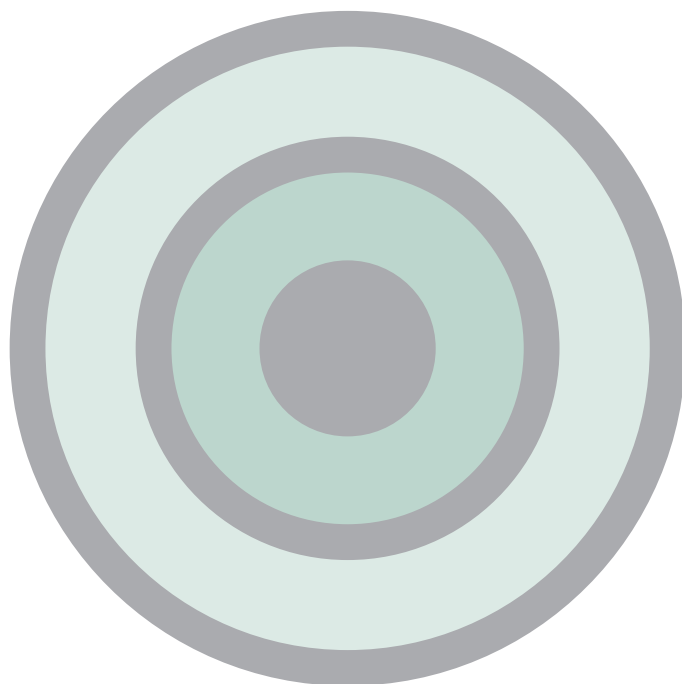


# ANALYSERAR

2005:21



Köp av aktiva tjänster  
– mål och resultat



Försäkringskassan

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för forskning och utveckling
Uppllysningar	Pernilla Tollin 08-786 93 26 pernilla.tollin@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: <a href="mailto:forsakringskassan@ontime.se">forsakringskassan@ontime.se</a> Telefon: 08-556 799 29, On Time Internet: <a href="http://www.forsakringskassan.se">www.forsakringskassan.se</a>
Tryck	AB Danagårds Grafiska, 2005

# Förord

Under de senaste åren har stora satsningar gjorts för att professionalisera hälsoarbetet på Försäkringskassan. Såväl handläggare som chefer har utbildats i flera nya metoder och aktiviteter inom hälsoområdet. Satsningarna ska leda till minskade sjukskrivningar, ökad rättssäkerhet för individen samt en utjämning av de regionala skillnader i tillämpningen av sjukförsäkringen som tidigare konstaterats. Försäkringskassan har nu påbörjat en utvärdering av implementeringen och effekterna av detta arbete. Denna rapport är en del av den utvärderingen.

I rapporten studeras de aktiva rehabiliteringstjänster som Försäkringskassan köper till sjukskrivna som behöver insatser för att kunna återgå i arbete. Avsikten är att undersöka när i sjukfallet Försäkringskassan köper aktiva rehabiliteringstjänster samt för vilket syfte de köps. Vidare studeras i vilken utsträckning aktiva tjänster leder till utökad arbetsförmåga för den försäkrade. Undersökningen baseras på aktstudier i ärenden där Försäkringskassan beslutat att köpa en aktiv tjänst samt studier av sjukfallsregister.

Rapporten har författats av Pernilla Tollin, Niklas Österlund och Sten Olsson har bistått med statistisk bearbetning.

Stockholm i november 2005

Edward Palmer  
Chef för enheten för forskning och utveckling

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Syfte och disposition .....	12
1.2 Metod.....	13
1.3 När ska en aktiv rehabiliteringstjänst köpas?.....	15
<b>2 Köp av aktiva tjänster – mål och resultat</b> .....	<b>16</b>
2.1 En beskrivning av de undersökta ärendena.....	16
2.2 Mål med de aktiva åtgärderna.....	20
2.3 Leder arbetslivsinriktad rehabilitering till utökad arbetsförmåga på kort sikt?.....	25
2.4 Leder aktiv rehabilitering till utökad arbetsförmåga på längre sikt? .....	28
<b>3 Sammanfattande diskussion</b> .....	<b>31</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>34</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>36</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>41</b>

# Sammanfattning

I denna rapport studeras de aktiva rehabiliteringstjänster som Försäkringskassan köper. Intentionen med aktiva rehabiliteringstjänster är att underlätta återgång i arbete för en person som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. I de aktiva rehabiliteringstjänsterna ingår exempelvis utbildning, arbetsträning och aktivering. Det finns flera undergrupper bland de aktiva åtgärderna som definieras på olika sätt i landet, därför görs i denna studie bara åtskillnad mellan utbildning och övriga aktiva åtgärder. Syftet är att studera när i sjukfallet Försäkringskassan fattar beslut att köpa aktiva åtgärder samt i vilken utsträckning det finns en rehabplan och ett dokumenterat mål med de aktiva åtgärderna. Vidare är syftet att undersöka i vilken utsträckning aktiva åtgärder leder till utökad arbetsförmåga. Datamaterialet baseras på information från akter i ärenden där Försäkringskassan fattat beslut att köpa en aktiv åtgärd, samt studier av sjukfallsregister.

Undersökningens huvudresultat:

- Av de individer som genomgick utbildning som rehabiliteringsåtgärd hade 41 procent färre än 31 nettodagar med sjukförmån under det närmaste halvåret efter att åtgärden avslutades. Motsvarande siffra för den grupp som genomgick någon av de övriga aktiva åtgärderna var 12 procent.
- När man studerar utfallet av de aktiva åtgärderna mer långsiktigt efter att åtgärden är avslutad kan vidare konstateras: Utbildning som rehabiliteringsåtgärd minskar antalet utbetalda nettodagar med sjukförmån signifikant i förhållande till en jämförelsegrupp där majoriteten inte fått någon aktiv rehabiliteringsåtgärd. En motsvarande jämförelse med den grupp som fått en övrig aktiv åtgärd visar ingen signifikant skillnad.
- Resultaten visar att utbildning nästan alltid används för att rusta individen för ett arbete. De övriga aktiva åtgärderna används i nära hälften av fallen för andra syften, exempelvis att fastställa arbets-

förmågan eller ökat välmående för individen. Utbildning visar ett bättre resultat även när hänsyn tas till denna skillnad.

- Beslut om att köpa en aktiv tjänst tas sent i sjukfallet – när ärendet i genomsnitt är 470 dagar. Sannolikheten att åtgärden leder till utökad arbetsförmåga minskar signifikant när beslutet tas sent i stället för tidigt i sjukfallet.
- I de ärenden där det finns en rehabplan upprättad i samband med köp av en aktiv tjänst har åtgärden i högre utsträckning resulterat i utökad arbetsförmåga i jämförelse med de ärenden där en rehabplan saknas.

I likhet med tidigare undersökningar som rör utfallet av olika rehabiliteringsåtgärder kan resultaten förklaras av selektionseffekter. Det är möjligt att de sjukskrivna som får utbildning som rehabiliteringsåtgärd skiljer sig från övriga sjukskrivna ifråga om viktiga egenskaper, exempelvis motivation. Det är alltså högst angeläget att kontrollerade studier kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan genomföras. En slutsats av resultaten i denna studie är dock att mer resurser bör satsas på utbildning som rehabiliteringsåtgärd.

# Summary

This report investigates the active rehabilitation services purchased by the Social Insurance Agency in Sweden. The aim of active rehabilitation services is to facilitate a return to work for those who have an impaired work capacity due to illness. The active rehabilitation services include training, occupational rehabilitation and activation. There are several subgroups among the active measures and these have different definitions nationally, which is why a distinction is only made in this study between training and other active measures. The aim is to investigate at what point in the period of sickness the Social Insurance Agency takes a decision to purchase active measures and the extent to which a rehab plan and a documented aim for the active measures exist. An additional aim is to investigate the extent to which active measures result in increased work capacity. The material is based on case material studies where the Agency has taken a decision to purchase an active measure and also on studies of the sickness period register.

The main findings of the survey:

- Of the individuals who underwent training as a rehabilitation measure, 41 per cent had fewer than 31 net days of sickness benefit in the six months immediately following the conclusion of the measure. The corresponding figure for the group that underwent one of the other active measures was 12 per cent.
- When one studies the outcome of the active measures in the longer term after the conclusion of a measure, the following observation may be made: training as a rehabilitation measure significantly reduces the number of net days of paid sickness benefit in relation to a comparison group in which the majority have not undergone any rehabilitation measures. A similar comparison with the group that has undergone another active measure shows no significant difference.

- The results also show that training is generally used to equip the individual for work. The other active measures are used in almost half of cases for other purposes, such as establishing work capacity or greater wellbeing for the individual. The results for training are better even when this difference is taken into account.
- A decision to purchase an active service is taken late on during the sickness period – on average when the case is 470 days old. The likelihood of the measure resulting in greater work capacity falls significantly when the decision is taken at such a late stage as opposed to early on in the sickness period.
- In those cases where a rehab plan has been drawn up in connection with the purchase of an active service, the measure has resulted to a greater degree in increased work capacity compared with cases where a rehab plan is lacking.

In common with previous surveys concerning the outcome of various rehabilitation measures, the results can be explained by selection effects. It is thus extremely important that the possibility should exist for controlled studies of work-oriented rehabilitation to be carried out. One conclusion from the results to date is that more resources should be invested in training as a rehabilitation measure.



## 1 Inledning

Försäkringskassan har sedan 1 juli 1990 förfogat över medel för att köpa tjänster inom ramen för ohälsaarbetet. Enligt lagens förarbeten ska åtgärderna vara av arbetslivsinriktad karaktär. Medlen får inte användas för köp av rent medicinska insatser.<sup>1</sup> Bland de tjänster som kan köpas finns utredningar och åtgärder som direkt syftar till att underlätta återgång i förvärvsarbete, så kallade aktiva åtgärder.<sup>2</sup> De åtgärder som omnämns i Försäkringskassans Vägledning och som tillhör den senare kategorin är arbetsträning och utbildning. Arbetsträning beskrivs som ”en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som innebär att en försäkrad tränar upp sin förmåga att utföra en viss arbetsuppgift.”<sup>3</sup> I praktiken har de aktiva åtgärderna kommit att omfatta flera typer av åtgärder. Motivationshöjande åtgärder och aktivering är exempel på tjänster som Försäkringskassan upphandlar och som går under benämningen aktiva åtgärder.<sup>4</sup>

Försäkringskassans egen statistik visar att andelen av de aktiva köpen till kvinnor ökade från 58 procent 1998 till 65 procent 2004, vilket någorlunda väl återspeglar kvinnors representation av sjukfrånvaron under samma period. Statistiken visar också att de vanligaste diagnoserna bland dem som får aktiv rehabilitering är sjukdomar i rörelseorganen och psykiska sjukdomar. Under de senaste åren har dock andelen med psykiska sjukdomar ökat kraftigt (från 24 procent 1998 till 41 procent 2004). Den grupp som Försäkringskassan köper aktiva rehabiliteringsåtgärder till finns i huvudsak i åldersintervallet 35–49 år.

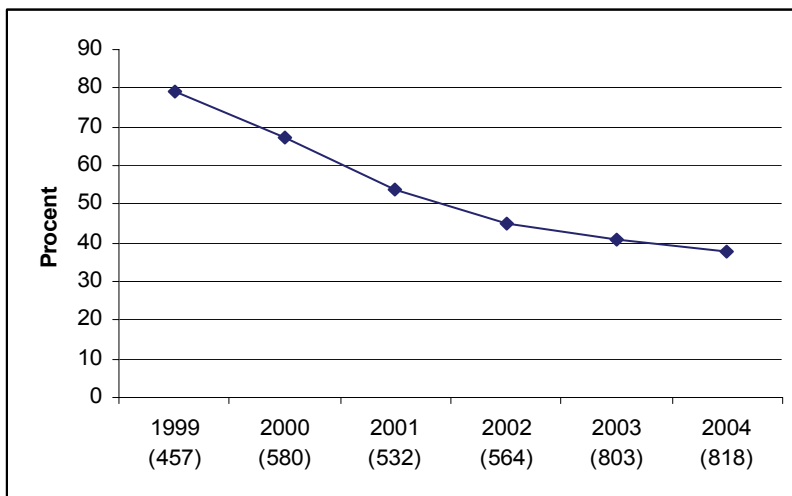
---

<sup>1</sup> Prop. 1989/90:62.

<sup>2</sup> Försäkringskassan (2005).

<sup>3</sup> Ibid, sidan 139.

<sup>4</sup> Detta anges exempelvis i handläggarstödet SaM på Försäkringskassans intranät i Skåne och Stockholm: <http://fia.sfa.se/>

**Diagram 1 Andel av kostnaderna för köp av tjänst som använts till aktiva tjänster**

Anm. Siffrorna inom parentes anger den totala kostnaden (i miljoner kronor) för köp av tjänst det aktuella året. Resterande medel för köp av tjänst har använts till utredningar.

Källa: Riksförsäkringsverkets årsredovisning för budgetåret 2003 och 2004, samt ekonomistaben, Försäkringskassans huvudkontor.

Diagram 1 visar hur andelen av de totala kostnaderna för köp av tjänst som använts till aktiva åtgärder minskade mellan åren 1999 och 2004. En bidragande orsak kan vara att Försäkringskassan inte får köpa aktiva åtgärder till arbetslösa sedan 2002.<sup>5</sup> En annan förklaring kan vara att kraven på bättre medicinska underlag har ökat i takt med de ökade kostnaderna för sjukfrånvaro under samma period. Försäkringskassan har därför i högre grad köpt utredningar.

Sedan lagens tillkomst har ett flertal rapporter skrivits om köp av tjänst. Det är svårt att mäta rehabiliteringens effekter så länge man inte har kontroll över selektionen i urvalet till de olika åtgärderna. Några försök att mäta rehabiliteringseffekten har ändå gjorts. I en rapport från Riksförsäkringsverket analyserades sjukfall där Försäkringskassan dokumenterat att det föreligger ett behov av arbetslivsinriktad

<sup>5</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2002 avseende Riksförsäkringsverket.

rehabilitering.<sup>6</sup> Den grupp som hade fått rehabilitering jämfördes sedan med dem som inte fått rehabilitering. Enligt resultaten ökade chansen till återvunnen arbetsförmåga med 77 procent om individen fått en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.

I en annan rapport som getts ut av Riksförsäkringsverket tyder resultaten på att sjukfall med arbetslivsinriktade åtgärder inte avslutas med återgång i arbete i högre grad än sjukfall utan åtgärder, snarare tvärtom. Däremot verkar det som om arbetslivsinriktade åtgärder minskar risken för upprepad sjukskrivning.<sup>7</sup> En annan undersökning pekar på att rehabiliteringsåtgärder på kort sikt förlänger sjukskrivningstiden men att de på längre sikt förkortar.<sup>8</sup>

En studie från Lunds universitet som baseras på data från Skåne visar att endast 34 procent av de långtidssjukskrivna som fick arbetslivsinriktad rehabilitering genom Försäkringskassan i början av 2000-talet återgick i arbete, i jämförelse med 56 procent utan rehabilitering. Motsvarande siffror i början av 1990-talet var 63 procent (återgång i arbete efter genomgången rehabilitering) och 60 procent (i arbete utan åtgärder).<sup>9</sup> Forskarna har vidare funnit att sjukskrivningslängden för de som fått arbetslivsinriktad rehabilitering ökade från 314 till 724 dagar under samma tidsperiod. I den senare populationen gick dessutom hälften av de individer som genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering till förtidspension. Den slutsats som dras är att Försäkringskassan har svårt att identifiera fall med rehabiliteringspotential. Forskarna framkastar också en teori om att rehabilitering idag används för att ”bevisa” att den sjukskrivne är ett fall för förtidspension.<sup>10</sup> I en annan forskarrapport konstateras att Försäkringskassans rehabiliteringsåtgärder i bästa fall inte har någon effekt alls och i sämsta fall försämrar utsikterna för återgång i arbete.<sup>11</sup> Utöver problemet med olika selektionseffekter finns en svårighet i att definiera vad som är ett framgångsrikt

---

<sup>6</sup> Bengtson & Björklund (1998).

<sup>7</sup> Bergendorff m.fl. (1997).

<sup>8</sup> Edlund (1994).

<sup>9</sup> Hetzler m.fl. (2005).

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Frölich, F., Heshmati, A., Lechner, M. (2004).

resultat. Detta kan vara en förklaring till att olika undersökningar leder fram till så olika slutsatser.

Enligt tidigare undersökningar lyckas män ofta bättre med rehabilitering än kvinnor.<sup>12</sup> Andra framgångsfaktorer som framkommit i tidigare studier av köp av rehabiliteringstjänster är yngre försäkrade<sup>13</sup> och att åtgärden kommer igång tidigt i sjukfallet.<sup>14</sup> Inte heller här är det fråga om några fastställda orsakssamband, snarare att ett antal egenskaper ofta uppträder tillsammans. I en kunskapsöversikt kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen noteras att tidigt insatta åtgärder inte nödvändigtvis behöver vara det mest effektiva.<sup>15</sup>

## 1.1 Syfte och disposition

Denna rapport handlar om Försäkringskassans köp av aktiva rehabiliteringstjänster. Syftet är att undersöka:

- När i sjukfallet köps aktiva åtgärder?
- I vilken utsträckning finns ett dokumenterat mål med de aktiva åtgärderna? Vilka är dessa mål?
- I vilken utsträckning finns en rehabplan upprättad i ärendet i samband med köp av aktiva tjänster?
- I vilken utsträckning leder aktiva tjänster till utökad arbetsförmåga<sup>16</sup>?

Syftet är vidare att studera sambandet mellan de tre förstnämnda faktorerna och i vilken utsträckning aktiva tjänster leder till utökad arbetsförmåga. Studien har ett regionalt perspektiv.

Rapporten är disponerad på följande sätt: I den resterande delen av kapitel 1 beskrivs den metod som använts i studien samt regelverket

---

<sup>12</sup> Bengtsson & Björklund (1998); Hyberg (2002).

<sup>13</sup> Bengtsson & Björklund (1998); Bergendorff m.fl. (1997).

<sup>14</sup> Hyberg (2002).

<sup>15</sup> Eklund m.fl. (2005).

<sup>16</sup> I föreliggande rapport definieras arbetsförmåga utifrån grad av utbetalad sjukförmån. Minskad sjukförmån betraktas som utökad arbetsförmåga.

kring Försäkringskassans köp av aktiva tjänster. I kapitel 2 presenteras resultaten. Kapitel 3 utgörs av en sammanfattande diskussion.

## 1.2 Metod

Inom ramen för Försäkringskassans metodundersökning 2004<sup>17</sup> genomfördes aktstudier i ärenden där Försäkringskassan beslutat att köpa en aktiv tjänst. Ur ett register med registrerade beslut om köp av tjänst<sup>18</sup> drogs ett slumpmässigt urval om 1500 individer. Urvalsramen utgjordes av de 6369 försäkrade som fick beslut om köp av en aktiv tjänst registrerat under perioden 2001-01-01--2001-12-31. I de fall flera beslut fanns registrerade på en och samma individ valdes det första beslutet under perioden.

Frågor om ärendet besvarades via en webbenkät. Svar inkom i 1 195 ärenden, vilket ger en svarsfrekvens på 80 procent. Av dessa exkluderades 458 enligt vad som beskrivs i tabell 1. Till gruppen övertäckningsärenden hör avlidna samt ärenden där det visade sig saknas beslut om en aktiv tjänst. Det rörde sig dels om fall där det helt och hållet saknades beslut, dels fall där det fanns ett köp, men inte av en aktiv tjänst. I 323 fall saknades akten på det lokalkontor dit enkäten sändes.

**Tabell 1 De studerade ärendena i förhållande till urvalsramen**

	Antal ärenden
Urvalsram (population)	6 369
Bruttourval	1 500
Svarande	1 195
Övertäckning	-125
Akten saknades på lokalkontoret	-323
Enkäten för bristfälligt ifyllt	-10
<b>Återstående ärenden som studeras</b>	<b>737</b>

<sup>17</sup> Se Khaledi m.fl. (2005) för mer ingående beskrivning av denna undersökning och dess bakgrund.

<sup>18</sup> Här avses trans 826. Under år 2004 har ett nytt register för köp av tjänst införts: Kommers.

En bortfallsanalys bland de svarande visade en underrepresentation av ärenden från Stockholm samt ärenden som gällde äldre undersökningspersoner. Datamaterialet har därför viktats ifråga om dessa variabler. Alla resultat som presenteras i rapporten baseras på det viktade materialet.

I syfte att studera utfallet av de aktiva åtgärderna skapades två jämförelsegrupper till undersökningsgruppen. Ur Försäkringskassans sjukfallsregister drogs sålunda två urval om ärenden som överensstämde med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd (överensstämmelsen gällde på individuell nivå).<sup>19</sup> Skillnaden mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen är att samtliga individer i den förstnämnda gruppen har genomgått en aktiv rehabiliteringsåtgärd medan den sistnämnda består av sjukskrivna där vissa förmodligen har genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering och andra inte. I en studie av 4007 avslutade långtidssjukfall från början av 2000-talet hade 17 procent fått arbetslivsinriktad rehabilitering.<sup>20</sup> Man kan alltså på goda grunder anta att en majoritet av de sjukskrivna i jämförelsegruppen inte har genomgått en aktiv åtgärd.

Undersökningsgruppen och de två jämförelsegrupperna har sedan jämförts med varandra ifråga om utbetald sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjuk- eller aktivitetsersättning) under två mätperioder. Syftet var att undersöka om rehabiliteringsåtgärden hade en inläsningseffekt, samt om arbetsförmågan hade ötokats efter att åtgärden avslutats. Trots att de grupper som jämförs har gjorts så lika som möjligt finns naturligtvis ytterligare egenskaper som har betydelse för utfallet av en rehabiliteringsåtgärd, exempelvis individens motivation.

Registreringen i köp av tjänst-registret är obligatorisk för handläggare som köper en tjänst, däremot har det aldrig funnits något system för att följa upp att det verkligen gjorts och att det gjorts korrekt.<sup>21</sup> Detta kan innebära att registreringen i vissa fall varit bristfällig, i vissa fall har den troligtvis inte alls blivit av. Det finns därför en risk att de registre-

---

<sup>19</sup> För mer information om hur dessa jämförelsegrupper togs fram se bilaga 2.

<sup>20</sup> Hetzler m.fl. (2005).

<sup>21</sup> Här avses det gamla registret, trans 826.

ringar som finns i detta register har gjorts av ett selektivt urval handläggare. Om dessa handläggare är mer noggranna än den genomsnittliga handläggaren kan detta återspeglas i själva ärendet, som då är mer noggrant handlagt än det genomsnittliga ärendet. På så vis kan det finnas en positiv bias i materialet.

Enkäten i aktstudierna besvarades av en representant för lokalkontoret (eller länet) där köpet gjordes. Detta skulle kunna betyda att det finns en vilja hos respondenten att lämna en så positiv bild som möjligt av handläggningen. Här finns alltså ytterligare ett moment i datainsamlingen som kan skapa en snedvriden bild i förhållande till verkligheten.

### 1.3 När ska en aktiv rehabiliteringstjänst köpas?

Enligt regelverket ska arbetslivsinriktade åtgärder vidtas för att den försäkrade ska få eller kunna behålla ett arbete. Avsikten är i första hand att ge den försäkrade möjligheter att kunna klara sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete hos arbetsgivaren. De kan också avse att göra den försäkrade rustad att klara ett lämpligt arbete på arbetsmarknaden. Försäkringskassan ska dock pröva rehabiliteringsåtgärder först när det är klarlagt att den försäkrade saknar förmåga att utföra förvärvsarbete på grund av sjukdom. En förutsättning för att rehabiliteringsåtgärder ska bli aktuella är alltså att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Detta anges i lagen om allmän försäkring kapitel 3 där rätten till sjukpenning stadgas. De rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan kan erbjuda och regelverket härtill beskrivs i lagen om allmän försäkring, kapitel 22.

I regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan 2005 anges: ”Aktiva rehabiliteringsåtgärder bör i första hand köpas för anställda långtids-sjukskrivna då det är klarlagt att den anställde inte kan återgå i arbete hos den nuvarande arbetsgivaren.”

## 2 Köp av aktiva tjänster – mål och resultat

Här presenteras resultaten av den aktstudie som baseras på 737 ärenden där Försäkringskassan beslutat att köpa en aktiv tjänst år 2001. Året 2001 valdes för att det skulle finnas en längre period att studera efter avslutad rehabiliteringsåtgärd. Kapitlet inleds med en beskrivning av dessa ärenden och vad som dokumenterats i akten. Därefter följer en fördjupad analys kring några omständigheter i ärendet och resultatet av åtgärderna i form av utökad arbetsförmåga på kort sikt. Avslutningsvis redogörs för resultatet av de aktiva rehabiliteringsåtgärderna på längre sikt.

### 2.1 En beskrivning av de undersökta ärendena

Eftersom studien endast inkluderar ärenden där Försäkringskassan beslutat att köpa en aktiv tjänst (i motsats till ärenden där Försäkringskassan *inte* beslutat att köpa en aktiv rehabiliteringsåtgärd) är det svårt att uttala sig om eventuella karakteristika hos respektive grupp.<sup>22</sup> Tillgänglig statistik kan dock ge en fingervisning. Som nämndes i inledningen har andelen köp av aktiva tjänster till män respektive kvinnor ganska väl avspeglat könsfördelningen i sjukfrånvaron, enligt Försäkringskassans egen statistik. Beträffande utbetald sjukförmån mätt i nettodagar stod kvinnor för 62 procent och män för 38 procent år 2001.<sup>23</sup> Utifrån uppgifterna i tabell 2 kan också konstateras att könsfördelningen avseende de individer som fått en aktiv rehabiliterings-tjänst år 2001 väl överensstämmer med könsfördelningen i sjukfrånvaron under samma period.

---

<sup>22</sup> Längre fram i rapporten används en jämförelsegrupp, dock endast i syfte att jämföra grad av utbetald sjukförmån.

<sup>23</sup> I begreppet sjukförmån inkluderas i detta sammanhang sjuk-, rehabiliterings- och arbetsskadesjukpenning. Nettodagar avser antal dagar som ersatts enligt ovan omräknat till hela dagar.



**Tabell 2** En beskrivning av de försäkrade som fick beslut om en aktiv rehabiliteringstjänst år 2001 (och som ingår i studien). Uppgifterna gällde när beslutet fattades på Försäkringskassan. Fördelning i procent

<b>Kön</b>	
Kvinnor	63
Män	37
	n=737
<b>Alder</b>	
19–29 år	10
30–44 år	52
45–54 år	29
55–64 år	9
	n=737
<b>Sysselsättning</b>	
Arbetslös	23
Anställd	74
Egen företagare	3
Skyddat arbete	1
	n=737
<b>Arbetsgivare</b>	
Privat	54
Stat	6
Kommun	30
Landsting	7
Annan	3
	n=548
<b>Diagnos*</b>	
Besvär i nacke, axlar, skuldror och/eller armar	26
Ryggbesvär	26
Ledbesvär	8
Värk	9
Psykiska besvär	18
Utmattningsdepression/utbrändhet/stress	17
Övriga diagnoser	19
	n=737

\*Kolumnen summerar till mer än 100 procent eftersom vissa individer hade fler än en diagnos.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

Vad gäller åldersfördelningen bland dem som får aktiva rehabiliteringsåtgärder är individer i åldersintervallet 30–44 år överrepresenterade i relation till individer i åldersintervallet 55–64 år. Den förstnämnda gruppen stod för 33 procent av utbetalda sjukförmåner netto år 2001 men utgjorde drygt hälften av de individer som fick aktiva rehabiliteringsåtgärder, enligt tabell 2. Tabell 2 visar att 55–64-åringar bara utgör 9 procent av dem som fått aktiva rehabiliteringsåtgärder trots att individerna i åldersintervallet 55–64 år (enligt Försäkringskassans ohälsostatistik) stod för 29 procent av antalet nettodagar med sjukförmån år 2001. Fördelningen av de övriga åldersgrupperna i tabell 2 stämmer ganska väl överens med deras representation i ohälsostatistiken år 2001.

År 2001 fördes ingen löpande statistik över diagnoser, sysselsättning och arbetsgivare bland sjukskrivna. Däremot görs en årlig undersökning av ett urval sjukskrivna (LS) som kan utgöra referensram. Fördelningen ifråga om sysselsättning och arbetsgivare bland de långtidsjukskrivna i RFV-LS 2001<sup>24</sup> överensstämmer ganska bra med fördelningen ifråga om sysselsättning och arbetsgivare bland de individer som fick beslut om en aktiv rehabiliteringstjänst år 2001 (enligt tabell 2).<sup>25</sup> Vad gäller diagnoser bland de undersökta individerna i RFV-LS 2001 hade 27 procent av de långtidssjukskrivna en psykisk diagnos (psykiska sjukdomar och utbrändhet) och 35 procent problem i rörelseorganen. I föreliggande undersökning kunde fler diagnoser anges för en och samma person, men bara 5 procent av undersökningspersonerna har en diagnos som både kan hänföras till rörelseorganen (besvär i nacke, axlar, skuldror och/eller armar, rygg- eller ledbesvär samt värk) och en psykisk diagnos (psykiska besvär, utmattningsdepression/utbrändhet/stress). Totalt har 60 procent av undersökningspersonerna som beskrivs i tabell 2 åtminstone en diagnos som kan hänföras till rörelseorganen och 34 procent en psykisk diagnos (detta kan inte utläsas av tabellen).

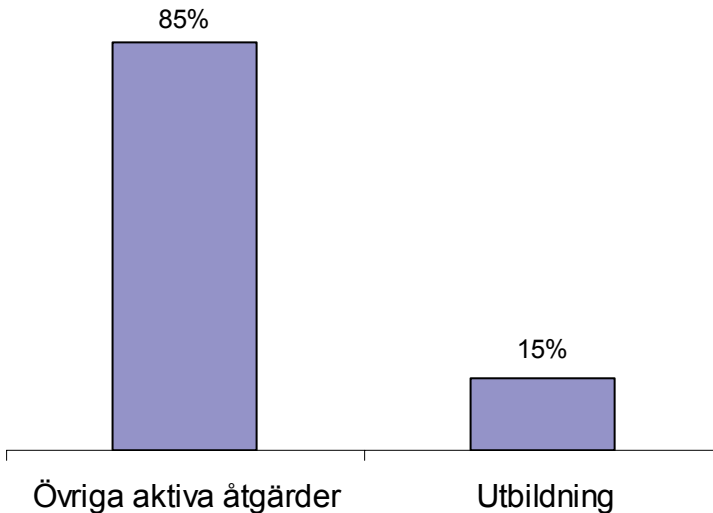
---

<sup>24</sup> LS är en årlig undersökning av sjukskrivna som genomförs på Försäkringskassan. Cirka hälften av de undersökta har varit sjukskrivna minst 60 dagar och betecknas som långtidssjukskrivna. Undersökningen beskriver vad som händer i sjukfallet under det första året.

<sup>25</sup> Lidwall (2002).

Sammantaget tyder den genomgångna statistiken på att de individer som Försäkringskassan väljer ut för aktiva åtgärder på många punkter återspeglar gruppen sjukskrivna, förutom att de som får aktiva rehabiliteringstjänster i allmänhet är yngre. Vidare är individer med sjukdomar i rörelseorganen överrepresenterade bland dem som får aktiva rehabiliteringstjänster. Det kan naturligtvis finnas andra avsevärda skillnader mellan dessa grupper ifråga om egenskaper som inte undersökts här.

**Diagram 2 Typ av aktiv rehabiliteringsåtgärd som de försäkrade erhållit**



Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

I föreliggande studie görs bara åtskillnad mellan utbildning och övriga aktiva åtgärder (se diagram 2) trots att ytterligare undergrupper (såsom arbetsträning, aktivering och motivationshöjande åtgärder) används på Försäkringskassan. Eftersom det saknas tydliga och överenskomna definitioner av dessa åtgärder bedöms det inte vara fruktbart att särskilja dem.

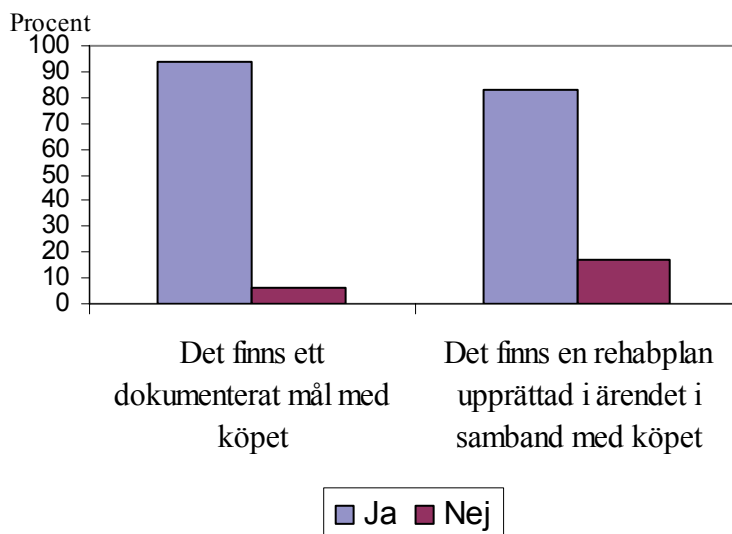
**Tabell 3 Sjukfallslängd när beslutet fattades på Försäkringskassan att köpa en aktiv åtgärd. Antal dagar**

Typ av åtgärd	Medelvärde	Median
Utbildning	511	450
Övrig aktiv åtgärd	464	389
<b>Samtliga</b>	<b>470</b>	<b>396</b>

Resultaten visar att Försäkringskassan fattar beslut om att köpa en aktiva åtgärd påfallande sent i sjukfallet (se tabell 3). I genomsnitt var sjukfallet 470 dagar när beslutet togs. Det visar sig också att beslut om utbildning togs senare än beslut om resterande aktiva åtgärder.

## 2.2 Mål med de aktiva åtgärderna

Resultatet i föreliggande undersökning visar att dokumentationen i samband med Försäkringskassans köp av en aktiv tjänst är god (se diagram 3). Det finns ett dokumenterat mål med köpet i nästan alla ärenden (94 procent), vidare finns en rehabplan upprättad i samband med köpet i 83 procent av fallen.

**Diagram 3 Dokumentation i akten. Andel av ärenden**

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

I arbetet med Prohälsa har försäkringskassornas<sup>26</sup> egna representanter framhållit att det ofta saknas dokumenterad planering och bedömning i rehabiliteringsarbetet.<sup>27</sup> Huvudkritiken från Riksrevisionen var att det saknas mål och syfte med Försäkringskassans köp av tjänst, visserligen rörde det en mer övergripande nivå.<sup>28</sup> I en undersökning av 7 395 fall där Försäkringskassan i Västra Götaland köpt en tjänst visade resultaten att rehabplan sänkades i 18 procent av fallen.<sup>29</sup> Detta resultat överensstämmer alltså med utfallet i den här undersökningen.

I tabell 4 redovisas vad som framkommer om målen med de aktiva åtgärderna. I 27 procent av de undersökta ärendena syftar åtgärden till att fastställa arbetsförmågan i stället för att rusta den försäkrade för ett arbete (rad 4 och 5 i tabell 4). Det är en förhållandevis hög siffra med

<sup>26</sup> Detta refererar till den tidigare organisationen när länskassorna var självständiga.

<sup>27</sup> Arvidsson (2002).

<sup>28</sup> Riksrevisionen (2004).

<sup>29</sup> Jonsson (2001).

tanke på att resultaten baseras på vad som dokumenterats i akten. I praktiken kan det självfallet vara ännu fler. Detta överensstämmer alltså med slutsatsen i den tidigare nämnda forskarrapporten,<sup>30</sup> att rehabilitering inte alltid används för att få ut individer i arbetslivet.

**Tabell 4 I akten dokumenterade mål med de aktiva rehabiliteringstjänsterna. Andel ärenden**

	Den försäkrade har anställning	Den försäkrade saknar anställning	Samtliga
Rusta för återgång i ordinarie arbete	30		24
Rusta för återgång i annat arbete hos ordinarie arbetsgivare	11		8
Rusta för arbete på arbetsmarknaden	24	45	29
Fastställa arbetsförmågan i arbete hos ordinarie arbetsgivare	6		4
Fastställa arbetsförmågan i något arbete på arbetsmarknaden	18	39	23
Ökat välmående/stärkt självkänsla	6	10	7
Annat mål	5	6	5
	<b>n=539</b>	<b>n=158</b>	<b>n=697</b>

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

I 7 procent av fallen är ambitionen att öka den försäkrades självkänsla eller välmående. Detta kan naturligtvis vara väl så angeläget, men inte ett motiv att köpa en aktiv rehabiliteringstjänst enligt regelverket. Intentionen med de aktiva rehabiliteringsåtgärderna är att rusta den försäkrade för ett arbete och med den utgångspunkten kan konstateras att i 61 procent av fallen är målen till förenliga med regelverket, i resterande fall är de *inte* det.

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att i första hand köpa aktiva rehabiliteringsåtgärder för anställda långtidssjukskrivna där det är klarlagt att den anställde inte kan återgå i arbete hos den nuvarande

<sup>30</sup> Hetzler m.fl. (2005).

arbetsgivaren.<sup>31</sup> Eftersom denna undersökning baseras på köp som gjordes år 2001, alltså innan de aktiva tjänsterna inskränktes till att bara gälla anställda, ingår även köp åt arbetslösa sjukskrivna. Vad beträffar gruppen anställda (se första kolumnen i tabell 4) kan man se att 42 procent av köpen är inriktade mot arbetsmarknaden som helhet (rad 3 och 5), alltså den typ av köp som avses i regleringsbrevet 2005. Det visar sig också att åtgärderna i högre grad används för att fastställa arbetsförmågan när inriktningen är mot hela arbetsmarknaden än när inriktningen är mot ett arbete hos ordinarie arbetsgivare.

**Tabell 5 Mål med åtgärden fördelat på typ av åtgärd. Andel ärenden**

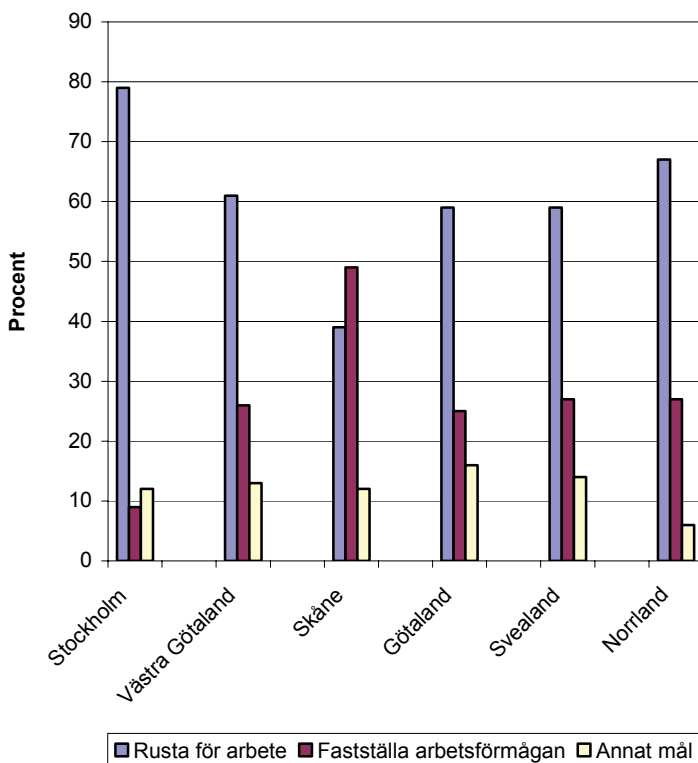
	Rusta för ett arbete	Annat mål
Utbildning	95	5
Övriga aktiva åtgärder	55	45

Antal ärenden: 697

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

Vid en sammanslagning av de olika målen till endast två (att rusta för ett arbete eller annat mål) blir det påtagligt att de olika åtgärderna i viss utsträckning fyller olika funktion: I tabell 5 kan utläsas att utbildning nästan alltid används för att rusta individen för ett arbete. Av de övriga aktiva åtgärderna används 45 procent för andra syften, det vill säga främst att fastställa arbetsförmågan eller ökat välmående/stärkt självkänsla. Frågan är om inte Försäkringskassan i stället borde ha köpt en utredning om behovet var att fastställa arbetsförmågan. Det kan också vara så att de övriga aktiva åtgärderna ofta får fylla behov som borde tillgodoses av vården, exempelvis genom utredning eller psykoterapi.

<sup>31</sup> Regleringsbrevet till Försäkringskassan 2005.

**Diagram 4 Mål med de aktiva åtgärderna, fördelat på region**

Anm. Norrland består av följande län: Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Västernorrland och Gävleborg. Svealand består av följande län: Uppsala, Dalarna, Västmanland, Örebro, Södermanland, Värmland. Götaland består av följande län: Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Gotland.

Antal ärenden: 697

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

Det är stor regional variation när det gäller målen med köpen, där Stockholm och Skåne utmärker sig i positiv respektive negativ bemärkelse (se diagram 4). Stockholm är den region där högst andel ärenden avser att rusta för arbete och minst andel avser att fastställa arbetsförmågan. I Skåne är förhållandet det omvända. Faktum är att bland ärenden som är handlagda i Skåne syftar fler köp till att fastställa arbetsförmågan än till att rusta för arbete.



## 2.3 Leder arbetslivsinriktad rehabilitering till utökad arbetsförmåga på kort sikt?

För att studera utfallet på kort sikt har graden av utbetald sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning) mätts under de påföljande 180 dagarna efter att den aktiva åtgärden har avslutats. I analysen har ärendena kategoriserats som *lyckade* respektive *inte lyckade*. Definitionen av ett lyckat resultat är att den försäkrade har fått sjukförmån utbetalt högst 30 nettodagar under de påföljande 180 dagarna efter att åtgärden har avslutats. Allt annat har betecknats som ett *icke lyckat resultat*.

Det är en majoritet (84 procent) av de undersökta ärendena som inte är lyckade enligt denna definition. Avsikten med den kommande analysen är att studera sambandet mellan några omständigheter i ärendet och själva utfallet av rehabiliteringen, med andra ord om det är *lyckat* eller *inte lyckat*. Den statistiska metod som använts är logistisk regressionsanalys (se faktaruta).

### Logistisk regressionsanalys

Logistisk regressionsanalys kan användas när man vill studera orsaks-samband där den beroende variabeln endast antar två värden, exempelvis att respondenten har svarat ”ja” eller ”nej” på en fråga. Regressionsresultaten redovisas här i form av oddskvoter. Oddskvoten anger om den förklarande variabeln ökar eller minskar sannolikheten för ett visst utfall på den beroende variabeln (exempelvis att ha svarat ”ja” på en fråga) jämfört med en vald referensgrupp som antar värdet ett, samtidigt som övriga förklarande variabler som ingår i analysen konstant-hålls.

**Tabell 6 Sannolikheten att resultatet av den aktiva rehabiliterings-  
åtgärden är lyckat med hänsyn till olika faktorer i ärendet.  
Oddskvoter**

	Modell 1	Modell 2 (bara ärenden där det finns ett dokumenterat mål)
	Oddskvoter	Oddskvoter
<b>Rehabplan upprättad i samband med köp</b>		
Ja	2,95**	1,94
Nej	1	1
<b>Typ av åtgärd</b>		
Utbildning	6,11***	5,46***
Övriga aktiva åtgärder	1	1
<b>Region</b>		
Stockholm	1,54	1,65
Västra Götaland	2,51**	2,51**
Skåne	2,31**	2,74**
Götaland	1	1
Svealand	1,24	1,34
Norrland	1,15	1,19
<b>Sjukfalllets längd vid beslut</b>		
≤ 6 månader	1	1
7–12 månader	0,75	0,77
13–24 månader	0,59	0,62
≥ 25 månader	0,4**	0,44**
<b>Målet med åtgärden</b>		
Att rusta för ett arbete		1
Att fastställa arbetsförmågan		0,82
Annat mål		0,43
	<b>n=675</b>	<b>n=640</b>

\*\*\*Signifikant på 1%-nivån \*\*Signifikant på 5%-nivån \*Signifikant på 10%-nivån

Anm. Den beroende variabeln i tabellen är *sannolikheten att resultatet är lyckat*. Oddskvoten anger om en viss kategori i den förklarande variabeln ökar eller minskar sannolikheten för att resultatet ska vara lyckat i jämförelse med referenskategori som antar värdet 1. Definitionen av *lyckat resultat* är att den försäkrade har fått sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning) utbetalt *högst* 30 nettodagar under de påföljande 180 dagarna efter att åtgärden har avslutats. Allt annat har betecknats som ett *icke lyckat resultat*. I analysen ingår bara ärenden där det fanns ett pågående sjukfall det datum som registrerats som beslutsdatum i Försäkringskassans register. Individer som uppbar sjukbidrag eller förtidspension vid tiden för beslut är därför inte inkluderade i analysen. Detta gäller även de fall där beslutsdatum registrerats felaktigt och därmed inte kommit att sammanfalla med ett sjukfall. Resultaten skiljer sig dock inte nämnvärt om man inkluderar alla individer och därmed utelämnar variabeln "sjukfallslängd" (redovisas ej). Analysen kontrollerar

även för ålder, kön, sysselsättning och diagnos. Tabellerna presenteras i sin helhet i bilaga 1 (tabell B1).

Norrland består av följande län: Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Västernorrland och Gävleborg. Svealand består av följande län: Uppsala, Dalarna, Västmanland, Örebro, Södermanland, Värmland. Götaland består av följande län: Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Gotland.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

Tabell 6 visar att tre omständigheter i handläggningen har signifikant betydelse för resultatet, nämligen förekomsten av en rehabplan, valet av åtgärd samt när i sjukfallet beslutet att köpa en aktiv åtgärd tas. Det framkommer också en signifikant effekt av region.

Det är tre gånger så stor sannolikhet att resultatet ska vara lyckat i ett ärende där det finns en rehabplan än i ett ärende där en sådan saknas. Å andra sidan är betydelsen av en upprättad rehabplan inte längre signifikant i modell 2, när man studerar enbart ärenden med ett dokumenterat mål. Detta beror förmodligen på att förekomst av rehabplan och dokumenterat mål hänger ihop. I 98 procent av de ärenden där det finns en rehabplan finns också ett dokumenterat mål (redovisas inte i tabell). Målet i sig har inte något signifikant samband med resultatet (se modell 2 i tabell 6). Kanske är det så att upprättandet av en rehabplan samt förekomsten av ett mål vittnar om att köpet är genomtänkt. Det kan också vara så att målet med åtgärden skulle visa sig ha signifikant betydelse om urvalet var större eller om resultatet hade studerats under en längre period. I föregående avsnitt konstaterades också att målet med åtgärden i stor utsträckning är kopplat till typ av åtgärd.

Av tabell 6 kan också utläsas att ju längre sjukfallet är desto mindre är sannolikheten för ett lyckat resultat. Detta överensstämmer med vad tidigare undersökningar visat.<sup>32</sup> Det är mindre än hälften så stor sannolikhet att resultatet ska vara lyckat när beslut om att köpa en aktiv åtgärd tas när ärendet är över två år i jämförelse med om beslutet tas inom sex månader.

Den mest avgörande faktorn är typ av åtgärd. Utbildning som rehabiliteringsåtgärd ökar chansen mer än sex gånger att resultatet ska vara lyckat i jämförelse med övriga aktiva åtgärder. Oddset är något lägre i den andra modellen, där alla har ett dokumenterat mål. En korstabell

---

<sup>32</sup> Hetzler m.fl. (2005); Hyberg (2002).

visar att av de ärenden där den försäkrade fick utbildning är 41 procent lyckade, medan motsvarande siffra för de övriga aktiva åtgärderna bara är 12 procent (redovisas ej). Tidigare studier har visat att utbildning är en åtgärd som i högre grad än andra åtgärder leder till ökad arbetsförmåga.<sup>33</sup> Enligt resultaten i denna studie används utbildning i högre grad för att rusta individen för ett arbete i jämförelse med övriga aktiva åtgärder. Skillnaden mellan utbildning och övriga aktiva åtgärder kvarstår dock trots att variabeln mål inkluderas i analysen (se modell 2 i tabell 6). De som fått utbildning kan naturligtvis skilja sig systematiskt från övriga undersökningsspersoner på flera sätt. Problemet med selektionseffekter kan finnas i denna studie, liksom i andra där resultatet av rehabiliteringsåtgärder studeras.

Ambitionen var också att analysera betydelsen av att det finns ett dokumenterat mål. Detta var emellertid inte möjligt eftersom det inte fanns ett enda fall som både saknade dokumenterat mål och som kunde betecknas som lyckat! Detta fynd är intressant nog och antyder att den här variabeln förmodligen har stor betydelse (resultaten redovisas i bilaga 1, tabell B2).

I tabell 6 kan också utläsas att ett ärende som är handlagt i Skåne eller Västra Götaland har mer än dubbelt så stor sannolikhet att vara lyckat efter avslutad åtgärd i jämförelse med ett ärende från Götaland. Detta trots att aktiva tjänster i större utsträckning används för att fastställa arbetsförmågan i Skåne i jämförelse med andra regioner (se diagram 4).

## 2.4 Leder aktiv rehabilitering till utökad arbetsförmåga på längre sikt?

Efter att ett beslut fattats på Försäkringskassan att köpa en aktiv åtgärd förflyter en viss period fram till att åtgärden kan påbörjas. Därefter följer själva åtgärden. Eftersom den försäkrade är kvar i sjukskrivningen fram till beslut och under åtgärden kan man säga att åtgärden fungerar inlåsande i sjukskrivningen. Detta är priset för att åtgärden på sikt ska minska sjukfrånvaron eller risken för återinsjuknande. För att legitimera den kortsiktigt ökade kostnaden bör alltså åtgärden på sikt ha önskvärd effekt.

---

<sup>33</sup> Se exempelvis Bergendorff m.fl. (1997).

Ett syfte i den här studien är att belysa de här två aspekterna av en rehabiliteringsåtgärd. Detta görs genom att studera undersökningsgruppen i förhållande till två jämförelsegrupper som bildats för detta syfte. Vad som undersöks är antalet nettodagar med sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning) under två mätperioder: Dels från tidpunkten för Försäkringskassans beslut att köpa en aktiv åtgärd till och med 2004-12-31, dels från tidpunkten för avslutad åtgärd till och med 2004-12-31. Jämförelsegrupperna studeras under motsvarande mätperioder. Tabellerna som visar resultatet redovisas i bilaga 1 (tabell B3 och B4).

Tabell B3 visar vad som händer efter att beslutet fattats på Försäkringskassan. Här kan alltså konstateras att den grupp som fått utbildning har signifikant färre dagar med sjukförmån under mätperioden än jämförelsegruppen. Vad gäller gruppen som fick en övrig aktiv åtgärd visar det sig att dessa har signifikant fler dagar med sjukförmån under mätperioden. Detta skulle kunna vara ett utslag av inlåsningseffekten.

Vad händer då i de olika grupperna efter att rehabiliteringsåtgärden har avslutats? Det är ju här de positiva resultaten av åtgärden förväntas visa sig. I tabell B4 kan man se att för den grupp som fått utbildning blir skillnaden i förhållande till jämförelsegruppen nu ännu tydligare. Det föreligger dock ingen signifikant skillnad mellan jämförelsegruppen och den grupp som fått en övrig aktiv åtgärd.

Om man predicerar ett värde för en person med genomsnittliga värden på alla de variabler som ingår i regressionsanalysen ges en bild av vad detta innebär i praktiken. En sådan skattning redovisas i tabell 7. Resultaten kan tolkas som att deltagande i utbildning minskar antalet ersatta dagar med 28 procent från det att Försäkringskassan fattar beslutet och med 42 procent från avslutad åtgärd – i jämförelse med att inte få någon åtgärd överhuvudtaget. Ett deltagande i en övrig aktiv åtgärd förlänger däremot sjukskrivningen med 6 procent initialt och ger ingen signifikant skillnad efter avslutad åtgärd i förhållande till att inte få någon åtgärd överhuvudtaget. Med andra ord verkar utbildning som rehabiliteringsåtgärd leda till utökad arbetsförmåga även när hänsyn tas till att åtgärden låser in individen i sjukskrivning initialt. De övriga aktiva åtgärderna uppvisar en inlåsningseffekt som inte betalas igen genom utökad arbetsförmåga efter att åtgärden avslutats.

**Tabell 7 Skattat antal nettodagar med sjukförmån till och med 2004-12-31**

	Från tidpunkt för beslut på Försäkringskassan	Skillnad i förhållande till jämförelsegruppen
Jämförelsegrupp 1*	856	
Undersökningsgrupp som har fått utbildning	619	-28 %
Undersökningsgrupp som har fått en övriga aktiv åtgärd	908	6 %
	Från tidpunkt för avslutad åtgärd	Skillnad i förhållande till jämförelsegruppen
Jämförelsegrupp 2**	765	
Undersökningsgrupp som har fått utbildning	444	-42 %
Undersökningsgrupp som har fått en övriga aktiv åtgärd	749	Skillnaden är inte signifikant

Anm. Undersökningsgruppen utgörs av 698 individer för vilka Försäkringskassan fattat ett beslut att köpa en aktiv åtgärd (utbildning eller en övriga aktiv åtgärd) år 2001. De predicerade värdena baseras på regressionsanalyser som presenteras i bilaga 1 (tabell B3 och B4). Dessa värden utgår från en person med genomsnittliga värden på alla de variabler som ingår i regressionsanalysen.

\*Jämförelsegrupp 1 utgörs av 144 976 individer som hämtats ur Försäkringskassans sjukfallsregister och överensstämmer med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd. De predicerade värdena baseras på regressionsanalyser som presenteras i bilaga 1 (tabell B3). Dessa värden utgår från en person med genomsnittliga värden på alla de variabler som ingår i regressionsanalysen.

\*\*Jämförelsegrupp 2 utgörs av 124 169 individer som hämtats ur Försäkringskassans sjukfallsregister och överensstämmer med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd. De predicerade värdena baseras på regressionsanalyser som presenteras i bilaga 1 (tabell B4). Dessa värden utgår från en person med genomsnittliga värden på alla de variabler som ingår i regressionsanalysen.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

Denna mer långsiktiga analys ger alltså stöd för den föregående analysen som visade att utbildning som rehabiliteringsåtgärd är överlägset övriga aktiva åtgärder. I den föregående analysen kontrollerades även för en rad väsentliga variabler som skulle kunna ha inverkan på resultatet (se tabell B1). För att ovanstående slutsatser på allvar ska kunna bekräftas (eller förkastas) är det emellertid nödvändigt med en experimentell studie. Eftersom det här inte är den första undersökning som indikerar att rehabilitering inte alltid har önskvärd effekt måste det betraktas som en högst angelägen uppgift.

### 3 Sammanfattande diskussion

Ett syfte med den här studien var att undersöka i vilken utsträckning aktiva åtgärder leder till utökad arbetsförmåga för den försäkrade. Som poängterats måste man vara försiktig med att dra långtgående slutsatser av studier där man inte kunnat kontrollera för olika typer av selektionseffekter. I denna undersökning har dock inte jämförelser gjorts rakt av mellan de som får rehabilitering och de som inte får rehabilitering. De grupper som här har jämförts har varit lika med avseende på kön, ålder och sjukfallslängd. Däremot saknas information om exempelvis den försäkrades egen motivation, en faktor som förmodligen har stor betydelse för utfallet.

Sammanfattningsvis tyder denna studie på att utbildning är en rehabiliteringsåtgärd som leder till utökad arbetsförmåga både på kort och på lång sikt. Däremot finns ingen indikation på att de övriga aktiva åtgärderna (exempelvis arbetsträning, aktivering och motivationshöjande åtgärder) förbättrar arbetsförmågan alls.

I studien har två aspekter av en rehabiliteringsåtgärd studerats: Dels inläsningseffekten i avvaktan på och under åtgärden, dels den avsedda effekten, det som händer *efter* att åtgärden avslutats. Utbildning uppvisar en signifikant positiv effekt på arbetsförmågan i jämförelse med att inte få någon åtgärd överhuvudtaget även när hänsyn tas till att åtgärden i sig låser in individen i sjukskrivning. Den positiva effekten blir än mer påtaglig när man studerar vad om händer efter att utbildningen är avslutad. De övriga aktiva åtgärderna däremot har en tydlig inläsningseffekt utan att detta kompenseras med utökad arbetsförmåga efter avslutad åtgärd.

Studien visar vidare att det finns ett dokumenterat mål med köpet och en rehabplan upprättad i samband med köpet i en majoritet av de undersökta fallen. Det visar sig också finnas ett samband mellan upprättad rehabplan och ett lyckat resultat av åtgärden. Anmärkningsvärt var att de aktiva åtgärderna endast i 61 procent syftade till att rusta den försäkrade för ett arbete. I 27 procent av de undersökta ärendena var avsikten att fastställa arbetsförmågan och i 7 procent var syftet ökat välmående eller stärkt självkänsla för den försäkrade. I det här avseendet var skillnaden mellan utbildning och övriga aktiva åtgärder påfallande. Nästan alla ärenden med utbildning som rehabiliteringsåtgärd

gärd syftade till att rusta individen för arbete medan de övriga åtgärderna i 45 procent av fallen fyllde någon annan funktion. Detta kan betyda att Försäkringskassan ofta använder aktiva åtgärder för behov som borde fyllas av sjukvården, exempelvis genom utredningar och psykoterapi. Åtgärdernas olika användningsområden kan vara en förklaring till att utbildning hade bättre resultat än övriga aktiva åtgärder. Detta kan dock inte förklara skillnaden fullt ut eftersom utbildning i den kortsiktiga mätningen visade bättre resultat även när variabeln mål hölls konstant.

Kan de nedslående resultaten i denna studie bero på att Försäkringskassan inte lyckas identifiera sjukskrivna med rehabiliteringspotential? Det finns två invändningar mot en sådan slutsats: För det första verkar det inte rimligt att Försäkringskassans handläggare ständigt gör felbedömningar beträffande vilka som får exempelvis arbetsträning när de tämligen ofta träffar rätt ifråga om vilka som ska få utbildning. Det verkar också osannolikt att handläggarna i allmänhet väljer ut kandidater till rehabilitering som är för sjuka. Rimligtvis borde missbedömningen lika ofta vara åt andra hållet, det vill säga man väljer ut individer som egentligen är för friska för att vara i behov av en rehabiliteringsåtgärd. Felbedömningarna skulle i så fall jämna ut sig och därmed inte märkas i en sådan här studie.

Resultaten pekar på behovet av att genomföra randomiserade studier av de aktiva rehabiliteringsåtgärderna. Det är inte tillfredsställande att det finns en misstanke om att de resurser som satsas på rehabiliteringsåtgärder inte har önskvärd effekt. Det måste också finnas möjligheter att följa upp Försäkringskassans köp av aktiva åtgärder på producentnivå eftersom det kan finnas stora skillnader i kvalitet mellan de olika rehabiliteringsprogrammen. För att detta ska vara möjligt måste också innehållet i de aktiva åtgärderna förtydligas.

Det framkom att Försäkringskassan fattar beslut att köpa en aktiv åtgärd sent i sjukfallet (i genomsnitt efter 470 dagars sjukskrivning). Enligt resultaten minskar chansen att åtgärden skall leda till ökad arbetsförmåga signifikant när beslutet att köpa en aktiv åtgärd tas efter två års sjukskrivning i jämförelse med de fall där beslutet fattas inom ett halvårs sjukskrivning. Detta samband är emellertid svårt att dra slutsatser av. Det är ovisst hur en tidigarelagd åtgärd hade utfallit i de ärenden där Försäkringskassan valde att påbörja rehabilitering sent.



Även om det ofta framhålls att rehabiliteringsåtgärder ska sättas in tidigt i sjukfallet är tidigare forskningsresultat inte entydiga på den punkten.

Sammanfattningsvis finns en stor osäkerhet kring både innehåll och kvalitet i de aktiva åtgärder som Försäkringskassan köper. En slutsats av denna studie är dock att större resurser bör satsas på utbildning som rehabiliteringsåtgärd.

Slutligen kunde en del regionala skillnader noteras i studien. Skåne utmärker sig exempelvis ifråga om att i hög utsträckning använda aktiva åtgärder för att pröva arbetsförmågan i stället för att rusta individen för ett arbete. Ingenting i datamaterialet tydde dock på att denna omständighet skulle vara förknippad med ett sämre rehabiliteringsresultat. Detta väcker frågor om handläggarens roll i förhållande till resultatet av ohälsarbetet. Att djupare studera de regionala skillnader som finns i landet kan öka kunskapen på detta område.

# Referenser

Arvidsson, M. (2002), PM: Samordningsuppdraget – definition av SFA:s roll och ansvar i relation till övriga aktörer, Delprojekt 4 inom Prohälsa (2002-10-08). Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Bengtsson, P., Björklund, G. (1998), Återskapad arbetsförmåga – Rehab – Betydelsen av arbetslivsinriktad rehabilitering för långtids-sjukskrivning, RFV Informerar 1998:3. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Bergendorff m.fl. (1997), Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering och köp av tjänst, i Marklund, S. (red.) (1997), Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige, RFV Redovisar 1997:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Edlund, T. (1994), Utvärdering av försäkringskassornas köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster, RFV Redovisar 1994:9. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Eklund, M., Lidwall, U., Marklund, S. (2005), Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? I Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E. & Theorell, T. Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Frölich, F., Heshmati, A., Lechner, M. (2004), A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden. *Journal of Applied Econometrics* 19: 375–396.

Försäkringskassan (2005), Sjukförsäkring och rehabilitering, Vägledning 2004:2, version 2. Försäkringskassan, Stockholm.

Hetzler, A., Melén, D., Bjerstedt, D. (2005), Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden. B. Östlings bokförlag Symposion, Eslöv.

Hyberg, B. (2002), Med – eller motgång vid rehabiliteringsköp – En studie av framgångsfaktorer och hinder vid köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster vid Försäkringskassan Stockholms län. Försäkringskassan Stockholms län, Stockholm.

Jonsson, R. (2001), Faktorer som är väsentliga vid arbetslivsinriktad rehabilitering samt deras prognosvärde – En studie av Västra Götalands-populationen 1994–1996. Statistiska institutionen, Göteborgs universitet, Göteborg.

Khaledi, B., Runnerstedt, J., Ståhl, J., Tollin, P. & Ujiji, E., (2005), Redovisar 2005:5, Försäkringskassans metodundersökning 2004. Bakgrund och metod. Försäkringskassan, Stockholm.

Lidwall, U. (2002), Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke och återgång i arbete, RFV Redovisar 2002:3. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Regeringens proposition 1989/90:62, Om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet mm. Socialdepartementet, Stockholm.

Regleringsbrev för budgetåret 2002 avseende Riksförsäkringsverket.

Regleringsbrev för 2005 avseende Försäkringskassan.

Riksrevisionen, (2004), Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering, RiR 2004:21. Riksrevisionen, Stockholm.

Socialförsäkringen, årsredovisning för budgetåret 2003. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Socialförsäkringen, årsredovisning för budgetåret 2004. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

### **Övriga källor:**

Försäkringskassans databas Store

<http://sadb1n2/FK01/sam.nsf/Sam?OpenFrameSet> (2005-06-22)  
(Handläggargrunden SaM på Försäkringskassans intranät i Skåne och Stockholm)

# Bilaga 1

**Tabell B1 Sannolikheten att resultatet av den aktiva rehabiliterings-  
åtgärden är lyckat med hänsyn till olika faktorer i ärendet.  
Oddsquoter**

	Modell 1	Modell 2
	Oddsquoter	Oddsquoter
<b>Rehabplan upprättad i samband med köp</b>		
Ja	2,95**	1,94
Nej	1	1
<b>Typ av åtgärd</b>		
Utbildning	6,11***	5,46***
Övriga aktiva åtgärder	1	1
<b>Region</b>		
Stockholm	1,54	1,65
Västra Götaland	2,51**	2,51**
Skåne	2,31**	2,74**
Götaland	1	1
Svealand	1,24	1,34
Norrland	1,15	1,19
<b>Sjukfallets längd vid beslut</b>		
≤ 6 månader	1	1
7–12 månader	0,75	0,77
13–24 månader	0,59	0,62
≥ 25 månader	0,4**	0,44**
<b>Målet med åtgärden</b>		
Att rusta för ett arbete		1
Att fastställa arbetsförmågan		0,82
Annat mål		0,43

	Modell 1	Modell 2
	Oddsquoter	Oddsquoter
<b>Diagnos</b>		
<i>Besvär i nacke, axlar, skuldror och/eller armar</i>		
Ja	0,61	0,61
Nej	1	1
<i>Ryggbesvär</i>		
Ja	0,77	0,77
Nej	1	1
<i>Ledbesvär</i>		
Ja	0,39	0,36*
Nej	1	1
<i>Värk (t ex fibromyalgi)</i>		
Ja	0,2**	0,19**
Nej	1	1
<i>Psykiska besvär</i>		
Ja	0,9	0,92
Nej	1	1
<i>Utmattningsdepression/utbrändhet/stress</i>		
Ja	0,97	1,15
Nej	1	1
<i>Övriga diagnoser</i>		
Ja	1,27	1,3
Nej	1	1
<b>Kön</b>		
Man	1	1
Kvinna	0,6**	0,58**
<b>Ålder</b>		
19–29 år	1	1
30–44 år	1,03	1,07
45–54 år	0,89	0,87
55–62 år	0,58	0,6
<b>Sysselsättning</b>		
Arbetslös	0,38***	0,4**
Anställd	1	1
Egen företagare	1,07	1,24
Annat (skyddat arbete/uppgift saknas)	2,3	5,23
	<b>n=675</b>	<b>n=640</b>

\*\*\*Signifikant på 1 %-nivån \*\*Signifikant på 5 %-nivån \*Signifikant på 10 %-nivån

Anm. Den beroende variabeln i tabellen är *sannolikheten att resultatet är lyckat*. Oddskvoten anger om en viss kategori i den förklarande variabeln ökar eller minskar sannolikheten för att resultatet ska vara lyckat i jämförelse med referenskategori som antar värdet 1. Definitionen av *lyckat resultat* är att den försäkrade har fått sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning) utbetalt *högst* 30 nettodagar under de påföljande 180 dagarna efter att åtgärden har avslutats. Allt annat har betecknats som ett *icke lyckat resultat*.

Norrland består av följande län: Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Västernorrland och Gävleborg. Svealand består av följande län: Uppsala, Dalarna, Västmanland, Örebro, Södermanland, Värmland. Götaland består av följande län: Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Gotland.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

**Tabell B2 Resultat av åtgärden med avseende på om det finns ett dokumenterat mål med åtgärden. Andel ärenden**

	Dokumenterat mål med rehabiliteringsåtgärden finns	Dokumenterat mål med rehabiliteringsåtgärden saknas
Lyckat resultat av rehabiliteringsåtgärden	17	0
Ej lyckat resultat av rehabiliteringsåtgärden	83	100

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

## Regressionsanalys med OLS (Ordinary least square)

Kommande tabeller visar resultat av regressionsanalyser genomförda med OLS-metoden. Denna kan användas när man vill studera orsaks-samband där den beroende variabeln är kontinuerlig. Resultaten redovisas här i form av koefficienter. Dessa visar hur mycket den beroende variabeln förändras när den förklarande variabeln ökar med en enhet, samtidigt som övriga förklarande variabler som ingår i analysen konstanthålls. Referenskategori i den förklarande variabeln är den kategori som övriga kategorier jämförs med.

**Tabell B3 Betydelsen av att ha genomgått en aktiv åtgärd för antal dagar med sjukförmån (efter att Försäkringskassan fattat beslut). Koefficienter**

	Koefficienter	
Intercept	629	***
<b>Rehabiliteringsåtgärd</b>		
Utbildning	-237	***
Övriga aktiva åtgärder	52	***
Jämförelsegrupp (ingen rehabilitering)	Referenskategori	
<b>Beslutsmånad år 2001</b>		
Januari	Referenskategori	
Februari	-35	
Mars	-46	
April	-35	
Maj	-61	
Juni	-67	
Juli	-89	*
Augusti	-98	**
September	-168	***
Oktober	-160	***
November	-230	***
December	-214	***
<b>Ålder i december 2004 (23-65)</b>	6,5	***
<b>Förtidspension/sjukbidrag vid beslut</b>		
Ja	363	***
Nej	Referenskategori	
R <sup>2</sup>	0,16	

\*\*\*Signifikant på 1 %-nivån \*\*Signifikant på 5 %-nivån \*Signifikant på 10 %-nivån

Anm. Undersökningsgruppen (de som fått utbildning eller en övrig aktiv åtgärd) utgörs i denna analys av 698 individer för vilka Försäkringskassan fattat ett beslut att köpa en aktiv åtgärd år 2001. Jämförelsegruppen utgörs av 144 976 individer som hämtats ur Försäkringskassans sjukfallsregister och överensstämmer med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd. Den beroende variabeln är antalet utbetalda nettodagar med sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning) från och med tidpunkten för Försäkringskassans beslut att köpa en aktiv tjänst till och med 2004-12-31. Mätperioden är densamma för jämförelsegruppen. En modell som även inkluderar variablerna region och kön ger inga andra signifikanta resultat än denna modell.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004

**Tabell B4 Betydelsen av att ha genomgått en aktiv åtgärd för antal dagar med sjukförmån (efter avslutad åtgärd). Koefficienter**

	Koefficienter	
Intercept	530	***
<b>Rehabiliteringsåtgärd</b>		
Utbildning	-321	***
Övriga aktiva åtgärder	-16	
Jämförelsegrupp	Referenskategori	
<b>Rehabiliteringsåtgärden avslutad</b>		
År 2001	Referenskategori	
År 2002	-163	***
År 2003	-499	***
<b>Kön</b>		
Kvinna	Referenskategori	
Man	-40	**
<b>Ålder i december 2004 (23–65)</b>	6,6	***
<b>Förtidspension/sjukbidrag vid beslut</b>		
Ja	349	***
Nej	Referenskategori	
R <sup>2</sup>	0,22	

\*\*\*Signifikant på 1 %-nivån \*\*Signifikant på 5 %-nivån \*Signifikant på 10 %-nivån

Anm. Undersökningsgruppen (de som fått utbildning eller en övrig aktiv åtgärd) utgörs i denna analys av 698 individer för vilka Försäkringskassan fattat ett beslut att köpa en aktiv åtgärd år 2001. Jämförelsegruppen utgörs av 124 169 individer som hämtats ur Försäkringskassans sjukfallsregister och överensstämmer med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd. Den beroende variabeln är antalet utbetalda nettodagar med sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning) från och med tidpunkten för avslutad rehabiliteringsåtgärd till och med 2004-12-31. Mätperioden är densamma för jämförelsegruppen. En modell som även inkluderar variabeln region ger inga andra signifikanta resultat än denna modell.

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004



# Bilaga 2

## Jämförelsegrupperna och undersökningsgruppen

I syfte att studera utfallet av de aktiva åtgärderna skapades två jämförelsegrupper till undersökningsgruppen (de ärenden där ett beslut om aktiv tjänst fattats). Ur Försäkringskassans sjukfallsregister drogs sålunda ett urval om ärenden som överensstämde med undersökningsgruppen ifråga om kön, ålder, och sjukfallslängd (överensstämmelsen gällde på individuell nivå). Vissa individer i jämförelsegruppen kan också ha genomgått aktiv rehabilitering. Skillnaden mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen är att samtliga individer i den förstnämnda gruppen har genomgått en aktiv rehabiliteringsåtgärd medan den sistnämnda består av sjukskrivna där vissa förmodligen har genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering och andra inte.

Matchningen beträffande sjukfallslängd gick till på följande sätt: För att komma med i den första jämförelsegruppen var kravet att individen påbörjade sitt sjukfall samtidigt som "tvillingen" i undersökningsgruppen påbörjade sitt sjukfall (+/-15 dagar) samt att sjukfallet fortfarande pågick vid tidpunkten när undersökningspersonen *fick ett beslut* om en aktiv tjänst på Försäkringskassan. När det gällde urvalet till den andra jämförelsegruppen var kravet att jämförelsepersonen påbörjade sitt sjukfall samtidigt som undersökningspersonen (+/-15 dagar) samt att sjukfallet fortfarande pågick när den aktiva åtgärden för undersökningspersonen *avslutades*. För att undvika snedvridning på grund av extremfall fick samtliga individer som uppfyllde villkoren ingå i de två jämförelsegrupperna, vilket alltså innebär att varje undersökningsperson har flera "tvillingar" i respektive jämförelsegrupp. De 36 undersökningspersoner som uppbar sjukbidrag eller förtidspension vid tidpunkten för beslut fick i stället en "tvilling" med denna förmån. Den första jämförelsegruppen består av 144 976 individer och den andra av 124 169 individer.

Undersökningsgruppen och de två jämförelsegrupperna har sedan jämförts med varandra ifråga om utbetald sjukförmån (sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjuk- eller aktivitetsersättning) under en given mätperiod. I det första fallet omfattar mätperioden tidpunkten från det att undersökningspersonen fått ett beslut om en aktiv rehabiliteringsåtgärd till och med 2004-12-31. Mätperioden i det andra fallet är från och med avslutad åtgärd till och med 2004-12-31.

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2005:

- 2005:1 Råd att umgås – en analys av umgängesavdrag inom underhållsstödet
- 2005:2 I gemenskapen – Rapport från forskarseminarium i Umeå 26–27 januari 2005
- 2005:3 Utbetalning av familjeförmåner med stöd av EG-lagstiftningen under 2004
- 2005:4 Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur
- 2005:5 Sjukskriven i onödan?
- 2005:6 Alltjämt ojämnt. Hur kvinnor och män nyttjar socialförsäkringen
- 2005:7 Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomi vid föräldraledighet
- 2005:8 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2003–2006
- 2005:9 Merutgifter i handikappersättningen
- 2005:10 Leder misstänkt fusk till åtal? En studie av polisanmälda ärenden från försäkringskassorna
- 2005:11 Aktiviteter. Ett steg i rätt riktning
- 2005:12 Att samordna aktiviteter. Intervjuer med handläggare
- 2005:13 Aktiv med förhinder. Intervjuer med unga personer som har aktivitetsersättning
- 2005:14 På egna ben – betalning av barnets underhåll direkt mellan föräldrarna
- 2005:15 Särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassans metodundersökning 2004

- 2005:16 Ettårsbedömning. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:17 Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:18 Avstämningsmöte. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:19 Förkorta sjukperioden. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:20 Flöden till och från sjukbidrag, förtidspension och aktivitets- och sjukersättning
- 2005:21 Köp av aktiva tjänster – mål och resultat
- 2005:22 Att arbeta med köp av aktiva tjänster. Försäkringskassans metodundersökning 2004
- 2005:23 Försäkringskassans metodundersökning 2004 – en sammanfattning av åtta studier

## Köp av aktiva tjänster – mål och resultat

Den försäkrades vardagsliv påverkas i hög grad av Försäkringskassans insatser och åtgärder. Inom ohälsområdet har satsningar gjorts för att professionalisera Försäkringskassans arbete. Ett antal metoder och aktiviteter har tagits fram för att åstadkomma detta. Syftet är att minska sjukskrivningarna, öka rättssäkerheten för individen samt utjämna regionala skillnader i tillämpningen av sjukförsäkringen. Föreliggande rapport är en del av arbetet med att utvärdera dessa insatser.

I denna rapport studeras Försäkringskassans köp av aktiva tjänster. Arbetsträning och utbildning är exempel på aktiva åtgärder som Försäkringskassan kan köpa för att en sjukskriven ska kunna återfå arbetsförmågan. Utvärderingen baseras på studier av akter och sjukfallsregister. Resultaten tyder på att utbildning som rehabiliteringsåtgärd ökar arbetsförmågan för den försäkrade. Däremot tyder inte resultaten på att övriga aktiva åtgärder ökar arbetsförmågan i jämförelse med att inte få någon rehabiliteringsåtgärd överhuvudtaget. Vidare visar undersökningen att utbildning i allmänhet syftar till att rusta den försäkrade för ett arbete medan övriga aktiva åtgärder nästan i hälften av de undersökta fallen används för andra syften.