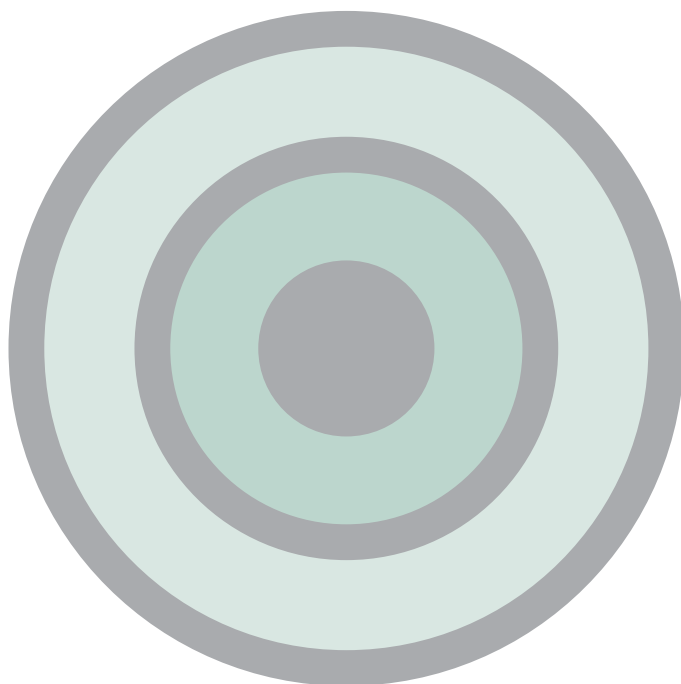


# ANALYSERAR

2006:10



Försäkringskassan och  
arbetslivsinriktad rehabilitering

– aktiva åtgärder och återgång i arbete



**Försäkringskassan**

Utgivare Försäkringsdivisionen  
Enheten för utvärdering

Uppllysningar Ulrik Lidwall  
08-786 9726  
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Beställning E-post: forsakringskassan@ontime.se  
Telefon: 08-556 799 29, On Time  
Internet: www.forsakringskassan.se

Tryck Lenanders Grafiska AB, 2006

# Förord

Försäkringskassan genomför återkommande studier om Långvariga Sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering sedan år 2000 (LS-undersökningen). De kraftigt ökande sjukskrivningarna i slutet av 1990-talet har visat på behovet av att kontinuerligt undersöka långvariga sjukskrivningar och åtgärder för att underlätta återgång i arbete. Ökade kunskaper om arbetslivsinriktad rehabilitering är en viktig del i arbetet med att minska frånvaron i arbetslivet på grund av sjukdom och arbetsoförmåga. Bland annat behövs nya analyser på rikstäckande material av vilka som blir föremål för aktiva åtgärder i rehabiliterande syfte och resultatet av dessa åtgärder. Eftersom randomiserade studier inte genomförs inom området är det också angeläget att utveckla alternativet att med statistiska metoder analysera resultatet av rehabiliteringsåtgärderna. Studien är också ett försök att utveckla den statistiska analysen i detta avseende.

Ulrik Lidwall har genomfört analysen och författat rapporten. Sten Olsson har dragit urval och tagit fram registeruppgifter. Inom länsorganisationen har dessutom kontaktpersoner i varje län liksom ett stort antal enskilda handläggare utfört ovärderliga arbetsinsatser vid insamlingen av datamaterialet.

Stockholm i maj 2006

Britt-Marie Anderson  
Tf chef för enheten för utvärdering

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
English summary.....	8
<b>Inledning</b> .....	<b>10</b>
Datamaterial.....	13
Analysmetod .....	16
<b>Vilka får aktiva åtgärder?</b> .....	<b>19</b>
Demografi och arbetsmarknad.....	20
Medicinska faktorer .....	23
Variationer över tid och rum.....	28
Sammanfattning och avslutande kommentar .....	32
<b>Vilka blir arbetsföra?</b> .....	<b>34</b>
Demografi och arbetsmarknad.....	35
Medicinska faktorer .....	37
Sammanfattning och avslutande kommentar .....	45
<b>Aktiva åtgärder och återgång i arbete</b> .....	<b>47</b>
Sammanfattning och avslutande kommentar .....	57
<b>Referenser</b> .....	<b>60</b>

# Sammanfattning

Arbetslivsinriktad rehabilitering har skett enligt nuvarande ordning under ett och halvt decennium men kunskaperna om denna verksamhet är fortfarande begränsade. Antalet genomförda studier av förekomsten av aktiva arbetslivsinriktade åtgärder och deras betydelse för återgång är också lätträknade. Slutsatserna om resultaten av åtgärderna i de studier som genomförts har varierat från försiktigt positiva till obefintliga eller till och med negativa. Det finns i dag få som skulle hävda att arbetslivsinriktad rehabilitering är en succéartad verksamhet, men den mycket dystra bilden av verksamheten som emellanåt förs fram behöver nyanseras.

Syftet med denna rapport är att ingående analysera vilka långvarigt sjukskrivna som får aktiva rehabiliteringsåtgärder och vilken betydelse det har för återgång i arbete. Undersökningen omfattar:

- Sjukskrivningar som varat i 60 dagar eller längre
- Sjukskrivningar påbörjade i början av åren 1999, 2001 och 2003
- Aktiva åtgärder som samordnas av Försäkringskassan och påbörjats inom sjukskrivningens 13 första månader

De förklaringsfaktorer som används i analysen är registerbaserade uppgifter eller uppgifter som finns tillgängliga i Försäkringskassans akter. Tyvärr saknas det i datamaterialet ytterligare uppgifter från de sjukskrivna individerna själva för att möjliggöra starkare slutsatser om mekanismerna bakom exempelvis återgång i arbete. Dock är det en styrka i denna studie att bortfallet är mycket begränsat vilket gör att resultaten kan generaliseras till hela gruppen långvarigt sjukskrivna.

Studien visar på ett antal *faktorer som ökar sannolikheten att en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd påbörjas* i en långvarig sjukskrivning. Påbörjad aktiv åtgärd är mer sannolik om individen: är yngre än 55 år; är född i Sverige; är anställd; är sjukskriven för psykisk sjukdom eller för en sjukdom i rörelseorganen; är sjukskriven av en före-

tagsläkare; är sjukskriven på heltid; är missbrukare av alkohol, läkemedel etc.; inte väntar på medicinsk åtgärd; eller är bosatt i Jönköpings län.

Faktorer som *ökar sannolikheten för återgång i arbete* är om den långvarigt sjukskrivne: är man; är yngre än 55 år och helst under 40 år; är född i Sverige; är anställd eller egen företagare; är sjukskriven för sjukdom i andningsorganen, matsmältningsorganen eller för skador och förgiftningar; är sjukskriven på heltid; inte har en tidigare långvarig sjukskrivning; inte missbrukar alkohol, läkemedel etc. och inte väntar på en medicinsk åtgärd. Andra faktorer än de som här analyserats kan naturligtvis ha betydelse både för om arbetslivsriktade åtgärder påbörjas och om återgång i arbete sker. Särskild bör lyftas fram individens egen motivation och drivkraft.

När det gäller **resultatet av aktiva rehabiliteringsåtgärder** visar studien att:

- *Aktiv åtgärd ökade återgången i arbete* med i genomsnitt 8 procent för de undersökta åren.
- Återgången i arbete efter aktiv åtgärd är störst för åtgärden arbets träning; för män; för yngre samt för yngre som får utbildningsinsatser
- Resultaten från studien visar tillsammans med resultat från både tidigare och senare studier att *utbildningsinsatser* för långvarigt sjukskrivna ökar återgången i arbete
- *De aktiva åtgärderna har minskat över tid liksom de positiva resultaten* av aktiva åtgärder. År 2003 var sannolikheten att få åtgärd 30 procent lägre än 1999. Samtidigt ökade återgången i arbete efter aktiv åtgärd med 20 procent för sjukskrivningar påbörjade 1999 men var knappt mätbar under 2001 och 2003

Selektionseffekter är alltid ett potentiellt problem i icke-randomiserade studier. Det innebär att resultaten av olika interventioner eller åtgärder kan bero på icke-observerbara skillnader mellan de som blir föremål för åtgärd och de som inte blir det eftersom urvalet till åtgärd inte sker slumpmässigt. I studien tas dock hänsyn till en mängd relevanta förhållanden relaterade till hälsa och arbete. Betydelsen av eventuella selektionseffekter ska därför inte överdrivas.

Det kan konstateras att flera av de negativa resultat som tidigare presenterats av arbetslivsinriktad rehabilitering inte varit rättvisande. Med reservation för möjliga selektionseffekter visar den analys som här genomförts att aktiva arbetslivsinriktade åtgärder ökar återgången i arbete bland långvarigt sjukskrivna.

I dag har Försäkringskassans arbete med sjukskrivningar alltmer inriktats mot tidig kartläggning av rehabiliteringsbehov och bedömning av rätten till ersättning och ersättningens omfattning. Det är viktiga verktyg för att minska antalet långvariga sjukskrivningar och för att minska sjukskrivningarnas längd. Dock finns det alltid en risk att mer aktiva åtgärder får stå tillbaka när fokus i handläggningen förskjuts mot tidiga insatser. Det är framledes viktigt att också kraftfullt satsa på aktiva rehabiliteringsåtgärder eftersom de har positiva effekter på återgång i arbete.

## English summary

### *Active vocational rehabilitation measures and return to work*

In Sweden the main responsibility for the rehabilitation of sickness absent employees lies with the employer. The Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan, SSIA) has the responsibility to coordinate all necessary interventions aiming at return to work of persons receiving sickness cash benefit. The aim of this study is to analyse the selection of individuals to vocational rehabilitation measures (VR) and its effects on return to work (RTW). The data used in the study cover the years 1999, 2001 and 2003 and refer to sickness absence cases with duration of 60 days or more. VR refers to measures coordinated by the SSIA and initiated within the first 13 months of the sickness absence period.

The study has identified several factors that *increase the onset of VR*, which is more likely if the individual is:

- younger than 55 years;
- born in Sweden;
- employed;
- sick listed due to mental disorders or diseases in the musculoskeletal system;
- sick listed by a company doctor;
- full-time sick listed;
- abusing alcohol etc.;
- not on the waiting list for medical treatment; and,
- resident in the county of Jönköping.

Factors that have been found to *increase RTW* are if the individual is:

- a man;
- younger than 55 years and preferably younger than 40 years;
- born in Sweden;
- employed or self-employed;
- sick listed due to injury, or disorders in the respiratory- or digestive system;



- full-time sick listed and has no previous long-term sickness absence period;
- not abusing alcohol etc.; and,
- not on the waiting list for medical treatment.

Other factors such as working conditions, motivation and personal resources of the sick listed individual may be of importance for the onset of VR as well as RTW. However, these were not investigated in the present study.

The study also shows that:

- The *effect of VR on RTW is positive* and increases RTW with 8 percent.
- The positive effects on RTW are strongest for measures such as work training and vocational education; and for men and younger people in general.
- VR has decreased over time as have the positive results from such measures. In 2003 the probability of beginning VR was 30 percent lower than in 1999. At the same time the effect of VR on RTW was 20 percent for sickness absence periods started in 1999 but were barely measurable in 2001 and 2003.

Selection effects are always a potential problem in non-randomised studies. However, several potentially influential factors have been considered and controlled for in this study. Therefore, the impact of selection effects should not be exaggerated. However, in order to draw more precise conclusions regarding the effects of VR randomised studies need to be conducted.

The conclusion drawn from the study is that active vocational rehabilitation measures coordinated by the Social Insurance Office increase the return to work. In recent years, the strategy in the administration of sickness insurance has been altered to carry out early assessments of the need for rehabilitations measures, entitlement to benefits and part time sick listing. These changes are important tools in reducing sickness absence and the length of the absence periods. However, it is equally important to make powerful investments in active vocational rehabilitation measures since they have a positive impact on RTW.

# Inledning

Arbetslivsinriktad rehabilitering har tilldragit sig stort intresse under en lång följd av år. Under 1980-talet ökade sjukfrånvaron och rehabilitering sågs tillsammans med ett systematiskt arbetsmiljöarbete som en väg att öka arbetskraftsutbudet och minska den arbetsrelaterade ohälsan. I början av 1990-talet lanserades följaktligen det ännu i dag gällande regelverket kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivarnas förstahandsansvar för de anställdas arbetsmiljö och behov av rehabilitering poängterades. Försäkringskassan gavs också ett uttalat ansvar att samordna arbetslivsinriktad rehabilitering med andra rehabiliteringsåtgärder av medicinsk eller social karaktär i syfte att skapa en sammanhållen helhet som möjliggör återgång i arbete.<sup>1</sup>

I takt med att sjukfrånvaro och sjukskrivningar minskade under 1990-talets första hälft avtog det stora intresset för arbetslivsinriktad rehabilitering som lösning på ett avtagande problem med hög sjukfrånvaro. Visserligen kvarstod intresset kring frågan om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av sjukskrivna var en meningsfull och effektiv verksamhet och frågan om hur samordningen mellan olika sektorsmyndigheter kunde göras effektivare. Men trots att arbetslivsinriktad rehabilitering skett enligt nuvarande ordning under ett och halvt decennium och ett flertal utredningar behandlat frågan är kunskaperna om denna verksamhet fortfarande mycket begränsade.<sup>2</sup> De huvudsakliga problemen som uppmärksammats inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan sammanfattas i fem punkter:

---

<sup>1</sup> För en historisk överblick av utvecklingen av rehabiliteringen inom socialförsäkringsområdet, se Landstad & Silfwerbrand (1995) och Lindqvist (2000).

<sup>2</sup> Översiktliga genomgångar av problemen som finns inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen finns i Eklund m.fl. (2005) och Bergendorff (2006).

- Oklara begrepp och definitioner av arbetslivsinriktad rehabilitering
- Olika aktörer (arbetsgivare, hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsförmedling, kommunernas socialtjänst) har olika definitioner av och målsättningar med rehabilitering
- Otydligt ansvar för berörda aktörer liksom oklar ansvarsfördelning mellan olika aktörer
- Bristfällig kunskap om innehållet i olika rehabiliteringsprogram och aktiviteter
- Bristfällig uppföljning, utvärdering och forskning inom området

Det dåvarande Riksförsäkringsverket genomförde 1997 en omfattande genomgång och analys av sjukskrivning och rehabilitering i Sverige vilken presenterades i rapporten *Risk- & friskfaktorer* (Marklund S (red.) 1997). Där bedömdes resultaten av de arbetslivsinriktade åtgärderna som Försäkringskassan samordnar vara positiva men relativt måttliga. I takt med ökat antal långvariga sjukskrivningar har behovet av mer ingående analyser ökat stort. En senare studie som endast omfattar Skåne har visat på mycket negativa resultat av arbetslivsinriktade åtgärder (Hetzler m.fl. 2005). Där hävdas bland annat att: *”Rehabilitering hjälper sällan individen tillbaka till arbete. I stället blir rehabiliteringen ett ”prov” som ofta legitimerar att försäkringskassorna förtidspensionerar individen.”* (ibid. s.248).

Det finns i dag få som skulle hävda att arbetslivsinriktad rehabilitering är en succéartad verksamhet men den mycket dystra bilden av verksamheten som emellanåt förs fram behöver nyanseras. De allra mest lyckade rehabiliteringarna sker redan på arbetsplatsen och leder kanske inte ens till en längre sjukskrivning. Sådana lyckade rehabiliteringar ger ofta inga fotavtryck i den officiella statistiken. I praktiken får Försäkringskassan många gånger bära huvudansvaret för rehabiliteringen av individer som är svårast att få tillbaks i arbete och som inte på ett självklart sätt passar in i andra aktörers rehabiliteringsverksamheter (arbetsgivare, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling). Dessutom ska enligt socialförsäkringens regelverk alla möjligheter att återföra individen till arbetslivet vara uttömda innan sjuk- eller aktivitetserättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag) kan bli aktuellt. Det innebär att det för en del långvarigt sjukskrivna görs en prövning av arbetsförmågan genom exempelvis arbetsträning innan det kan fast-

ställas att den sjukskrivne helt eller delvis varaktigt saknar arbetsförmåga. Misslyckade rehabiliteringsförsök leder ofrånkomligen till att sjuk- eller aktivitetsersättning senare aktualiseras. Denna inneboende koppling mellan arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och sjuk- och aktivitetsersättning gör att resultaten av åtgärderna ofta kan synas vara mycket negativa. Intentionerna med de nya förmånerna sjuk- och aktivitetsersättning är också att de inte ska vara en slutpunkt i arbetslivet. Förmånerna ska löpande omprövas och eventuell resterande arbetsförmåga tas tillvara.

Ett generellt problem som är knutet till utvärdering inom området är att det saknas randomiserade studier, det vill säga att individer slumpmässigt väljs ut till olika åtgärder och program. Det gör att resultaten av olika åtgärder alltid kan bero på att det finns skillnader i vilka som blir föremål för åtgärd eller ej, så kallade selektionseffekter. Vanligtvis används som en andrahandslösning olika statistiska metoder för att bedöma resultaten av olika åtgärder. Men rehabiliteringsresultaten från sådana statistiska analyser kan påverkas starkt av hur den genomförs och det är alltid svårt att fullt ut kontrollera för selektionseffekter.

Det är ingen överdrift att säga att det finns omfattande metodproblem kring analyser av effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering. I en problemöversikt av Eklund och medarbetare påpekas exempelvis att: *"För att kunna utveckla en professionell arbetslivsinriktad rehabilitering krävs också bättre studier och utvärderingar. Det behöver genomföras stora randomiserade och kontrollerade studier av väl definierade enskilda program. Även där det inte är möjligt att genomföra randomiserade studier finns det ett stort behov av kritiska och oberoende utvärderingar som (åtminstone) använder sig av jämförelsegrupper, genomför systematiska före och eftermätningar samt försöker precisera programmets verksamma beståndsdelar."* (Eklund m.fl. 2005, s. 297). Denna studie gör inte anspråk på att hantera alla dessa metodproblem. Individerna har exempelvis inte slumpats på olika åtgärder och bristen på information om innehållet i olika åtgärder gör också att deras verksamma beståndsdelar inte kan identifieras. Men genom att studera resultaten av åtgärderna i ett tidsdynamiskt perspektiv kommer analysen bland annat visa att rehabiliteringsresultaten starkt påverkas av hur analysen genomförs.

Denna studie är en del av den så kallade LS-undersökningen vars huvudsyfte är att möjliggöra analyser och jämförelser av långvariga sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering över tid. I en nyligen publicerad rapport från LS-undersökningen gjordes en omfattande statistisk beskrivning av Försäkringskassans arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering.<sup>3</sup>

I denna studie är syftet att ingående studera *vilka* grupper av långvarigt sjukskrivna som *får aktiva åtgärder* som avser återgång i arbete och *vilken betydelse* dessa åtgärder har *för återgång i arbete*. Med aktiva åtgärder avses åtgärder i rehabiliterande syfte som har som uttalat mål att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete efter avslutad åtgärd.

## Datamaterial

Undersökningen bygger på analys av uppgifter om olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för åren 1999, 2001 och 2003. I denna studie används uppgifter för ett urval av långvariga sjukskrivningar som påbörjades i januari nämnda år vilket innebär totalt cirka 15 000 sjukskrivningar. Sjukskrivningarna kan i praktiken följas upp under obegränsad tid via register men i denna studie begränsas analysen till sjukskrivningarnas 13 första månader. Enkätuppgifter om Försäkringskassans aktiviteter avser endast de första 13 månaderna av sjukskrivningen.

LS-undersökningen (tidigare RFV-LS) är Försäkringskassans årligt återkommande studie om Långvariga Sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering som genomförts sedan år 2000. Studien omfattar sjukfall, som påbörjades de två sista veckorna i januari året innan datainsamlingen genomförs. Anledningen till detta är att göra det möjligt att studera sjukskrivningsförloppet och utfallet inom en rimlig tid efter det att sjukskrivningen påbörjats. Ett urval om ca 11 000 påbörjade sjukskrivningar görs årligen. Av dessa pågår omkring 5 000 i minst 60 dagar. Dessa sjukskrivningar följs tills de avslutas, eller – om de fortfarande pågår – som längst i drygt ett år. Viktiga uppgifter om

---

<sup>3</sup> Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken. Analyserar 2006:6.

individförhållanden och sjukskrivningens bakgrund såsom exempelvis yrke, diagnos, arbetsgivare samt om och hur sjukfallen avslutas har samlats in varje år som undersökningen genomförts, 1999–2003.<sup>4</sup> Uppgifter om rehabiliterande åtgärder som Försäkringskassan samordnat och har kännedom om har samlats in vartannat år och avser åren 1999, 2001 och 2003.

*Observera: Alla uppgifter som redovisas avser sjukskrivningar som pågått i 60 dagar eller längre. Dessa betecknas här som långvariga sjukskrivningar eller långtidssjukskrivningar. I studien beaktas endast åtgärder som vidtagits, eller händelser som inträffat, inom de första 13 månaderna av sjukskrivningen och som är kända av Försäkringskassan.*

I Tabell 1 nedan redovisas de variabler och antal fall som ingår i analyserna samt de avgränsningar som har gjorts i materialet. Påbörjad aktiv åtgärd och återgång i arbete är de två beroende variablerna. De oberoende eller förklarande variablerna har delats in i tre olika grupper: demografi och arbetsmarknad, medicinska faktorer samt försäkringsåtgärder och administration. Variabeln kön är satt inom parentes eftersom analyserna görs separat för män och kvinnor vilket gör det möjligt att upptäcka könsspecifika mönster. Avgränsningarna innebär att individer som har partiell förtidspension eller sjukbidrag (från år 2003 sjuk- eller aktivitetsersättning) vid sjukskrivningens början tas bort från analysen eftersom fokus ligger på individer som helt eller delvis förlorat sin *fulla* arbetsförmåga och återgång i arbete i denna studie innebär att individen återfår sin *fulla* arbetsförmåga. Det innebär också att individer som går från hel till partiell förmån i analysen behandlas som fortfarande sjukskrivna eftersom resultatet mäts som hel återgång i arbete. Sjukskrivningar som är relaterade till graviditet, det vill säga antingen är en så kallad graviditetsdiagnos eller innebär att sjukskrivningen avslutas med övergång till föräldrapenning, utsluts också ur analysen. Skälet till detta är att det mycket sällan är relevant med arbetslivsinriktad rehabilitering för graviditetsrelaterade sjukskrivningar. Att ta med dessa sjukskrivningar i analysen innebär också att jämförelser mellan kvinnor och män avsevärt försvåras.

---

<sup>4</sup> En ny LS-datainsamling har genomförts under våren 2006.

**Tabell 1 Förteckning över variabler, avgränsningar och antal fall i analysen**

<b>Variabelkategorier och variabler<sup>a</sup></b>	
<i>Beroende variabler:</i>	
I. Tiden till <i>Påbörjad aktiv rehabiliteringsåtgärd</i> (avser arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder)	
II. Tiden till <i>Återgång i arbete</i> (innebär att sjukskrivningen har avslutats med att individen har blivit <i>helt arbetsför</i> )	
<i>Oberoende/förklarande variabler:</i>	
Demografi och arbetsmarknadsstatus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kön (analyserna är stratifierade/uppdelade på kvinnor och män)</li> <li>2. Ålder (8 åldersgrupper)</li> <li>3. Civilstånd (Gift, ogift, änka/änkling, frånskild)</li> <li>4. Etnicitet (utrikes/inrikes född)</li> <li>5. Huvudsaklig sysselsättning (arbetslös, anställd, egen företagare eller annan sysselsättning (ex.vis utbildning eller skyddat arbete))</li> <li>6. Yrke (SSYK96)</li> </ol>
Medicinska faktorer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnos (enligt senaste läkarintyget, uppdelat på diagnoskapitel med underindelning av psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar)</li> <li>2. Sjukskrivande läkare<sup>b</sup> (primärvårdsläkare, företagsläkare, privatläkare, sjukhusläkare)</li> <li>3. Långvarig sjukskrivning föregående år (sjukskrivningsperiod om 60 dagar eller längre)</li> <li>4. Dokumenterad väntetid på medicinsk åtgärd under sjukskrivningen (3–4 månader eller mer)</li> <li>5. Dokumenterat missbruk under sjukskrivningen (alkohol, läkemedel eller annat missbruk)</li> </ol>
Försäkringsåtgärder och administration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel, ½, ¼ eller ¾)</li> <li>2. Påbörjad/Avslutad, genomförd aktiv åtgärd<sup>c</sup> (<i>Gäller endast analys II Återgång i arbete</i>)</li> <li>3. Län</li> <li>4. Sjukskrivningsår (sjukskrivningen påbörjad i början av 1999, 2001 eller 2003)</li> </ol>
<i>Avgränsningar:</i>	
I. Sjukskrivningar där individen har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning (före 2003 förtidspension/sjukbidrag)	
II. Gravitetssjukskrivningar (Kap XV enl. ICD10) och sjukskrivningar som övergår i föräldrapenning	
<i>Antal fall i analysen:</i>	
Kvinnor: 7619 (avgår avgränsning 1961; värden saknas 55)	
Män: 4742 (avgår avgränsning 594; värden saknas 32)	

<sup>a</sup> Om inget annat anges avses förhållanden vid sjukskrivningens början.

<sup>b</sup> Uppgiften om sjukskrivande läkare finns endast för 2001 och 2003.

<sup>c</sup> Avser tidpunkten för påbörjad/avslutad, genomförd åtgärd, så kallade tidsvarierande kovariater.

## Analysmetod

Den läsare som inte är metodintresserad kan nöja sig med att läsa fakturatan på sidan 18 och därefter gå direkt till resultaten på sidan 19. Det ska dock påpekas att en av poängerna i studien är att olika sätt att analysera förekomsten av aktiva rehabiliteringsåtgärder ger mycket olika resultat och det är lättare att förstå efter en läsning av metodavsnittet.

För händelser som inträffar under en sjukskrivning är det lämpligt att ta hänsyn till den tid det tar till att en händelse inträffar, med hjälp av så kallad överlevnadsanalys<sup>5</sup>, exempelvis *cox proportional hazard regression*. Om olika förklarande faktorer varierar över sjukskrivningsförloppet är cox-regressionen också en metod som kan hantera detta genom så kallade tidsvarierande kovariater. I Figur 1 visas ett exempel på detta där tiden  $t$  visas på tidsaxeln. I förlopp A visas en tänkt sjukskrivning som startar vid  $t^0$  och avslutas med återgång i arbete vid  $t^3$ . Under sjukskrivningen genomförs också en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som påbörjas vid  $t^1$  och är genomförd och avslutad vid  $t^2$ . Ett sätt att specificera denna rehabiliteringshändelse anges i förlopp B där åtgärden antas börja vid  $t^0$  och avslutas med återgång i arbete vid  $t^3$ . Saknas exempelvis datum för när åtgärden påbörjats och avslutats tvingas man att göra en sådan förenkling. I cox-regressionen kan åtgärden korrekt specificeras vilket åskådliggörs i förlopp C där hänsyn tas till att åtgärden faktiskt påbörjas vid tidpunkt  $t^1$  och är genomförd och avslutad vid tidpunkt  $t^2$ .

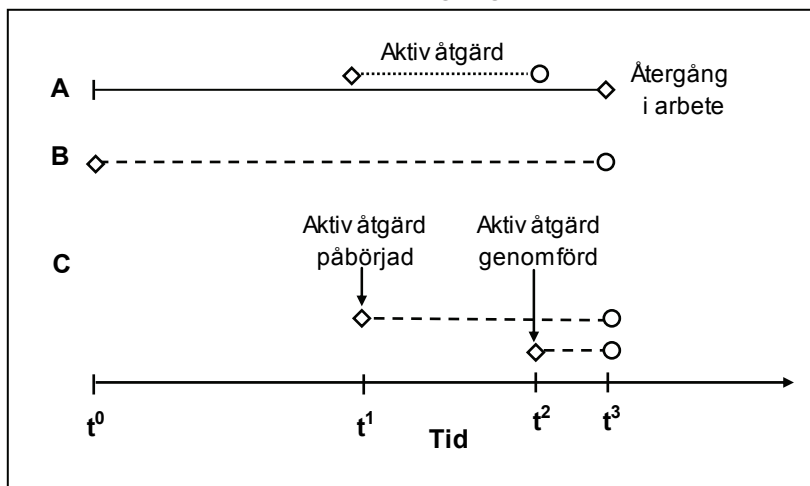
När resultaten redovisas i kommande avsnitt kommer det att framgå att specifikationerna enligt B och C ger vitt skilda resultat. Med hjälp av överlevnadsanalys (cox-regression) är det också möjligt att mäta hur stor risken eller sannolikheten är att vissa givna händelser inträffar under den tid långvariga sjukfall pågår. Det kan vara åtgärder i rehabiliterande syfte eller återgång i arbete.

---

<sup>5</sup> Begreppet överlevnadsanalys härstammar från medicinsk forskning kring olika behandlingsmetoder för svårt sjuka individer. Denna typ av statistisk analys tillhör där standardverktygen. Analysmetoden som används här är Cox proportional hazard regression i SPSS för Windows version 11.5.1, Copyright © SPSS Inc. 1989-2002.



**Figur 1** Ett sjukskrivningsförlopp och olika sätt att specificera händelser (rehabiliteringsåtgärd)



De mått som analysen ger kommer att benämnas *sannolikheter* för rehabiliteringsåtgärder eller återgångar i arbete. Den metodologiskt korrekta benämningen är annars intensitet (eng. hazard rate) eller risk alternativt chans. I viss utsträckning används synonymt med dessa begrepp de kortare rehabilitering och återgång i arbete. I motsats till gängse språkbruk betyder sannolikheterna inte endast att händelser inträffar utan att det också sker i snabbare eller långsammare takt. Sannolikheterna kan variera mellan olika grupper av sjukskrivna och man brukar då oftast prata om så kallade relativa risker (RR) där risken eller sannolikheten för händelse är relaterad till en jämförelsegrupp.

Något förenklat beräknas sannolikheterna som kvoten mellan antalet händelser och antalet sjukskrivningsdagar. Denna kvot kan sedan beräknas för olika grupper av sjukskrivna. Ett fall som avslutas med återgång i arbete bidrar således både till täljare och nämnare och ju tidigare friskskrivning sker desto större blir kvoten, och bidrar till en högre sannolikhet för återgång i arbete i den aktuella gruppen. Ett fall som t.ex. avslutas med ett dödsfall, eller som fortfarande pågår efter ett år bidrar endast till nämnaren vilket bidrar till lägre sannolikhet för återgång i arbete i den aktuella gruppen.

Beräkningen av de tidsvarierande kovariaterna sker enligt följande: variabeln ”påbörjad aktiv åtgärd” har värdet 0 så länge som sjukfalls-

längden är mindre eller lika med tiden fram till påbörjad rehabiliteringsåtgärd (0=aktiv åtgärd ej påbörjad) och får värdet 1 när sjukfallslängden är större än tiden fram till påbörjad åtgärd (1=aktiv åtgärd påbörjad). Vidare får variabeln ”avslutad aktiv åtgärd” värdet 0 så länge som sjukfallslängden är mindre eller lika med tiden fram till avslutad rehabiliteringsåtgärd (0=aktiv åtgärd ej avslutad) och får värdet 1 när sjukfallslängden är större än tiden fram till avslutad åtgärd (1=aktiv åtgärd avslutad).

### **Kort om händelse-historikmodeller och relativa risker (RR)**

I de regressionsmodeller som redovisas här och framgent är det olika händelser under ett sjukskrivningsförlopp som är studieobjekt, såsom påbörjad rehabiliteringsåtgärd eller återgång i arbete.

I dessa regressionsmodeller är det möjligt att pröva hur enskilda faktorer påverkar de händelser som studeras samtidigt som andra faktorer hålls under kontroll. Genom att exempelvis dela in de sjukskrivna i olika åldersgrupper är det möjligt att studera om sannolikheten (risken/chansen) skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Ofta får en åldersgrupp utgöra referensgrupp och ges riskvärdet ett (1). Risken i övriga åldersgrupper relateras till referensgruppen och kallas därför *relativa risker*, förkortat RR. En RR i en åldersgrupp på 1,5 innebär att den relativa risken är 50 procent högre än i referensgruppen och en RR på 0,75 innebär en 25 procent lägre relativ risk.

Det bör också nämnas att antalet aktiva åtgärder på det hela taget är relativt litet i materialet. Vid nedbrytning på olika undergrupper minskar antalet observationer ytterligare. Därför bör negativa resultat eller icke resultat, det vill säga att ett statistiskt säkerställt resultat inte kan rapporteras, tolkas med försiktighet. Det behöver inte betyda att samband saknas utan kan också betyda att förekomsten i materialet är så litet att resultaten inte blir signifikanta.

# Vilka får aktiva åtgärder?

Flera studier har visat att det finns en stark selektion av långtidssjukskrivna i den meningen att olika grupper i olika grad erbjuds rehabilitering och att det sker vid olika tidpunkter i sjukfallen (Aakvik & Risa 1997, Andersson & Lidwall 1997, Ekberg m.fl. 2002, Sennvall 2002, Hetzler m.fl. 2005). Rehabiliteringsresurserna bör inte i första hand satsas på individer som bedöms ha stora möjligheter att spontant återgå i arbete utan åtgärder. Inte heller bör omfattande resurser satsas på åtgärder, som syftar till återgång i arbete, för individer som sannolikt har rätt till förtidspension eller sjukbidrag. Insatta åtgärder ska helst leda till att den sjukskrivne återgår i arbete efter avslutad rehabilitering. En selektion av individer som får rehabiliteringsåtgärder är alltså nödvändig och kan i bästa fall ge rätt individer rätt hjälp (Ekberg m.fl. 2002, Ekholm m.fl. 2002, Høgelund 2003).

En tidigare rikstäckande studie för åren 1991 till 1994 visade att ålder, sjukskrivningsdiagnos, tidigare rehabilitering, psykosocial belastning (arbetslöshet/missbruk/psykisk sjukdom/ensamstående) och socioekonomisk tillhörighet (SEI dvs. arbetare, tjänsteman osv.), region och budgetår hade betydelse för om en individ fick rehabiliteringsåtgärd eller inte (Andersson & Lidwall 1997). Som helhet sammanfaller resultaten från analysen för åren 1999, 2001 och 2003 väl med tidigare resultat även om vissa skillnader finns. Socioekonomisk tillhörighet mätt som yrkestillhörighet (SSYK96)<sup>6</sup> har inte visat sig ha någon betydelse för påbörjad aktiv åtgärd i denna studie. Möjligtvis kan det avspegla att de socioekonomiska skillnaderna vad avser rehabilitering och rehabiliteringsbehov har minskat över tid. Det är dock en osäker slutsats eftersom SSYK96 inte tillåter en klassificering till den gängse socioekonomiska indelningen (SEI). SSYK-klassifikationen kan således vara dålig på att fånga de faktiska skillnader som kan finnas mel-

---

<sup>6</sup> Se SSYK 96 *Standard för svensk yrkesklassificering 1996*. Meddelanden i samordningsfrågor MIS 1998:3. Statistiska centralbyrån, Stockholm.

lan olika socioekonomiska grupper, men det är inte heller dess syfte. Men Hetzler m.fl. fann inte heller något samband mellan SEI och rehabiliteringsåtgärder (Hetzler m.fl. 2005). När det gäller etnicitet framträder däremot ett tydligt mönster som inte visade sig i den tidigare studien eller i Hetzlers studie. Förhållanden relaterade till hälso- och sjukvård undersöktes inte i Andersson & Lidwall (1997). Den nya analysen visar att sjukskrivande läkare och väntetid på medicinska åtgärder har betydelse för om arbetslivsinriktad rehabilitering kommer igång eller inte. Nedan redovisas och kommenteras resultaten för vilka som får aktiva åtgärder i detalj under avsnitten *Demografi och arbetsmarknad*, *Medicinska faktorer* samt *Variationer över tid och rum*.

## Demografi och arbetsmarknad

Det finns inte några uttalade skillnader mellan kvinnor och män när det gäller påbörjad aktiv rehabiliteringsåtgärd. I en analys av båda könen i en gemensam modell skiljer sig inte sannolikheten för åtgärd signifikant åt för kvinnor och män. Tidigare studier har dock visat att det förekommer könsskillnader i vilka former av åtgärder som erbjuds (Hetzler m.fl. 2005, Sennvall 2002, Gerner 1999, Andersson & Lidwall 1997). Kvinnor får oftare mindre ambitiösa åtgärder som arbets träning på ordinarie arbetsplats (Lidwall 2006).

### Äldre får mer sällan aktiva åtgärder

Äldre långvarigt sjukskrivna i åldern 55 och uppåt har betydligt lägre sannolikhet för påbörjad åtgärd än yngre, se Tabell 2. I åldersgruppen 60 år och äldre är sannolikheten 70 procent lägre än i gruppen 45–49 år. Mönstret är tydligt bland både kvinnor och män. Bland yngre män finns det också ett mönster med 30 procents större sannolikhet för åtgärd jämfört med åldersgruppen 45–49 år. Även i en aktuell studie i Skåne, som omfattar data från 2002, framkommer en tydlig åldersselektion vid rehabiliteringsåtgärder (Hetzler m.fl. 2005). I den undersökningen hade långtidssjukskrivna i åldern 36–45 år störst chans att få arbetslivsinriktad rehabilitering vilket stämmer väl med vad som redovisas här.

**Tabell 2 Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd och demografiska faktorer** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Åldersgrupp</b>				
29 år och yngre	803 (11)	1,0	469 (10)	1,3*
30–34 år	841 (11)	0,9	415 (9)	1,3
35–39 år	911 (12)	1,1	547 (12)	1,3*
40–44 år	908 (12)	1,2	584 (12)	1,1
45–49 år (ref)	998 (13)	1,0	604 (13)	1,0
50–54 år	1187 (16)	1,0	735 (16)	0,9
55–59 år	1235 (16)	0,7***	805 (17)	0,6***
60 år och äldre	681 (9)	0,3***	551 (12)	0,3***
<b>Civilstånd</b>				
Gift (ref)	3770 (50)	1,0	2171 (46)	1,0
Ogift	2168 (29)	1,0	1735 (37)	0,9
Änka/änkling	215 (3)	0,8	47 (1)	1,3
Fränksild	1411 (18)	0,9*	757 (16)	0,7***
<b>Utrikes född</b> (jmf. m. inrikes)	1000 (13)	0,7***	757 (16)	0,7***
<b>Sysselsättning</b>				
Anställd (ref)	6138 (81)	1,0	3385 (72)	1,0
Arbetslös	1106 (15)	0,6***	917 (20)	0,6***
Egen företagare	142 (2)	0,5***	290 (6)	0,5***
Annan (studerande, skyddat arbete m.m.)	178 (2)	0,2***	118 (2)	0,8
<b>Antal påbörjade åtgärder (%)</b>	1186 (16)		643 (14)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning, lån och år.

## Fränksilda och arbetslösa får mer sällan aktiva åtgärder

Tidigare har det visat sig att långtidssjukskrivna kvinnor med sammansatta problem av psykosocial natur har större chans att få rehabiliteringsåtgärd än andra (Andersson och Lidwall 1997). I början av 1990-talet hade bland sjukskrivna kvinnor de som var psykosocialt belastade, det vill säga de var ensamstående, hade inslag av arbetslöshet, psykisk sjukdom och/eller alkoholmissbruk, cirka 20 procent större chans till rehabiliteringsåtgärder, än sjukskrivna kvinnor utan sådan

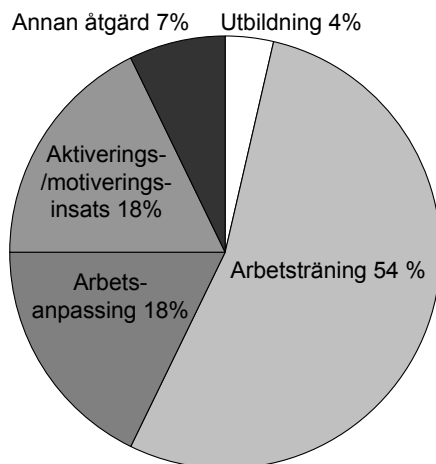
belastning. Män med psykosociala problem hade däremot inte större sannolikhet att få åtgärd (ibid.). I denna studie har inget sammansatt mått på psykosocial belastning använts. I stället används civilstånd, sysselsättning, psykisk diagnos och dokumenterat missbruk som förklaringsfaktorer var för sig.

Frånskilda har lägre sannolikhet för åtgärd, särskilt frånskilda män, se Tabell 2. Vidare har individer med svag arbetsmarknadsanknytning såsom arbetslösa, studerande och personer med skyddat arbete en lägre sannolikhet för åtgärd än anställda. Detsamma gäller egna företagare. Detta mönster är förväntat eftersom majoriteten av rehabiliteringsåtgärderna utgörs av arbetsträning på ordinarie arbetsplats, se Figur 2. Problemen när det gäller rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna är också väl kända. Ansvar för rehabiliteringen av dem som är både sjukskrivna och arbetslösa är otydligt reglerat mellan Försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheten (Bergendorff 2006). Rehabiliteringsutredningar kommer också mer sällan till stånd för långvarigt sjukskrivna som är arbetslösa jämfört med anställda (Lidwall 2006).

## Utrikes födda får mer sällan aktiva åtgärder

Långvarigt sjukskrivna som är utrikes födda har i likhet med arbetslösa sjukskrivna lägre sannolikhet till aktiva åtgärder, Tabell 2. Rehabilitering av utrikes födda har med undantag av Kindlund (1996) knappast undersökts tidigare. Där visade det sig att utländska medborgare i mindre utsträckning fick yrkesinriktad rehabilitering än svenska medborgare. Det ska också påpekas att det är omöjligt att generalisera över alla grupper i samhället med utländsk bakgrund eftersom förhållandena vid tidpunkten för immigrationen liksom senare levnadsförhållanden varierar betydligt. Sedan tidigare är det dock känt att individer med utländsk bakgrund är mer utsatta i samhället och har en svagare position på arbetsmarknaden och i mindre grad omfattas av socialförsäkringen (Kopola m.fl. 2005). Individer med svagare positioner på arbetsmarknaden behöver sannolikt större hjälp från Försäkringskassan och andra samhällsaktörer exempelvis arbetsförmedlingen, för att återgå i arbete. Utöver eventuell förekomst av ren diskriminering av individer med utländsk härkomst måste eventuella kulturella och språkliga hinder också hanteras i rehabiliteringsarbetet.

**Figur 2**      **Fördelningen av olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering år 2003 enligt LS-undersökningen**

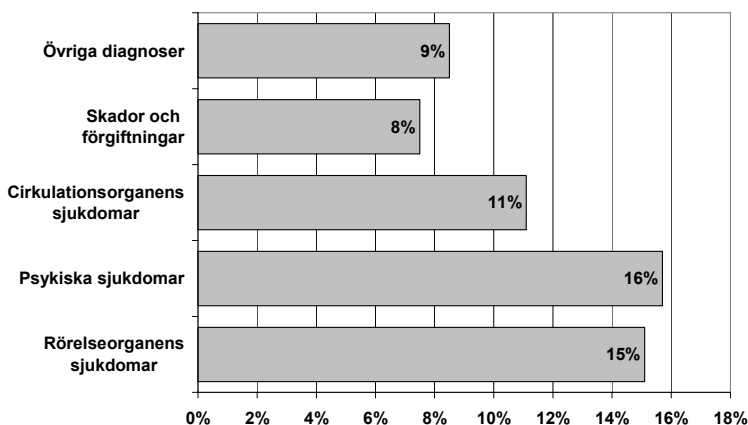


## Medicinska faktorer

### Aktiva åtgärder vanligare för psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar

Det finns tydliga skillnader mellan sjukskrivna i olika diagnosgrupper. Det är betydligt vanligare med påbörjade aktiva åtgärder bland sjukskrivna med psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen än bland sjukskrivna med andra diagnoser (se Figur 3). Dessa diagnosgrupper är också helt dominerande bland långtidssjukskrivningarna och står tillsammans för omkring två tredjedelar av alla sjukfall som pågår minst 60 dagar. Dessa resultat överensstämmer med vad som framkommit i den nämnda regionala studien (Hetzler m.fl. 2005). Sannolikt är kopplingen mellan dessa besvär och arbetssituationen starkare än för andra sjukdomar, vilket gör behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering för att möjliggöra återgång i arbete större. En studie som genomförts på Riksförsäkringsverket ger också stöd för dessa tolkningar, särskilt vad avser de psykiska sjukdomarna (Eklund 2003).

**Figur 3** Andel långtidssjukskrivna som påbörjat aktiv rehabiliteringsåtgärd inom 6 månader efter diagnosgrupp



Anm. Långtidssjukskrivna = sjukskrivna 60 dagar eller längre, aktiv åtgärd = utbildning, arbetsträning, arbetsanpassning, aktiverings- motiveringsinsats m.m.

OBS! Ej utredningsåtgärder. Avser av Försäkringskassan kända rehabiliteringsåtgärder.

Samma mönster framträder vid en mer detaljerad analys där kontroll sker för olika bakgrundsfaktorer, se Tabell 3. Bland kvinnor är sannolikheten för att arbetslivsinriktad åtgärd förekommer lägre för tumörer och sjukdomar i endokrina systemet eller ämnesomsättningssjukdomar. Bland männen finns tendenser till lägre sannolikheter för symtomdiagnoser och övriga fysiska sjukdomar. Förklaringen till att aktiva åtgärder är mer sällsynta för nämnda diagnosgrupper kan vara att behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är lägre än för exempelvis psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar, och återgång i arbete kan ske efter tillfrisknande. I sjukdomar med hög dödlighet är det också så att arbetslivsinriktade åtgärder mer sällan blir aktuella, exempelvis för tumörer. Bland de psykiska sjukdomarna är det främst de psykiska besvären som blir föremål för åtgärd, såsom depressioner och neuroser. Bland andra psykiska sjukdomar, där bland annat psykoserna återfinns, är sannolikheten åtminstone bland män lägre att åtgärd kommer igång. För kvinnor ska särskilt uppmärksammas Z-diagnoserna där sannolikheten för åtgärd är 70 procent högre än genomsnittet. Här återfinns utbrändhetssyndrom, eller utmattningsdepression som är ett begrepp som i stället används allt mer. Tidigare studier har visat att den här typen av sjukskrivningsorsak är vanligare bland högutbildade (Lidwall 2002). Det är sannolikt att högutbildade



har större individuella resurser och att arbetsgivarens drivkraft att få tillbaka individen i arbete är något starkare vilket kan underlätta att nödvändiga åtgärder kommer i gång. En studie av Eklund & Ossowicki (2004) har också visat att yngre, högutbildade personer som är sjukskrivna för psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen ofta tar egna initiativ för att kunna börja arbeta igen. Bland rörelseorganens sjukdomar är det, särskilt bland männen, tydligt att det är inom de största diagnosgrupperna som det är vanligast med aktiva åtgärder. Främst gäller det sjukdomar i mjukvävnader såsom reumatism, myalgi, muskelsjukdomar och sjukdomar i ledhinnor och senor. För dessa sjukdomar är ergonomiska arbetsförhållanden troligtvis en starkt bidragande orsak till besvären varför någon form av åtgärd på arbetet ofta är nödvändig. Här kan man också tänka sig att byte av arbete eller arbetsuppgifter kan bli nödvändigt. Detsamma kan också gälla andra rörelseorganens sjukdomar. Särskilt för män är aktiva åtgärder vanliga bland ryggsjukdomarna. Här ingår den mycket vanliga sjukskrivningsdiagnosen ryggvärk och ryggskott (M50-54) men även ryggsjukdomen spondylos (M45-49). Rörelseorganens sjukdomar och då i synnerhet rygg- och nackbesvär är den sjukdomsgrupp där kunskaperna om arbetslivsinriktad rehabilitering är mest utvecklade, men även här finns omfattande kunskapsbehov (Andersson m.fl. 2003).

## Aktiva åtgärder vanligare om individen sjukskrivits av företagsläkare

Individer som blivit sjukskrivna av företagsläkare har betydligt högre sannolikhet att påbörja en aktiv åtgärd, se Tabell 4. Detta resultat har också redovisats av Hetzler och kollegor (2005). Mönstret är tydligt för både kvinnor och män. En möjlig förklaring är att företagsläkare sannolikt har god kännedom om arbetsförhållandena på arbetsplatsen vilket kan underlätta att exempelvis arbetsträning och/eller arbetsplatsanpassning kan ordnas. En ytterligare förklaring kan också vara att sjukskrivna i vissa fall remitteras till företagshälsovården i uttalat syfte att påbörja aktiv åtgärd för återgång i arbete. Det är också betydligt vanligare att det finns tillgång till företagshälsovård på stora arbetsplatser och företag och där kan det oftare vara lättare att åstadkomma arbetsträning med lättare eller alternativa arbetsuppgifter.

**Tabell 3 Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd och diagnos**  
(n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Diagnosgrupp (kod enligt ICD10<sup>a</sup>)</b>	<i>jämförelse mot genomsnittet för resp. kön</i>			
Tumörer (C, D)	228 (3)	0,6**	128 (3)	0,8
Sjukdomar i endokrina systemet & ämnesomsättningssjukdomar (E)	109 (1)	0,4**	65 (1)	1,0
<i>Psykiska sjukdomar (F)</i>				
Depressioner (F3)	875 (12)	1,3***	437 (9)	1,3*
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F4)	1191 (16)	1,3***	424 (9)	1,4***
Andra psykiska sjukdomar (F0,F1,F2,F5,F6,F7,F8,F9)	189 (2)	1,4*	182 (4)	1,0
Sjukdomar i nervsystemet & sinnesorganen (G, H)	286 (4)	1,0	213 (4)	1,1
Cirkulationsorganens sjukdomar (I)	229 (3)	0,9	378 (8)	1,0
Andningsorganens sjukdomar (J)	170 (2)	1,2	89 (2)	0,7
Matsmältningsorganens sjukdomar (K)	136 (2)	0,8	116 (2)	0,8
Hudsjukdomar (L)	82 (1)	1,4	58 (1)	1,2
<i>Rörelseorganens sjukdomar (M)</i>				
Ledsjukdomar (M0,M1,M2)	610 (8)	1,1	447 (9)	1,3*
Ryggsjukdomar (M4,M5)	1082 (14)	1,2*	781 (17)	1,6***
Sjukdomar i mjukvävnader (M6,M7)	924 (12)	1,3***	385 (8)	1,8***
Andra sjukdomar i rörelseorganen (M3,M8,M9)	164 (2)	1,0	102 (2)	1,6*
Sjukdomar i urin- & könsorganen (N)	82 (1)	0,6	27 (1)	0,8
Symtom etc. (R)	289 (4)	1,1	124 (3)	0,5*
Skador & förgiftningar (S,T)	523 (7)	0,9	574 (12)	1,0
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet etc. (Z)	298 (4)	1,7***	120 (2)	1,0
Övriga fysiska sjukdomar (A,B,D,P,Q,V,Y)	97 (1)	0,8	60 (1)	0,3*
<b>Antal påbörjade åtgärder (%)</b>	1186 (16)		643 (14)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning, län och år.

<sup>a</sup> Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av ICD-10. Socialstyrelsen 1997.

## Partiell sjukskrivna får mer sällan aktiva åtgärder

Individer som är halvtids- eller kvartssjukskrivna vid sjukskrivningens början har lägre sannolikhet för åtgärd. Men den partiella sjukskrivningen kan i sig ses som ett aktivt försök att komma tillbaks helt i arbete. Andra aktiva åtgärder är då mindre vanliga. Dock finns inga skillnader mellan helt och trekvartssjukskrivna.

## Vanligare med aktiva åtgärder hos tidigare långvarigt sjukskrivna män

Män som varit långvarigt sjukskrivna året före den aktuella sjukskrivningen har större sannolikhet att bli föremål för aktiv åtgärd, se Tabell 4. Det betyder möjligtvis att många försök med återgång i arbete har gjorts och när det inte har lyckats har en mer systematisk rehabilitering påbörjats.

## Vanligare med aktiva åtgärder bland sjukskrivna med dokumenterat missbruk av alkohol m.m.

Också män, och i någon mån också kvinnor, med dokumenterat missbruk har större sannolikhet att få en aktiv åtgärd. Det är möjligt att Försäkringskassan arbetar annorlunda med individer med missbruksproblem och att medvetenheten och kunskaperna om dessa problem har ökat och att ökad samordning mellan olika myndigheter har gett resultat. Dock kan det vara fråga om ett skensamband så till vida att eventuella missbruksproblem ofta upptäcks i samband med att behovet att aktiva åtgärder utreds mer ingående av Försäkringskassan. Notering om missbruk i akten skulle då snarast vara en effekt av att aktiv åtgärd kommit igång snarare än det omvända. Eftersom uppgift om tidpunkt när missbruksnoteringen gjordes i akten saknas är det inte möjligt att närmare analysera detta.

## Väntetider inom sjukvården försenar aktiva åtgärder

Slutligen har väntetider inom hälso- och sjukvården betydelse för om aktiva åtgärder påbörjas se Tabell 4. Om den sjukskrivne väntar på medicinska åtgärder, här 3–4 månader eller mer, så minskar sannolikheten för att arbetslivsinriktade åtgärder ska komma i gång för både kvinnor och män.

**Tabell 4 Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd och olika medicinska/försäkringsmässiga faktorer** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Sjukskrivande läkare<sup>a</sup></b>				
Läkare inom primärvården (ref)	2367 (46)	1,0	1233 (40)	1,0
Företagsläkare	738 (15)	1,7***	339 (11)	2,1***
Privatpraktiserande läkare	682 (13)	0,9	413 (13)	0,8
Specialist på sjukhus	1311 (26)	0,8*	1096 (36)	0,9
<b>Sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början</b>				
Hel sjukskrivning (ref)	6241 (82)	1,0	4200 (89)	1,0
¾ sjukskrivning	55 (1)	1,1	34 (1)	0,9
½ sjukskrivning	829 (11)	0,7***	381 (8)	0,8
¼ sjukskrivning	439 (6)	0,5***	95 (2)	0,3**
<b>Sjukskriven över 59 dagar i följd året före</b> (jmf. m. ingen sjukskrivning eller sjukskrivning högst 59 dagar)				
	909 (12)	1,1	543 (12)	1,3**
<b>Dokumenterat missbruk</b>				
	168 (2)	1,4*	258 (5)	1,8***
<b>Väntetid på medicinsk åtgärd</b> (3–4 månader eller mer (jmf. m. ingen väntetid eller högst 2 månader)				
	382 (5)	0,8**	362 (8)	0,7**
<b>Antal påbörjade åtgärder (%)</b>				
	1186 (16) <sup>a</sup>		643 (14) <sup>a</sup>	

\*\*\* =  $p \leq 0,01$ , \*\* =  $p \leq 0,05$ , \*  $p \leq 0,10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning, län och år.

<sup>a</sup> Uppgiften om sjukskrivande läkare finns endast för 2001 och 2003. Skattingen avser endast dessa år. I dessa modeller är antalet påbörjade åtgärder 750 (15) för kvinnor och 389 (13) för män.

## Variationer över tid och rum

Skillnader finns både över tid och mellan olika län när det gäller arbetslivsriktad rehabilitering, se Tabell 5 och Tabell 6. Det beror delvis på variationer i resurser och arbetsbelastning men också på skillnader i arbetssätt och arbetsorganisation. Den nya myndigheten Försäkringskassan arbetar aktivt med att minska de regionala skillnader som beror på det senare. Skillnader kan till en del också bero på skillnader i näringsstruktur och vilken tillgång till olika rehabiliter-

ingsproducenter som finns inom regionen. När det gäller skillnader över tid kan det utöver resursfrågan också bero på förändrat arbetssätt. Sedan ett par år tillbaka sker en mer ingående bedömning av rätten till ersättning och möjligheten till exempelvis partiell sjukskrivning. Det kan i många fall innebära en tidigare återgång till heltidsarbete. Men eftersom alla aktiviteter har alternativkostnader kan ett sådant förändrat arbetssätt också få till effekt att mer aktiva åtgärder mer sällan, eller senare, kommer till stånd i de fall där det skulle behövas.

### Chansen att få aktiv åtgärd har minskat från 1999 till 2003

En tidigare studie på samma datamaterial har visat att rehabiliteringsaktiviteterna minskade från 1999 till 2001 och 2003 (Lidwall 2006). Också här med en mer ingående analys visar det sig att sannolikheten för påbörjad åtgärd minskat över tid jämfört med 1999. För kvinnor visade sig detta tydligt redan under 2001 och för männen under 2003.

Att sannolikheten för åtgärd minskat över tid torde förklaras delvis av en ökande arbetsbelastning på grund av allt fler långvariga sjukskrivningar under tidsperioden men också av förändrat arbetssätt på Försäkringskassan. Försäkringskassan har i högre grad än tidigare prioriterat arbetet med att göra korrekta bedömningar av rätten till ersättning. I och med de senaste årens utvecklingsarbete har det också blivit tydligt att samordningsuppdraget även innebär att Försäkringskassan tidigt ska identifiera behov och påverka andra aktörer och den försäkrade så att åtgärder vidtas för att den försäkrade ska komma tillbaka i arbete eller ska kunna söka ett arbete. Dessa åtgärder behöver inte alltid vara arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder utan kan också vara att förmå individen att pröva deltidssjukskrivning som alternativ till passiv hel sjukskrivning med mera. I dag omfattar samordningsuppdraget således alla åtgärder som vidtas för att förkorta ett sjukfall och är inte begränsat till samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

**Tabell 5** Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd per sjukskrivningsår (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Sjukskrivningsår</b>				
1999 (ref)	2454 (32)	1,0	1623 (34)	1,0
2001	2633 (35)	0,7***	1534 (32)	0,9
2003	2477 (33)	0,7***	1553 (33)	0,7***
<b>Antal påbörjade åtgärder (%)</b>	1186 (16)		643 (14)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning, län och år.

## Om man får aktiv åtgärd kan det bero på var man bor

Det är stora variationer mellan länen när det gäller aktivitetsnivån inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Eftersom materialet är relativt begränsat ska dock jämförelser mellan länen göras med viss försiktighet. Tydligt är dock att sannolikheten att få åtgärd för kvinnor är högst i Jönköping, på Gotland och i Värmland. Däremot är sannolikheten lägre för kvinnor i Stockholm och Uppsala. För männen är sannolikheten för åtgärd högst i Jönköping, Skåne, Halland och Västmanland medan det finns en tendens till lägre sannolikhet i Västra Götaland och en tydligt lägre sannolikhet i Stockholm. Utöver regionala skillnader i hur Försäkringskassan arbetar i olika län kan det också bero på skillnader i de långvarigt sjukskrivnas egenskaper, länets arbetsgivar- och näringsstruktur och skillnader i utbudet på olika typer av rehabiliteringsprogram. Kunskaperna om vad dessa skillnader beror på är mycket begränsande.

**Tabell 6 Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd per län**  
(n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Län</b>	<i>jämförelsen görs mot genomsnittet för resp. kön</i>			
Stockholm	1564 (21)	0,5***	859 (18)	0,6***
Uppsala	286 (4)	0,6***	183 (4)	0,7
Södermanland	199 (3)	1,2	108 (2)	1,1
Östergötland	303 (4)	0,8	217 (5)	0,9
Jönköping	231 (3)	1,6***	173 (4)	1,8***
Kronoberg	144 (2)	1,0	74 (2)	1,2
Kalmar	198 (3)	1,2	152 (3)	1,0
Gotland	54 (1)	1,7**	25 (0)	0,6
Blekinge	110 (1)	1,3	71 (1)	0,8
Skåne	875 (12)	1,1	579 (12)	1,6***
Halland	194 (2)	1,0	122 (3)	1,8***
Västra Götaland	1189 (16)	0,7***	733 (16)	0,8*
Värmland	268 (4)	1,3**	171 (4)	1,0
Örebro	223 (3)	0,9	162 (3)	0,8
Västmanland	244 (3)	1,0	161 (3)	1,7***
Dalarna	270 (4)	1,1	155 (3)	1,0
Gävleborg	311 (4)	1,0	212 (4)	0,9
Västernorrland	227 (3)	0,8	132 (3)	0,9
Jämtland	151 (2)	0,8	81 (2)	0,7
Västerbotten	276 (4)	1,0	176 (4)	1,3
Norrboten	247 (3)	1,1	164 (4)	1,2
<b>Antal påbörjade åtgärder (%)</b>	1186 (16)		643 (14)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning, län och år.

## Sammanfattning och avslutande kommentar

Följande undersökta faktorer har visat sig öka sannolikheten att påbörja en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd:

- Individens är yngre än 55 år
- Individens är född i Sverige
- Individens har anställning
- Individens är sjukskriven för psykisk sjukdom eller för en sjukdom i rörelseorganen
- Individens är sjukskriven av en företagsläkare
- Individens är sjukskriven på heltid
- Individens har en långvarig sjukskrivning ( $\geq 60$  dagar) året före den aktuella sjukskrivningen (gäller endast män)
- Individens har dokumenterade missbruksproblem
- Individens väntar inte på medicinsk åtgärd
- Individens påbörjade sjukskrivningen under 1999
- Individens är bosatt i Jönköpings län; eller är kvinna bosatt på Gotland eller i Värmland; eller är man bosatt i Skåne, Halland eller Västmanland

Andra faktorer än de som tagits upp här kan naturligtvis ha betydelse och särskild bör lyftas fram individens egen motivation och drivkraft. En viktig fråga här är om individens egna aktiviteter påverkar om hon eller han får eller inte får rehabilitering och om rehabiliteringsinsatserna ges tidigt eller sent i sjukfallet. Det kan å ena sidan ses som ett uttryck för individens vilja eller motivation att återgå i arbete, men å andra sidan som en fråga om Försäkringskassan eller arbetsgivaren stimulerar den sjukskrivne att komma med egna förslag till åtgärder (Ekberg m.fl. 2002). Att ha lämnat egna förslag till åtgärd har tidigare visat sig vara en av de viktigaste faktorerna som förklarar vilka som får en rehabiliteringsåtgärd och hur snabbt det sker (Andersson & Lidwall 1997). Det kan finnas flera olika förklaringar till att de egna



rehabiliteringsförslagen har så stor betydelse. En tänkbar förklaring kan vara att handläggarens uppmärksamhet riktas mot fallet först när den långtidssjukskrivne presenterar ett förslag till rehabiliteringsåtgärd. Det kan också vara lättare att finna lämpliga åtgärder om den sjukskrivne aktivt medverkar. En person som lämnar egna förslag till rehabilitering är troligtvis också mer motiverad att återgå i arbete.

# Vilka blir arbetsföra?

Studier av återgång i arbete på stora rikstäckande datamaterial som omfattar alla sjukskrivningsorsaker är relativt sällsynta. Några undantag är Marklund (1995) och Lidwall (1996) men dessa genomfördes på data för perioden 1986 till 1991 respektive 1986 till 1994. Sedan dess har förändringar skett inte minst på arbetsmarknaden vilket gör att tidigare resultat inte utan vidare kan generaliseras till dagens situation. Analyser på mer aktuella data saknas i stort sett. Några undantag är Tollin (2005) som undersökt resultaten av köp av aktiva rehabiliteringstjänster under år 2001 och Hetzler m.fl. (2005) vars analys avser perioden 2000/2001 men endast omfattar sjukskrivna i Skåne. I den senare analysen framkommer i en logistisk regressionsanalys att ålder, diagnos och sysselsättningsstatus har betydelse för återgång i arbete. Marklund (1995) använder samma analysmetod och visar att ålder, diagnos (män), psykosocial arbetsmiljö (kvinnor), utbildning (kvinnor) och arbetslösheterfarenhet (män) har betydelse för återgång i arbete. När det gäller Marklunds studie är det intressant att notera att diagnos som bör vara en stark faktor när det gäller återgång i arbete saknade betydelse för kvinnor. Skälet är sannolikt att när den beroende variabeln ”återgång i arbete” inte tar hänsyn till den tid som förflyter innan det sker så kan intressanta skillnader förbises likväl som att vissa samband kan vara skenbara.

Även i Lidwalls studie hade ålder, diagnos, sysselsättningsstatus (arbetslöshet) och utbildning (socioekonomisk status SEI) betydelse för återgång i arbete (Lidwall 1996). Andra faktorer som samvarierade med återgång i arbete var dessutom civilstånd, sjukskrivningshistorik, dokumenterat missbruk, utländsk bakgrund (män) och arbetslöshetsnivån på den lokala arbetsmarknaden (ibid.). Vidare visade analysen att det förekom sammansatta psykosociala problem (arbetslöshet/ensamlevande/psykisk diagnos/missbruk) hos sjukskrivna och att det i synnerhet bland män negativt påverkade återgången i arbete (ibid.). I denna studie används inget sammansatt mått på psykosocial belastning. Däremot analyseras civilstånd, sysselsättning, psykisk diagnos

och dokumenterat missbruk som förklaringsfaktorer för återgång i arbete var för sig.

Datamaterialet som används i denna studie innehåller främst olika administrativa uppgifter kring sjukskrivningsärendet. Det gäller exempelvis olika åtgärder i sjukskrivningen i rehabiliterande syfte. Dessutom finns individuppgifter som kommer från sjukskrivningsakten eller från register som kön, ålder, civilstånd, diagnos, etnisk bakgrund, sysselsättningsstatus (arbetslös, anställd etc.) och yrke. Nedan redovisas först återgång i arbete efter demografiska, arbetsmarknadsrelaterade och medicinska förhållanden. Därefter avslutas kapitlet med de aktiva åtgärdernas betydelse för återgång i arbete.

## Demografi och arbetsmarknad

Ålder och sysselsättning är som nämndes ovan starka prediktorer för återgång i arbete. I analysen av återgång i arbete har också ett flertal andra faktorer undersökts, se Tabell 7.

### Kvinnor blir kvar längre i sjukskrivningen

Marklund fann i sin studie ingen effekt av kön i sin analys (Marklund 1995). Hetzler m.fl. vars studie omfattar mer aktuella data visar dock att kvinnors sjukskrivningar generellt är mer långvariga än mäns, vilket innebär en lägre återgång i arbete (Hetzler m.fl. 2005). Samma mönster framträder i denna studie som visar att kvinnor har 10 procent lägre sannolikhet för återgång i arbete (1–0.9). Tidigare har det konstaterats att kvinnor numer har en betydligt högre risk att bli sjukskrivna jämfört med män (Bergendorff m.fl. 2004). Tydligt är att när kvinnorna väl är i en sjukskrivning har de också en sämre prognos för att helt återgå i arbete.

### Ålder en klar riskfaktor för utdragen sjukskrivning

Sett över olika åldersgrupper är sannolikheten för återgång i arbete störst för sjukskrivna under 30 år. Sjukskrivna som är 55 år eller äldre har också klart lägre sannolikhet för återgång i arbete än yngre sjukskrivna. Åldersmönstret är lika för både kvinnor och män och stämmer väl överens med vad som tidigare rapporterats för perioden 1986–1994 (Lidwall 1996).

**Tabell 7 Relativ sannolikhet för återgång i arbete och demografiska faktorer** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Kön</b> (Kvinnor jmf. m. Män)	7564 (62)	0,9**	4710 (38)	1,0
<b>Åldersgrupp</b>				
29 år och yngre	803 (11)	1,4***	469 (10)	1,4***
30–34 år	841 (11)	1,2***	415 (9)	1,3***
35–39 år	911 (12)	1,1*	547 (12)	1,2***
40–44 år	908 (12)	1,1	584 (12)	1,2**
45–49 år (ref)	998 (13)	1,0	604 (13)	1,0
50–54 år	1187 (16)	0,9	735 (16)	0,9
55–59 år	1235 (16)	0,8***	805 (17)	0,7***
60 år och äldre	681 (9)	0,7***	551 (12)	0,7***
<b>Civilstånd</b>				
Gift (ref)	3770 (50)	1,0	2171 (46)	1,0
Ogift	2168 (29)	1,0	1735 (37)	1,0
Änka/änkling	215 (3)	1,2**	47 (1)	0,8
Frånskild	1411 (18)	1,0	757 (16)	1,0
<b>Utrikes född</b> (jmf. m. inrikes)	1000 (13)	0,9**	757 (16)	0,9***
<b>Sysselsättning</b>				
Anställd (ref)	6138 (81)	1,0	3385 (72)	1,0
Arbetslös	1106 (15)	0,7***	917 (20)	0,7***
Egen företagare	142 (2)	0,9	290 (6)	1,0
Annan (studerande, skyddat arbete m.m.)	178 (2)	0,8*	118 (2)	0,7***
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	4684 (62)		2907 (62)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

## Änkor återgår snabbare i arbete men barn i familjen har ingen betydelse

Samboförhållanden är i dag mycket vanliga men framgår inte av den registrering av civilstånd som finns. Registrerat civilstånd avspeglar därför mindre bra många personers faktiska familjeförhållanden. I analysen har också förekomsten av barn och deras ålder prövats men befunnits vara insignifikanta. Änkor har dock enligt analysen en större

sannolikhet för återgång i arbete, oklart varför. Möjligen kan det bero på ekonomiska förhållanden. Tidigare studier har inte visat några starka och lättförklarliga mönster vad gäller civilstånd. I Lidwall (1996) ingick civilstånd som en komponent i en sammansatt psykosocial problembild. Indikationen där var att psykosocialt belastade oftare var ensamstående (ibid.).

## Arbetslöshet riskfaktor för mycket lång sjukskrivning men yrke har ingen betydelse

Att arbetslösa har lägre sannolikhet för återgång i arbete stämmer väl med tidigare studier (Lidwall 1996 och Hetzler m.fl. 2005). Analysen visar också att andra grupper med svagare anknytning till den ordinarie arbetsmarknaden såsom exempelvis studerande och personer med skyddat arbete har lägre sannolikhet för återgång i arbete, se Tabell 7. Att vara väl etablerad i arbetslivet ökar således chanserna för att man ska komma tillbaka i arbete på heltid. I analysen har också olika yrkesindelningar enligt SSK96 prövats men visat sig vara icke signifikanta.

## Utrikes födda har längre sjukskrivningar

När det gäller etnicitet är det i likhet med lägre förekomst av aktiva åtgärder, ett tydligt mönster för utrikes födda med en lägre återgång i arbete för både kvinnor och män, se Tabell 7. Detta resultat fann inte Marklund (1995) men det kan möjligtvis bero på att en stor andel utrikes födda återfanns i bortfallet i den studien.

## Medicinska faktorer

Tidigare analyser har visat att olika medicinska och hälsorelaterade indikatorer som sjukskrivningsdiagnos och tidigare långvarig sjukskrivning har stor betydelse för att predicera återgång i arbete (Lidwall 1996). Marklund (1995) finner inte någon effekt av diagnos och Hetzler m.fl. (2005) visar resultat som delvis motsäger de som redovisas här. Det huvudsakliga skälet till dessa skillnader ligger i att det i varken Marklunds eller Hetzlers analyser ingår att förklara den tid som går mellan sjukanmälningdagen och fram till dagen för återgång i arbete. De använde sig i sina analyser också av mycket grova diagnos-

indelningar och skillnader riskerar att försvinna när olika sjukdomsgrupper slås ihop.

## Psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar innebär mer långvariga sjukskrivningar

I Tabell 8 nedan redovisas sannolikheten för arbete efter diagnos. I stort sett följer kategoriseringen kapitelindelningen enligt WHO:s internationella klassifikation av sjukdomar (ICD10). Diagnoser som är sällsynta som sjukskrivningsorsaker finns sammanförda i kategorin övriga fysiska sjukdomar och dessa står för endast en procent av de långvariga sjukskrivningarna.

De helt dominerande sjukskrivningsorsakerna är de psykiska sjukdomarna och rörelseorganens sjukdomar. Dessa har i sin tur underindelats i olika sjukdomsgrupper för att göra det möjligt att se om det finns skillnader *inom* de psykiska sjukdomarna och *inom* rörelseorganens sjukdomar. Jämförelsen i tabellen görs mot den genomsnittliga sannolikheten för återgång i arbete för alla diagnoskategorier för respektive kön. Sannolikheten för återgång i arbete är lägre än genomsnittet för tumörer (kvinnor); psykiska sjukdomar; sjukdomar i nerv- och sinnesorgan; cirkulationsorganens sjukdomar; rörelseorganens sjukdomar samt de så kallade Z-diagnoserna för kvinnor. I Z-diagnoserna återfinns bland annat utbrändhet.

Personer med psykiska sjukdomar har lägre sannolikhet för återgång i arbete vilket skiljer sig från resultatet som Hetzler och kollegor funnit, nämligen att sjukskrivna individer med psykisk diagnos har högre sannolikhet för återgång i arbete jämfört med övriga diagnoser (Hetzler m.fl. 2005). Skälet till dessa skillnader är som tidigare nämnts att föreliggande analys också har som syfte att förklara den tid som förflyter mellan sjukanmälningdagen och fram till dagen för återgång i arbete. Visserligen kan det vara så som Hetzler funnit att återgång i arbete till slut sker i högre grad bland individer med psykiska besvär. Studier har också visat att unga och högutbildade oftare har dessa sjukskrivningsdiagnoser vilket i sig gör att deras prognos för återgång i arbete bör vara bättre än för många andra (Lidwall 2002). Men denna analys har visat att även om återgång i arbete till slut sker så tar det betydligt längre tid än för genomsnittssjukskrivningen. Sjukskrivningar för psykiska besvär är också mycket kostsamma för sjukförsäkring-

en. Medan rörelseorganens sjukdomar stod för ungefär samma andel av kostnaderna som andel av sjukskrivningarna åren 1999–2002 stod de psykiska sjukdomarna för omkring 50 procent högre andel än vad som var motiverat utifrån dessas andel av sjukskrivningarna, vid en analys av sjukskrivningarnas 13 första månader (Lidwall 2004). Det beror framförallt på att sjukskrivningar för psykiska besvär är mycket långvariga men också på höga sjukpenninggrundande inkomster bland dessa sjukskrivna (ibid.). Långvarig sjukskrivning kan också vara en riskfaktor i sig som ökar risken för varaktig utslagning från arbetslivet genom förtidspensionering (Andrén 2001).

För olika typer av mentala besvär inom gruppen psykiska sjukdomar är mönstret likartat. Visserligen har individer sjukskrivna för depressioner en något lägre sannolikhet för återgång än sjukskrivna för neurotiska och stressrelaterade syndrom. Med stress avses här exceptionellt traumatiska livshändelser eller betydande förändringar av livssituationen som ger upphov till akuta stressreaktioner. I kategorin andra psykiska sjukdomar återfinns bland annat de mer ovanliga men ofta svårartade psykotiska tillstånden, missbruksdiagnoser samt ospecificerade psykiska störningar. Bland kvinnor är sannolikheten för återgång i arbete lägre än genomsnittet för kategorin andra psykiska sjukdomar. Bland män finns här inga signifikanta skillnader gentemot genomsnittet. Troligtvis beror det på att de bland männen är vanligare med missbruksdiagnoser (främst alkohol) och dessa har en större sannolikhet för återgång i arbete än individer sjukskrivna för psykoser och liknande svårare psykiska sjukdomar.

När det gäller rörelseorganens sjukdomar för kvinnor är sannolikheten för återgång i arbete likartad för ledsjukdomar, ryggsjukdomar och sjukdomar i mjukvävnader, se Tabell 8. Dock har individer sjukskrivna för det senast nämnda en lägre sannolikhet än de övriga två. Bland männen är det däremot endast individer sjukskrivna för ryggsjukdomar som har lägre återgång i arbete än genomsnittet. Och bland män sjukskrivna för andra sjukdomar i rörelseorganen är återgången i arbete högre än för genomsnittet. Här återfinns exempelvis stressfrakturer och ospecificerade sjukdomar i rörelseorganen, värk bland annat.

**Tabell 8 Relativ sannolikhet för återgång i arbete och diagnos**  
(n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Diagnosgrupp (kod enligt ICD10<sup>a</sup>)</b>	<i>jämförelse mot genomsnittet för resp. kön</i>			
Tumörer (C, D)	228 (3)	0,8***	128 (3)	0,9
Sjukdomar i endokrina systemet & ämnesomsättningssjukdomar (E)	109 (1)	1,1	65 (1)	1,1
<i>Psykiska sjukdomar (F)</i>				
Depressioner (F3)	875 (12)	0,7***	437 (9)	0,7***
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F4)	1191 (16)	0,8***	424 (9)	0,9**
Andra psykiska sjukdomar (F0,F1,F2,F5,F6,F7,F8,F9)	189 (2)	0,6***	182 (4)	0,8
Sjukdomar i nervsystemet & sinnesorganen (G, H)	286 (4)	0,8**	213 (4)	0,7***
Cirkulationsorganens sjukdomar (I)	229 (3)	0,8***	378 (8)	0,8***
Andningsorganens sjukdomar (J)	170 (2)	1,3***	89 (2)	1,3**
Matsmältningsorganens sjukdomar (K)	136 (2)	1,5***	116 (2)	1,4***
Hudsjukdomar (L)	82 (1)	1,3*	58 (1)	0,9
<i>Rörelseorganens sjukdomar (M)</i>				
Ledsjukdomar (M0,M1,M2)	610 (8)	0,8***	447 (9)	1,0
Ryggsjukdomar (M4,M5)	1082 (14)	0,8***	781 (17)	0,8***
Sjukdomar i mjukvävnader (M6,M7)	924 (12)	0,7***	385 (8)	1,0
Andra sjukdomar i rörelseorganen (M3,M8,M9)	164 (2)	1,1	102 (2)	1,3***
Sjukdomar i urin- & könsorganen (N)	82 (1)	2,1***	27 (1)	1,2
Symtom etc. (R)	289 (4)	1,1	124 (3)	1,2
Skador & förgiftningar (S,T)	523 (7)	1,4***	574 (12)	1,4***
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet etc. (Z)	298 (4)	0,8***	120 (2)	0,9
Övriga fysiska sjukdomar (A,B,D,P,Q,V,Y)	97 (1)	1,6***	60 (1)	1,1
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	4684 (62)		2907 (62)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

<sup>a</sup> Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av ICD-10. Socialstyrelsen 1997.



## Snabbare återgång i arbete för vissa fysiska sjukdomar

De fysiska sjukdomar som har en högre återgång i arbete än genomsnittet är: andningsorganens sjukdomar; matsmältningsorganens sjukdomar; hudsjukdomar (kvinnor); sjukdomar i urin- och könsorgan (kvinnor); skador och förgiftningar samt övriga fysiska sjukdomar (kvinnor). I gruppen övriga fysiska sjukdomar ingår bland annat smittsamma och överförbara infektions- och parasitsjukdomar.

Även om det finns skillnader mellan kvinnor och män i diagnoshänseende är ändå likheterna stora. Inom de psykiska sjukdomarna och rörelseorganens sjukdomar som i högre grad ses som arbetsrelaterade av de sjukskrivna själva (Eklund 2003), är återgång i (samma) arbete mindre sannolik inom de första 13 månaderna av sjukskrivningen. Inom andra mer medicinskt väldefinierade sjukskrivningsorsaker, det vill säga fysiska sjukdomar utom rörelseorganen eller fysiska skador orsakade av olyckor, är hel återgång i arbete bland långvarigt sjukskrivna betydligt vanligare. Undantagen från denna regel är tumörer (kvinnor); nervsjukdomar och sjukdomar i öga och öron samt cirkulationsorgens sjukdomar (hjärt-kärlsjukdomar).

Utöver den stora betydelse som diagnos har för att förklara återgång i arbete bland långvarigt sjukskrivna finns ytterligare medicinska och hälsorelaterade faktorer av betydelse.

## Individer sjukskrivna av företagsläkare är kvar längre i sjukskrivningen

I Tabell 9 redovisas sannolikheten för återgång i arbete för ett antal faktorer som kan ses som relaterade till den sjukskrivnes hälsotillstånd eller medicinska tillstånd om man så vill samt betydelsen av vilket år som sjukskrivningen påbörjades. Sjukskrivande läkare är den som sjukskrivit individen enligt den senast av Försäkringskassan noterade diagnosen.

Långvarigt sjukskrivna av företagsläkare har mindre sannolikhet för återgång i arbete vilket också har rapporterats av Hetzler m.fl. (2005). Kvinnor sjukskrivna av en specialist på sjukhus har däremot högre återgång i arbete. Möjligtvis kan detta mönster förklaras på samma sätt som för de skillnader som finns mellan diagnosgrupper: arbetsrelaterade problem är möjligtvis mer vanliga bland psykiska sjukdomar

och rörelseorganens sjukdomar och därför är full återgång i (samma) arbete mindre sannolikt eftersom individen ofta anser att det är arbetet som orsakat sjukdom och arbetsförmåga (Eklund 2003). På samma sätt skulle det kunna förhålla sig när det gäller företagsläkare. Sannolikt är sjukdom och arbetsförmåga mer arbetsrelaterad om företagsläkaren är inkopplad. Visserligen är det då lättare att få till stånd aktiv rehabiliteringsåtgärd (se Tabell 4), exempelvis arbetsträning, men prognosen för hel återgång i arbete är betydligt sämre eftersom arbetet sannolikt är en viktigare orsak till sjukdom och arbetsförmåga. En ytterligare möjlig förklaring är att när företagsläkaren är inkopplad är det i syfte att individen ska återgå till sitt arbete och inte endast ska bli arbetsför i största allmänhet. Många kvinnor som sjukskrivs av specialister har möjligtvis sjukdom och arbetsförmåga som i lägre grad är arbetsrelaterad vilket gör att sannolikheten för återgång i arbete är större.

## Partiella sjukskrivningar är mer långvariga

I syfte att halvera sjukfrånvaron i arbetslivet mellan åren 2002 till 2008 presenterade regeringen i 2002 års budgetproposition ett 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet. En av dessa åtgärder är ökad användning av deltidssjukskrivning eller partiell sjukskrivning. Enligt propositionen minskar deltidssjukskrivning risken för passivisering genom att kontakten behålls med arbetsplatsen och arbetslivet.

I en analys av tidigare studier av deltidssjukskrivning konstaterades att arbetsförhållandena är centrala för om en individ kan bli deltidssjukskriven och successivt återgå i arbete (Eklund m.fl. 2004). Många individer hänvisar till att deras resterande arbetsförmåga är beroende av om de kan ha inflytande över sin arbetssituation. Om individen skulle kunna påverka sin arbetssituation i högre utsträckning skulle också deltidssjukskrivning kunna bli vanligare. Samtidigt tenderar deltidssjukskrivnas sjukskrivningsperioder att vara långvariga och verkar sålunda inte för en snabb återgång i arbete (ibid.). I Tabell 9 framträder samma mönster, nämligen att partiell sjukskrivning vid början av sjukskrivningen inte ökar möjligheten till snabb återgång i arbete. Enligt Försäkringskassans vägledning är det också detta sjukskrivningsmönster som bör stimuleras, det vill säga att den försäkrade går från heltidsarbete till deltidssjukskrivning och åter i heltidsarbete (Försäkringskassans 2005a). Snarare är det så att partiellt sjukskrivna

har tydligt lägre sannolikhet för återgång i arbete än heltidssjukskrivna. Bland kvinnorna syns detta i gruppen med  $\frac{3}{4}$  sjukskrivning och bland männen med  $\frac{1}{2}$  eller  $\frac{1}{4}$  sjukskrivning.

## Tidigare långvarig sjukskrivna blir oftare kvar i sjukskrivningen

Tidigare långvarig sjukskrivning minskar sannolikheten för hel återgång i arbete med 30 procent bland kvinnor och 20 procent bland män, se Tabell 9. Detta stämmer väl med vad som rapporterats för perioden 1986–1994 (Lidwall 1996).

## Missbruk av alkohol m.m. en riskfaktor i sjukskrivningen

Dokumenterat missbruk är också en tydlig riskfaktor i långvarig sjukskrivning och minskar återgången i arbete med 30 procent för både kvinnor och män. Detta finns rapporterat för perioden 1991–1994 där den också ingick i en sammansatt psykosocial problembild som var en stark förklaringsfaktor för både fortsatt sjukskrivning eller övergång till förtidspension (Lidwall 1996).

## Väntetider inom sjukvården förhindrar återgång i arbete

På samma sätt som väntetid på medicinsk åtgärd minskar möjligheten att komma igång med aktiva åtgärder (se Tabell 4), minskar väntetid på medicinsk åtgärd kraftigt återgången i arbete. Effekten är 70 procent för kvinnor och 80 procent för män, se Tabell 9.

## Kvinnors återgång i arbete har minskat över tid, men inga skillnader mellan länen

En tidigare studie på samma datamaterial har visat att rehabiliteringsaktiviteterna minskade från 1999 till 2001 och 2003 (Lidwall 2006). Också här med en mer ingående analys visar det sig att sannolikheten för påbörjad åtgärd minskat över tid jämfört med 1999 (se Tabell 4). För kvinnor visade sig detta tydligt redan under 2001 och för männen under 2003. Om detta är en förklaring till att kvinnor har lägre återgång i arbete åren 2001 och 2003 jämfört med 1999 är oklart, men dessa mönster sammanfaller i tiden med varandra.

**Tabell 9 Relativ sannolikhet för återgång i arbete, medicinska/försäkringsmässiga faktorer och år (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)**

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR
<b>Sjukskrivande läkare<sup>a</sup></b>				
Läkare inom primärvården (ref)	2367 (46)	1,0	1233 (40)	1,0
Företagsläkare	738 (15)	0,7***	339 (11)	0,8***
Privatpraktiserande läkare	682 (13)	1,0	413 (13)	1,0
Specialist på sjukhus	1311 (26)	1,2***	1096 (36)	1,1
<b>Sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början</b>				
Hel sjukskrivning (ref)	6241 (82)	1,0	4200 (89)	1,0
¼ sjukskrivning	55 (1)	0,7**	34 (1)	0,8
½ sjukskrivning	829 (11)	1,0	381 (8)	0,7***
¾ sjukskrivning	439 (6)	1,0	95 (2)	0,8*
<b>Sjukskriven över 59 dagar i följd året före (jmf. m. ingen sjukskrivning eller sjukskrivning högst 59 dagar)</b>				
	909 (12)	0,7***	543 (12)	0,8***
<b>Dokumenterat missbruk</b>				
	168 (2)	0,7***	258 (5)	0,7***
<b>Väntetid på medicinsk åtgärd 3–4 månader eller mer (jmf. m. ingen väntetid eller högst 2 månader)</b>				
	382 (5)	0,3***	362 (8)	0,2***
<b>Sjukskrivningsår</b>				
1999 (ref)	2454 (32)	1,0	1623 (34)	1,0
2001	2633 (35)	0,9***	1534 (32)	1,0
2003	2477 (33)	0,9***	1553 (33)	1,0
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>				
	4684 (62) <sup>a</sup>		2907 (62) <sup>a</sup>	

\*\*\* =  $p \leq 0,01$ , \*\* =  $p \leq 0,05$ , \*  $p \leq 0,10$ .

I modellen kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

<sup>a</sup> Uppgiften om sjukskrivande läkare finns endast för 2001 och 2003. Skattingen avser endast dessa år. I dessa modeller är antalet återgångar 3078 (60) för kvinnor och 1897 (61) för män.

Att männens återgång i arbete inte alls påverkats av minskad rehabiliteringsaktivitet på Försäkringskassan skulle kunna förklaras av att dessa generellt har en starkare ställning på arbetsmarknaden och att de därför har mindre behov av att Försäkringskassan samordnar aktiva rehabiliteringsåtgärder. Män får exempelvis oftare hjälp av sin arbetsgivare med mer genomgripande förändringar av sin arbetssituation,

jämfört med kvinnor som oftare får arbetsträna i ordinarie arbete (Eklund & Ossowicki 2004).

Skillnader mellan *länen* i återgång i arbete har också analyserats men inga sådana skillnader har kunnat identifieras.

## Sammanfattning och avslutande kommentar

Följande undersökta faktorer har visat sig öka sannolikheten att återgå i arbete:

- Individens kön är man
- Individens ålder är yngre än 55 år eller ännu hellre under 40 år
- Individens födelseland är Sverige
- Individens sysselsättning är anställd eller egen företagare
- Individens sjukhistorik omfattar sjukdom i andningsorganen, matsmältningssystemet, skador och förgiftningar; eller är kvinna med sjukhistorik för hudsjukdom eller sjukdom i urin- och könsorganen
- Individens sjukhistorik omfattar inte sjukdom av en företagsläkare eller är kvinna med sjukhistorik av specialist på sjukhus
- Individens sjukhistorik omfattar heltid
- Individens sjukhistorik omfattar inte en långvarig sjukskrivning ( $\geq 60$  dagar) året före den aktuella sjukskrivningen
- Individens sjukhistorik omfattar inte dokumenterade missbruksproblem
- Individens sjukhistorik omfattar inte på medicinsk åtgärd
- Individens sjukhistorik omfattar påbörjad sjukskrivning under 1999 (endast kvinnor)

De faktorer som använts i analysen är visserligen i hög grad relevanta men idealt sett önskar man sig ytterligare uppgifter om de sjukskrivningarna och deras situation för att kunna dra starkare slutsatser om mekanismerna bakom återgången i arbete. En styrka med den här typen av

datamaterial är dock att bortfallet i det aktuella materialet är så litet som 3 procent. I studier där exempelvis postenkäter används är det inte ovanligt med bortfall på uppåt 50 procent vilket i vissa avseenden avsevärt kan snedvrider resultaten. Individer med språksvårigheter, missbruksproblem eller svag anknytning till arbetsmarknaden är typexempel på grupper som är systematiskt underrepresenterade i studier där postenkäter används.

Utöver de faktorer som redovisats i denna studie har forskning inom området också visat att andra faktorer kan ha betydelse för återgång i arbete. Exempel på sådana faktorer är psykosocial arbetsmiljö och andra arbetsförhållanden (se t.ex. Janssen m.fl. 2003 och Post m.fl. 2005), och individens motivation och personliga resurser (se t.ex. Berglind & Gerner 2002 och Hansen m.fl. 2005).

# Aktiva åtgärder och återgång i arbete

Flera tidigare studier har gett en relativt dystert bild av resultaten av arbetslivsinriktade rehabilitering på återgång i arbete. Bergendorff och kollegor visade att långvarigt sjukskrivna åren 1991–1994 som blev föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering hade mellan 30 och 70 procent lägre återgång i arbete beroende på åtgärdstyp (Bergendorff m.fl. 1997). Å andra sidan visade samma studie att de som genomgått rehabilitering hade lägre risk att åter bli sjukskrivna halvåret efter återgången i arbete (ibid.). I Marklund (1995) framträdde liknande resultat för perioden 1986–1991 men endast för kvinnor. Påbörjad rehabiliteringsåtgärd minskar återgången i arbete med 30 procent. Hetzler med kollegors analys av sjukskrivna i Skåne visade att rehabilitering kraftigt ökar sjukfallens längd (Hetzler m.fl. 2005). Mer positiva resultat visar däremot en senare analys av köp av aktiva rehabiliteringstjänster genomförda under år 2001 (Tollin 2005). Särskilt köp av utbildningsinsatser hade positiva effekter och hade också mer varaktig effekt än andra åtgärder (ibid.).

Bland personer som sjukskrivits för ryggbesvär har de som blivit föremål för åtgärder större möjligheter att ta sig ur sjukskrivningen än de som inte fått åtgärder. Detta kan delvis hänga samman med att många sjukskrivna med besvär i rörelseorganen också får omfattande medicinsk rehabilitering och att dessa former av åtgärder förstärker den positiva effekten (Hansson & Hansson 1999). I den internationellt jämförande studien av rehabilitering av rygg- och nacksjukdomar, som bland annat Hansson och Hansson (1999) är en del av, kunde det konstateras att svårigheterna att mäta resultat av arbetslivsinriktade åtgärder var ett generellt problem i alla sex länder som deltog i studien (Bergendorff & Gordon 2000). Till stor del beror det på egenskaperna i utgångsläget hos de individer som blir föremål för åtgärder (Veerman & Palmer 2000).

Ett problem som ofta finns i de studier som visar mycket negativa resultat av rehabiliteringsåtgärder är att de inte särskiljer när rehabiliteringen faktiskt påbörjats och avslutats under sjukskrivningen. Detta beskrevs ingående i avsnittet *Analysmetod* på sidan 5. I Tabell 10 nedan har denna metod används i en analys för att visa hur olika sätt att definiera den aktiva åtgärden påverkar resultaten. Används en så kallad dummyvariabel för om åtgärd påbörjats under sjukskrivningen som antar värdet 0/1 (Ja/Nej) har de som påbörjat åtgärd 60 procent lägre återgång i arbete (1–0,4). Detta stämmer väl med vad flera tidigare studier rapporterat. Om i stället den tid som går efter att åtgärden påbörjats, samt den tid som förflyter efter att åtgärden genomförts och avslutas, särskiljs och jämförs med den tid som förflyter utan att åtgärd påbörjats ger det ett helt annat resultat.

Logiken i att markera tiden både för påbörjad och för avslutad åtgärd är att då åtgärden pågår så är förväntningen att detta leder till lägre återgång i arbete eftersom åtgärden i sig kan ge en inlåsningseffekt (se även Tollin 2005). Det kan särskilt gälla om åtgärden har karaktären av program med bestämda start- och sluttidpunkter. När åtgärden har fullföljts och avslutats är däremot förväntningen att sannolikheten för återgång i arbete ska öka. Detta mönster framträder också tydligt i Tabell 10.

## Positiva resultat av arbetslivsinriktade åtgärder

När aktiv åtgärd påbörjas sjunker återgången i arbete med 10 procent för att sedan öka med 20 procent om åtgärden fullföljs. Sammantaget ökar aktiva åtgärder således återgången i arbete med knappt 8 procent ( $(0,9*1,2)-1,0$ ). Av tabellen framgår också att 13,5 procent av sjukskrivningsdagarna är dagar då aktiva åtgärder har påbörjats någon gång tidigare under sjukskrivningen. Andelen sjukskrivningsdagar då aktiva åtgärder har genomförts är 4,6 procent. Som tidigare nämnts jämförs i analysen dessa sjukskrivningsdagar med de sjukskrivningsdagar där åtgärd ej har påbörjats eller åtgärd ej har fullföljts. En invändning mot de positiva resultaten är att åtgärderna uppmäts som genomförda och avslutade när det egentligen är återgång i arbete som gjort att åtgärden ansetts som genomförd och avslutad. Denna invändning kan vara riktig eftersom det i studien finns begränsad information om åtgärdernas innehåll och när en åtgärd kan betraktas som slutförd. För mer väldefinierade program som tillhandahålls av olika producen-



ter inom området är detta troligtvis ett mindre problem. För den allra vanligaste åtgärden som är arbetsträning på ordinarie arbetsplats är det troligtvis ett större problem med att avslutad åtgärd och återgång i arbete definitionsmässigt sammanfaller. Möjligtvis innebär det att de positiva resultaten av aktiva åtgärder överskattas.

## Resultat för olika typer av åtgärder

Sett över olika typer av åtgärder har det tidigare visat sig att utbildningsåtgärder ger högre återgång i arbete än arbetsträning (Bergendorff m.fl. 1997). Köp av utbildningstjänster har också visat positiva resultat (Tollin 2005). Utbildning som åtgärd är dock mycket sällan förekommande. I denna analys är det också möjligt att studera andra åtgärdstyper såsom arbetsanpassning och aktiverings- eller motiveringsinsatser (se Tabell 10). Tyvärr saknas uppgifter i undersökningen om avslutningsdatum för aktiverings- eller motiveringsinsatser samt för annan aktiv åtgärd. För dessa åtgärder kan därför inga slutsatser dras om nettoeffekten av den aktiva åtgärden.

Visserligen förefaller genomförd utbildning ge en ganska stark positiv effekt på återgång i arbete men effekten är inte statistiskt säkerställd, se Tabell 10. Däremot har arbetsträning en signifikant positiv effekt på återgång i arbete med 30 procent. Påbörjad arbetsträning ger inte heller en lägre återgång i arbete. Möjligtvis kan det tolkas som att inlåsningseffekten vid arbetsträning är försumbar eftersom en lyckad arbetsträning troligtvis ger en smidig övergång till ordinarie heltidsarbete.

Att arbetsanpassning genomförts påverkar inte återgången i arbete. Det ska inte tolkas som att arbetsanpassning som sådan är meningslös. De mest lyckade arbetsanpassningarna görs sannolikt redan innan arbetsrelaterade problem lett till en långvarig sjukskrivning. Möjligtvis är det också fråga om en selektionseffekt, exempelvis att det är vanligare att arbetsanpassning genomförs för individer med kroniska besvär eller individer med skador efter svåra olyckor.

**Tabell 10 Relativ sannolikhet för återgång i arbete och aktiva åtgärder** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

<b>Förklaringsfaktor</b>	<b>%<sup>c</sup></b>	<b>RR</b>
Aktiv åtgärd <i>påbörjad</i> = Rehabdummy	17,5 <sup>d</sup>	0,4***
Aktiv åtgärd <i>påbörjad</i> <sup>a</sup>	13,5	0,9*
Aktiv åtgärd genomförd & <i>avslutad</i> <sup>b</sup>	4,6	1,2**
<i>Uppdelat per åtgärdstyp:</i>		
Utbildning <i>påbörjad</i>	0,7	1,0
Utbildning <i>avslutad</i>	0,2	1,4
Arbetsträning <i>påbörjad</i>	7,2	1,0
Arbetsträning genomförd & <i>avslutad</i>	2,3	1,3**
Arbetsanpassning <i>genomförd</i>	2,6	1,0
Aktiverings-/motiveringsinsats <i>påbörjad</i>	2,5	0,8**
Annan aktiv åtgärd <i>påbörjad</i>	2,1	0,8*
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	7591 (61)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellen kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år. Åtgärdsvariablerna är s.k. tidsvarierande kovariater som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> I de aktiva åtgärderna som påbörjats ingår arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder.

<sup>b</sup> I de aktiva åtgärderna som avslutats ingår arbetsträning, utbildning samt arbetsanpassning. Uppgift om när och hur aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>c</sup> Avser procentandelen sjukskrivningsdagar med påbörjad/avslutad åtgärd.

<sup>d</sup> Avser procentandelen sjukskrivningar med påbörjad åtgärd.

Avslutningsvis leder påbörjade aktiverings- och motiveringsinsatser eller andra åtgärder som inte kan hänföras till övriga kategorier till en minskad återgång i arbete. Här saknas uppgifter om avslutningstidpunkt varför nettoeffekten av åtgärden inte kan beräknas. För dessa åtgärder är det också rimligt att anta att det finns starkare inlåsningseffekter eftersom åtgärderna ofta innebär mer eller mindre omfattande rehabiliteringsprogram. Sannolikt är också den grupp sjukskrivna som blir aktuell för dessa åtgärder också längre ifrån ett ordinarie arbete än exempelvis den grupp som arbetstränar, vilket innebär en lägre återgång i arbete. I LS-undersökning som genomförs våren 2006 kommer nettoeffekterna av alla typer av åtgärder kunna beräknas.

## Resultaten starkare för män

Resultaten av åtgärder och olika typer av åtgärder skiljer sig åt mellan kvinnor och män, se Tabell 11. Visserligen är den negativa effekten lika stor vid en trubbig jämförelse (rehabdummy). En mer sofistikerad analys visar dock att männen har en större positiv effekt av aktiva åtgärder. För kvinnorna blir nettoeffekten 8 procent större återgång i arbete medan den för männen är 40 procent ( $(1,0 \cdot 1,4) - 1,0$ ). Sett över olika typer av åtgärder är den positiva effekten av åtgärder för männen helt hänförlig till arbetsträning. Den negativa effekt som finns för påbörjad aktiverings- eller motiveringsinsats eller annan åtgärd finns endast bland kvinnorna.

**Tabell 11** Relativ sannolikhet för återgång i arbete, aktiva åtgärder och kön (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Kvinnor		Män	
	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR
Aktiv åtgärd påbörjad = Rehabdummy	18,6 <sup>d</sup>	0,4***	15,8 <sup>d</sup>	0,4***
Aktiv åtgärd påbörjad <sup>a</sup>	14,2	0,9*	11,7	1,0
Aktiv åtgärd genomförd & avslutad <sup>b</sup>	5,0	1,2*	3,8	1,4**
<i>Uppdelat per åtgärdstyp:</i>				
Utbildning påbörjad	0,6	1,1	0,8	0,9
Utbildning genomförd & avslutad	0,2	1,2	0,2	1,9
Arbetsträning påbörjad	7,5	1,1	6,3	0,8
Arbetsträning genomförd & avslutad	2,4	1,2	1,9	1,4**
Arbetsanpassning genomförd	2,9	0,9	2,1	1,1
Aktiverings-/motiveringsinsats påbörjad	2,7	0,7***	2,0	1,1
Annan aktiv åtgärd påbörjad	2,2	0,7**	1,7	1,0
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	4684 (62)		2907 (62)	

\*\*\* =  $p \leq 0,01$ , \*\* =  $p \leq 0,05$ , \*  $p \leq 0,10$ .

I modellerna kontrolleras för ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

Åtgärdsvariablerna är s.k. *tidsvariande kovariater* som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> I de aktiva åtgärderna som påbörjats ingår arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder.

<sup>b</sup> I de aktiva åtgärderna som avslutats ingår arbetsträning, utbildning samt arbetsanpassning. Uppgift om när och hur aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>c</sup> Avser procentandelen sjukskrivningsdagar med påbörjad/avslutad åtgärd.

<sup>d</sup> Avser procentandelen sjukskrivningar med påbörjad.

## Mer positiva resultat för yngre

Skillnader finns också i resultaten mellan olika åldersgrupper. Här har tre åldersgrupper använts i analysen: de unga i åldern 20 till 34 år, de medelålders i åldern 35 till 49 år och de äldre i åldern 50 till 64 år. Analysen visar att det är bland de unga och framförallt de medelålders som det finns tydliga positiva effekter, se Tabell 12. Bland de unga finns det också tydliga inläsningseffekter vid påbörjad åtgärd då återgången i arbete minskar med 20 procent. Vid en närmare titt på olika typer av åtgärder ses att inläsningseffekten bland unga finns för påbörjad utbildning.

**Tabell 12 Relativ sannolikhet för återgång i arbete, aktiva åtgärder och åldersgrupp** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	20–34 år		35–49 år		50–64 år	
	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR
Aktiv åtgärd påbörjad <sup>a</sup>	14,9	0,8**	15,1	0,9	10,4	0,9
Aktiv åtgärd genomförd & avslutad <sup>b</sup>	4,2	1,3*	4,8	1,4***	4,2	1,0
<i>Uppdelat per åtgärdstyp:</i>						
Utbildning påbörjad	1,3	0,6*	0,9	1,4	0,3	0,9
Utbildning genomförd & avslutad	0,2	3,2**	0,2	1,1	0,1	1,0
Arbetsträning påbörjad	8,8	0,9	7,6	1,0	5,5	1,1
Arbetsträning genomförd & avslutad	2,5	1,4*	2,4	1,4**	1,8	1,0
Arbetsanpassning genomförd	1,9	0,8	2,8	1,2	2,6	0,9
Aktiverings-/motiveringsinsats påbörjad	2,7	0,6**	3,0	0,9	1,7	0,9
Annan aktiv åtgärd påbörjad	1,5	1,3	2,8	0,7**	1,5	0,8
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	1835 (72)		2926 (64)		2830 (54)	

\*\*\* =  $p \leq 0,01$ , \*\* =  $p \leq 0,05$ , \*  $p \leq 0,10$ .

I modellerna kontrolleras för kön, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

Åtgärdsvariablerna är s.k. *tidsvarierande kovariater* som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> I de aktiva åtgärderna som påbörjats ingår arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder.

<sup>b</sup> I de aktiva åtgärderna som avslutats ingår arbetsträning, utbildning samt arbetsanpassning. Uppgift om när och hur aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>c</sup> Avser procentandelen sjukskrivningsdagar med påbörjad/avslutad åtgärd.

<sup>d</sup> Avser procentandelen sjukskrivningar med påbörjad.

En tidigare studie har också visat att utbildning som åtgärd är vanligast bland de unga (Andersson & Lidwall 1997). Att utbildning ger en inläsningseffekt är rimligt. Dock finns det för de unga som får utbildningsinsats också en kraftig positiv effekt. Efter genomförd utbildningsinsats mer än trefaldigas ungas återgång i arbete. Köp av utbildningsinsatser har i en tidigare studie generellt visat sig ha positiva effekter på ökad arbetsförmåga (Tollin 2005). Också arbetsträning har en positiv på ungas återgång i arbete. Däremot kan det noteras kraftiga inläsningseffekter för unga som påbörjar aktiverings- eller motiveringsinsatser. Möjligtvis beror det på att dessa aktiviteter inte är effektiva men det kan också finnas en selektion av unga sjukskrivna som står mycket långt ifrån en plats i arbetslivet. Bland de medelålders som generellt har en starkare förankring på arbetsmarknaden är det arbetsträning som uppvisar positiva resultat. Tydliga inläsningseffekter finns också för annan påbörjad åtgärd. Här återfinns bland annat aktiviteter kopplade till samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vilket indikerar att det är individer som saknar fast anställning eller inte kan återgå i tidigare arbete. Bland de äldre finns varken signifikanta positiva eller negativa effekter av aktiva åtgärder. Aktiva åtgärder är också generellt mer sällsynta bland äldre sjukskrivna, se Tabell 2. En tidigare studie har dock visat att rehabiliteringsåtgärder kan ge positiva resultat också för äldre sjukskrivna (Bergendorff m.fl. 1997).

## Resultat i olika diagnosgrupper

Sett över olika diagnosgrupper finns också skillnader, se Tabell 13. Sjukdomsorsakerna har här delats in i psykiska sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och andra fysiska sjukdomar. Analysen visar en inläsningseffekt vid påbörjad åtgärd på 10 procent och en positiv effekt efter genomförd åtgärd på 30 procent, nettoeffekten blir då 17 procent ( $(0,9 \cdot 1,3) - 1,0$ ). Dock är det endast inom gruppen psykiska sjukdomar som dessa resultat är statistiskt säkerställda. Psykiska sjukdomar har ökat markant som sjukskrivningsorsak de senaste åren och det kan ses som positivt att rehabilitering har en positiv effekt på återgång i arbete för denna grupp. Möjligtvis finns här behov och utrymme för mer av aktiva åtgärder eftersom sjukskrivningar för psykiska sjukdomar har en klart lägre återgång i arbete än genomsnittet, se Tabell 8.

**Tabell 13** Relativ sannolikhet för återgång i arbete, aktiva åtgärder och diagnosgrupp (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Psykiska sjukdomar		Rörelseorganens sjukdomar		Andra fysiska sjukdomar	
	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR
Aktiv åtgärd påbörjad <sup>a</sup>	15,3	0,9*	13,9	0,9	9,1	0,9
Aktiv åtgärd genomförd & avslutad <sup>b</sup>	4,2	1,3**	5,3	1,2	3,4	1,3
<i>Uppdelat per åtgärdstyp:</i>						
Utbildning påbörjad	0,9	0,9	0,7	1,2	0,5	0,9
Utbildning genomförd & avslutad	0,2	1,0	0,2	1,6	0,1	1,7
Arbetsträning påbörjad	7,7	1,1	7,4	1,0	5,2	0,9
Arbetsträning genomförd & avslutad	2,2	1,2	2,5	1,3*	1,7	1,4*
Arbetsanpassning genomförd	2,2	1,1	3,3	0,9	1,9	0,9
Aktiverings-/motiveringsinsats påbörjad	3,5	0,8	2,0	1,0	1,6	0,7*
Annan aktiv åtgärd påbörjad	2,5	0,7*	2,1	0,7*	1,2	1,2
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	2249 (60)		2569 (57)		2767 (68)	

\*\*\* =  $p \leq 0.01$ , \*\* =  $p \leq 0.05$ , \*  $p \leq 0.10$ .

I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården, sysselsättning och år.

Åtgärdsvariablerna är s.k. *tidsvarierande kovariater* som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> I de aktiva åtgärderna som påbörjats ingår arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder.

<sup>b</sup> I de aktiva åtgärderna som avslutats ingår arbetsträning, utbildning samt arbetsanpassning. Uppgift om när och hur aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>c</sup> Avser procentandelen sjukskrivningsdagar med påbörjad/avslutad åtgärd.

<sup>d</sup> Avser procentandelen sjukskrivningar med påbörjad.

När det gäller olika typer av åtgärder i olika diagnosgrupper är det svårt att se några tydliga mönster. Visserligen har utbildning positiva resultat för rörelseorganens sjukdomar och för andra fysiska sjukdomar men effekten är inte statistiskt säkerställd. Däremot har arbetsträning en signifikant positiv effekt för nämnda sjukdomsgrupper.

## Resultaten av åtgärderna har försämrats över tid

Förändringar i resultaten av rehabiliterande insatser har också förändrats över tid. I Tabell 14 redovisas återgången i arbete för aktiva åtgärder åren 1999, 2001 och 2003. Analysen visar att de positiva resultaten av de aktiva åtgärderna hänför sig till år 1999. Det året finns både en tydlig inläsningseffekt på 20 procent lägre återgång i arbete och en 50 procents högre återgång i arbete efter avslutad åtgärd, en positiv nettoeffekt på 20 procent således under 1999  $((0,8*1,5)-1,0)$ . Under 2001 och 2002 finns varken signifikanta positiva eller negativa resultat av aktiva åtgärder.

Det som utmärker sig med positiva resultat under 1999 är genomförd arbetsträning som ökar återgången i arbete med 60 procent. Tydliga är också inläsningseffekterna av påbörjade aktiverings- och motiveringsinsatser och annan aktiv åtgärd. Den senare uppvisar en inläsningseffekt också under 2001. Eftersom avslutningstidpunkt saknas för dessa åtgärder går det inte att uttala sig om den samlade effekten. Under 2003 framträder också en stark positiv effekt av genomförd utbildningsåtgärd som ökar återgången i arbete mer än 3 gånger. Man bör dock ha i åtanke att utbildningsinsatser är sällsynta och resultatet slår heller inte igenom på aktiva åtgärder som helhet för år 2003.

Hur ska förändringarna över tid tolkas? En tidigare studie på samma datamaterial visade att under åren 1999, 2001 och 2003 fick allt färre långvarigt sjukskrivna får hjälp allt senare under sjukskrivningen (Lidwall 2006). Efter 6 månaders sjukskrivning var sannolikheten för påbörjad aktiv åtgärd 15 procent under 1999 vilket sjönk till 11 procent under 2001 och till 9 procent under 2003 (ibid.). Detta resultat framkom också i Tabell 5. Man kan anta att det finns en viss selektionseffekt till arbetslivsriktade åtgärder på så vis att individer med större förutsättningar att tillgodogöra sig åtgärden i högre grad blir föremål för åtgärd. Resultaten ger visst stöd för detta exempelvis när det gäller observerbara egenskaper eftersom personer under 50 års ålder och personer med anställning har större chans att få åtgärder. Om selektionsantagandet är korrekt skulle en lägre aktivitet när det gäller samordning av aktiva åtgärder på Försäkringskassan kunna leda till en ännu starkare selektion av individer med goda förutsättningar för återgång i arbete.

**Tabell 14 Relativ sannolikhet för återgång i arbete, aktiva åtgärder och sjukskrivningsår (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)**

Förklaringsfaktor	1999		2001		2003	
	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR	% <sup>c</sup>	RR
Aktiv åtgärd påbörjad = Rehabdummy	20,3 <sup>d</sup>	0,4***	16,7 <sup>d</sup>	0,3***	15,6 <sup>d</sup>	0,4***
Aktiv åtgärd påbörjad <sup>e</sup>	16,4	0,8**	10,2	1,0	11,6	1,0
Aktiv åtgärd genomförd & avslutad <sup>e</sup>	5,9	1,5***	3,3	1,1	3,9	1,1
<i>Uppdelat per åtgärdstyp:</i>						
Utbildning påbörjad	1,0	1,1	0,6	1,0	0,5	0,8
Utbildning genomförd & avslutad	0,4	1,0	0,1	1,7	0,1	3,5**
Arbets träning påbörjad	8,7	1,0	5,0	1,2	6,6	1,0
Arbets träning genomförd & avslutad	2,8	1,6***	1,6	1,1	2,0	1,0
Arbetsanpassning genomförd	3,3	0,9	2,0	0,9	2,3	1,2
Aktiverings-/motiveringsinsats påbörjad	3,0	0,7**	1,8	0,8	2,0	0,9
Annan aktiv åtgärd påbörjad	2,1	0,7*	2,4	0,7*	1,2	1,3
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	2601 (64)		2488 (60)		2502 (61)	

\*\*\* =  $p \leq 0,01$ , \*\* =  $p \leq 0,05$ , \*  $p \leq 0,10$ .

I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel/partiell), långvarig sjukskrivning året före, dokumenterat missbruk, typ av sjukskrivande läkare, väntetid inom sjukvården och sysselsättning.

Åtgärdsvariablerna är s.k. *tidsvarierande kovariater* som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> I de aktiva åtgärderna som påbörjats ingår arbets träning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder.

<sup>b</sup> I de aktiva åtgärderna som avslutats ingår arbets träning, utbildning samt arbetsanpassning. Uppgift om när och hur aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>c</sup> Avser procentandelen sjukskrivningsdagar med påbörjad/avslutad åtgärd.

<sup>d</sup> Avser procentandelen sjukskrivningar med påbörjad.

Resultaten tyder dock snarare på motsatsen vilket möjligtvis skulle ge stöd åt argumentet att när åtgärdsaktiviteten sjunker är det de svåraste fallen som ändå får åtgärder vilket påverkar resultaten som helhet negativt. Andra tolkningar av resultaten över tid är också möjliga. Under de år som åtgärdsaktiviteterna minskar har det också skett en medveten ökning av de partiella sjukskrivningarna. I LS-undersökningen har de partiella sjukskrivningarna vid sjukskrivningens början ökat från 15 procent 1999 till 18 procent 2003.



Partiella sjukskrivningar är vanligare bland kvinnor och där har det skett en ökning från 17 till 21 procent från 1999 till 2003. Att partiell sjukskrivning med partiellt arbete utgör ett alternativ till en aktiv rehabiliteringsåtgärd stöds av det faktum att andra aktiva åtgärder är mindre vanliga i sjukskrivningar med partiell ersättning, se Tabell 4. Dock visar resultaten att partiell sjukskrivning i början av sjukskrivningen inte leder till snabbare återgång i heltidsarbete, se Tabell 9. Partiell sjukskrivning i början av en sjukskrivning snarare förlänger än förkortar sjukskrivningsperioden.

Hur som helst var resultaten av de aktiva åtgärderna bäst under det år i undersökningen då Försäkringskassan var som mest aktiv med att arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering. En möjlig tolkning av detta är att det beror på selektionseffekter, det vill säga egenskaperna hos dem som blev långvarigt sjukskrivna under de aktuella perioderna och vilka av dessa som blev föremål för åtgärd. En alternativ tolkning är att det som rehabiliteringssamordnarna gör på Försäkringskassan gör skillnad för sjukskrivnas återgång i arbete. När detta inte längre görs i lika stor utsträckning som tidigare märks det i lägre sannolikhet för återgång i arbete, särskilt bland kvinnor.

## Sammanfattning och avslutande kommentar

- Den *totala effekten* av aktiv åtgärd är en ökning av återgången i arbete med 8 procent
- *Påbörjad* aktiv åtgärd minskar återgången i arbete med 10 procent
- *Avslutad* aktiv åtgärd ökar återgången i arbete med 20 procent.
- Den totala effekten av arbetsträning för återgång i arbete är 30 procent
- Aktiv åtgärd ökar återgången i arbete för kvinnor med 8 procent
- Aktiv åtgärd ökar återgången i arbete för män med 40 procent
- Aktiv åtgärd ökar återgång i arbete med 30 till 40 procent för individer yngre än 50 år

- Utbildning har starka positiva effekter på återgång i arbete för unga i åldern 20 till 34 år
- Resultaten från studien visar tillsammans med resultat från både tidigare och senare studier att utbildningsinsatser för långvarigt sjukskrivna är värda att satsa mer på.
- Aktiv åtgärd ökar återgången i arbete för individer sjukskrivna för psykiska sjukdomar med 17 procent
- Arbetsträning ökar återgången i arbete med omkring 30 procent för individer sjukskrivna för fysiska sjukdomar
- Aktiv åtgärd ökar återgången i arbete med 20 procent för sjukskrivningar påbörjade 1999 men inte alls under 2001 och 2003. Ett undantag är utbildning som hade kraftigt positiv effekt under 2003.

Selektionseffekter är alltid ett potentiellt problem i icke-randomiserade studier. Det innebär att resultaten av olika interventioner eller åtgärder kan bero på icke-observerbara skillnader mellan de som blir föremål för åtgärd och de som inte blir det. I studien tas dock hänsyn till en mängd relevanta förhållanden relaterade till hälsa och arbete. Betydelsen av eventuella selektionseffekter ska därför inte överdrivas. Visserligen är det möjligt att tänka sig att andra viktiga förhållanden har betydelse för påbörjad åtgärd och återgång i arbete, exempelvis individens motivation. En sådan faktor kan dock betraktas som en viktig faktor för sig och inte en faktor som nödvändigtvis förklarar bort sambandet mellan aktiv åtgärd och återgång i arbete.

I framtiden är det möjligt att randomiserade studier ska prövas. Det kan dock vara problematiskt ur etisk synvinkel att slumpmässigt välja ut individer som ska få åtgärd eller ej, givet att de objektivt sett kan bedömas ha behov av åtgärd. En mer framkomlig väg skulle i stället kunna vara att för relativt väldefinierade behovsgrupper, t.ex. individer med ryggsbesvär eller individer som lider av depression, och för dessa slumpa ut olika åtgärds paket från olika producenter. Dessa paket och producenter ska naturligtvis som i dag uppfylla vissa kvalitetskriterier. Utvärderingar genom randomiserade studier skulle avsevärt öka möjligheterna att bedöma olika åtgärders effekter för att öka arbetsförmåga och återgången i arbete. Eftersom kunskaperna i dag är så svaga generellt kring olika åtgärders innehåll och resultat så ingår i

praktiken alla långvarigt sjukskrivna med behov av rehabiliteringsåtgärd i ett fullskaligt experiment. Det kan i längden knappast betraktas som etiskt försvarbart att individer blir föremål för åtgärder som inte är ordentligt utvärderade.

# Referenser

Aakvik A & Risa A E (1997) *Success through selection in Norwegian vocational rehabilitation programs*. Working Paper, Department of Economics, University of Bergen. Bergen.

Andersson A, Ekberg K, Enthoven P, Kjellman G, Ockander M & Skargren E m.fl. (2003) *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning*. IHS Rapport 2003:1. Institutionen för hälsa och samhälle. Linköpings Universitet. Linköping.

Andersson C & Lidwall U (1997) ”Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering” i Marklund S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6, Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Andrén D (2001) *Work, sickness, earnings and early exits from the labor market. An empirical analysis using Swedish longitudinal data*. Ekonomiska studier utgivna av Nationalekonomiska institutionen no 107. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

Bergendorff S (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia*. Samtal om socialförsäkring Nr 10. Socialförsäkringsutredningen. Stockholm.

Bergendorff S, Cohen Birman M, Eklund M, Gardberg Morner C, Lidwall U & Olsson S (2004) ”Kvinnor, Män och sjukfrånvaron” i Andersson B M (red) *Socialförsäkringsboken 2004*, Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Bergendorff S & Gordon D (2000) ”Vocational and Other Non-medical Interventions” i Bloch FS & Prins R (red) *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. New Brunswick, USA, Transaction Publishers.

Bergendorff S, Edlund T, Lidwall U, Ljungberg D & Olsson S (1997) ”Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering” i Marklund S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Berglund H & Gerner U (2002) “Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective” *Disability and rehabilitation*. 24(14):719-26

Ekberg K, Heide A & Petersson B (2002) *Förutsättningar för en effektiv selektering i utredningsarbetet på försäkringskassorna*. Fakta & Debatt No 1 2002. Försäkringskassaförbundet. Stockholm.

Ekholm J m.fl. (2002) *Hinder och framgångsfaktorer i rehabiliteringsprocessen*. Rapport 2002:1. Mitthögskolan, Centrum för Socialförsäkringsforskning. Östersund.

Eklund M (2003) *Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?* RFV Analyserar 2003:10. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Eklund M, von Granitz H & Marklund S (2004) ”Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa” i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, s.81-121. R 2004:15. Statens folkhälsoinstitutet. Stockholm.

Eklund M, Lidwall U och Marklund S (2005) ”Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen” i Marklund S (red) *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.

Eklund M & Ossowicki M (2004) *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. RFV Analyserar 2004:8. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Gerner U. (1999), *Rehabilitering ur ett individsperspektiv, En enkätundersökning bland sjukskrivna bland Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län*. Rygg och Nacke 4. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Hansen A, Edlund C & Bränholm I-B (2005) “Significant resources needed for return to work after sick leave” *Work* 25:231-40

Hansson E & Hansson T (1999) *Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg och nackbesvär*. Rygg och Nacke 3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.

Hetzler A, Melén D & Bjurstedt D (2005) *Sjuk-Sverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*. Brutus Östlings Bokförlag Symposium. Stockholm.

Høgelund J (2003) *In Search of Effective Disability Policy*. Amsterdam University Press. Amsterdam.

Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP & van Eijk JTM (2003) "The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work"  
*International Journal of Rehabilitation Research* 26:1-9

Kindlund H (1996) *Invandrarna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering under 1990-talet*. RFV Redovisar 1996:11. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Kopola N m.fl. (2005) "På gränsen till trygghet" i Anderson B-M (red) *Socialförsäkringsboken 2005*, Försäkringskassan. Stockholm.

Landstad B & Silfwerbrand E (1995) *Rehabiliteringens framväxt inom socialförsäkringen*. Rapport 1995:10, Östersund: Mitthögskolan, Centrum för socialförsäkringsforskning.

Lidwall U (1996) *Långvarigt sjukskriva – Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer*. RFV Redovisar 1996:14. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Lidwall U (2002) *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4. Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Lidwall U (2004) *Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män? – sjukpenningkostnaderna fördelade efter kön och sjukskrivningsdiagnos*. RFV Redovisar 2004:5. Riksförsäkringsverket

Lidwall U (2006) *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken*. Analyserar 2006:6.

Försäkringskassan. Stockholm.

Lindqvist R (2000) *Att sätta gränser: Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa.

Marklund S (1995) ”Vilka långtidssjuka blir rehabiliterade?” I Marklund S (red.) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Studentlitteratur. Lund.

Marklund S (red.) (1997) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6.

Riksförsäkringsverket. Stockholm.

Post M, Krol B & Groothoff W (2005) “Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence”

*Disability and Rehabilitation* 27(9):481-488

Sennvall P O (2002) *Socialförsäkring, kön och agenda*. Rapport 37.

Försäkringskassan Stockholms län. Stockholm.

Tollin P (2005) *Köp av aktiva tjänster – mål och resultat*. Analyserar 2005:21. Försäkringskassan. Stockholm.

Veerman TJ & Palmer E (2000) ”Work Resumption and the Role of Interventions” i Bloch FS & Prins R (red) *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. New Brunswick, USA, Transaction Publishers.

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2006:

- 2006:1 Kundundersökning 2004
- 2006:2 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 1)
- 2006:3 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 2)
- 2006:4 Prognosverktyget – ett stöd i det första vägvalet vid handläggningen av sjukfall
- 2006:5 Socialförsäkringarna – rätt och fel. Rapport från forskarseminarium i Umeå 25–26 januari 2006
- 2006:6 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken
- 2006:7 Skilda vägar. Föräldrars kunskaper om vårdnad, boende, umgänge och underhåll
- 2006:8 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2004–2007
- 2006:9 Försäkringskassans utredningar av misstänkt fusk – metoder och kostnadseffektivitet
- 2006:10 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete



## **Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering**

### **– aktiva åtgärder och återgång i arbete**

Ökade kunskaper om arbetslivsinriktad rehabilitering är en viktig del i arbetet med att minska frånvaron i arbetslivet på grund av sjukdom och arbetsoförmåga. Bland annat behövs analyser på aktuella rikstäckande data om vilka som blir föremål för aktiva åtgärder i rehabiliterande syfte och resultatet av dessa åtgärder. Det finns i dag få som skulle hävda att arbetslivsinriktad rehabilitering är en succéartad verksamhet, men den mycket dystra bilden av verksamheten som emellanåt förs fram behöver nyanseras.

Resultaten som presenteras i rapporten visar att det finns anledning till optimism när det gäller resultaten av de aktiva rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan samordnar. Aktiva åtgärder ökar återgången i arbete. I rapporten redovisas också andra faktorer som har betydelse för återgång i arbete bland långvarigt sjukskrivna och faktorer som har betydelse för om aktiva åtgärder kommer igång under sjukskrivningen.