckosam.

Psykisk ohälsa och rygg- och nackbesvär ligger bakom en stor del av sjukskrivningarna i Sverige. Försäkringskassan (2009) visar att psykiska sjukdomar stod för 37 procent och att sjukdomar i rörelseorganen stod för 31 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna år 2009. Mot bakgrund av detta tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting år 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti med syfte att minska och förebygga sjukskrivningar i dessa diagnosgrupper (Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting 2008). Rehabiliteringsgarantin innebär en satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke specifika rygg- och nackbesvär.

Trots att målsättningen med rehabiliteringsgarantin var att erbjuda evidensbaserade rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete, så finns det ett begränsat empiriskt stöd för den typen av utfall. Det finns studier som visar att psykologiska behandlingar, framför allt KBT, ger symptomlindring vid ångest och depression (SBU 2004). Däremot ger de studier som finns inget stöd för att KBT påverkar återgång i arbete. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2010) finns det visst vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering för patienter med smärta från rörelseorganen underlättar återgång i arbete. Det främsta bidraget med föreliggande artikel är således att öka kunskapen om dessa behandlingars effekter på sjukfrånvaro och återgång i arbete.

¹ Tackordet i fotnot 1 ska lyda: Denna artikel är en förkortad version av Häggglund m fl (2012). Vi är tacksamma för kommentarer från Malin Josephson, Martin Lundin, Ingemar Petersson, Peter Skogman Thoursie samt seminariedeltagare på ISF och IFAU. Rapporten är resultatet av ett samarbete med Epi-centrum Skåne. Författarna vill därför rikta ett särskilt tack till Charlotte Bergknut, Anna Jöud, och Ingemar Petersson och Anja Nyberg, projektledare för Rehabiliteringsgarantin i Skåne.

I artikeln studeras effekterna av KBT- och MMR-behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin på sjukfrånvaro, vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivningar i Region Skåne under 2010 och 2011. I analysen utnyttjas en matchningsansats där jämförelseindivider till deltagarna identifieras bland dem som inte tog del av insatserna. Ansatsen möjliggörs av detaljerade vårddata från Region Skåne som tillsammans med information om bl a läkemedelsförskrivningar och sjukfrånvaro ger goda möjligheter att etablera individers hälsotillstånd. Resultaten presenteras separat för KBT-respektive MMR-behandlingen samt för individer som var, respektive inte var, sjukskrivna vid behandlingens början. Vi presenterar också en grov beräkning av offentliga kostnader och intäkter av behandlingarna.

1. Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som innebär en satsning med en miljard kr per år på medicinsk rehabilitering för personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa samt med icke specificerade rygg- och nackbesvär. Behandling ska ske enligt den evidens som finns på området, vilket i praktiken innebär en satsning på KBT för personer med psykisk ohälsa och en satsning på MMR för personer med rygg- och nackbesvär. Syftet är både att förebygga sjukskrivningar för ännu ej sjukskrivna och att bidra till återgång i arbete för redan sjukskrivna personer. Den ersättning som utgick till landstingen under 2010–11 var 10 000 kr för varje påbörjad behandling med KBT och 40 000 kr för varje påbörjad behandling med MMR. Utöver detta fick landstingen ett påslag för att användas till organisatoriska förändringar eller andra förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti. Landstingen fick själva bestämma hur pengarna skulle fördelas till de vårdenheter som utförde behandlingarna.

KBT syftar till att påverka tankemönster, känslor och beteenden i positiv riktning genom att kombinera inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi. Gränsdragningen mellan olika metoder är inte entydig men strategier med övningar och hemuppgifter är en viktig del. KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska utföras av legitimerad psykolog eller psykoterapeut med KBT-inriktning, legitimerad psykolog eller psykoterapeut med annan inriktning men med kompetens att arbeta med KBT-metoder, eller behandlare som har en adekvat grundutbildning, t ex sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare eller pedagog, och som har en påbyggnadsutbildning i KBT. Behandlingen kan utföras både individuellt och i grupp. För deltagarna i denna studie bestod en behandlingsserie med KBT av i genomsnitt 9–10 behandlingstillfällen under 5–6 månader.²

Multimodal rehabilitering har utvecklats för behandling av smärta för

² För detaljer om rehabiliteringsgarantin, datamaterialet och matchningsmetoden, se Hägglund m fl (2012).

personer med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Rehabiliteringen utförs av ett integrerat team, ofta bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare, men ibland även av sjuksköterska och friskvårdspersonal. Det finns ett antal faktorer som bör ingå i ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Den första är ett biopsykosocialt synsätt, som innebär att medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, liksom omgivning och personlighetsmässiga förhållanden, anses bidra till individens smärtupplevelser och smärtbeteenden på ett komplext och integrerat sätt. Den andra är att rehabiliteringsprogrammet ska ha en hög intensitet. I det aktuella datamaterialet bestod en behandlingsserie med MMR av i genomsnitt 21–22 behandlingstillfällen under 5–7 månader. Den tredje är välplanerade och synkroniserade åtgärder, som innehåller ett genomtänkt psykologiskt förhållningssätt, fysisk träning, undervisning om smärta, uppgifter som stärker personens handlingskraft samt planering för återgång i arbete. Ofta är den multimodala rehabiliteringen gruppbaserad med ca 6–10 patienter.

2. Analytiskt förfaringssätt

Vi använder en matchningsansats för att studera effekterna av KBT- och MMR-behandling. För varje person som har fått behandling inom rehabiliteringsgarantin identifieras ett vårdbesök som inte ledde till behandling för en jämförelseperson som, baserat på observerbara individegenskaper, förväntas ha samma hälsa och sjukfrånvaro som individen som fick behandling. Behandlingseffekten beräknas sedan genom att man jämför utfall vad gäller hälsa och sjukfrånvaro efter behandling mellan gruppen av individer som fick behandling och den matchade jämförelsegruppen som inte fick behandling.

Matchningsansatsen kan förväntas fungera väl i den här studien av två anledningar. För det första finns tillgång till detaljerade hälsodata. Region Skånes vårddatabas innehåller detaljerad information om varje patients vårdbesök sedan år 2008. Dessa uppgifter har kompletterats med information från Socialstyrelsen beträffande patienternas läkemedelsförbrukning sedan 2008. Från Försäkringskassan har hämtats uppgifter om antalet dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning sedan 2000, samt omfattningsrika individuppgifter som ålder, utbildningsnivå, födelse-land, civilstånd, bostadskommun samt tidigare arbetslöshet, sysselsättning och inkomster. För det andra finns det en slumpmässighet i sannolikheten att få behandling mellan i övrigt lika individer. Slumpmässigheten beror på att utbudet av rehabiliteringstjänster var olika i olika delar av Skåne, på grund av bristen på personal med rehabiliteringskompetens. En satsning från landstingets sida på att utbilda personal ökade så småningom utbudet av rehabiliteringstjänster, men förändringen skedde i olika takt i olika delar av regionen. Den kommunala variationen i benägenheten att erbjuda behandling, kontrollerat för patienternas hälsa, torde således inte ha någon

direkt effekt på hälsa och sjukfrånvaro. Sammantaget medger de omfångsrika data, inte minst vad gäller patienternas hälsotillstånd före behandling, tillsammans med utbyggnaden av rehabiliteringsgarantin över tid, möjligheten att identifiera relevanta jämförelseindivider. I de analyser över tid som presenteras i Hägglund m fl (2012) finner vi inte heller några skillnader i utfallsmåtten mellan behandlade och icke-behandlade före behandlingsstart, vilket stöder att vi har lyckats matcha individer med en jämförbar sjukdomsbild.

Vi studerar behandlingar som påbörjades inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne mellan den 1 januari 2010 och 30 juni 2011. Målpopulationen är personer mellan 20 och 64 år, som under denna period sökte vård och som vid vårdtillfället fick en diagnos som rymms inom ramen för rehabiliteringsgarantins insatser. Data visar att urvalet till behandling har gjorts förhållandevis systematiskt enligt tydliga profiler. KBT-behandling riktades företrädesvis till personer med förhållandevis låg grad av ohälsa och en relativt gynnsam position på arbetsmarknaden. MMR-behandlingen riktades däremot till personer med en svag ställning på arbetsmarknaden och relativt dålig hälsa jämfört med dem som inte fick behandling. Kvinnor är överrepresenterade inom både KBT- och MMR-behandling.

3. Blandade resultat av insatserna

Det första, och primära, utfallsmåttet i analysen är antalet sjukfrånvardagar, vilket motsvarar dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension).³ Övriga utfallsmått är antalet vårdbesök och antalet förskrivningar av läkemedel, som avser fånga mått på hälsa. Resultaten presenteras separat för följande fyra grupper: (1) KBT-behandling för ej sjukskrivna (67 procent av urvalet), (2) KBT-behandling för sjukskrivna (15 procent), (3) MMR-behandling för ej sjukskrivna (13 procent) och (4) MMR-behandling för sjukskrivna (6 procent). Noterbart är att 20–30 procent i urvalet var arbetslösa vid behandlingens början, medan majoriteten av de övriga var anställda eller egenföretagare. Att avsluta en sjukskrivning är alltså inte nödvändigtvis detsamma som att återgå i arbete, även om det kan förväntas gälla de flesta.

I tabell 1 presenteras effekterna av insatserna för respektive grupp under en ett års uppföljningshorisont från behandlingsstart. För att få en uppfattning om den relativa betydelsen av behandlingen presenteras effekterna i procent. För KBT konstateras blandade resultat för antalet sjukfrånvardagar. För dem som fick behandlingen och inte var sjukskrivna minskade sjukfrånvaron med statistiskt säkerställda 26 procent under det efterföljande året, medan inga effekter återfanns för dem som redan var sjukskrivna. För MMR å andra sidan ökade sjukfrånvaron för såväl sjukskrivna som ej

³ För patienter med anställning krävs att sjukskrivningen pågår i minst 14 dagar, dvs passerar arbetsgivarens sjuklöneperiod, för att sjukskrivningen ska inkluderas i beräkningen. I analysen görs ingen skillnad mellan sjukfrånvaro på hel- eller deltid.

Tabell 1
Effekter av KBT och
MMR, resultat från
matchning, 1 års upp-
följningstid (procent)

	Antal sjukfrånvarodagar	Antal vårdbesök	Antal förskrivningar av läkemedel
KBT, ej sjukskrivna	-26,4*** (6,3)	8,8*** (1,8)	-21,9*** (2,5)
KBT, sjukskrivna	-1,6 (3,2)	12,3** (3,2)	-11,7** (4,9)
MMR, ej sjukskrivna	59,8*** (17,4)	67,1*** (5,3)	3,4 (7,8)
MMR, sjukskrivna	11,1*** (3,9)	22,3*** (5,2)	-5,9 (7,1)

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

Källa: Hägglund m fl (2012).

sjukskrivna. Effekterna är statistiskt säkerställda för båda grupperna men klart störst för gruppen ej sjukskrivna som ökade sin sjukfrånvaro med 60 procent.

I Hägglund m fl (2012), där resultaten presenteras kvartalsvis, konstateras att de återfunna effekterna uppstår i anslutning till behandlingsstart. Detta antyder att MMR-behandlingen fungerat inlåsande såtillvida att sjukskrivning i viss mån förefaller ha varit en förutsättning för att mottaga behandlingen. Samma analys tydliggör att de positiva effekterna av KBT-behandlingen för ej sjukskrivna beror på att relativt fler av de icke-behandlade blev sjukskrivna. Snarare än en minskning av sjukfrånvaron bland de behandlade förefaller den positiva effekten för denna grupp således vara ett resultat av att den alternativa behandlingen till KBT var just sjukskrivning.

Vidare uppvisar behandlade i samtliga grupper en tydlig ökning av antalet vårdbesök jämfört med icke-behandlade. I Hägglund m fl (2012) konstateras att ökningen tydligt kan härledas till kvartal 1 och 2 i uppföljningsperioden, dvs till behandlingen i sig. I kvartal 3 och 4 återfinns i regel inga statistiskt säkerställda effekter på antalet vårdbesök. Ökningen är som väntat tydligast för de MMR-behandlade vars behandling är relativt omfattande.

Tvärtom tycks behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin minska deltagarnas förbrukning av läkemedel, åtminstone för dem som får KBT. I Hägglund m fl (2012) konstateras att effekterna, i likhet med antalet sjukfrånvarodagar och vårdbesök, uppstår i direkt anslutning till behandlingsstart. Detta är intressant eftersom det ger en antydning om att den alternativa behandlingen för dem som inte fick behandlingen inom rehabiliteringsgarantin var just läkemedel. Frånvaron av effekter av MMR-behandlingen ska därmed tolkas som att utbytet mellan aktiv behandling och medicinering inte är lika tydligt för behandlade i denna grupp.

I Hägglund m fl (2012) redovisas ytterligare analyser av insatsernas inverkan på sjukfrånvaron. Bland annat konstateras att inga större skillnader finns beträffande insatsernas effekter för män och kvinnor, samt att

KBT uppvisar bäst resultat för unga med relativt liten sjukskrivningshistorik, medan MMR tvärtom fungerar minst dåligt för grupper med förhållandevis omfattande erfarenhet av sjukskrivning och grupper med en svag position på arbetsmarknaden. Vidare konstateras att när uppföljningsperioden förlängs från 1 till 2 år framkommer inga tydliga tecken på att skillnaderna mellan behandlade och icke-behandlade skulle vara övergående. Denna analys kan dock endast utföras för en mindre grupp deltagare som påbörjade rehabilitering tidigt i perioden, eftersom inte alla deltagare kan följas upp under två hela år.

4. Offentlig finansiell analys

Vi har också beräknat insatsernas effekter på de offentliga finanserna, där förändringar i användningen av sjukförsäkringen, vårdkostnader och läkemedelsförskrivning har beaktats. Beräkningarna är grova och ska tolkas med stor försiktighet. För det första är uppföljningsperioden endast ett år från behandlingsstart. För det andra finns det andra offentliga intäkter som inte tas i beaktande, såsom ökade skatteintäkter från minskad sjukfrånvaro. För det tredje tas inte eventuella effekter på välbefinnande och självskattad hälsa i beaktande. Produktiviteten på arbetet kan också påverkas av behandlingarna, utan att detta spiller över i sjukfrånvaro. Av alla dessa anledningar bör beräkningarna endast ses som en vägvisare vad gäller storleksordningen på effekten på de offentliga finanserna.

Den första kolumnen i tabell 2 visar förändringen i användningen av sjukförsäkringen, baserat på data över utbetald sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Den statistiskt säkerställda minskningen av sjukfrånvaron för ej sjukskrivna KBT-behandlade motsvarar minskade utbetalningar från sjukförsäkringen under det första året efter behandlingsstart med ca 1 400 kr per behandlad person. Däremot finns inga statistiskt säkerställda effekter för sjukskrivna KBT-behandlade. Därför beräknas inte någon förändring av utbetald sjukförsäkring för denna grupp. För sjukskrivna och ej sjukskrivna MMR-behandlade motsvarar den statistiskt säkerställda ökningen av sjukfrånvaron ökade utbetalningar från sjukförsäkringen med 5 700 kr för en ej sjukskriven patient och med 18 000 kr för en sjukskriven patient. Det kan givetvis vara så att alternativet till utbetalningar från sjukförsäkringen inte bara är arbetsinkomster utan också utbetalningar från andra offentliga system. Detta beaktas dock inte i beräkningarna.

Den andra kolumnen i tabell 2 visar förändringen av vårdkostnader. Kostnaderna för behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin har beräknats som ersättning per behandling, 10 000 och 40 000 för respektive KBT och MMR, plus ett 20-procentigt påslag för varje behandling. För icke-deltagarna har vårdkostnaderna beräknats som antalet vårdbesök under uppföljningsperioden multiplicerat med den genomsnittliga kostnaden för ett vårdbesök, ungefär 1 000 kr. Denna kostnad har också lagts på delta-

Tabell 2
Effekt på de offentliga finanserna, uppföljningsperiod 1 år, kr/deltagare

	Förändring utbetalning sjukförsäkring	Förändringar i vårdkostnader	Förändringar i läkemedelskostnader	Effekt på de offentliga finanserna
KBT				
Ej sjukskrivna	-1 365	5 012	0	3 647
Sjukskrivna	0	5 191	0	5 191
MMR				
Ej sjukskrivna	5 722	38 663	0	44 385
Sjukskrivna	18 076	34 910	0	52 986

Källa: Hägglund m fl (2012).

gare som under uppföljningsperioden gjort vårdbesök efter behandlingens avslut. Förändringen i vårdkostnaderna som presenteras i kolumn 2 avser skillnaden i kostnader för behandlade jämfört med icke-behandlade. För samtliga behandlade sker en ökning av vårdkostnaderna under det första året jämfört med icke-behandlade. Skillnaden uppgår till ca 5 000 kr för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna KBT-patienter. För MMR-patienterna är skillnaden betydligt högre och uppgår till nästan 39 000 kr för dem som inte var sjukskrivna och nästan 35 000 kr för dem som var sjukskrivna vid behandlingsstart.

Den tredje kolumnen i tabell 2 visar förändringen av läkemedelskostnader, baserat på data över läkemedelsförskrivningar. Dessa kostnader, som delvis subventioneras av skattemedel, är små i sammanhanget. Eftersom inga statistiskt säkerställda effekter kan konstateras för någon av grupperna är samtliga förändringar satta till noll i beräkningen.

Den fjärde kolumnen i tabell 2 visar avslutningsvis den sammanlagda effekten på de offentliga finanserna. Resultaten är nedslående, i synnerhet för MMR-behandlingen som ökar utgifterna per patient med 45 000–50 000 kr under det första året. Även KBT-behandlingen ökar kostnaderna, dock betydligt mindre, 3 500–5 000 kr per patient. Här hade emellertid en längre uppföljningsperiod kunnat innebära positiva effekter på de offentliga finanserna av KBT för dem som inte var sjukskrivna.

5. Möjliga förklaringar till resultaten

I artikeln konstateras blandade resultat för regeringens satsning på psykisk ohälsa och ohälsa kopplad till smärta i rygg och nacke, den s k *rehabiliteringsgarantin*. Den kognitiva beteendeterapin (KBT), som ges till dem med psykisk ohälsa, uppvisar positiva resultat i form av minskad sjukfrånvaro för dem som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart, och som i huvudsak arbetade, medan inga effekter återfanns för dem som var sjukskrivna. Negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro konstateras emellertid för den mul-

timodala rehabiliteringen (MMR) som ges till patienter med en komplex ohälsoproblematik där smärta i rygg och nacke ingår. För varken KBT eller MMR återfinns några tydliga effekter på hälsa efter behandlingen, mätt som antalet vårdbesök och läkemedelsförskrivningar. En beräkning av de offentligfinansiella kostnaderna och intäkterna visar att ingen av behandlingarna är offentligfinansiellt lönsam för någon av grupperna. Kostnaderna är i synnerhet höga för MMR-patienterna på grund av de negativa effekterna på sjukfrånvaron och de höga kostnaderna för behandling. Beräkningarna ska tolkas med försiktighet då de inte beaktar alla eventuella kostnader och intäkter av behandlingarna och också avser en i sammanhanget kort uppföljningshorisont, endast ett år.

De positiva resultaten av KBT i denna rapport ger stöd åt uppfattningen att rehabiliteringsinsatser bör komma in så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, helst innan individen hunnit bli sjukskriven. Väl känt från tidigare forskning är nämligen att sjukfrånvaron och sjukskrivningsbeteendet påverkas av en rad faktorer som inte har med ohälsa och arbetsförmåga att göra. Exempelvis har ersättningen som sjukskriven betydelse för sjukfrånvaronivån (se t ex Johansson och Palme 1996, 2002, 2005; Henrekson och Persson 2004; Skogman Thoursie 2004; Larsson 2006; Hartman m fl 2013), liksom graden av kontroll av rätten till ersättning i sjukförsäkringen (se t ex Häggglund 2012, Johansson och Lindahl 2012 och Hartman m fl 2013). Med andra ord torde inte bara graden av ohälsa vara större bland sjukskrivna jämfört med ej sjukskrivna, vilket i sig kan förväntas försvåra rehabiliteringen, utan även andra problem kopplade till individens och arbetsgivarens incitament för återgång i arbete.

För att förstå de genomgående negativa resultaten av MMR, för såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna, är två hypoteser extra intressanta. För det första kan vårdgivarna ha betraktat sjukskrivning som en del av, och kanske som en förutsättning för, behandlingen. Jämfört med KBT är MMR-behandlingen mer intensiv och omfattar ett större antal vårdbesök. Resultaten i denna rapport ger stöd åt denna hypotes eftersom effekterna i form av ökad sjukfrånvaro uppstår i anslutning till behandlingsstart. Denna initiala inlåsning kan sedan ha fått varaktiga konsekvenser. Att rehabiliteringsinsatser kan förlänga i stället för att förkorta sjukfrånvaron har konstaterats i tidigare studier av bl a Anderzén m fl (2008) och Engström m fl (2012). Anderzén m fl (2008) diskuterar två potentiella förklaringar till detta i en rapport där de finner att deltagande i multimodal rehabilitering ledde till en ökad sjukfrånvaro för deltagarna: dels att rehabiliteringsinsatser kan befästa individens identitet som sjuk och på så vis förlänga sjukfrånvaron, dels att MMR-behandlingen kan orsaka inlåsningseffekter i sjukfrånvaro om det uppstår väntetider mellan de olika behandlingsmomenten.

Den andra hypotesen till de negativa resultaten i denna studie har sitt ursprung i de olika målen för hälso- och sjukvården å ena sidan och sjukförsäkringen å andra sidan. Medan sjukförsäkringens fokus är på återgång i arbete är hälso- och sjukvårdens fokus på förbättrad hälsa och ökat välbefin-

nande. Detta kan skapa osäkerhet kring målet med rehabiliteringen. Enkäter bland deltagarna som genomfördes både före och efter behandlingen ger stöd till denna hypotes. De visar tydliga förbättringar efter behandling bland både sjukskrivna och ej sjukskrivna avseende funktion, egen hälsupplevelse, självskattad arbetsförmåga och det allmänna hälsotillståndet. Kontrasten mellan dessa resultat och dem från utvärderingen, som ju konstaterar tydliga öknningar av sjukfrånvaron, indikerar att arbete, och återgång i arbete, kanske inte var ett tillräckligt tydligt mål för insatsen.

Avslutningsvis är en intressant fråga för framtida forskning att utreda sjukskrivningens roll under rehabilitering. De positiva effekterna av KBT som återfinns i denna rapport tycks bero på att den alternativa behandlingen, utöver medicinering, var sjukskrivning. Att inte sjukskriva under KBT-behandlingen hade positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro såväl under som efter behandlingen. Att anpassa inte bara den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utan även annan rehabilitering så att den i möjligaste mån går att kombinera med arbete förefaller därmed vara en god idé för att uppnå positiva resultat.

REFERENSER

- Anderzén, I m fl (2008), "Samverkan i Reursteam: Effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning", Rapport 2008:8, IFAU, Uppsala.
- Engström, P, P Hägglund och P Johansson (2012), "Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment", Working Paper 2012:9, IFAU, Uppsala.
- Försäkringskassan (2009), "Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?", Socialförsäkringsrapport 2011:4, Stockholm.
- Hartman, L, P Hesselius och P Johansson (2013), "Effects of Eligibility Screening in the Sickness Insurance: Evidence from a Field Experiment", *Labour Economics*, vol 20, s 48–56.
- Henrekson, M och M Persson (2004), "The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System", *Journal of Labor Economics*, vol 22, s 87–113.
- Hägglund, P (2012), "Do Time Limits in the Sickness Insurance System Increase Return to Work?", *Empirical Economics*, augusti 2012.
- Hägglund, P, P Johansson och L Laun (2012), "Rehabiliteringsgarantin", Rapport 2012:26, IFAU, Uppsala.
- Johansson, P och E Lindahl (2012), "Can Sickness Absence be Affected by Information Meetings? Evidence from a Social Experiment", *Empirical Economics*, april 2012.
- Johansson, P och M Palme (2002), "Assessing the Effects of a Compulsory Sickness Insurance on Worker Absenteeism", *Journal of Human Resources*, vol 37, s 381–409.
- Johansson, P och M Palme (2005), "Moral Hazard and Sickness Insurance", *Journal of Public Economics*, vol 89, s 1879–1890.
- Johansson, P och M Palme (1996), "Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data", *Journal of Public Economics*, vol 59, s 195–218.
- Larsson, L (2006), "Sick of Being Unemployed? Interactions between Unemployment and Sickness Insurance", *Scandinavian Journal of Economics*, vol 108, s 97–113.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (2008), "Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti", 13 juni 2008.
- SBU (2004), "Behandling av depressions-sjukdomar. En systematisk litteraturoversikt", SBU, Stockholm.
- SBU (2010), "Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2", SBU, Stockholm.
- Skogman Thoursie, P (2004), "Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?", *Journal of Applied Econometrics*, vol 19, s 809–823.