

Rehabilitering ur ett individperspektiv

En enkätundersökning bland sjukskrivna i
Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län

Rehabilitering ur ett individperspektiv

En enkätundersökning bland sjukskrivna i
Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län

Ulla Gerner
Försäkringskassan i Stockholms län

Förord

Denna rapport är den fjärde från en svensk undersökning vars syfte är att studera arbetsoförmåga på grund av rygg- och nackbesvär. Den svenska undersökningen ingår i ett internationellt projekt, *Work Incapacity and Reintegration*, som genomförs i Sverige, Danmark, Israel, Nederländerna, Tyskland och USA.

Rygg- och nackbesvär är de vanligaste orsakerna för långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige och i många andra länder. Kunskapen om varför arbetsoförmågan ofta blir långvarig eller bestående är fortfarande begränsad. Klart är dock att många faktorer inverkar. Förhållanden på arbetsplatsen och tillgång till medicinska behandlingar och arbetslivsinriktad rehabilitering är några av faktorer som har betydelse för möjligheten att återvinna arbetsförmågan.

Regionala skillnader har hittills inte belysts i den svenska undersökningen. Ett syfte med denna rapport är att undersöka om det finns skillnader mellan de sjukskrivna med rygg- och nackbesvär i Försäkringskassan i Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län. Ett annat syfte är att studera vilka åtgärder som vidtas i de tre försäkringskassorna för att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbete och vilka resultat som uppnås med åtgärderna. Även skillnader mellan män och kvinnor redovisas.

Rapport 1 från projektet innehåller en beskrivning av såväl den svenska som den internationella studiens syfte, metod och genomförande och en redovisning av den svenska undersökningsgruppens funktionsförmåga, hälsotillstånd, sjukhistorik, arbetsförhållanden m.m. vid studiens start. Använda mätinstrument redovisas i rapport 2. Rapport 3 innehåller en beskrivning av vilka medicinska åtgärder som vidtagits i syfte att skapa förutsättningar för de sjukskrivna att återgå i arbete. Undersökningen genomförs i Sverige i samarbete med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska Universitets sjukhuset vid Göteborgs universitet samt försäkringskassorna Göteborg och i Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län.

Stockholm i december 1999

Edward Palmer
Chef för utredningsenheten

Innehåll	Sid
Inledning	7
Bakgrund	8
Rapportens uppläggning	10
Syfte	11
<i>Läsanvisningar</i>	<i>12</i>
Metod	13
<i>Urvalskriterier och urval</i>	<i>13</i>
<i>Mätinstrument</i>	<i>14</i>
<i>Insamling av uppgifter med enkäter</i>	<i>15</i>
<i>Översikt av utvärderingsmodellen</i>	<i>15</i>
Beskrivning av populationen	18
<i>Bakgrundsvariabler</i>	<i>22</i>
<i>Sociodemografiska förhållanden</i>	<i>26</i>
<i>Familj och levnadsförhållanden</i>	<i>28</i>
<i>Arbetsförhållanden</i>	<i>28</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>31</i>
Hälsa och levnadsvanor	33
<i>Diagnosfördelning</i>	<i>33</i>
<i>Självskattad hälsa</i>	<i>35</i>
<i>Arbetsförmåga Work ability index</i>	<i>50</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>58</i>
Arbete	60
<i>Attityd till arbetet</i>	<i>60</i>
<i>Psykosocial arbetsmiljö</i>	<i>61</i>
<i>Fysisk arbetsmiljö</i>	<i>65</i>
<i>Möjligheter till återgång i arbete</i>	<i>66</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>77</i>
Försäkringskassans insatser	79
<i>Sammanfattning</i>	<i>88</i>
Åtgärder	89
<i>Sammanfattning</i>	<i>92</i>
Sammanfattning av skillnader mellan kassorna	93
Diskussion	94
Litteraturlista	97

Inledning

Föreliggande rapport ingår som en delrapport i det s.k. ISSA-projektet som finns beskrivet i en rapport från RFV (Bergendorff et al 1997). De inledande sidorna i denna rapport bygger i hög grad på RFV:s rapport. Eftersom man ska kunna läsa rapporterna oberoende av varandra, har det ansetts viktigt att upprepa en del bakgrundsfakta. Hela det internationella projektet finns beskrivet i en artikel i ISSA:s tidskrift *International Social Security Review* Nr 2 1997 sid 3–21.

I ISSA-projektet har en mängd material samlats in och det kommer att redovisas i olika rapporter. Denna rapport behandlar resultat av enkäter bland långvarigt sjukskrivna med nack- och ryggbesvär och har tillkommit på initiativ av försäkringskassan i Stockholms län och Riksförsäkringsverket. Tillsammans med försäkringskassorna i dåvarande Kristianstads län och Västernorrlands län beslöt man under våren 1998 att bearbeta en del av resultaten för de tre kassorna och presentera dem i en gemensam rapport.

Bakgrund

Besvär från rygg och nacke är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige för närvarande. Drygt en femtedel av nybeviljade sjukbidrag och förtidspensioner har ryggbesvär som diagnos (RFV 1997) och av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar i följd har en femtedel ryggbesvär som diagnos (RFV 1995).

Den totala samhällskostnaden för ryggbesvär har i Sverige uppskattats till 30 miljarder kronor (RFV 1996, Socialstyrelsen 1996). Kunskapen om orsakerna till ryggbesvär är ännu otillräcklig, men man har kunnat påvisa multifaktorella orsaker till sjukfrånvaro i samband med kroniska ryggbesvär (Hall et al 1994). Det är också klart att såväl arbetets art som ersättningsformer under sjukskrivningstiden samt individens egen bedömning av möjligheten att arbeta har betydelse för sjukfrånvaron. Orsakerna till förtidspensioneringar och långa sjukskrivningar kan därför bl.a. sökas i psykosociala och ergonomiska förhållanden på arbetsplatsen, diagnostisering och behandling i sjukvården samt i tillämpningen av socialförsäkringen (Bergendorff et al 1997).

Efter lagändringar 1991 respektive 1992 har arbetsgivarna fått ett allt större ansvar för rehabilitering av sina anställda och de ska påbörja en rehabiliteringsutredning efter fyra veckors sjukskrivning om det "inte är obehövligt" (AFL 22 kap 3§). Försäkringskassorna fick i samband med lagändringen 1992 ett ökat ansvar för rehabilitering av sjukskrivna och de tilldelades dessutom ett samordningsansvar för rehabiliteringen. Kassorna tilldelas årligen särskilda medel för köp av rehabiliteringstjänster. Forskning har visat att arbetsmotivationen vid sjukfrånvaro sjunker snabbt; med 25 procent vid tre månaders och med 65–70 procent vid sex månaders sjukskrivning (Öberg 1989). Trots ökade resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering sedan 1992, har det visat sig att sådan rehabilitering startar så sent att prognosen för arbetsåtergång har försämrats märkbart (RFV 1995).

RFV konstaterar sammanfattningsvis i sin rapport (Bergendorff et al 1997) att *"använda behandlingar och rehabiliteringsåtgärder har utvärderats i liten utsträckning trots de stora satsningarna både inom sjukvård och socialförsäkring. Som regel har inte samspelet mellan arbetskrav, hälsotillstånd, indi-*

videns attityder och bedömningar, drivkrafter i socialförsäkringens regel-system och försäkringstillämpning studerats i utvärderingarna.” (sid 19)

I ett flertal andra länder har man under 1990-talet också noterat ständigt ökande kostnader för rygg- nackbesvär och arbetsförmåga i samband därmed (SOU 1996:113). För att skaffa mer kunskap såväl nationellt som internationellt om dessa frågor initierade ISSA (International Social Security Association) 1993 ett internationellt projekt om arbetsförmåga och återgång i arbete. Det är ett jämförande projekt kallat *Work Incapacity and Reintegration* med deltagande från socialförsäkringsadministrationerna i Danmark, Israel, Nederländerna, Sverige, Tyskland och USA. Populationen består av långvarigt sjukskrivna på grund av ryggbesvär. Materialet är unikt, eftersom man följer individerna och deras rehabilitering i två år och därutöver inhämtas information om åtgärder i sjukvården, hos arbetsgivare och på försäkringskassor (Bergendorff et al 1997). Vid FoU-enheten vid försäkringskassan i Stockholm pågår ett liknande projekt med Tyskland som samarbetspartner, men det främsta syftet med den studien är att undersöka motivation för rehabilitering.

I Sverige har undersökningen utförts i fem försäkringskassor: Stockholm (lokalkontoren i dåvarande Region Söder), Göteborg, Kristianstad, Västmanland och Västernorrland och population består av ca 2000 individer.

Det internationella projektets syfte – och även det svenska – är att undersöka hur fler sjukskrivna kan återföras i arbete (Bergendorff et al 1997).

Delmålen är

1. att studera och jämföra betydelsen av de åtgärder som vidtas av socialförsäkringsadministration, hälso- och sjukvård samt arbetsgivare i syfte att återföra sjukskrivna människor i arbete
2. att studera hur hälsotillstånd, levnadsförhållanden, sociala förhållanden, arbetsförhållanden och arbetsmarknad samt ekonomiska drivkrafter och socialförsäkringens utformning påverkar processen mot arbetsåtergång.

Rapportens uppläggning

Den här rapporten är således en resultatredovisning av vissa delar av den stora undersökningen och berör enkätsvar från tre försäkringskassor: Stockholm, Kristianstad och Västernorrland. Vissa jämförelser och referenser görs till RFV:s rapport (Bergendorff et al 1997).

Först presenteras syfte, metod och undersökningsmodell samt en beskrivning av populationen på vissa bakgrunds- och sociodemografiska variabler. Därefter följer resultatredovisning indelat efter ämnesområdena: *Hälsa och levnadsförhållanden, Arbete, Försäkringskassans insatser* samt *Åtgärder*. Efter varje avsnitt följer en sammanfattning av de viktigaste resultaten. Sista avsnittet är en *Sammanfattande diskussion*. Resultaten har i de allra flesta fall redovisats efter kön och försäkringskassa och ibland även efter ålder. *Skillnader har så långt möjligt signifikantstestats och redovisats i figurer med medelvärden för olika hälsoindex med ett 95-procentigt konfidensintervall.*

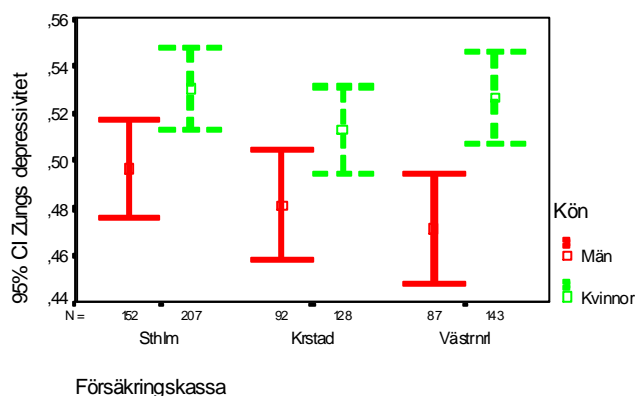
Syfte

Syftet med den här rapporten är

- att göra en resultatsammanställning av de fyra enkäterna för vissa utvalda frågor för tre försäkringskassor
- att undersöka skillnader mellan kassorna och även mellan könen
- att studera hur det gått för de långvarigt sjukskrivna under de två år undersökningen omfattar och vilka åtgärder som satts in.

Läsanvisningar

- De allra flesta resultat redovisas i procentsiffror. Det framgår av rubriker i tabeller och diagram vilken typ av siffror det är frågan om.
- Försäkringskassa förkortas i bland till Fk och i bland används ordet ”kassa”.
- De tre försäkringskassor som ingår i rapporten förkortas i tabeller och diagram enligt följande: Stockholm (Sthlm), Kristianstad (Krstad), Västernorrland (Västrnrl och Vnrl).
- I stapeldiagrammen har i bland förkortningar av kategorier varit nödvändiga för att få plats. Oftast framgår kategorierna av en tabell med klartext eller i text i anslutning till diagrammet. I vissa diagram finns könen uppdelade och då alltid männen till vänster och kvinnorna till höger. De diagram som visar kassanivå ska alltid läsas från vänster till höger med ordningen Stockholm, Kristianstad och Västernorrland (i vissa figurer kan det vara svårt att särskilja toningen i staplarna).
- En speciell typ av diagram har använts för att redovisa olika hälsoindex. I dessa figurer ingår signifikantestning med ett 95-procentigt konfidensintervall. Där staplarna är helt skilda från varandra är skillnaden signifikant. I exemplet nedan är könsskillnaden i Västernorrland (de två staplarna längst till höger) signifikant, men inte i Kristianstad och Stockholm. De olika indexen har olika värden, vilket framgår av Y-axeln. Av texten framgår vad högre respektive lägre värden betyder.



Metod

Undersökningen är en framåtblickande kohortstudie där en grupp följs från sjukskrivningens början och under två års tid.

Personer som uppfyllde vissa kriterier togs fram från kassornas sjukfallsregister och togs med allteftersom de kom fram efter 28 dagars sjukskrivning (inklusive sjuklöneperioden) mellan november 1994 och oktober 1995. Efter denna period togs inga ytterligare sjukskrivna med. Det bör noteras att *alla som uppfyllde urvalskriterierna togs med.*

Eftersom ingen kontrollgrupp finns, kan utfall (fortsatt sjukskrivning, förtids pensionering, arbetsåtergång) endast jämföras mellan grupper inom undersökningsgruppen (Bergendorff et al 1997). I föreliggande rapport har genomgående jämförelser mellan könen gjorts, men också mellan försäkringskassor och i vissa fall befolkningen i stort.

Urvalskriterier och urval

Populationen består av personer som varit sjukskrivna för rygg- och/eller nackbesvär på heltid minst 28 dagar. I den internationella delen av studien begränsar man sig till 90 dagars sjukskrivning för ländryggsbesvär. Att man i den svenska studien valt en något annorlunda design beror på att man ville ha mer kunskap även om de kortare sjukfallen (28 dagar).

Följande urvalskriterier gällde:

- anställd i åldern 18–59 år
- sjukskriven på heltid i minst 28 dagar i följd (inklusive sjuklöneperiod)
- besvär i ländryggen eller i nacken som första sjukskrivningsdiagnos på det läkarintyg som gällde 28 dagar efter sjukskrivningens början.

Följande kriterier gällde för att utesluta personer från studien:

- arbetslös
- företagare med enbart B-inkomst
- ryggbesvären hade samband med graviditet
- ryggbesvär på grund av fraktur, tumör, infektion eller känd generell inflammatorisk ledsjukdom.

Det var inte praktiskt möjligt att göra ett slumpmässigt urval av alla sjukskrivna i Sverige som uppfyllde kriterierna, eftersom diagnoser inte finns med på databilder eller -register. Granskningen måste därför ske manuellt i sjukfallsregister. Man valde därför ett begränsat antal försäkringskasseområden till undersökningen och områdena valdes så att de skulle representera storstad, landsbygd, olika befolkningssammansättningar samt olika typer av försäkringskassor. Valet föll på dåvarande region Söder vid försäkringskassan i Stockholms län och på försäkringskassorna i Göteborg och dåvarande Kristianstads län samt Västmanlands och Västernorrlands län (Bergendorff et al 1997).

Insamlingen av de sjukskrivna till kohorten (undersökningsgruppen) skedde alltså från november 1994 till oktober 1995. Handläggare på lokalkontoren gick igenom sjukfallen minst en gång i veckan. De personer som uppfyllde kriterierna rapporterades så fort som möjligt efter den 28:e sjukskrivningsdagen på en särskild lista till projektgruppen på RFV.

I föreliggande rapport finns, som tidigare nämnts, endast tre försäkringskassor med: Stockholms, dåvarande Kristianstads samt Västernorrlands län. Det var endast de kassorna, som var intresserade av denna speciella resultatredovisning. Det har dock visat sig intressant ur jämförelsesynpunkt, eftersom här finns representerat storstad, glesbygd och även olika delar av landet från norr till söder.

Mätinstrument

Sammanlagt fyra enkäter sändes ut under de två åren uppföljningen pågick. Den första enkäten, 28-dagarsenkäten, sändes ut efter fyra veckors sjukskrivning och den andra, 90-dagarsenkäten, 90 dagar efter sjukskrivningens början. Den tredje och den fjärde enkäten sändes ut ett respektive två år efter sjukskrivningens början.

Enkäterna täcker in följande områden

- arbete
- social situation och ekonomiska förhållanden
- hälsotillstånd, levnadsvanor och livskvalitet
- läkarbesök och behandlingar
- arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder
- attityder till olika inblandade rehabiliteringsaktörer (arbetsgivare, hälso- och sjukvård samt försäkringskassa).

Många frågor återkommer i alla enkäterna och jämförelser kan således göras mellan enkäterna. I föreliggande rapport har dock sådana jämförelser endast utförts på gruppnivå, s.k. aggregerad nivå, och individuella förändringar har inte studerats.

Insamling av uppgifter med enkäter

Den första enkäten sändes ut efter 28 dagars sjukskrivning med ett följebrev om att deltagandet var frivilligt. Deltagarna hade möjlighet att ställa frågor om undersökningen till projektgruppen på Sahlgrenska universitetssjukhuset som är den medicinska expertisen i undersökningen, och det bidrog förmodligen till positiv svarsbenägenhet (Bergendorff et al 1997)

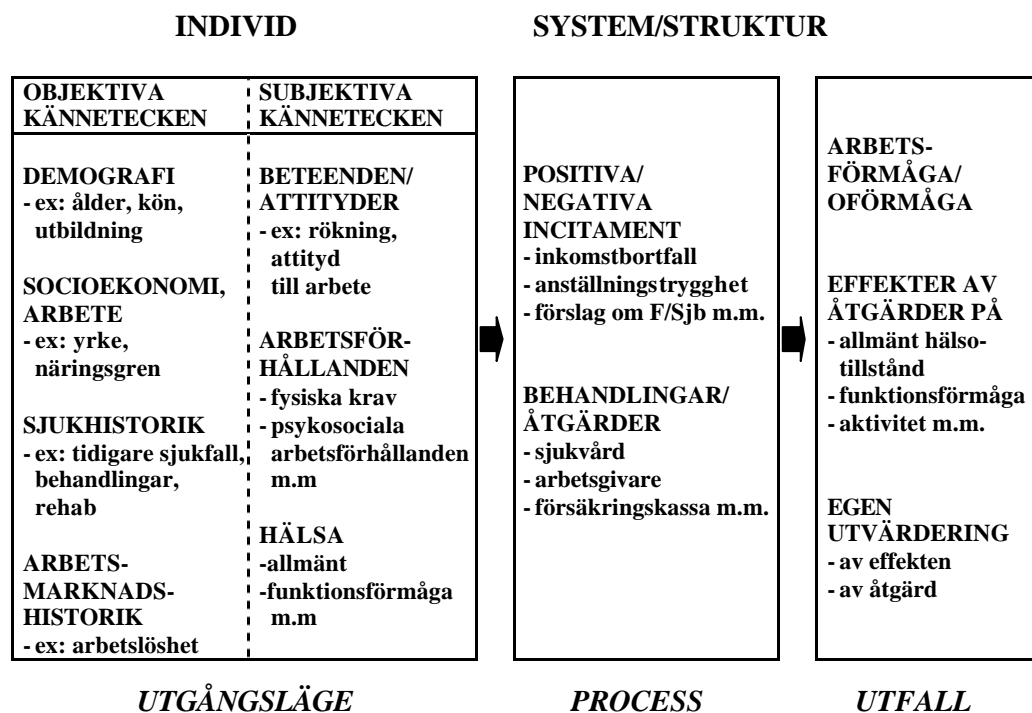
För samtliga enkäter gällde samma påminnelserutiner; två skriftliga och en per telefon där det var möjligt. De tre andra enkäterna sändes sedan ut efter 90 dagar, ett år respektive två år till alla som besvarat den första enkäten. Enkätundersökningen avslutades under hösten 1997.

Översikt av utvärderingsmodellen

I den internationella studien har man enats om en speciell utvärderingsmodell. Den har inte kunnat följas helt i denna rapport, eftersom alla variabler inte finns medtagna här, men det kan ändå vara på sin plats att presentera modellen här. Den kan tjäna som en vägledning till resultatpresentationen. I modellen kan tre delar urskiljas

- individ vid ingången till studien
- process under den tvååriga uppföljningstiden

- **utfall i slutet av studien.**



Figur 1.1 Modell för utvärdering av behandlingar, handläggning av sjukfall och av rehabiliteringsåtgärder (Efter Bergendorff et al 1997)

Beskrivning av populationen

För de tre kassor som ingår i detta material var den totala populationen 1203 personer. Totalt fanns för de tre kassorna 105 vägrare och studiepopulationen bestod alltså av 1098 individer. Bortfallet i de olika enkäterna redovisas nedan.

Riksförsäkringsverket har i sin första rapport om undersökningen (Bergendorff et al 1997) analyserat bortfallet för den stora population som innehöll ytterligare två försäkringskassor. Man fann signifikanta skillnader i ålders- och könsfördelning mellan dem som inte deltog i enkätundersökningen och studiepopulationen. Andelen yngre var större i bortfallet än i studiepopulationen. En större andel av männen än kvinnorna underlät att besvara den första enkäten. De som var sjukskrivna mindre än 90 dagar besvarade den första enkäten i mindre grad än övriga i undersökningsgruppen. Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader i diagnosfördelning eller tidigare sjukhistorik mellan bortfallet och undersökningsgruppen. Någon ytterligare bortfallsanalys har inte gjorts för denna resultatredovisning.

Fördelningen per försäkringskassa framgår av nedanstående tabell.

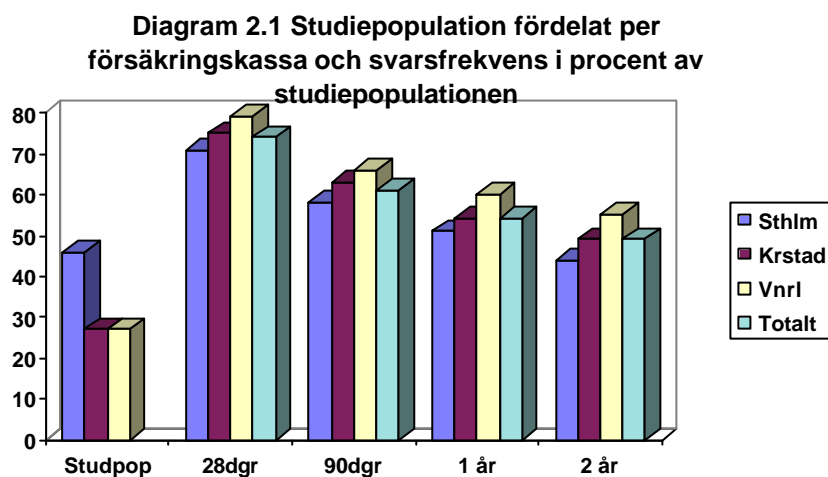
Tabell 2.1 Studiepopulation efter försäkringskassa

Försäkringskassa	Antal	Procent	Vägrare Antal
Stockholm	505	46	51
Kristianstad	297	27	35
Västernorrland	296	27	19
Totalt	1098	100	105

Tabell 2.2 Enkät svar efter försäkringskassa och i procent av studiepopulationen

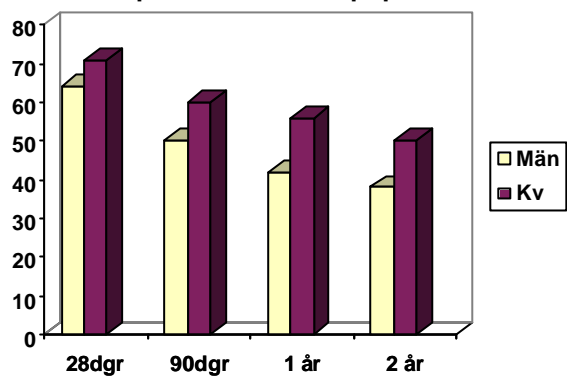
Enkät Fk	28 dagar		90 dagar		1 år		2 år	
	N	Proc	N	Proc	N	Proc	N	Proc
Stockholm	361	71	291	58	257	51	224	44
Kristianstad	223	75	186	63	160	54	146	49
Västernorr	233	79	195	66	179	60	163	55
Totalt	817	74	672	61	596	54	533	49

Västernorrland har genomgående den högsta svarsfrekvensen och Stockholm den lägsta.



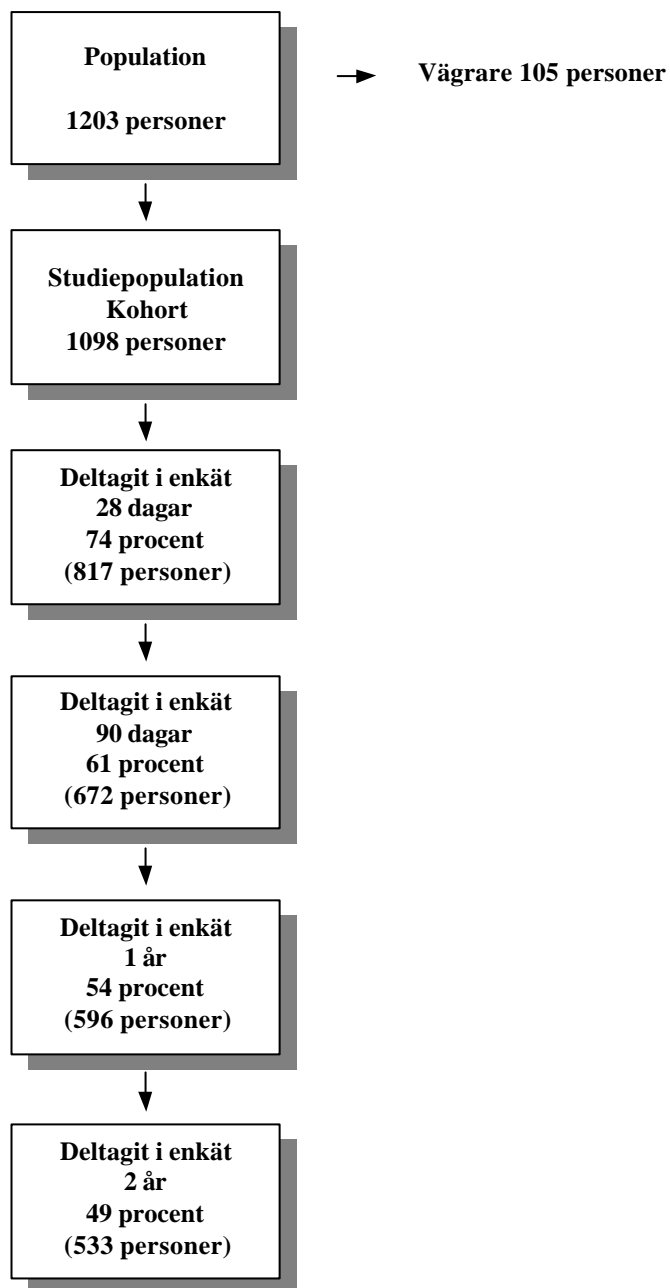
I diagrammet nedan framgår svarsfrekvensen efter kön i procent av studiepopulationen. Kvinnorna besvarade genomgående enkäterna i större utsträckning än männen.

Diagram 2.2 Svarsfrekvens per kön i procent av studiepopulation



Svarsfrekvens för de olika enkäterna framgår av figuren nedan.

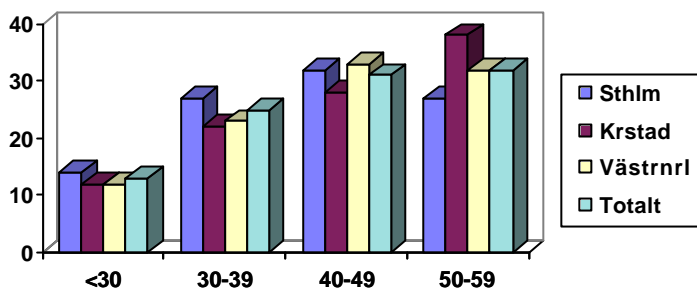
Figur 2.1 Svvarsfrekvens vid olika enkättillfällen



Bakgrundsvariabler

Här redovisas ålders- och könsfördelning samt kassatillhörighet för hela populationen; 1203 personer och sjukperiodens längd för studiepopulationen; 1098 personer.

Diagram 2.3 Åldersfördelning per försäkringskassa samt totalt. Procent

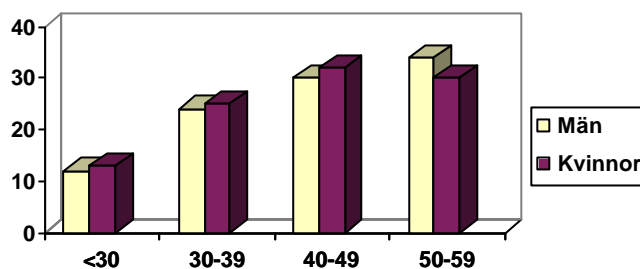


Kristianstad är något överrepresenterad bland de äldre. För övrigt ganska jämn fördelning.

Tabell 2.3 Åldersfördelning per försäkringskassa. Antal

Försäkringskassa/ Ålder	Sthlm	Krstd	Västrnrl	Totalt
<30 år	78	39	37	154
30-39 år	150	73	74	297
40-49 år	177	93	103	373
50-59 år	151	127	101	379
Totalt	556	332	315	1203

Diagr. 2.4 Ålder fördelat på kön. Procent



Männen är något äldre än kvinnorna, men i stort sett har könen liknande åldersfördelning.

Tabell 2.4 Ålder efter kön. Procent

Ålder	Män n=525	Kvinnor n=678	Totalt n=1203	Befolkn
<30 år	12	13	13	29
30-39 år	24	25	25	24
40-49 år	30	32	31	26
50-59 år	34	30	31	21
Totalt	100	100	100	100

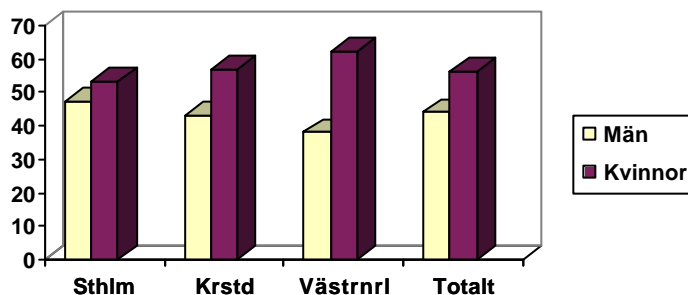
Fördelningen efter ålder visar att rygg- och nackbesvär är vanligast i åldrarna 40-59 år, där fanns drygt 60 procent av undersökningsgruppen. Gruppen yngre än 30 år var mycket mindre i jämförelse med befolkningen i stort (13 respektive 29 procent). Åldersfördelningen stämmer väl med Riksförsäkringsverkets RiksLS-undersökning 1993-1994 för sjukfall över 60 dagar med rygg- och nackdiagnoser. Enda skillnaden är att där fanns 16 procent i gruppen yngre än 30 år, vilket kan förklaras med att de yngsta inte kom in på arbetsmarknaden under åren 1994-1995 i lika stor utsträckning som tidigare (Bergendorff et al 1997).

Tabell 2.5 Kön fördelat på försäkringskassa. Procent

Försäkringskassa	Män n=525	Kvinnor n=678	Totalt n=1203
Stockholm	47	53	100
Kristianstad	43	57	100
Västernorrland	38	62	100
Totalt	44	56	100

Männen utgjorde 44 procent och kvinnorna 56 procent av populationen. Kvinnorna var alltså överrepresenterade och eftersom det i de studerade geografiska områdena finns fler män än kvinnor (51 respektive 49 procent) visar det att rygg- och nackbesvär har större utbredning bland kvinnor än män (Bergendorff et al 1997). Västernorrland hade en större andel kvinnor än de andra kassorna.

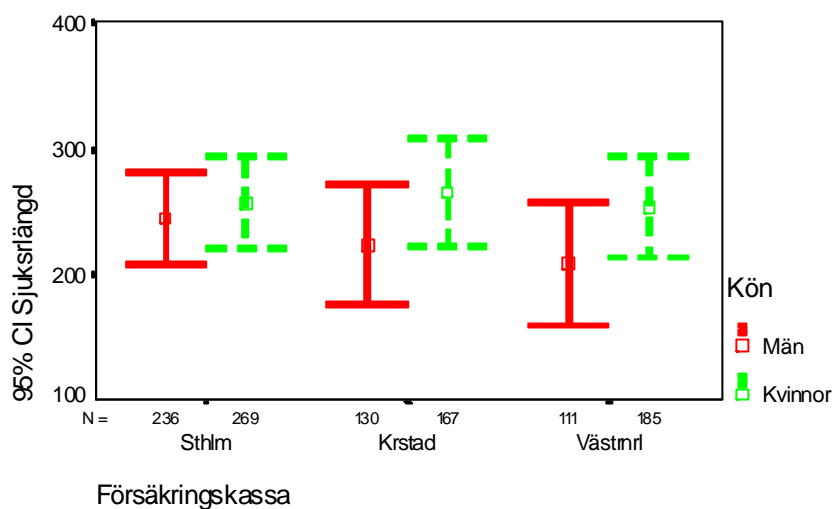
Diagram 2.5 Könsfördelning per försäkringskassa och totalt. Procent



Av de sjukskrivna i Kristianstad och Västernorrland var en större andel kvinnor än i Stockholm.

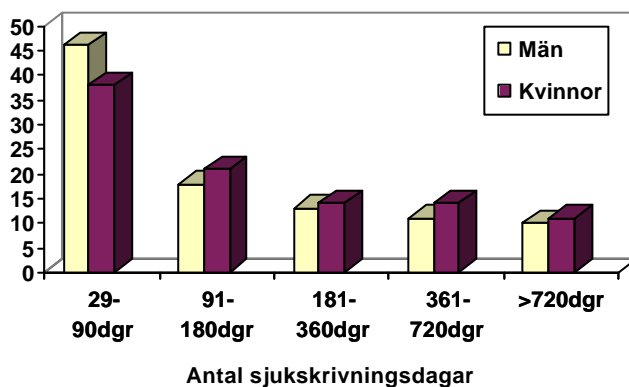
Vad det gäller sjukperiodens längd, finns uppgift för 1098 personer. Ungefär 60 procent hade varit sjukskrivna 29–180 dagar, 13 procent 180–360 dagar, 13 procent upp till 2 år och 14 procent mer än 2 år. I intervallet 29–90 dagar fanns den största gruppen, 42 procent. Kvinnorna hade varit sjukskrivna något längre än männen. Skillnaderna var dock inte signifikanta, inte heller mellan kassorna. Se diagram.

Diagram 2. 6 Sjukskrivningstidens längd per försäkringskassa och kön



Eftersom det inte fanns några signifikanta skillnader mellan de olika kassorna och inte heller mellan könen vad det gällde sjukskrivningens längd, kan jämförelser fortsättningsvis göras vid respektive mätning (90 dagar, 1 år, 2 år) utan att ta hänsyn till fördelningen friskskrivna/sjukskrivna vid dessa tillfällen.

Diagram 2. 7 Sjukskrivningens längd efter kön.
Procent



Sociodemografiska förhållanden

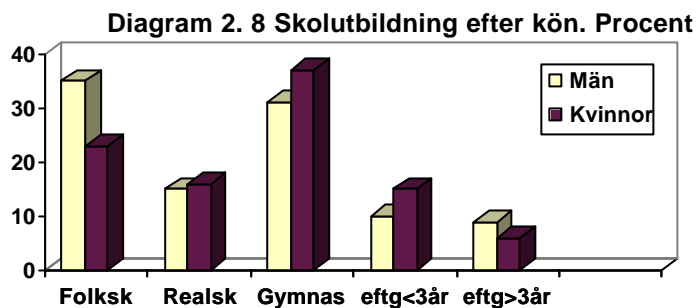
Skolutbildning

Nästan hälften (44 procent) hade folkskola/realskola/högstadium som högsta skolutbildning och nästan en tredjedel hade enbart folkskola. Jämfört med befolkningen i stort hade denna population lägre skolutbildning. Kvinnorna hade något högre utbildning än männen.

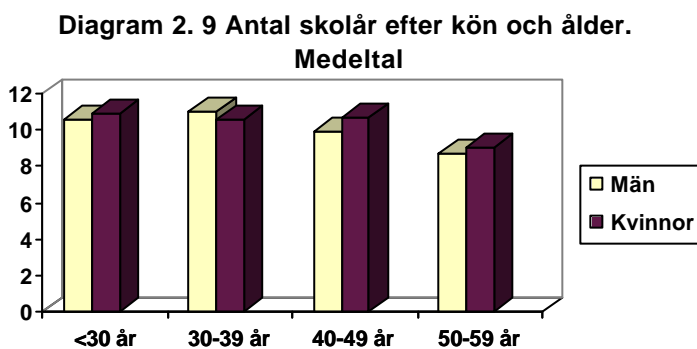
Tabell 2.6 Högsta skolutbildning. Procent

Utbildning	Män n=302	Kv n=410	Sthlm n=320	Krstad n=194	Västrn n=198	Totalt n=712	Befolk
Folkskola	35	25	26	36	23	29	19
Realskola/grund	15	16	16	15	15	15	15
Gymnasieskola	31	36	35	30	37	34	43
Eftergymn<3år	10	15	13	10	15	13	11
Eftergymn>3år	9	6	8	5	10	8	8
Annat			2	4	1	1	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Av tabellen framgår att de sjukskrivna i Kristianstad hade den lägsta skolutbildningen och de i Västernorrland den högsta, hela 10 procent var högutbildade där. Åldern har givetvis samband med skolutbildningen och de äldsta hade i större utsträckning folkskola som högsta utbildningsnivå.



Kvinnorna hade också fler antal skolår än männen, men skillnaden var inte så stor, medelvärde var 9,8 respektive 10,2 år. Kvinnorna hade längre skolutbildning än männen i alla åldersgrupper utom 30–39 år.



Sammanlagt kan man säga att medelantal skolår var högt om man jämför med typ av högsta skolutbildning ovan.

Födelseland

Totalt var 83 procent födda i Sverige och 85 procent hade svenska som modersmål. En liten del (7 procent) kom från Finland och av dem tillhörde nästan samtliga Stockholmskassan. Endast 10 procent kom från övriga länder.

Familj och levnadsförhållanden

Antal personer i hushållet

Det var 454 personer, eller 78 procent av dem som svarat på frågan, som bodde tillsammans med en vuxen person. Ett fåtal hade hemmavarande barn.

Socialt stöd

Socialt stöd har visat sig ha betydelse för hälsotillståndet och en fråga rörde om man hade tillräckligt stöd från någon eller några personer vid personliga problem eller kriser i livet. Det var 90 procent som svarade att de hade tillräckligt eller så gott som tillräckligt stöd av någon annan. Männerna var mer nöjda än kvinnorna (92 respektive 88 procent). Könsskillnaden bestod inom alla kassor. I Stockholm hade man mer socialt stöd än i övriga kassor och männen i Stockholm hade mest socialt stöd.

Andras beroende

En fråga rörde om andra personer var beroende av respondenten i sitt dagliga liv. Det var 70 procent som uppgav att andra var beroende av dem till viss eller till stor del. Här rådde omvänd könsskillnad jämfört med frågan om socialt stöd på så sätt att en större andel kvinnor än män uppgav att andra var beroende av dem (72 respektive 67 procent). Könsskillnaden bestod inom kassorna och av kvinnorna i Västernorrland var det hela 77 procent som hade andra personer som var beroende av dem. Även totalt var det en större andel i Västernorrland som hade andra som var beroende av dem.

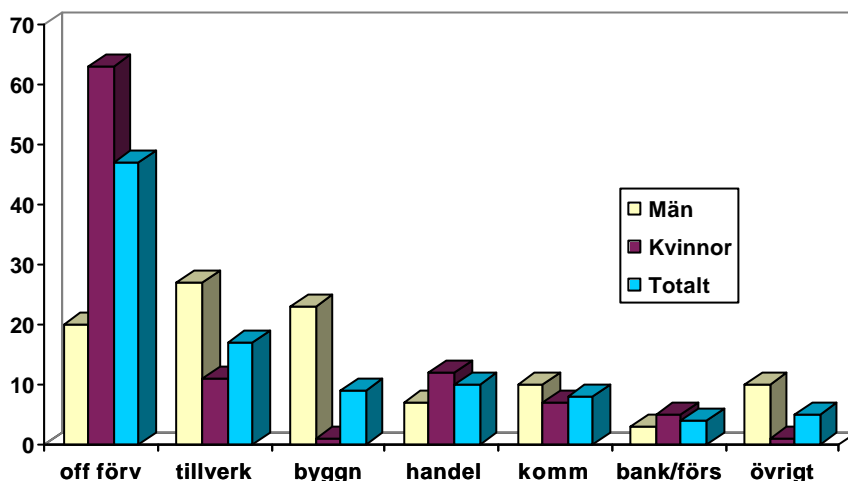
Arbetsförhållanden

Arbete före sjukskrivningen

Totalt arbetade 46 procent inom offentlig förvaltning och tjänstesektorn (undervisning, hälso- och sjukvård, hemtjänst samt ej närmare specificerat). Största delen är förmodligen arbeten inom hälso- och sjukvård, hemtjänst och barnavård. Det var 17 procent som arbetade inom tillverkningsindustrin, 9 procent inom byggnadsbranschen och 10 procent var handels- och restauranganställda. Därefter kom

kommunikation, bank/försäkringsbransch och övrigt. Som framgår av diagrammet nedan, var kvinnorna mest anställda inom gruppen offentlig förvaltning (63 procent) medan männen hade sin största grupp inom tillverkningsindustrin och därefter byggnadsbranschen. Kristianstad hade en relativt stor andel inom tillverkningsindustrin (27 procent), vilket gällde för båda könen. Västernorrland hade 55 procent inom offentlig förvaltning och 69 procent av kvinnorna i Västernorrland fanns inom denna grupp.

Diagram 2.10 Branschtillhörighet efter kön. Procent



Yrke och socioekonomisk grupp

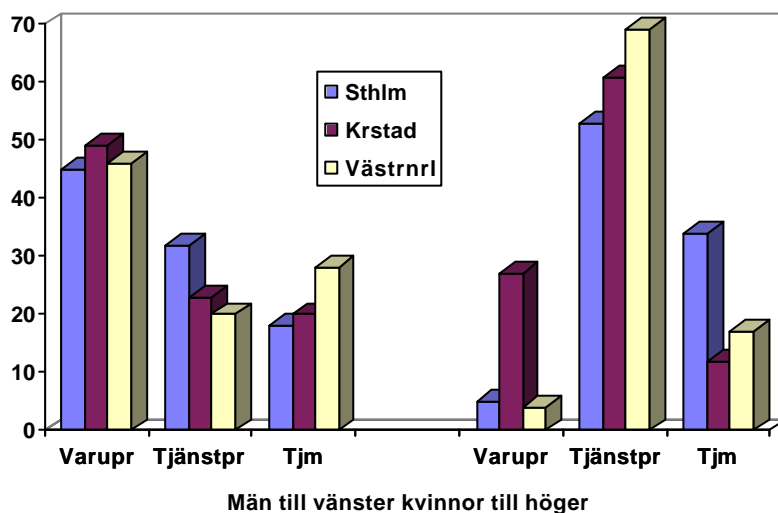
I föreliggande tabell har materialet endast indelats i fyra socioekonomiska grupper enligt SEI (socioekonomisk indelning). Således har ingen indelning av arbetare i facklärd respektive icke facklärd gjorts, eftersom dessa grupper var så små. Däremot finns grupperna varuproducerande respektive tjänsteproducerande arbetare med. De har ju helt olika typ av arbete varför den indelningen kan vara meningsfull. Inte heller tjänstemännen har graderats. Till gruppen övriga har resten förts, t.ex. jordbrukare.

Tabell 2.7 Yrke efter kön. Procent

Yrke/ socioekonomisk grupp	Män n=254	Kvin n=408	Totalt n=662	Befolk
Varuproduc arbetare	47	9	23	24
Tjänsteproduc arbetare	26	60	47	28
Tjänstemän	21	23	23	48
Övriga	6	8	7	
Totalt	100	100	100	100

I socioekonomiskt hänseende avvek populationen i undersökningen tydligt från befolkningen i stort. Det var 70 procent som var arbetare jämfört med 52 procent i övriga befolkningen. Skillnaden mellan könen var stor: 60 procent av kvinnorna arbetade i tjänsteproduktion (t.ex. dagbarnvårdare, undersköterskor, hemtjänsten) medan nära hälften av männen arbetade i varuproduktion.

Diagram 2.11 Yrkesgrupper efter försäkringskassa och kön



Bland kvinnorna i Kristianstad fanns en stor del andel varuproducerande arbetare (22 procent), medan det bland kvinnorna i Västernorrland fanns 69 procent tjänsteproducerade arbetare men

nästan inga varuproducerande. Av männen var nästan hälften varuproducerande i alla kassorna. I Västernorrland var 28 procent av männen tjänstemän.

Arbets tid per vecka

Frågan rörde normal arbetstid innan sjukskrivningen. Kvinnor arbetade i medeltal 35 timmar per vecka och män 42 timmar. Skillnaden mellan könen var signifikant inom alla åldersgrupper. En liten del arbetade mer än 40 timmar per vecka. Endast 4 procent av männen arbetade mindre än 30 timmar i veckan i jämförelse med drygt en tredjedel av kvinnorna.

Tabell 2.8 Arbetstid per vecka efter Fk och kön. Procent

Kassa/ Arb.tid vecka	Stockholm		Kristianstad		Västernorrland		Totalt	
	M n=150	K n=201	M n=94	K n=123	M n=87	K n=139	M n=331	K n=463
–30 tim	5	29	5	43	1	30	4	33
> 30 tim	95	71	95	57	99	70	96	67
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Minst antal veckotimmar arbetade kvinnorna i Kristianstad; nära hälften arbetade mindre än 30 timmar per vecka. Nästan alla män i Västernorrland arbetade mer än 30 timmar per vecka.

Sammanfattning

Drygt 60 procent av hela populationen (n=1203) befann sig i åldrarna 40–49 år och det är relativt sett fler kvinnor än män som har rygg- och nackbesvär, 56 respektive 44 procent. I Västernorrland bestod populationen till nästan två tredjedelar av kvinnor. Kvinnorna var dessutom sjukskrivna något längre tid än männen, skillnader som dock inte är signifikanta.

Populationen visade sig vara sämre utbildad än befolkningen i övrigt, men kvinnorna hade längre och högre utbildning än männen. Västernorrland avvek från de övriga kassorna på så sätt att hela 10 procent av populationen var högutbildad, mot 8 procent i befolkningen.

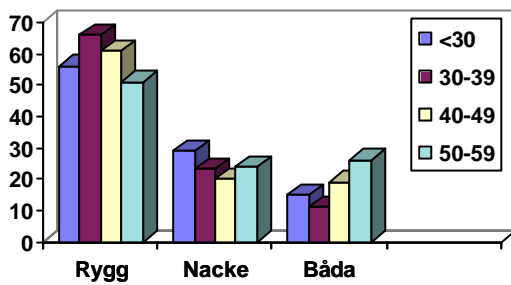
Nästan hälften av studiepopulationen och över två tredjedelar av kvinnorna arbetade inom offentlig förvaltning. Männerna hade i större utsträckning anställning inom tillverkningsindustri. I socioekonomiskt avseende avvek denna population från befolkningen i stort på så sätt att hela 70 procent var arbetare i jämförelse med 52 procent av befolkningen. Kvinnorna arbetade mest med tjänsteproduktion och männen med varuproduktion. Men skillnader finns mellan kassorna; i Kristianstad arbetade drygt en femtedel av kvinnorna i varuproduktion medan 28 procent av männen i Västernorrland var tjänste män.

Hälsa och levnadsvanor

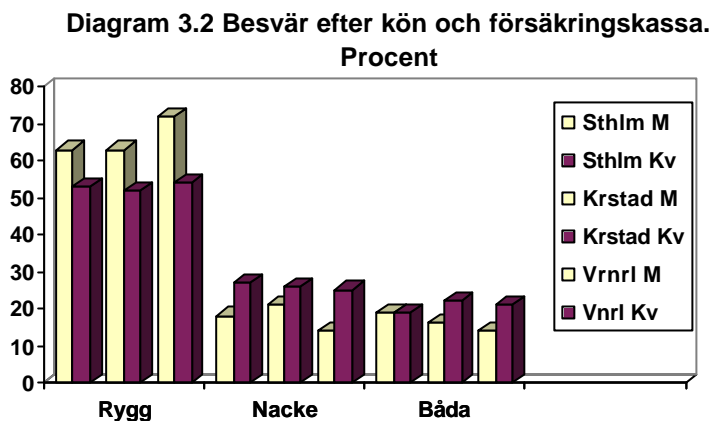
Diagnosfördelning

Totalt hade 23 procent besvär i nacken, 58 procent besvär i ryggen och 19 procent i både nacke och rygg. En könsskillnad förelåg på så sätt att kvinnorna hade mer nackbesvär än männen (26 respektive 18 procent).

Diagram 3.1 Besvär efter ålder.
Procent



Männen i Västernorrland hade mest ryggbesvär (71 procent) medan kvinnorna i Stockholm låg högst när det gällde nackbesvär, skillnaderna var dock minimala.



På frågan när man för första gången kände av sina besvär i rygg och nacke uppgav drygt hälften att de hade haft sina besvär i mer än ett år före sjukskrivningen (53 procent av kvinnorna och 48 procent av männen).

Tabell 3.1 Första gången känt av sina besvär efter försäkringskassa samt totalt. Procent

Kassa	Stockholm		Kristianstad		Västernorrland		Totalt	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Tid före	n=148	n=205	n=91	n=126	n=87	n=140	n=326	n=471
< 1 v	21	12	20	18	24	14	21	14
1 v-1år	30	40	34	30	28	26	31	33
> 1 år	49	48	46	52	48	60	48	53
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Minst skillnad mellan könen var det i Stockholm och störst i Västernorrland. Sålunda hade 60 procent av kvinnorna i Västernorrland haft sina besvär mer än ett år i jämförelse med 48 procent av kvinnorna i Stockholm.

Självskattad hälsa

Euroqol

Euroqol är ett icke-sjukdomsspecifikt livskvalitetindex som inkluderar fem dimensioner: fysisk rörlighet, ADL (Activity of Daily Living), sysselsättning, smärta samt oro/nedstämdhet. Här redovisas svar på vart och ett av de fem områdena.

Nästan samtliga hade inte några problem med *fysisk rörlighet* och nästan alla klarade också sina *ADL-funktioner* utan hjälp. En fjärdedel av männen och en femtedel av kvinnorna uppgav att de klarade av sin *sysselsättning* (arbete, hushåll etc) utan problem medan 41 procent av männen respektive 51 procent av kvinnorna uppgav att de hade vissa problem att klara av sysselsättningen. Drygt en tredjedel av männen och 27 procent av kvinnorna uppgav att de inte klarade av sin sysselsättning alls. En kassaskillnad förelåg på så sätt att det var en större andel av såväl män som kvinnor (39 respektive 33 procent) i Västernorrland som inte alls klarade av sin sysselsättning.

Ungefär 70 procent hade måttliga *smärtor* och här förelåg inte någon köns skillnad eller skillnad mellan kassorna. En fjärdedel av männen och 28 procent av kvinnorna hade svåra smärtor. Kvinnorna uppgav också att de var *oroliga och nedstämda* i större utsträckning än männen (66 respektive 58 procent). Stockholm hade störst andel *nedstämda* och Västernorrland minst.

Zungs depressivitetstest

Zungs depressivitetstest är ett omfattande test bestående av 20 delfrågor (Zung 1965) som värderar sinnesstämning och depressivitet. Testet har använts i flera internationella ryggstudier och ger en bedömning av mental hälsa i förhållande till rygg- och nackbesvär samt sjukskrivning (Bergendorff et al 1997). Ju högre värde på skalan desto större nedstämdhet. Svenska normalvärden saknas för denna skala.

Medelvärdet för män var 0,49 och 0,52 för kvinnor. Kvinnorna var således mer depressiva än männen, könsskillnaderna var signifikanta och bestod även inom respektive försäkringskassa. Såväl män som kvinnor mådde dock något sämre i Stockholm (vilket stämmer med Euroqol ovan). Även inom ålders grupperna bestod könsskillnaden utom i åldersgrupperna 30–39 och 40–49 år. Männen var mer depressiva i

åldern 30–39 år medan kvinnorna var mindre depressiva i den gruppen. Störst är skillnaderna bland personer under 30 år. Kvinnor under 30 år (n=59) hade sämst värden medan de yngsta männen (n=38) mådde bäst enligt Zungs depressivitetstest.

Diagram 3.3 Zungs depressivitet efter kön

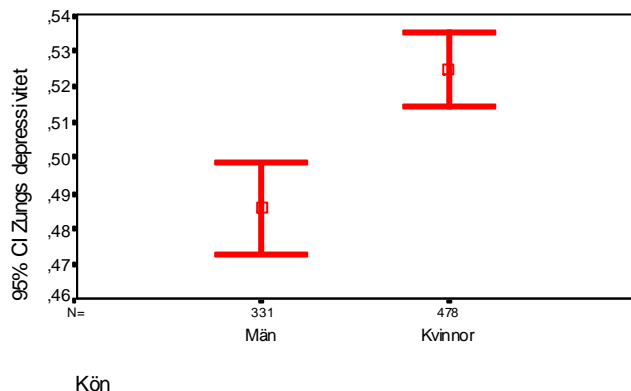
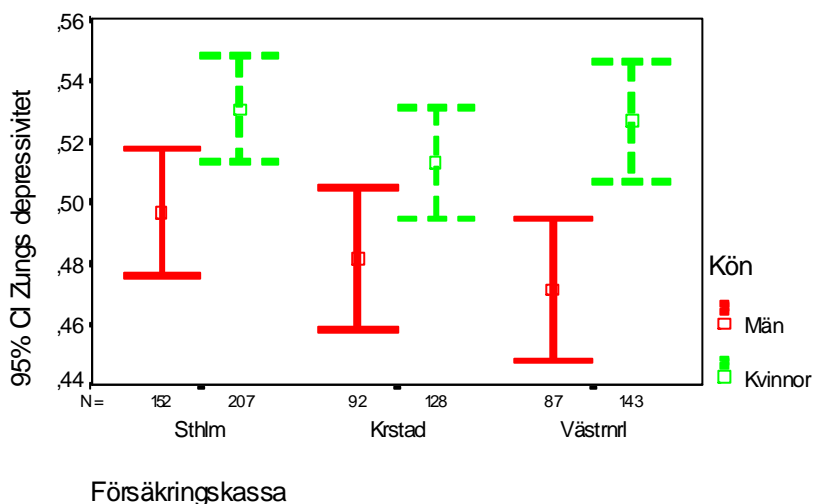


Diagram 3.4 Zungs depressivitet efter kön och försäkringskassa



I diagrammen ovan gäller alltså: ju högre värden desto större depressivitet. Störst var könsskillnaden således i Västernorrland. Männerna där är minst de pressiva i hela studiepopulationen.

Hannover ADL

Hannover ADL (Acticity of Daily Living) som består av tolv delfrågor används för att mäta graden av invaliditet på grund av ländryggsbesvär. Ju högre poäng desto bättre ryggfunktion. Enligt tyska studier har kvinnor generellt sämre funktionsförmåga än män enligt detta instrument (Kohlman, Raspe 1994). Svenska normalvärden saknas även här.

Funktionsförmåga vid 28 dagar

Männen hade genomgående bättre ryggfunktion än kvinnorna (63 respektive 57) vid första enkäten efter 28 dagar, en skillnad som var signifikant. Det gällde även på kassanivå i Stockholm medan skillnaden var nästan signifikant i Kristianstad och Västernorrland. Inom varje åldersgrupp bestod könsskillnaden, men den var inte signifikant. Kvinnorna hade alltså genomgående sämre ryggfunktion än männen. I Stockholm var det sämst i 40–49 årsåldern medan det i Kristianstad var bättre då. I Västernorrland fanns nästan ingen skillnad mellan åldersgrupperna utan man låg på ett värde omkring 61 i alla åldrar.

Diagram 3.5 Funktionsförmåga efter kön och ålder 28 dagar

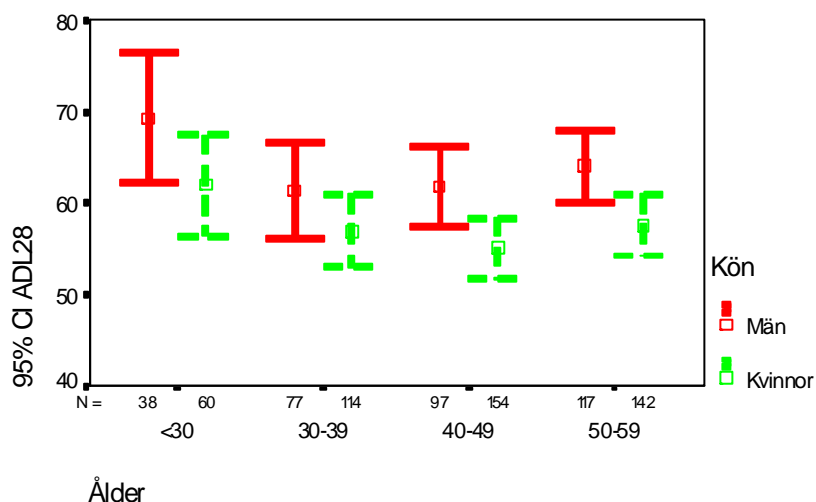
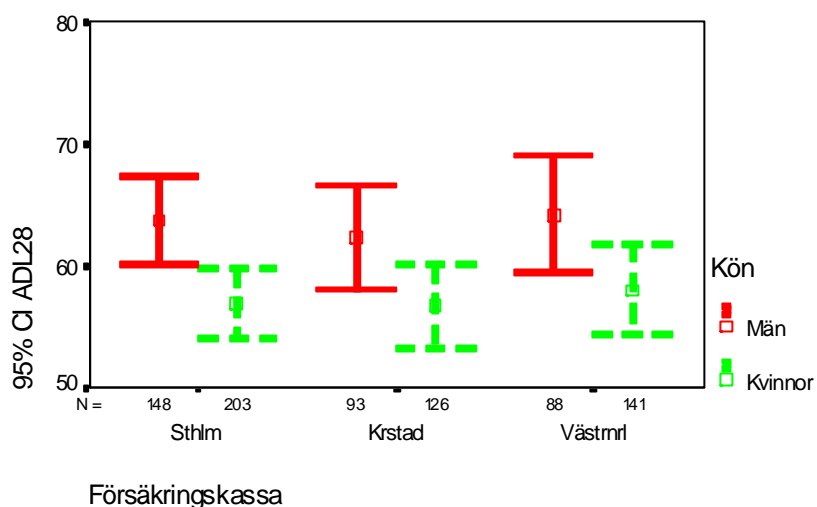


Diagram 3.6 Funktionsförmåga efter kön och försäkringskassa 28 dagar



I diagrammen ovan gäller: ju högre värde desto bättre ryggfunktion.

Funktionsförmåga vid 90 dagar

Som vid föregående enkät hade kvinnorna signifikant sämre funktionsförmåga än männen, men båda gruppernas resultat var något bättre än vid tidigare mätning. Medelvärde för männen var nu 66 och 59 för kvinnor. Detta instrument mäter mest funktion med avseende på ryggbesvär och därför hade de med ryggbesvär lägre värden och var alltså sämre. Signifikanta könsskillnader förelåg även här och även inom kassorna utom i Kristianstad. Signifikanta könsskillnader fanns i alla åldrar utom i gruppen som var yngre än 39 år.

I samtliga diagram nedan för funktionsförmåga finns enbart de med ryggbesvär med.

Diagram 3.7 Funktionsförmåga efter kön 90 dagar

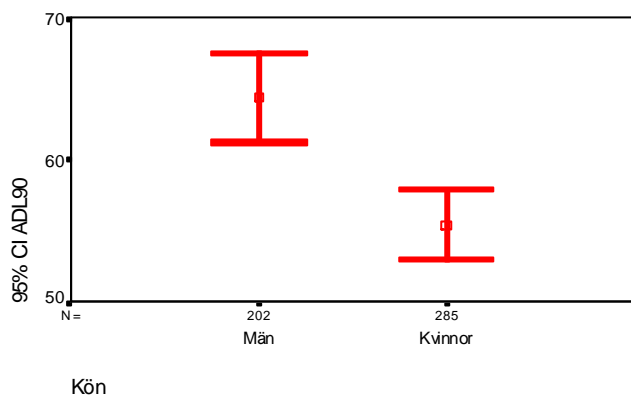


Diagram 3.8 Funktionsförmåga efter kön och försäkringskassa 90 dagar

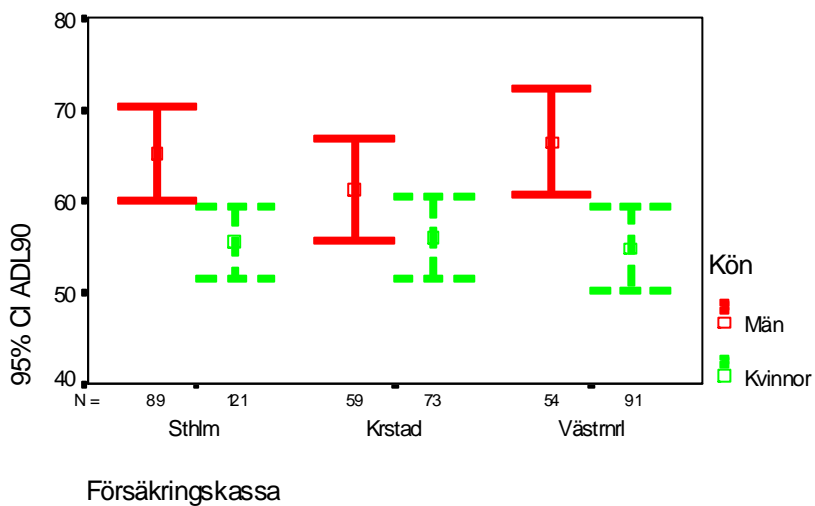
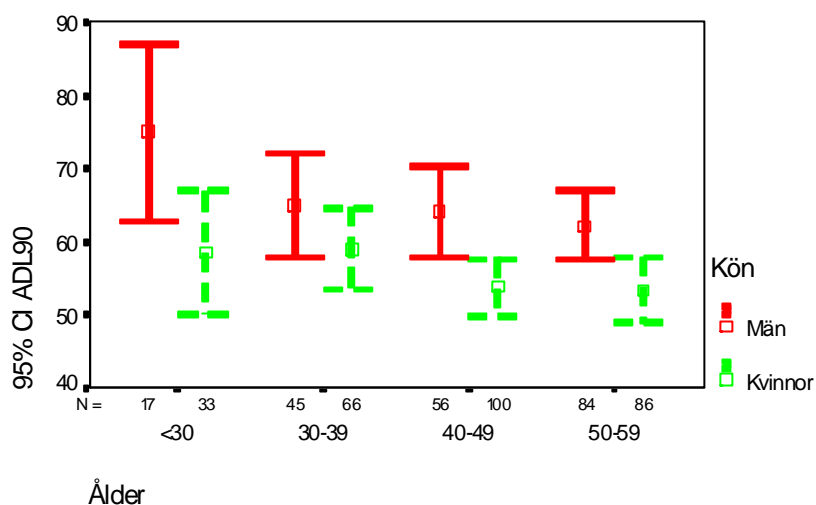


Diagram 3.9 Funktionsförmåga efter kön och ålder 90 dagar



Självskattad hälsa enligt SF-36

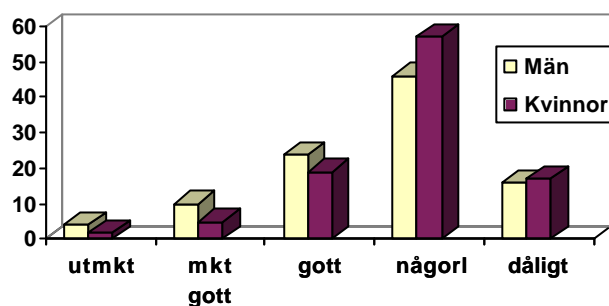
SF-36 är ett väl utprovad frågeformulär som använts mycket i Sverige och internationellt. Det är en kortform av ett större formulär och består av 36 delfrågor om hur respondenten själv bedömer sin hälsa. Hur en person själv skattar sin hälsa har nämligen visat sig ha betydelse för livskvalitet, sjukfrånvaro etc, men det har också ett högt prognostiskt värde för en rad sjukdomstillstånd. Frågorna delas upp i åtta olika hälsoskalor och de skalor som använts i denna undersökning är:

- *Allmän hälsa* – Övergripande beskrivning av allmän hälsa
- *Vitalitet* – Känslan av energi kontra känslan av trötthet och att vara utsliten
- *Psykiskt välbefinnande* – Den allmänna mentala hälsan.

Allmän hälsa vid 90 dagar

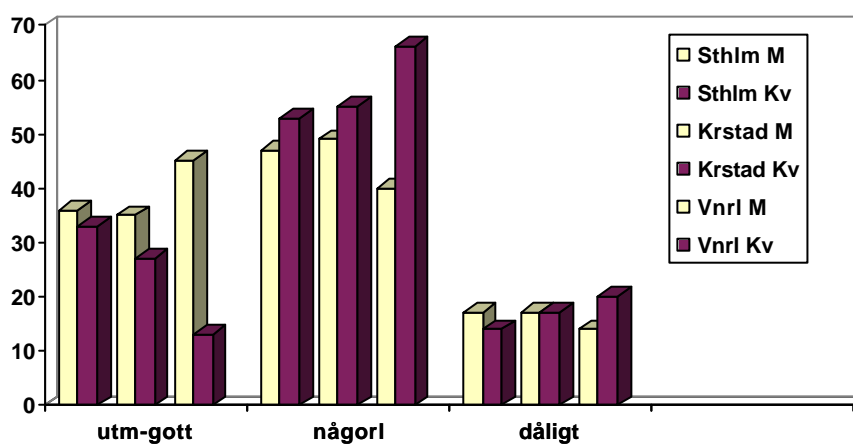
Respondenterna ombads svara på en fråga om allmänt hälsotillstånd med svarsalternativ på en femgradig skala från utmärkt till dåligt. Det var 31 procent som betraktade sin hälsa som utmärkt-god och 53 procent betraktade sin allmänna hälsa som någorlunda medan endast 16 procent uppgav att de hade dålig hälsa.

Diagram 3.10 Allmänt hälsotillstånd efter kön.
Enkät 90 dagar. Procent



Kvinnorna kände sig sämre än männen. En fjärdedel av kvinnorna befann sig i intervallet *utmärkt-gott* i jämförelse med 38 procent av männen. Av kvinnorna i Västernorrland befann sig bara 13 procent i intervallet *utmärkt-gott* medan en tredjedel av kvinnorna i Stockholm gjorde det. Hela 45 procent av männen i Västernorrland hade *utmärkt-gott* hälsotillstånd och där var köns skillnaden således mycket stor.

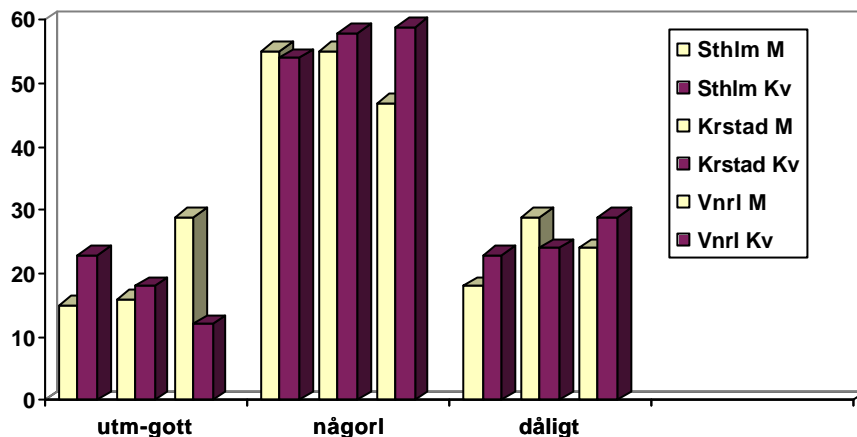
Diagram 3.11 Allmänt hälsotillstånd. Procent kön per försäkringskassa. Enkät 90 dagar



Svaren ser naturligtvis annorlunda ut om man endast tar hänsyn till dem som fortfarande var sjukskrivna vid 90-dagarsenkäten (383

personer dvs 58 procent). Bland dessa betraktade 19 procent sitt hälsotillstånd som utmärkt-gott, 55 procent som någorlunda och 26 procent som dåligt. Könsskillnaden försvann nästan helt. På kassanivå blev könsskillnaden omvänd i Stockholm och Kristianstad, men bestod i Västernorrland. Se diagram nedan.

Diagram 3.12 Allmänt hälsotillstånd. Procent kön per försäkringskassa. Enkät 90 dagar. Endast sjukskrivna

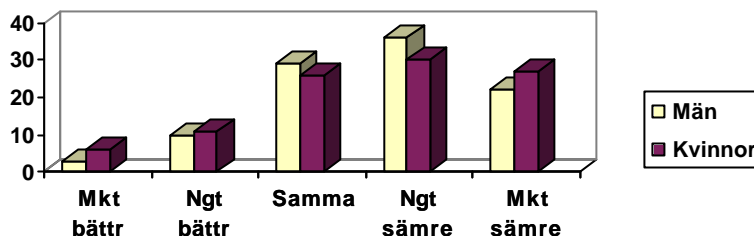


I Västernorrland uppgav en lika stor andel (ca 12 procent) av kvinnorna att de hade *utmärkt-gott* hälsotillstånd oavsett om de var friska eller sjukskrivna.

En fråga rörde förändring av hälsan, en jämförelse skulle göras med hälsotillståndet ett år tidigare. Även denna fråga ingår i SF-36. Det var 27 procent som upplevde att hälsotillståndet var detsamma som för ett år sedan, medan 33 procent uppgav att det var något sämre och en fjärdedel att det var mycket sämre. Här fanns ingen tydlig könsskillnad, men en större andel kvinnor än män uppgav sig må mycket sämre. I Västernorrland uppgav 64 procent att de blivit sämre medan motsvarande siffror i Stockholm och Kristianstad var 53 respektive 58 procent. I Västernorrland var en större andel män än kvinnor sämre (68 respektive 63 procent), i Kristianstad var det tvärtom medan det i Stockholm inte förelåg någon könsskillnad. Här bör noteras att av männen i Västernorrland hade hela 45 procent uppgivit att deras hälsotillstånd var *utmärkt-gott*. Bland dem var det 53 procent som uppgivit att deras hälsa hade försämrats. Det var 35 procent av dem som hade *utmärkt-gott* hälsotillstånd som uppgav att deras hälsa försämrats.

Männen i Västernorrland skattade således sin hälsa som god samtidigt som de tyckte att de var sämre än ett år tidigare.

Diagram 3.13 Hälsotillstånd jämfört med ett år sedan
Enkät 90 dagar. Procent



En fråga (SF-36) rörde påstående om allmän hälsa. Man skulle svara på om man *verkar ha lättare att bli sjuk än andra, är lika frisk som vem som helst, om man tror hälsan kommer att bli sämre samt om hälsan är utmärkt*.

Totalt trodde cirka tre fjärdedelar att de *inte hade lättare än andra att bli sjuka*. Nära hälften tyckte att *de var lika friska som vem som helst* medan 35 procent tyckte att de inte var det. Kvinnorna uppgav oftare än männen att de var sämre än andra.

Endast 15 procent trodde att hälsan skulle bli *sämre* och nära hälften av hela populationen var osäkra på sin framtida hälsa medan 35 procent inte trodde att de skulle bli sämre. Även här var männen mer optimistiska än kvinnorna. Över en tredjedel uppgav att hälsan var *utmärkt* och här fanns en stor köns skillnad (43 procent av männen och 28 procent av kvinnorna).

Allmänt hälsotillstånd. Enkät 1 år

Vid det här tillfället betraktade 43 procent sin hälsa som utmärkt-god, 42 procent som någorlunda medan endast 14 procent uppgav att den allmänna hälsan var dålig. En viss förbättring hade alltså skett jämfört med tidigare (31, 53 respektive 16 procent). Även denna gång var könsskillnaden stor och kvinnorna kände sig sämre än männen. Könsskillnaden bestod inom varje kassa.

På den fråga som berörde förändring av hälsan jämfört med ett år tidigare var det lite mindre än en tredjedel som uppgav att hälsotillståndet var oförändrat. Över hälften (53 procent) ansåg att deras hälsa hade blivit bättre och endast 18 procent tyckte att de blivit sämre. En liten könsskillnad bestod i att männen kände sig bättre, men denna skillnad var minimal. På kassanivå var det 22 procent i Västernorrland som blivit sämre jämfört med 17 procent i de övriga kassorna.

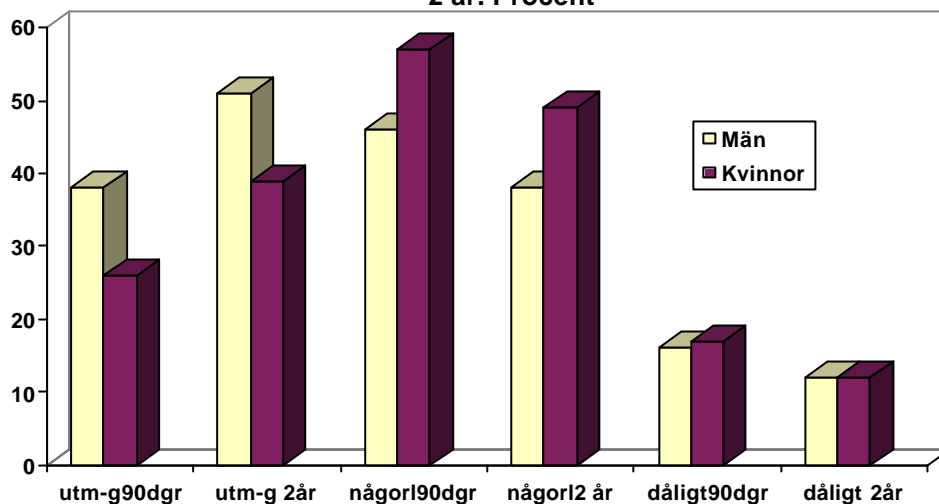
Även i denna enkät ingick den tidigare SF-36frågan där man bl a ska jämföra sitt hälsotillstånd med andra. Nu var det 71 procent som inte tyckte att de hade lättare att bli sjuka än andra, 41 procent tyckte att de var lika friska som vem som helst medan 42 procent inte tyckte det.

Liksom tidigare var det bara 15 procent som trodde att deras hälsa skulle bli sämre och nära hälften var osäkra på sin framtida hälsa. Över en tredjedel ansåg att hälsan var utmärkt och även denna gång ansåg männen det i mycket större utsträckning än kvinnorna (44 respektive 29 procent).

Allmänt hälsotillstånd. Enkät 2 år

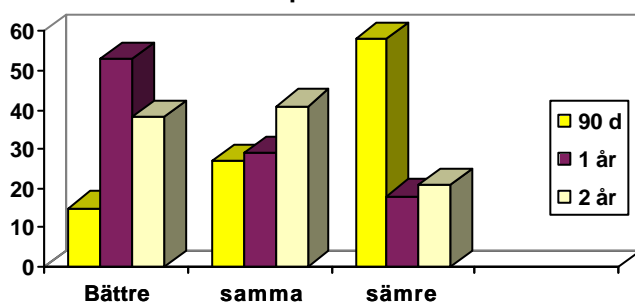
Liksom i de tidigare enkäterna skulle man skatta sitt allmänna hälsotillstånd på en femgradig skala från utmärkt-dåligt. Två år efter sjukskrivningsdagen var det färre än tidigare som kände sig dåliga (12 procent) och det förelåg ingen skillnad mellan kassorna. Däremot skilde det sig åt i intervallet *utmärkt-gott* där Stockholm hade 48 procent och Kristianstad och Västernorrland cirka 40 procent. Liksom tidigare var det stor könsskillnad i Västernorrland där så många som 63 procent av männen hade *utmärkt-gott* hälsotillstånd. Jämfört med enkäten vid 90 dagar har en förbättring skett totalt.

Diagram 3.14 Allmänt hälsotillstånd vid 90 dagar respektive 2 år. Procent



Såväl män som kvinnor hade ökat i intervallet utmärkt gott och minskat i de båda andra intervallen. På frågan om hur hälsotillståndet var jämfört med ett år tidigare svarade nu 41 procent att det var detsamma medan 38 procent kände sig bättre och en femtedel sämre. En större andel kvinnor än män kände sig sämre. I Stockholm var det 43 procent som kände sig bättre och i Västernorrland ungefär en tredjedel. Nedanstående diagram visar förändringen totalt vid tre olika enkättilfällen; 90 dagar, ett år samt 2 år.

Diagram 3.15 Hälsotillstånd jfr med ett år tidigare vid tre tidpunkter. Procent totalt



Psyiskt välbefinnande (SF-36), 90 dagar

När det gäller psykiskt välbefinnande/mental hälsa låg män på 70 och kvinnor på 65 i medelvärde, ju högre poäng desto bättre hälsa. Normalvärdet för kvinnor är 80 och för män 82 och både kvinnor och män låg alltså relativt lågt. Här förelåg en signifikant skillnad mellan könen som återfanns även i åldersgruppen 50–59 år. Signifikant skillnad mellan könen fanns i Västernorrland, men inte i Stockholm och Kristianstad. Detta kan jämföras med Zungs depressivitet, som gav ungefär samma resultat.

Diagram 3.16 SF-36 psykiskt välbefinnande efter kön och försäkringskassa. Enkät 90 dagar

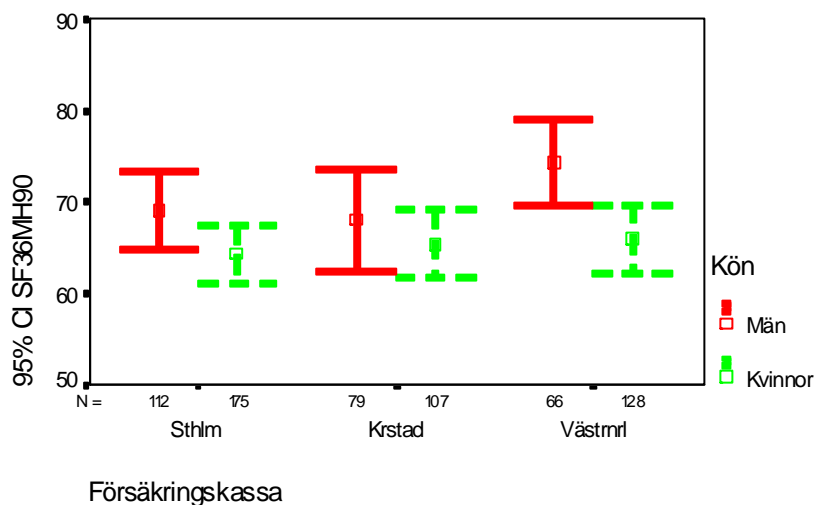
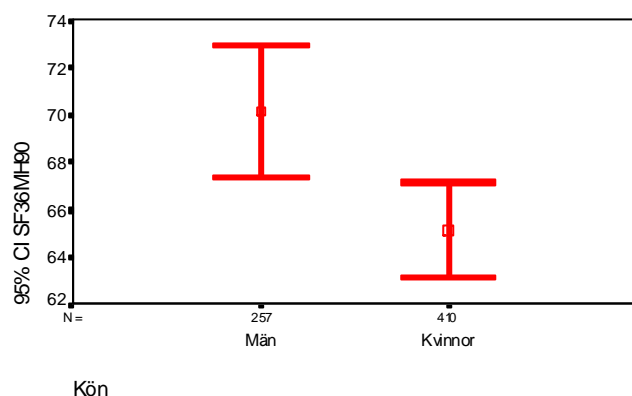


Diagram 3.17 Sf-36 Psykiskt välbefinnande efter kön. Enkät 90 dagar



Könsskillnaden påverkas av skillnaden i Västernorrland.

Vitalitet (SF-36), 90 dagar

Även i vitalitet låg både män och kvinnor lågt, 50 respektive 43 i medeltal. Normalvärde för kvinnor är 67 och för män 71. Könsskillnaderna var signifikanta och de bestod inom den åldersgrupp som var yngre än 30 år samt i gruppen 40–49 år. På kassnivå var det även här endast i Västernorrland som könsskillnaden var signifikant.

Diagram 3.18 SF-36 vitalitet efter kön. Enkät 90 dagar

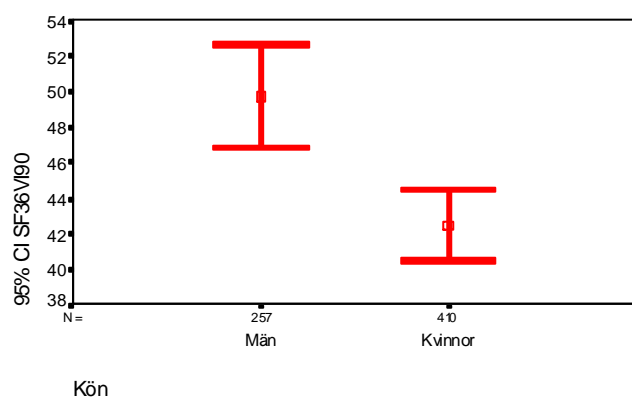
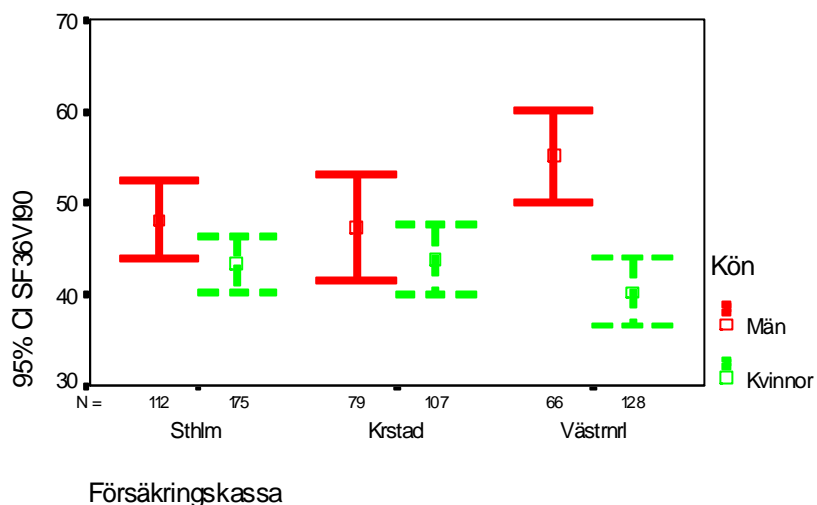


Diagram 3.19 Sf-36 vitalitet efter kön och försäkringskassa. Enkät 90 dagar



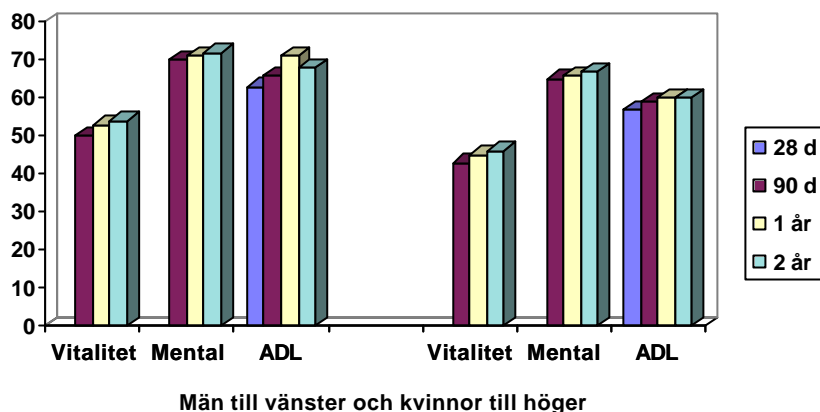
Intressant att notera den stora könsskillnaden i Västernorrland.

Som framgår av tabellerna 3.2 och 3.3 var det endast minimala skillnader för Mental hälsa och Vitalitet mellan de olika mättidpunkterna, varför detaljerade figurer endast redovisas för 90-dagarsenkäten.

SF-36 vitalitet och mental hälsa samt Hannover ADL vid olika mättidpunkter

Förändringarna mellan enkäterna var ganska små, men det kan ändå vara intressant att se en sammanställning. Observera dock att värdena (0–80 på y-axeln) inte har något med varandra att göra vid jämförelse mellan indexen, däremot naturligtvis vid jämförelse inom varje index. För samtliga tre index gäller att ju högre värde desto bättre vitalitet, mental hälsa respektive funktionsförmåga.

Diagram 3.20 SF-36 och ADL vid olika tidpunkter efter kön



Tabell 3.2 Index medelvärden vid olika tidpunkter. Män

Index	28 dgr	90 dgr	1 år	2 år
Vitalitet SF-36		50	53	54
Mental SF-36		70	71	72
ADL	63	66	71	68

Tabell 3.3 Index medelvärden vid olika tidpunkter. Kvinnor

Index	28 dgr	90 dgr	1 år	2 år
Vitalitet SF-36		43	45	46
Mental SF-36		65	66	67
ADL	57	59	60	60

I samtliga index kan man se en svag förbättring för båda könen med undantag för männens funktionsförmåga. Kvinnorna hade genomgående lägre värden än männen och vid alla tillfällen rörde det sig om signifikanta skillnader. Det har alltså inte skett några större förändringar när det gäller vitalitet/mentalitet och ganska litet i funktionsförmågan (ADL) under de 2 år mätningarna utförts. En förklaring till detta kan tänkas vara att de som fortfarande är sjuk-

skrivna efter 1 och 2 år har så pass låga värden att de drar ner medelvärdet.

Coping

Med termen coping avses mekanismer för att klara av t.ex. arbete trots sjukdomsbesvär. Olika individer använder olika strategier för att bemästra en sådan situation. Respondenterna fick vid 90-dagarsenkäten svara på frågor om vad de förändrat i arbetsituationen under det senaste året på grund av sina rygg- eller nackbesvär. Det var 69 procent som svarade att de hade *arbetat långsammare* och tre fjärdedelar att de hade *vilat mer*. Här förelåg knappast någon könsskillnad och inte heller någon skillnad mellan kassorna. *Överlämnat arbetsuppgifter till arbetskamraterna* hade 40 procent av männen och en tredjedel av kvinnorna gjort. Detta hade över 40 procent av männen i Stockholm och kvinnorna i Västernorrland gjort. Drygt hälften av kvinnorna och 44 procent av männen hade *rådfrågat arbetskamrater, vänner eller familjen* och här fanns ingen större skillnad mellan kassorna. Det var 85 procent som hade *undvikit vissa arbetsställningar*, i Västernorrland hade 90 procent av männen gjort det. Det var 61 procent som hade *tagit upp problemen med sina överordnade*, men endast 53 procent av männen i Västernorrland hade dock gjort detta och liksom så ofta i studien avvek de från övriga.

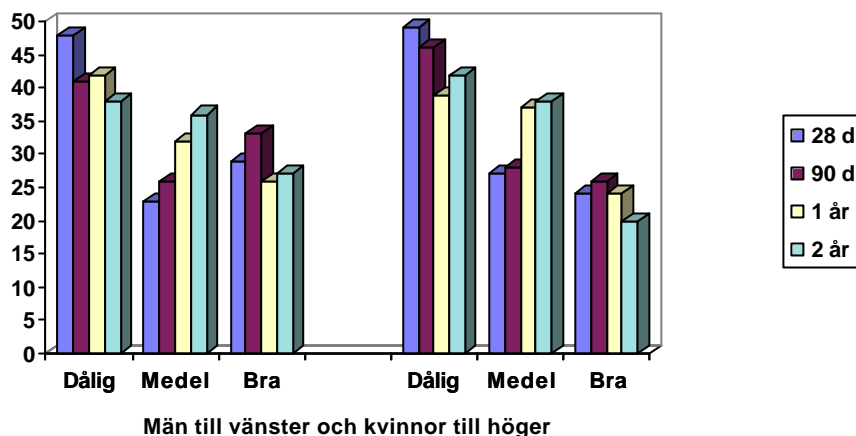
Arbetsförmåga Work ability index

Arbetsförmåga nu jämfört med bästa tiden i livet

På en skala 1–10 skulle man bedöma nuvarande arbetsförmåga jämfört med bästa tiden i livet. Skalan gick från *mycket dålig* till *mycket bra*.

Vid 28 dagar bedömde männen sin aktuella arbetsförmåga som något bättre än kvinnorna. Samtliga kassor hade 49 procent i intervallet 1–4. I intervallet "Bra 8–10" hade Stockholm 27 procent, Västernorrland 26 procent och Kristianstad 24 procent. Vid alla tidpunkter skattade kvinnorna sin arbetsförmågan som sämre än männen, vilket framgår av diagram och tabeller nedan.

Diagram 3.21 Arbetsförmåga jämfört med bästa tiden vid olika tidpunkter efter kön. Procent



En mindre andel av både män och kvinnor skattade sin arbetsförmåga som dålig vid det sista enkättilfället i jämförelse med det första. Färre skattade också sin arbetsförmåga som bra vid sista enkäten jämfört med de båda andra. Däremot fanns fler i medelområdet.

Tabell 3.4 Arbetsförmåga jämfört med bästa tiden vid olika tidpunkter. Procent Män

Arbetsförmåga	28 dgr n=326	90 dgr	1 år	2 år
Dålig 1-4	48	41	42	38
Medel 5-7	23	26	32	36
Bra 8-10	29	33	26	27
Totalt	100	100	100	100

Tabell 3.5 Arbetsförmåga jämfört med bästa tiden vid olika tidpunkter. Procent Kvinnor

Arbetsförmåga	28 dgr n=474	90 dgr	1 år	2 år
Dålig 1-4	49	46	39	42
Medel 5-7	27	28	37	38
Bra 8-10	24	26	24	20
Totalt	100	100	100	100

Bilden förändras inte om man tar hänsyn till hela skalan. För båda könen har en förskjutning från 3 till 5-8 skett.

Diagram 3.22 Arbetsförmåga jämfört med bästa tiden vid olika tidpunkter män. Procent

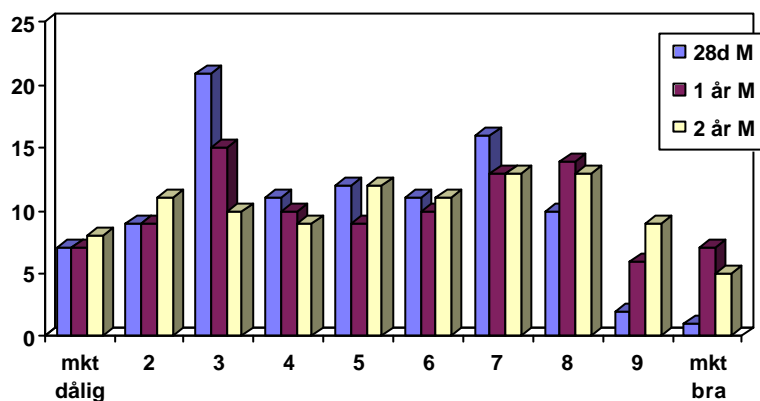
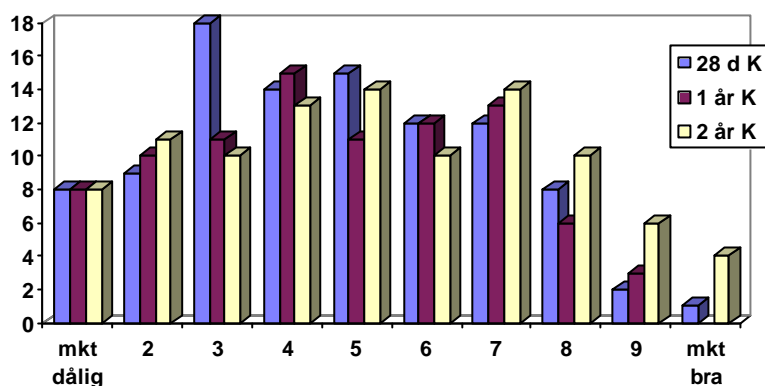


Diagram 3.23 Arbetsförmåga jämfört med bästa tiden vid olika tidpunkter kvinnor. Procent



Uppfattning om arbetsförmågan

En fråga handlade om hur man uppfattade sin arbetsförmåga med hänsyn tagen till sin sjukdom på en skala 1–6, från *helt arbetsförmögen* till *helt arbetsför*. Här skulle endast sjukskrivna svara, vid 90-dagarsenkäten var det 364 personer. Av dem kände sig drygt två tredjedelar arbetsförmögna (1–3). Här fanns 70 procent av männen i intervallet 1–3 i jämförelse med två tredje delar av kvinnorna, en skillnad som inte var signifikant.

Vid ettårsenkäten var 344 personer sjukskrivna. Av dem kände sig 56 procent arbetsförmögna (1–3) och här fanns ingen större könsskillnad. En viss förbättring hade således skett sedan föregående enkät då 67 procent kände sig arbetsförmögna.

Diagram 3.24 Uppfattning av arbetsförmågan vid olika tidpunkter. Endast sjukskrivna. Proc

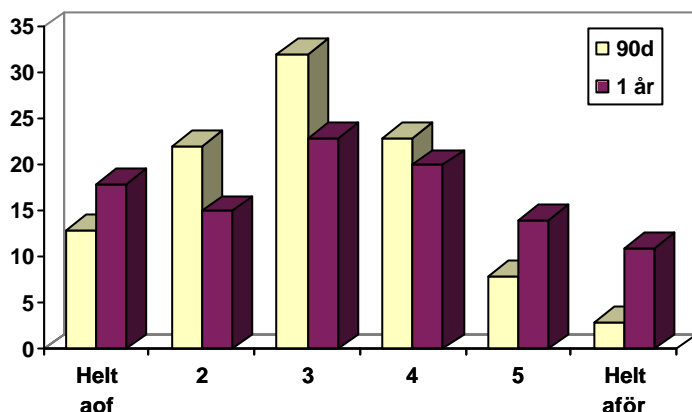


Diagram 3.25 Uppfattning av arbetsförmågan vid 90 dagar efter försäkringskassa. Endast sjukskrivna. Procent

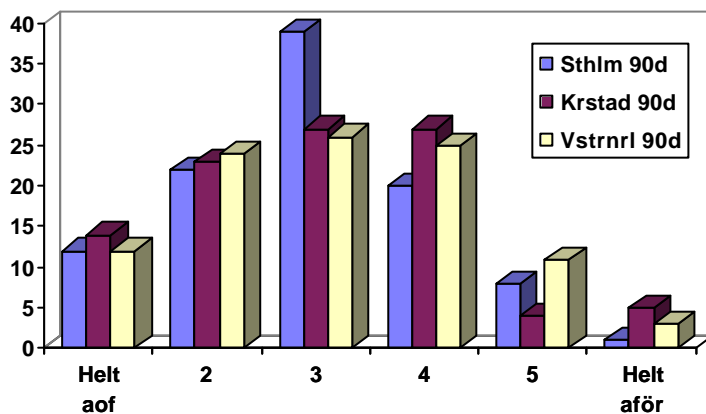


Diagram 3.26 Uppfattning av arbetsförmågan vid 1 år efter försäkringskassa. Endast sjukskrivna. Procent

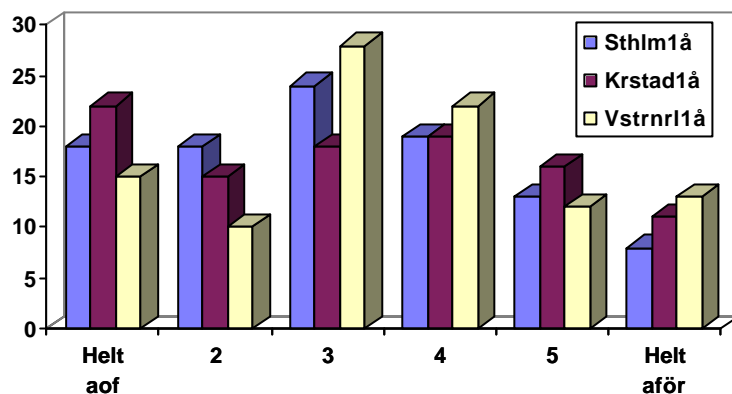
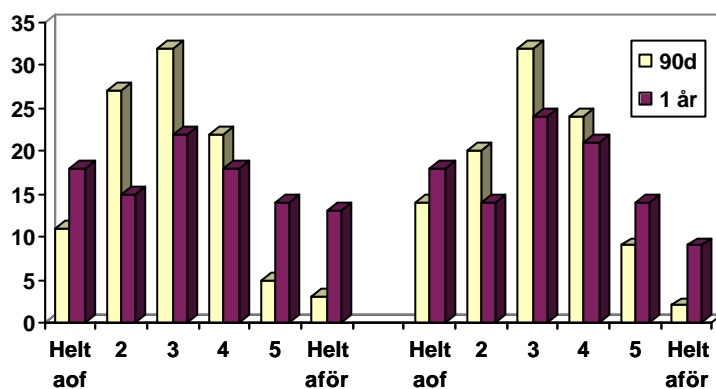


Diagram 3.27 Uppfattning av arbetsförmågan vid olika tidpunkter efter kön. Endast sjukskrivna. Procent



Männen till vänster kvinnorna till höger

Konsekvenser av besvär i rygg och nacke under de senaste 6 månaderna

Denna fråga berörde smärtans inverkan på arbetsförmågan och löd "Hur mycket har smärtan/värken ändrat arbetsförmågan (inklusive hushållsarbete) de senaste 6 månaderna?" På en skala 1–10 skulle man gradera från *ingen förändring* till *extrem förändring*.

Tabell 3.6 Smärtan värken ändrat arbetsförmågan senaste 6 månaderna. Enkät 28 dagar. Procent

Förändring i arbetsförmågan	Män n=329	Kvinnor n=474	Totalt n=800
Ingen föränd 1-4	13	7	9
5-7	16	15	15
Extremt 8-10	71	78	76
Totalt	100	100	100

Kvinnorna upplevde en större förändring i arbetsförmågan än männen. Ingen större skillnad fanns mellan kassorna.

Tabell 3.7 Smärtan värken ändrat arbetsförmågan senaste 6 månaderna. Enkät 2 år. Procent

Förändring i arbetsförmågan	Män n=186	Kvinnor n=319	Totalt n=505
Ingen föränd1-4	47	35	40
5-7	28	35	32
Extremt 8-10	25	30	28
Totalt	100	100	100

Här hade en stor förändring skett under de två år som gått mellan de båda enkäterna. I den första ansåg tre fjärdedelar att en extrem förändring hade skett i arbetsförmågan i jämförelse med endast 28 procent efter två år. Efter 2 år ansåg hela 40 procent att ingen förändring skett, att jämföras med 9 procent tidigare. Vid båda tillfällena upplevde kvinnorna en större förändring än männen.

Diagram 3.28 Smärtan ändrat arbetsförmågan de senaste 6 månaderna vid 28 dagar respektive 2 år

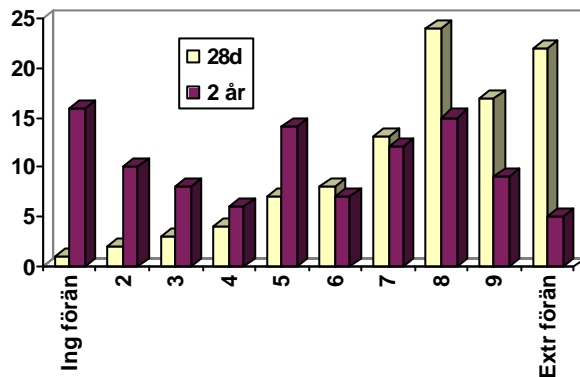
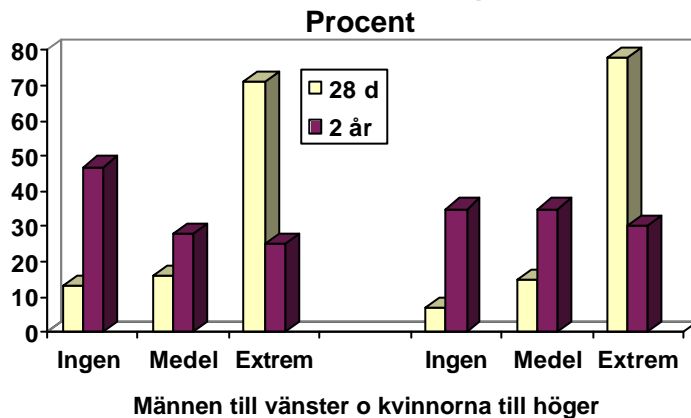
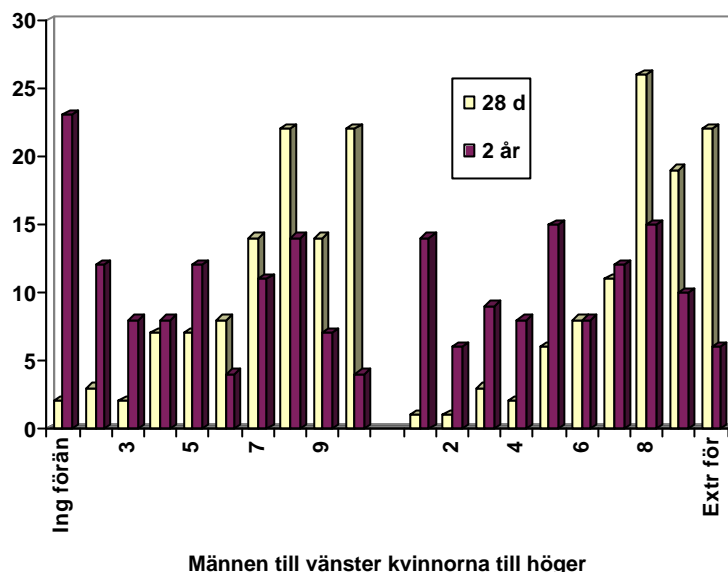


Diagram 3.29 Smärtan ändrat arbetsförmågan de senaste 6 månaderna vid olika tidpunkter efter kön.



Vid 28 dagar upplevde en större andel att en extrem förändring skett och vid 2 år upplevde den största andelen ingen förändring. Vid båda tillfällena skulle man se 6 månader tillbaka och man kan fråga sig varför tendensen var så tydlig med en extrem förändring vid 28-dagarsenkäten. Den mest troliga förklaringen är att man då just hade blivit sjukskriven och att en märkbar förändring därför hade skett. Vid 2-årsenkäten hade man, om man varit oförändrat sjuk, vant sig vid tillståndet. Eller också hade man varit frisk 18–24 månader efter sjukskrivningens början.

Diagram 3.30 Förändring av arbetsförmågan senaste 6 månaderna vid olika tidpunkter efter kön. Procent



Sammanfattning

Drygt hälften av kvinnorna och något mindre än hälften av männen hade haft sina rygg- och nackbesvär i mer än ett år före sjukskrivningen. I Västernorrland var det en större andel som inte alls klarade av sin sysselsättning i jämförelse med övriga kassor. Hälften av kvinnorna och 41 procent av männen hade vissa problem att klara av sysselsättningen. Drygt två tredjedelar uppgav att de hade måttliga smärtor. Kvinnorna var mer depressiva än männen och dessa skillnader är signifikanta. Genomgående så hade männen bättre ryggfunktion än kvinnorna vid samtliga enkättilfällen, också detta signifikanta skillnader.

När det gäller det allmänna hälsotillståndet uppgav en större andel av männen att deras hälsotillstånd var utmärkt/gott och i Västernorrland var denna köns skillnad mycket stor. Vid 2-årskäten uppskattade både män och kvinnor sin hälsa som bättre än tidigare, men könsskillnaden bestod. Männen i Västernorrland mådde genomgående bäst i hela populationen.

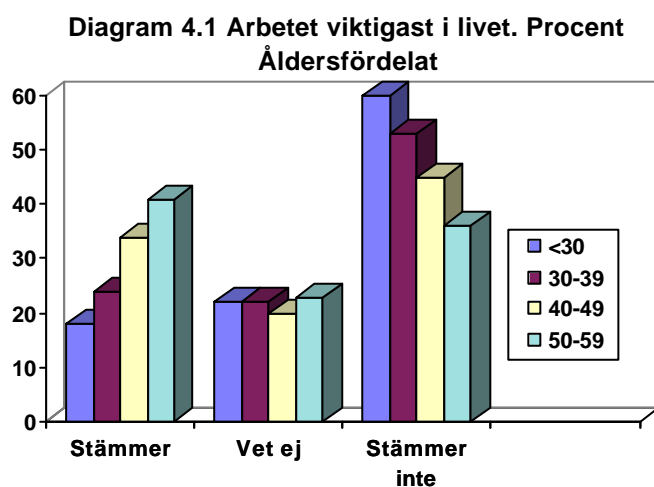
Männen uppskattade vid alla frågetillfällen sin arbetsförmåga som bättre än kvinnorna. Fler kände sig arbetsoförmögna vid enkäten efter 90 dagar jämfört med enkäten efter ett år.

Arbete

Attityd till arbetet

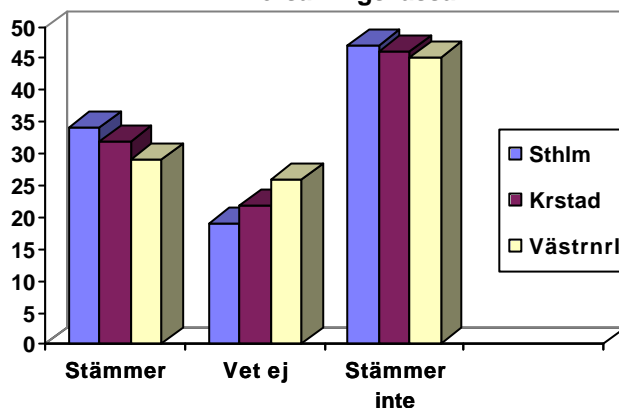
Det var 29 procent (26 procent av männen och 30 procent av kvinnorna) som uppgav att de arbetade för att försörja sig och inte skulle arbeta om de inte var tvungna. En femtedel var osäkra medan drygt hälften (54 procent av männen och 52 procent av kvinnorna) skulle arbeta även om de inte var tvungna. I Stockholm skulle 48 procent arbeta även om de inte var tvungna (46 respektive 50 procent). I Västernorrland skulle 58 procent arbeta ändå (61 respektive 56 procent). Bara 21 procent av männen i Västernorrland uppgav att de arbetade enbart för att försörja sig.

Att arbetet är det viktigaste i livet tyckte ungefär en tredjedel (35 procent av männen respektive 30 procent av kvinnorna). Drygt en femtedel var osäkra medan 46 procent (46 respektive 47 procent) inte tyckte att arbetet var det viktigaste i livet. En liten könsskillnad finns således. Den största skillnaden på denna punkt finns dock mellan åldersgrupperna på så sätt att ju äldre man är desto viktigare är arbetet. Förmodligen finns en skillnad i värderingar mellan de olika generationerna och för de yngre har kanske familjen större betydelse än arbetet.



Här fanns ingen större skillnad mellan kassorna. I Stockholm tyckte hela 68 procent av de yngsta inte att arbetet var det viktigaste i deras liv. I Västernorrland tyckte över hälften av de äldsta att arbetet var det viktigaste i livet. I Kristianstad skilde sig åldersfördelningen från de andra kassorna och där var en större andel av de yngsta tveksamma till att arbetet var det viktigaste i livet. Dessutom tyckte en mindre andel (40 procent) än i de andra kassorna inte att arbetet var det viktigaste i livet. Kristianstad hade en något äldre population än Stockholm.

Diagram 4.2 Arbetet viktigast i livet. Procent per försäkringskassa



Psykosocial arbetsmiljö

Här har index enligt Karasek/Theorells modell använts. Följande index har använts:

- *Krav* – upplevelse av psykiska krav på arbetsplatsen
- *Kontroll* – gäller både stimulans och påverkan i arbetet
- *Socialt stöd* – upplevelse av socialt stöd på arbetsplatsen.

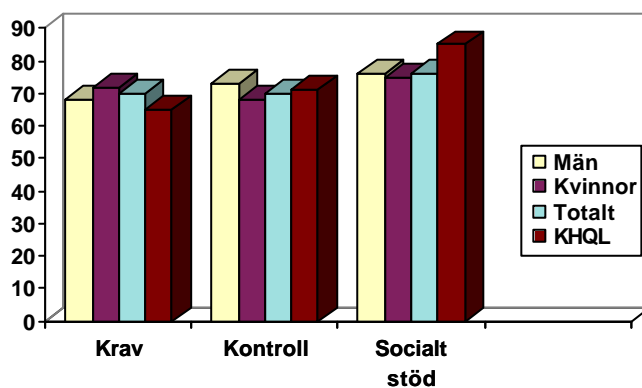
Kortfattat kan man säga, att psykiska krav samverkar med individens kontrollmöjligheter och det stöd individen får. Karasek/Theorell skiljer i sin modell på två dimensioner i arbetslivet; en *aktiv/passiv* och en *spänd/avspänd* dimension. Psykiska krav har inte så stora effekter på sjuklighet om goda kontrollmöjligheter föreligger. Det är ett *aktivt* arbete. Om däremot kontrollmöjligheterna är små i kombination med höga krav betecknas arbetet som *spänt*. Man utgår från indexen *krav* och

kontroll och kan då beräkna hur spänd en persons arbetssituation är och får på så sätt fram ett nytt mått; *job strain*. Om kraven är större än kontrollen blir värdet på kvoten större än 1 och vid omvänt förhållande blir kvoten mindre än 1. Ju högre värde i *job strain* desto mer spänd eller stressframkallande arbetsmiljö (Karasek and Theorell 1990).

Modellen har framför allt använts i undersökningar om hjärt-kärlsjukdomar hos män, men har på senare tid även använts för kvinnor. Under senare år har man även tagit med stödfunktionen i arbetet. Psykosociala faktorer i arbetet har dock visat sig vara mer svårtolkade för kvinnor än för män. En förklaring skulle kunna vara att hemmiljön har större betydelse för kvinnor och man kommer då också in på betydelsen av hushållsarbete i hemmet (Theorell 1996).

Som jämförelse kan nämnas en undersökning om kvinnors hälsa och livsvillkor (Alexandersson et al 1996), i fortsättningen förkortad KHQL, som använde sig av dessa instrument och resultaten relaterades till sjukskrivning och risk för sjukskrivning. Dessa kvinnor var dock inte sjukskrivna vid enkättilfället, men resultaten visade att kvinnor med höga krav och låg kontroll i sitt arbete hade betydligt fler sjukskrivningsdagar än övriga grupper. Även gruppen med låga krav och låg kontroll hade många sjukdagar och i undersökningen konstaterades att faktorn *kontroll* hade större betydelse för frånvaron än *krav*. Om man har blivit sjukskriven från ett arbete med höga krav och låg kontroll (dvs. spänd arbetssituation) kan det tänkas att man är mindre benägen att återgå till arbetet efter en tids sjukskrivning.

Diagram 4.3 Psykosocial arbetsmiljö efter kön



Kvinnorna i vår undersökning hade högre värden för krav och lägre för kontroll, vilket gör att deras jobstrain-nivå låg över 1,00 och innebar en högre stressnivå än männens. För männen rådde det motsatta förhållandet med högre värden för kontroll och lägre för krav, varför deras jobstrain-nivå hamnade lägre än 1,00. Männen hade också något högre värde för socialt stöd i arbetet än kvinnorna, medelvärdet låg på 76,37 jämfört med 75,36 (variationsvidden för denna skala är 25–100). Vid en jämförelse med kvinnorna i KHQL hade kvinnorna i vår undersökning högre krav, något lägre kontroll och även lägre socialt stöd. Jobstrain-nivån låg på ca 0,79 totalt för KHQL, vilket var betydligt lägre än för både kvinnor och män i denna undersökning.

Tabell 4.1 Job strain efter kön jämfört med KHQL

	Män n=250	Kvin n=389	Totalt n=639	KHQL n=102
Job strain	0,96	1,12	1,06	0,79

Signifikanta skillnader fanns mellan könen och dessa bestod inom varje kassa. Kristianstad hade en något högre nivå än de andra kassorna, men skillnaderna mellan kassorna var mycket små.

Diagram 4.4 Job strain efter kön

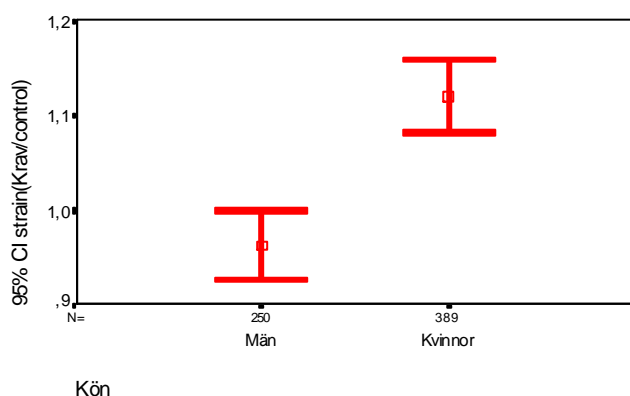
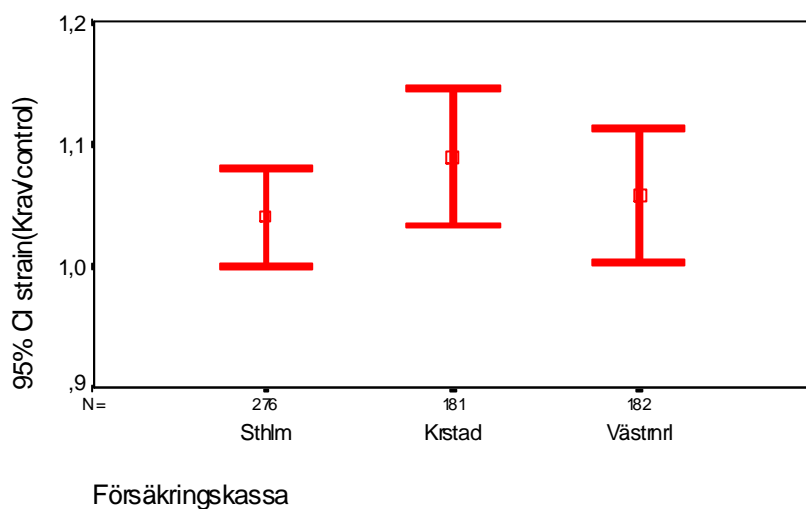


Diagram 4.5 Job strain efter FK



Vid uppdelning efter yrke visade det sig, att gruppen tjänsteproducerande arbetare hade signifikant högre *job strain* -nivå än varuproducerande arbetare och tjänstemän (se diagram 4.6). Vid uppdelning efter yrke och kön visade det sig dock att kvinnliga varuproducerande arbetare hade den högsta *job strain*-nivån och de skilde sig signifikant från männen i den gruppen (se diagram 4.7). I gruppen tjänsteproducerande arbetare ingick sjukvårdsbiträden, daghemspersonal, hemtjänstpersonal etc och den dominerades av kvinnor. Det kan vara könsskillnaden som slår igenom och gör att de som grupp totalt skiljer sig från de andra yrkesgrupperna.

Diagram 4.6 Job strain efter yrke

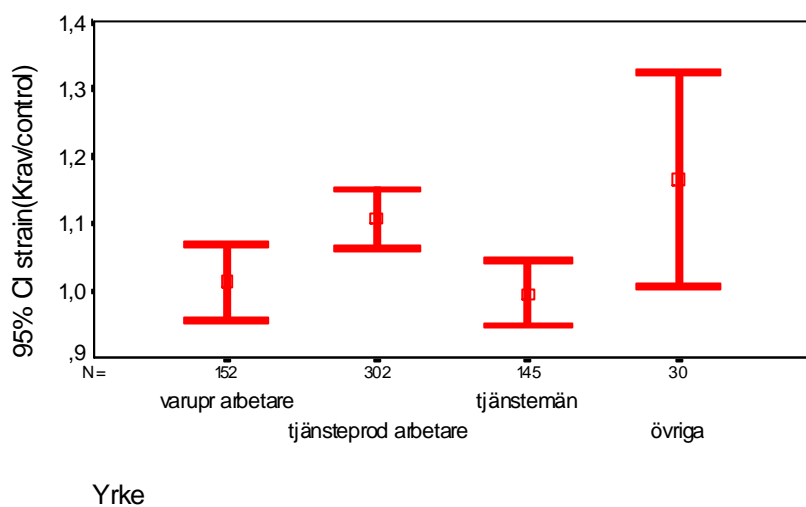
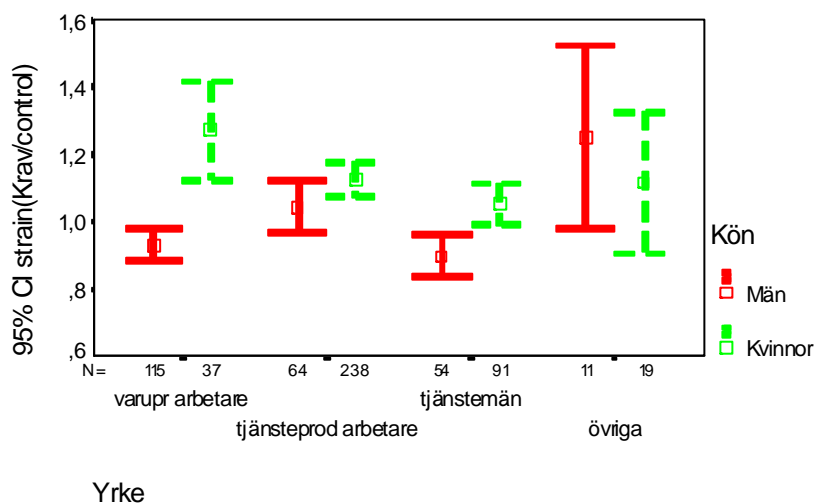


Diagram 4.7 Job strain efter kön och yrke



Fysisk arbetsmiljö

Några frågor rörde den fysiska arbetsmiljön, dvs. arbetsställningar och lyft. Det var 89 procent som uppgav att de ibland eller ofta varit tvungna att arbeta i vridna arbetsställningar och 57 procent arbetade ofta så. Här

förelåg ingen större könsskillnad, men i Kristianstad uppgav nästan alla att de arbetade i vridna arbetsställningar, att jämföras med 86 procent i Stockholm. I Kristianstad arbetade ju många inom tillverkningsindustrin vilket förmodligen avspeglas här.

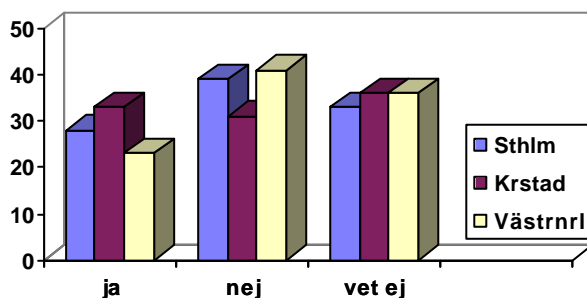
En stor del (80 procent) uppgav dessutom att de ofta eller i bland var tvungna att arbeta i en och samma arbetsställning, detta gällde kvinnor mer än män. Det var 81 procent som uppgav att de var tvungna att i sitt arbete flytta på tunga föremål och inte oväntat var det en större andel män än kvinnor som lyfte tungt. I Kristianstad var könsskillnaden omvänd, vilket kan bero på att kvinnorna där i större utsträckning arbetar inom tillverkningsindustrin.

Möjligheter till återgång i arbete

Börja arbeta igen

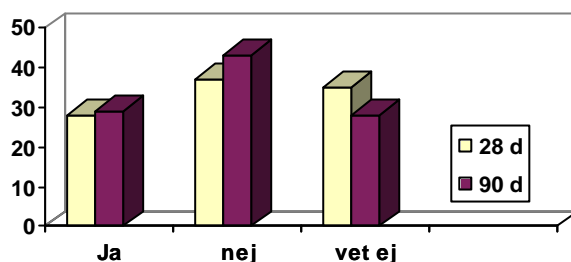
Vid 28-dagarsenkäten var det endast 28 procent som uppgav att deras arbetsgivare hade arbetsuppgifter som de kunde utföra med hänsyn till sina rygg- och nackbesvär. Det var 37 procent som inte hade den möjligheten medan 35 procent inte kände till om det fanns sådana arbetsuppgifter. En könsskillnad förelåg på så sätt att en större andel av kvinnorna hade sådana arbetsuppgifter (31 respektive 24 procent). I Västernorrland hade 23 procent lämpliga arbetsuppgifter, i Kristianstad 33 procent och i Stockholm 28 procent. Sämst var det bland männen i Västernorrland; endast 18 procent av dem hade arbetsuppgifter som de kunde utföra med hänsyn till sina rygg- och nackbesvär.

Diagram 4.8 Arbetsuppgifter med hänsyn till ryggbesvär, 28 dagar. Procent per Fk



Vid 90-dagarsenkäten svarade 29 procent ja och 43 procent nej på frågan om arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären, medan 28 procent var osäkra. En större andel män än kvinnor svarade att arbetsgivaren hade lämpliga arbetsuppgifter. En liten kassaskillnad förelåg på så sätt att det var en större andel i Stockholm som inte hade sådana arbetsuppgifter.

Diagram 4.9 Arbetsuppgifter med hänsyn till ryggbesvär vid olika tidpunkter. Procent totalt



Välkomna tillbaka till arbetet

Vid 28-dagarsenkäten kände sig 81 procent välkomna tillbaka till arbetet. En liten kassaskillnad fanns; det var 83 procent i Västernorrland som kände sig välkomna tillbaka och 80 procent i Stockholm.

En mindre andel än tidigare (78 procent) av dem som fortfarande var sjukskrivna vid 90-dagarsenkäten kände sig välkomna tillbaka till arbetet. En större andel kvinnor än män (80 respektive 75 procent) kände sig välkomna tillbaka. Man kan fråga sig varför färre kände sig välkomna tillbaka efter en längre tid, arbetsgivarnas intresse för sina sjukskrivna kanske minskar. Endast 20 personer kände sig inte välkomna tillbaka.

Avgörande faktorer för att börja arbeta igen

Intervjupersonerna fick rangordna 13 faktorer som de ansåg vara avgörande för att de skulle kunna börja arbeta igen. Man skulle markera det främsta skälet med 1 och därefter kryssa för alla alternativ man tyckte var avgörande.

I tabell 4.2 har de skäl rangordnats som de flesta har angivit. Att symtom och besvär skulle minska var viktigast och därefter att få effektiv behandling. Egen vilja att börja arbeta kom på tredje plats. Arbetsgivarens hjälp och engagemang samt arbetskamraternas stöd och uppmuntran kom först på femte respektive sjätte plats. Försäkringskassans hjälp och engagemang kom ännu längre ned; på åttonde plats och företagshälsovårdens respektive facketts hjälp och engagemang kom också långt ned på listan. Det tycks alltså vara det medicinska tillståndet och behandlingen som anses vara viktigast liksom den egna viljan till arbete. Här fanns ingen större skillnad mellan de tre kassorna. Rangordningen skilde sig något mellan punkterna 6–8 och försäkringskassans hjälp kom t.ex. på sjätte plats i Västernorrland, på sjunde i Kristianstad och på åttonde plats i Stockholm.

Tabell 4.2 Avgörande faktorer för att börja arbeta igen vid 28 dagar
Antal

Avgörande skäl	1:a	X	Tot	Sthl Tot	Krsta Tot	Vnrl Tot
1 Symtom och besvär minskar	275	235	510	214	144	152
2 Effektiv behandling	61	392	453	193	127	133
3 Egen vilja att börja arbeta	22	315	337	140	100	97
4 Inte råd att vara sjukskriven	10	216	226	95	64	67
5 Arb.givarens hjälp, engagem.		196	196	82	67	47
6 Arbetskamraters stöd	1	190	191	72	62	57
7 Annat arbete	15	172	187	80	44	43
8 Försäkringskassans hjälp	1	165	166	67	49	50

Tabell 4.3 Avgörande faktorer för att kunna börja arbeta igen 90 dagar. Antal

Avgörande skäl	1:a	X	Tot
1 Symtom och besvär minskar	157	172	329
2 Egen vilja att börja arbeta	18	173	191
3 Effektiv behandling	30	110	140
4 Inte råd att vara sjukskriven	5	133	138
5 Försäkringskassans hjälp	3	109	112

I tabellen har de skäl som de flesta angivit rangordnats. Liksom i föregående enkät ansågs det viktigast att ”symtom och besvär minskar”. ”Egen vilja att börja arbeta” hade fler röster än ”effektiv behandling”, men fler hade rangordnat det senare alternativet på första plats. Även här kom försäkringskassans hjälp och engagemang ganska långt ned.

De som redan börjat arbeta igen vid 90-dagarsenkäten ombads på samma sätt rangordna vilka faktorer som *hade varit* mest avgörande för att de hade kunnat återgå i arbete. Se tabell 4.4.

Tabell 4.4 Faktorer som varit avgörande för faktisk återgång i arbete vid 90 dagar. Antal

Avgörande skäl	1:a	X	Tot
1 Egen vilja att börja arbeta	68	199	267
2 Effektiv behandling	49	95	144
3 Inte råd att vara sjukskriven	13	127	140
4 Arbetskamraters stöd	2	63	65
5 Försäkringskassans hjälp	2	34	36
6 Arbetsgivarens hjälp		32	32

Här kom således ”egen vilja att börja arbeta” långt före de andra alternativen medan ”symtomen och besvären minskat” kom ganska långt ned. Försäkringskassans och arbetsgivarens hjälp kom även här på femte respektive sjätte plats.

Vid 1-årsenkäten blev rangordningen densamma som vid 90-dagarsenkäten angående förmodad arbetsåtergång. På första plats kom ”symtom och besvär minskar”, på andra plats ”egen vilja att börja arbeta” och på tredje plats ”effektiv behandling”. ”Försäkringskassans hjälp och engagemang” kom ännu längre ned än tidigare och ingen hade nämnt kassan som främsta faktor.

Vid 2-årsenkäten var alternativet ”symtom och besvär minskar” sammanslaget med alternativet ”effektiv behandling”. Dessa alternativ kom först för såväl förmodad som faktisk arbetsåtergång. Egen vilja att börja arbeta kom på andra plats och det är intressant att notera att detta alternativ rangordnats högt i alla enkäter för såväl förmodad som faktisk arbetsåtergång. Arbetskamraternas stöd och arbetsgivarens hjälp rangordnades liksom tidigare högre för faktisk än för förmodad

arbetsåtergång. Försäkringskassans hjälp rangordnades ganska högt för förmodad arbetsåtergång för att sjunka i betydelse för den faktiska arbetsåtergången.

Tabell 4.5 Avgörande faktorer för att kunna börja arbeta igen 2 år. Antal

Avgörande skäl	1:a	X	Tot
1 Symtom o besv mins/eff beh	60	72	132
2 Egen vilja att börja arbeta	3	46	49
3 Yrkesinr trän, omskol, prövn	2	38	40
3 Ergonomiska förbättringar	2	38	40
5 Försäkringskassans hjälp	3	36	39
6 Nytt arbete	4	33	37
7 Kortare arbetstid	1	36	37
8 Arbetsgivarens hjälp	1	26	27
9 Inte råd att vara sjukskriven	1	24	25
10 Arbetskamraters stöd	0	24	24

Tabell 4.6 Faktorer som varit avgörande för faktisk återgång i arbete vid 2 år. Antal

Avgörande skäl	1:a	X	Tot
1 Symtom o besvär minskade/ effektiv behandling	85	239	324
2 Egen vilja att börja arbeta	33	143	176
3 Arbetskamraters stöd	4	95	99
4 Arbetsgivarens hjälp	7	69	76
5 Inte råd att vara sjukskriven	4	63	67
6 Kortare arbetstid	5	53	58
7 Ergonomiska förbättringar	4	52	56
8 Nytt arbete	9	45	54
9 Yrkesinriktad träning, omskolning, prövning	6	46	52
10 Försäkringskassans hjälp	1	46	47

I diagrammen nedan visas de mest frekventa alternativen i procent av antalet svarande på respektive enkät vid förmodad respektive faktisk arbetsåtergång.

Diagram 4.10 Avgörande faktorer för förmodad återgång i arbete vid olika enkäter. Procent

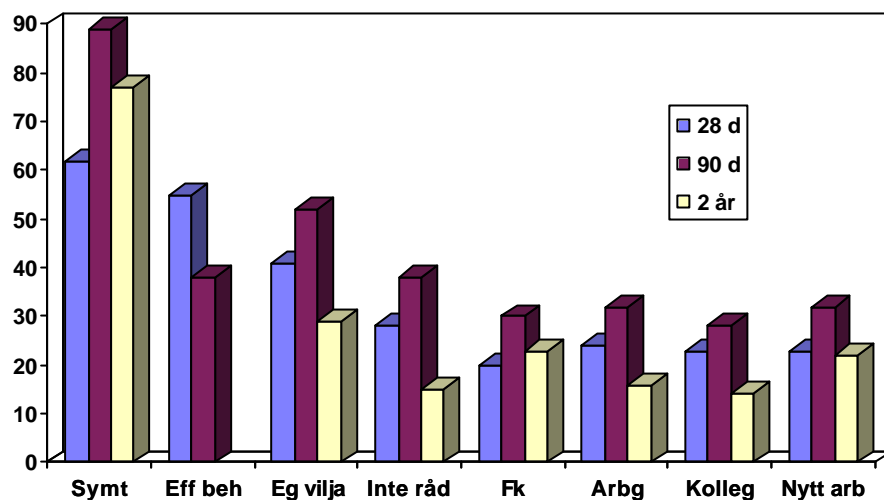
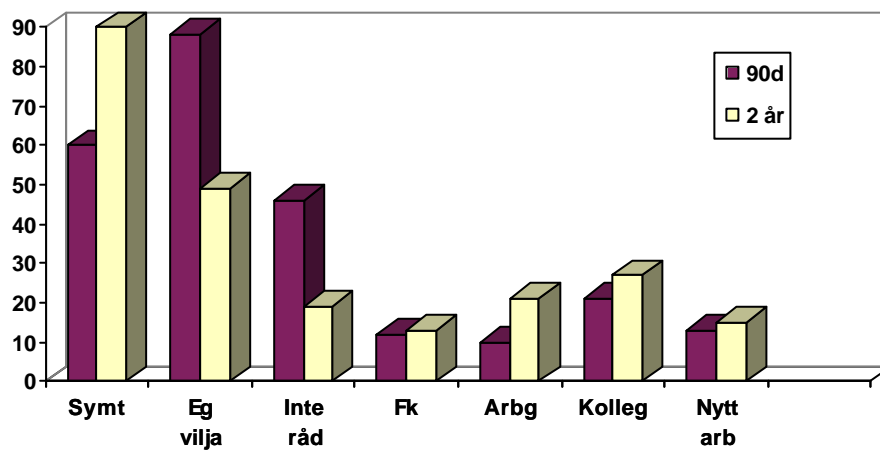


Diagram 4.11 Avgörande faktorer för faktisk återgång i arbete vid olika enkäter. Procent



Här har alternativen "symtom och besvär minskat" och "effektiv behandling" slagits ihop och redovisas i stapeln "Symt". Intressant att notera är att de som återgått i arbete i stor utsträckning tycker sig ha gjort det på grund av egen vilja och motivation och då speciellt vid 90-dagarsenkäten. Ju längre tiden går verkar arbetsgivare och arbetskamrater få större betydelse för den faktiska återgången i arbete. Försäkringskassans betydelse skattades lågt för både den faktiska och den förmodade arbetsåtergången. Alternativet "inte råd att vara sjukskriven" har minskat successivt under åren för såväl förmodad som faktisk arbetsåtergång. Där har naturligtvis sjukpenningens kompensationsnivå betydelse. Under 1994, då den första enkäten sändes ut, hade kompensationsnivån i sjukpenningen sänkts till 75 procent något år tidigare och en karensdag hade införts. Därefter har nivån höjts till 80 procent igen och det är inte längre lika ekonomiskt kännbart att vara långtidssjukskriven.

Arbete att återvända till

Vid 28-dagarsenkäten hade 86 procent av hela populationen ett arbete att återvända till och här fanns ingen könsskillnad. I Stockholm var det 88 procent, i Kristianstad 89 procent och i Västernorrland 80 procent som hade ett arbete att återvända till.

Vid 90-dagarsenkäten uppgav 73 procent av dem som fortfarande var sjukskrivna (368 personer) att de hade ett arbete att återvända till. Dessutom hade 11 procent redan återvänt på deltid, medan en tiondel inte hade någon anställning kvar. Könsskillnaderna var mycket små, men en större andel kvinnor än män hade ett arbete att återvända till. I Stockholm hade 85 procent ett arbete att återvända till eller hade redan återvänt på deltid, medan motsvarande siffra för Kristianstad var 88 procent och för Västernorrland 80 procent.

Vid 1-årsenkäten var det bara 61 procent av 185 personer som uppgav att de hade ett arbete att återvända till. I Västernorrland rörde det sig om 46 procent medan det i Stockholm var 62 procent och Kristianstad 74 procent.

Sysselsättning

Vid 1-årsenkäten svarade 537 personer på frågan om aktuell sysselsättning och av dem arbetade 64 procent medan 27 procent var

helt sjukskrivna. Det var 57 personer hade fått förtidspension eller sjukbidrag, 24 var i omskolning eller studerade och 34 var arbetslösa.

Vid 2-årsenkäten arbetade 68 procent helt eller delvis. Ungefär en femtedel hade inte arbetat någonting sedan sjukskrivningens början två år tidigare och av dessa var en något större andel män än kvinnor. Någon form av förtidspension hade 82 personer fått och av dem var fler män än kvinnor.

Kontakt med arbetsplatsen under sjukskrivningstiden

Vid 90-dagarsenkäten hade 88 procent haft kontakt med arbetsplatsen. I Kristianstad hade en något större andel haft kontakt än inom de andra kassorna.

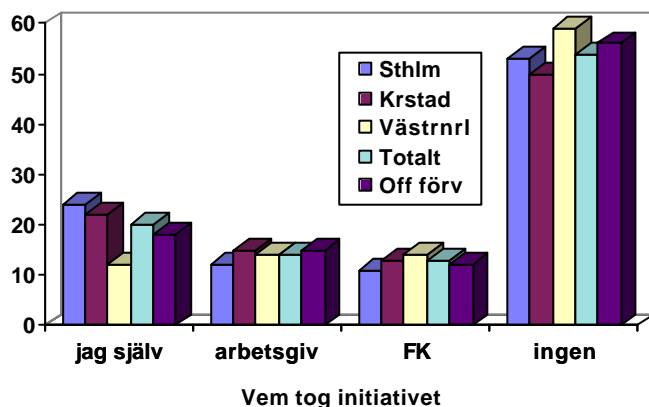
På frågan om vem som hade tagit initiativet till den första kontakten svarade 73 procent att det var de själva. En stor könsskillnad fanns här eftersom hela 85 procent av männen i jämförelse med 65 procent av kvinnorna själva tog den första kontakten. Kvinnorna blev kontaktade av arbetsledare och arbetskamrater i större utsträckning. Av de 252 kvinnor som arbetade inom offentlig förvaltning hade 43 procent själva tagit kontakt med arbetsgivaren. Motsvarande siffra för männen var 74 procent. I Västernorrland hade bara 65 procent själva tagit den första kontakten medan det i de andra kassorna var ca tre fjärdedelar.

Resultaten vid 1-årsenkäten skilde sig inte mycket åt från föregående enkät beträffande kontakter med arbetsplatsen. Det var 85 procent (424 personer) som hade haft kontakt med arbetsplatsen, flest i Kristianstad. Kvinnor hade något mer kontakt än män. Ungefär tre fjärdedelar hade tagit den första kontakten själva och en större andel män än kvinnor hade gjort det. Noteras bör att ingen person i hela populationen uppgav att fackföreningen tagit den första kontakten. I Stockholm hade 78 procent själva tagit kontakten medan motsvarande siffra var 70 procent i de andra kassorna. Störst könsskillnad fanns i Västernorrland, där 80 procent av männen och 64 procent av kvinnorna själva hade tagit kontakt. Könsskillnaden i Västernorrland kan till viss del förklaras med att männen där skiljer ut sig på en mängd punkter från andra grupper i undersökningen.

Arbetsgivarens utredning av åtgärder som behövs för återgång i arbete

Frågan avsåg om arbetsgivaren i samarbete med respondenten utrett vilka åtgärder som skulle behövas för återgång i arbete samt på vems initiativ. Vid 90-dagarsenkäten svarade över hälften, 54 procent, att arbetsgivaren inte hade gjort detta, något som är anmärkningsvärt med tanke på arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och den rehabiliteringsutredning som ska göras av arbetsgivaren efter ca fyra veckors sjukskrivning ”om det inte framstår som obe hövligt” (22 kap 3§ AFL). I vissa fall kan det således vara obefogat med en utredning t.ex. vid kortare sjukfall. Andra undersökningar pekar också på en tendens att rehabiliteringsutredningar görs i mycket liten omfattning (Selander 1999 t.ex.). En femtedel uppgav att arbetsgivaren hade gjort en utredning på respondentens initiativ, 13 procent uppgav att det var på försäkringskassans initiativ och 14 procent på arbetsgivarens. När det gällde kvinnorna hade försäkringskassan tagit initiativ i mycket högre grad än för männen och arbetsgivaren hade också kontaktat kvinnorna i högre grad. Männen hade själva tagit initiativ i större utsträckning än kvinnorna och det verkar som om männen själva är mer aktiva under sina sjukfall än kvinnorna, vilket kan vara en orsak till att arbetsgivare och försäkringskassa tar fler initiativ till kontakt med kvinnorna.

Diagram 4.12 Arbetsgivaren i samråd utrett åtgärder för återgång i arbete, 90-dagar. Procent



I diagrammet redovisas arbetsgivaren *offentlig förvaltning* separat, eftersom man kan anta att de ska ha ett större rehabiliteringsansvar som arbetsgivare. Dock var det hela 56 procent offentligt anställda som

uppgav att arbetsgivaren inte gjort någon utredning, men de hade varit något aktivare än andra arbetsgivare.

Vid 1-årsenkäten uppgav en ännu större andel än tidigare (57 procent av 368) att arbetsgivaren inte hade gjort någon rehabiliteringsutredning. Denna gång hade dock initiativet oftare kommit från försäkringskassan än från respondenterna själva eller arbetsgivaren, vilket skilde sig från föregående enkät. Denna gång förelåg även en stor könsskillnad, över två tredjedelar av männen hade nämligen inte fått någon rehabiliteringsutredning alls i jämförelse med hälften av kvinnorna. Försäkringskassan hade liksom tidigare varit aktivare med kvinnorna än med männen.

I 2-årsenkäten ställdes frågor om någon rehabiliteringsutredning hade gjorts om man varit sjukskriven de senaste 12 månaderna och alltså inte sedan det första sjukfallets början, som i de tidigare enkäterna. Av de 462 personer som svarade hade 62 procent varit sjukskrivna och av dem uppgav två tredjedelar att ingen rehabiliteringsutredning hade gjorts under det senaste året. Vi känner inte till sjukfallens längd och det kan vara så att sjukfallen var så korta att ingen utredning behövdes eller att man kunnat använda en redan tidigare gjord utredning.

Arbetsgivarens åtgärder för att underlätta återgång i arbetet

Av de 277 som besvarade frågan om arbetsgivaren vidtagit några åtgärder för att underlätta återgång i arbete vid 90 dagar uppgav 71 procent att de inte fått och inte heller behövt någon hjälp från arbetsgivaren. *Nästan en tredjedel svarade dock, att de inte fått någon hjälp trots behov*, vilket måste betraktas som allvarligt med tanke på lagstiftningens intentioner med arbetsgivarens roll i rehabiliteringen. Det var inte många som hade fått övriga hjälpinsatser från arbetsförmedling, AMI, omskolning, utbildningar och liknande arbetsvårdsåtgärder och 63 procent svarade att de inte heller hade varit i behov av några sådana insatser.

Hur arbetsgivaren agerade under sjukskrivningstiden

Vid 90-dagarsenkäten svarade 36 procent att arbetsgivaren tidigt varit mån om att hjälpa till och detta tyckte en större andel av kvinnorna än männen. En femtedel uppgav att arbetsgivaren hjälpte till sent medan 35 procent uppgav att arbetsgivaren avvaktade utan att höra av sig (hela 38 procent av männen). Även här finns alltså en tendens till att

arbetsgivarna hör av sig mer till kvinnor. Inom offentlig förvaltning, där hela 82 procent var kvinnor, blir könskillnaden ännu tydligare (se tabell).

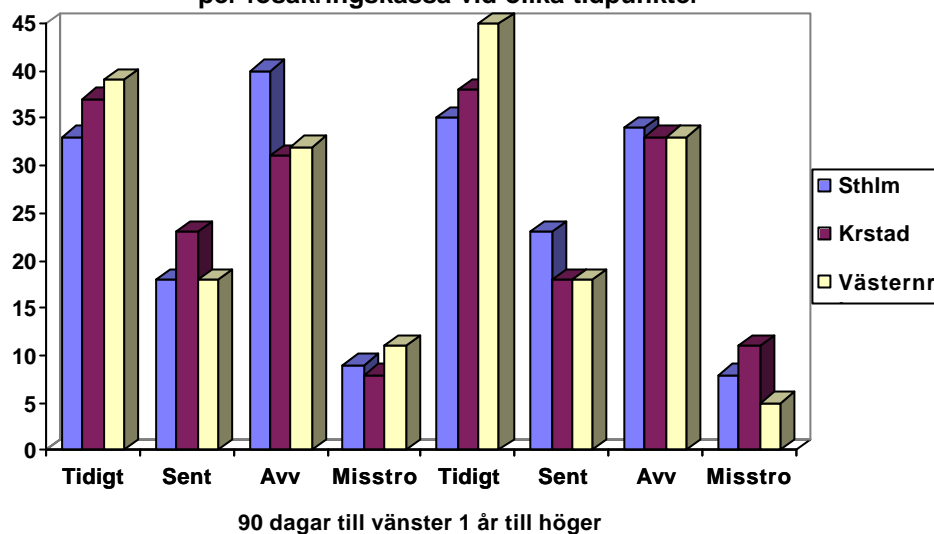
Tabell 4.7 Hur arbetsgivaren agerat, offentligt anställda, Könsuppdelat och totalt. Samtliga arbetsgiv totalt. 90 dagar. Procent

Kön/ Arbetsgivaren	M n=42	K n=202	Tot n=244	Samtl n=511
Tidigt mån om att hjälpa	24	38	36	36
Mån om att hjälpa, men sent	17	18	18	20
Avvaktade utan att höra av sig	50	35	38	35
Verkade misstro mig	10	8	9	10
Totalt	100	100	100	100

Med "samtliga" avses här alla som svarat på frågan oberoende av branschtillhörighet medan "totalt" avser offentlig förvaltning.

Diagrammet nedan visar hur arbetsgivaren agerat. I Västernorrland har arbetsgivaren agerat tidigt vid båda enkäterna. Vid 90-dagarsenkäten var det hela 40 procent i Stockholm som uppgav att arbetsgivaren avvaktade utan att höra av sig.

Diagram 4. 13 Hur arbetsgivaren agerat. Procent per försäkringskassa vid olika tidpunkter



Sammanfattning

Resultaten visar att kvinnorna kände sig något mer tvungna att arbeta än männen och att drygt hälften (av båda könen) skulle arbeta även om de inte behövde för sin försörjning. När det gäller den psykosociala arbetsmiljön uppskattad enligt den s.k. job strain-modellen visade det sig att både män och kvinnor arbetade i en arbetsmiljö som var mer spänd än man funnit i liknande undersökningar. Mellan könen fanns här en signifikant skillnad på så sätt att kvinnorna hade en mer spänd arbetssituation.

I en jämförelse mellan yrkesgrupper visade det sig att tjänsteproducerande arbetare låg högst när det gällde job strain-nivå, men när könsvariabeln infördes, visade sig kvinnliga varuproducerande arbetare ligga högst.

Vid 28- och 90-dagars enkäterna hade knappt en tredjedel ett arbete att återvända till som de klarade av med hänsyn till sina ryggbesvär, störst andel i Kristianstad och minst i Västernorrland. Cirka 80 procent kände sig vid 28-dagarsenkäten välkomna tillbaka till sitt arbete medan det efter 90 dagar var något färre, 78 procent.

Att symtom och besvär minskar och den egna viljan att börja arbeta uppgav de tillfrågade som avgörande faktorer för att återgå i arbete. Däremot kom faktorer som arbetsgivarens respektive försäkringskassans hjälp och engagemang långt ner på listan vid samtliga enkäter samt i alla kassorna.

Arbetsgivaren hade inte gjort någon rehabiliteringsutredning i 54 procent av fallen visar resultat från 90-dagarsenkäten och detta gällde i ännu högre utsträckning för de offentligt anställda (56 procent). Nästan en tredjedel uppgav i 90-dagarsenkäten att de inte hade fått någon hjälp från arbetsgivaren trots att de var i behov av detta. En svag tendens pekade dessutom mot att arbetsgivaren hörde av sig mer till kvinnor, något som i ännu större utsträckning gällde inom offentlig sektor. Arbetsgivarna agerade dock tidigt i Västernorrland vid båda enkäterna, medan det i Stockholm var 40 procent som i 90-dagarsenkäten uppgav att arbetsgivaren avvaktade utan att höra av sig.

Försäkringskassans insatser

Kontakt med försäkringskassan

Sjuklöneperiodens längd (den tid när arbetsgivaren betalar ut lön under sjukskrivning utan försäkringskassans inblandning) har varierat under de senaste åren. Sjuklöneperioden var 14 dagar när undersökningen påbörjades, och efter dessa 14 dagar ska försäkringskassan alltså ha kontakten med den sjukskrivne. Tre fjärdedelar hade haft kontakt med kassan vid 90-dagarsenkäten och en viss skillnad fanns mellan kassorna. I Västernorrland hade 77 procent haft kontakt med kassan, i Kristianstad 75 procent samt i Stockholm 73 procent. De resterande 24 procenten hade inte haft någon kontakt men hade inte heller haft behov av det. Endast 7 personer uppgav att de inte hade haft kontakt med kassan trots att behov hade förelagat.

Vid 1-årsenkäten hade tre fjärdedelar haft kontakt med kassan, kvinnor i större utsträckning än män. En tredjedel av männen uppgav att de inte hade haft något behov kontakt med kassan.

Vem tog den första kontakten

Av dem som vid 90-dagarsenkäten haft kontakt med kassan uppgav 44 procent att de själva hade hört av sig medan 56 procent uppgav att kassan hade hört av sig. Försäkringskassan hörde av sig mycket oftare till kvinnor än till män (61 respektive 48 procent). Männen hade varit aktivare och hade själva tagit kontakt med kassan i större utsträckning än kvinnorna (52 respektive 39 procent). Könsskillnaderna bestod inom de tre kassorna, men var starkast i Västernorrland (49 respektive 31 procent) och svagast i Kristianstad. I Västernorrland fanns den största andelen där försäkringskassan tog den första kontakten och Kristianstad den minsta (63 respektive 51 procent).

Det var en större andel som vid 1-årsenkäten uppgav att försäkringskassan hörde av sig (62 i jämförelse med 56 procent tidigare) och man hörde av sig mer till kvinnor än till män. Kassan i Stockholm hörde av sig minst och Västernorrland mest (60 respektive 64 procent).

Hur försäkringskassan agerat

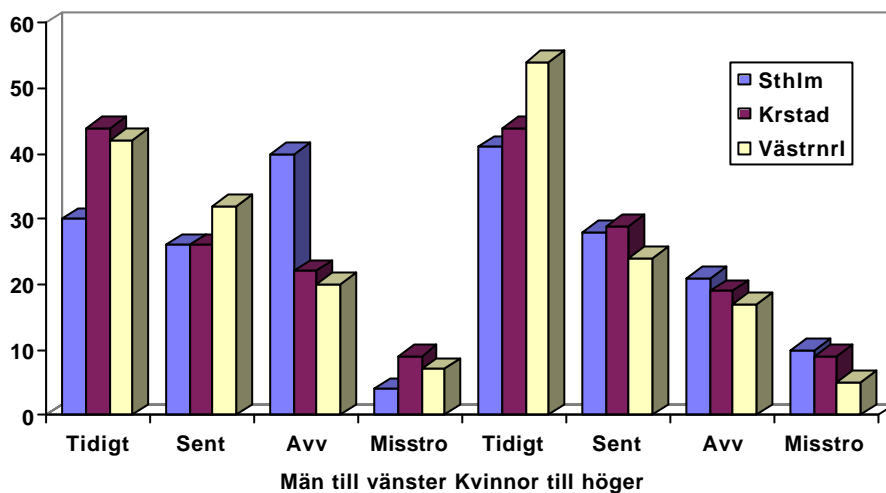
En större andel av kvinnorna ansåg att försäkringskassan tidigt var mån om att hjälpa till medan en större andel av männen uppgav att kassan avvaktade utan att höra av sig. Det var 77 procent av de 102 personer där försäkringskassan inte hörde av sig, som uppgav att de själva hörde av sig till kassan. Se tabell nedan.

Tabell 5.1 Hur försäkringskassan agerat efter kön 90 dagar. Procent

Kön	M	K	Tot
Försäkringskassan	n=176	n=260	n=436
Tidigt mån om att hjälpa	37	46	42
Mån om att hjälpa, men sent	27	27	27
Avvaktade utan att höra av sig	30	19	23
Verkade misstro mig	6	8	7
Totalt	100	100	100

I Västernorrland uppgav hälften att kassan hjälpte till tidigt och endast 18 procent att kassan inte hörde av sig. Könsskillnaderna består och förstärks i Västernorrland och Stockholm, men i Kristianstad fanns nästan ingen köns skillnad. I Stockholm uppgav en tredjedel att kassan inte hörde av sig och detta gällde för hela 40 procent av männen.

Diagram 5.1 Hur försäkringskassan agerat. Procent efter försäkringskassa och kön



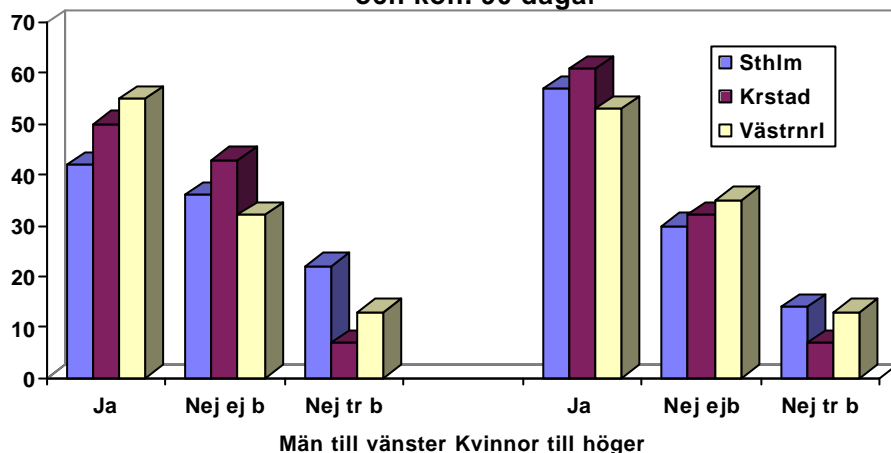
På frågan om kassan har diskuterat vilka möjligheter kassan har att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbetslivet svarade man så här.

Tabell 5.2 Kassan diskuterat möjligheter att hjälpa tillbaka till arbetslivet. 90 dagar. Procent

Försäkringskassan diskuterat möjligheter tillbaka till arbete	M n=179	K n=288	Tot n=467
Ja	48	57	53
Nej, ej behövt hjälp från FK	37	32	34
Nej, trots behov av hjälp	15	12	13
Totalt	100	100	100

En större andel av kvinnorna hade fått hjälp av kassan, medan en större andel av männen ansåg att det inte hade funnits något behov av hjälp.

Diagram 5.2 Försäkringskassan diskuterat möjlighet till återgång i arbete. Procent efter försäkringskassa och kön. 90 dagar



Könsskillnaden förstärks i Stockholm, men i Västernorrland rådde en omvänd könsskillnad på så sätt att en större andel män än kvinnor fått och också varit i behov av hjälp från kassan. *Anmärkningsvärt är att 13 procent inte fått någon hjälp trots behov.* Dessutom var det en mycket större andel av de yngre som inte hade fått hjälp trots att de behövde.

Särskild kontaktperson på försäkringskassan

Nittioen procent uppgav att de hade en särskild kontaktperson på försäkringskassan som skulle hjälpa dem att återgå i arbete. Vid kassan i Kristianstad hade 95 procent en särskild kontaktperson i jämförelse med 88 procent i Stockholm. Totalt svarade bara 248 personer på denna fråga, så siffrorna är små och man kan därför inte uttala sig om signifikanta skillnader.

Själv föreslagit åtgärder som hjälp tillbaka till arbetslivet

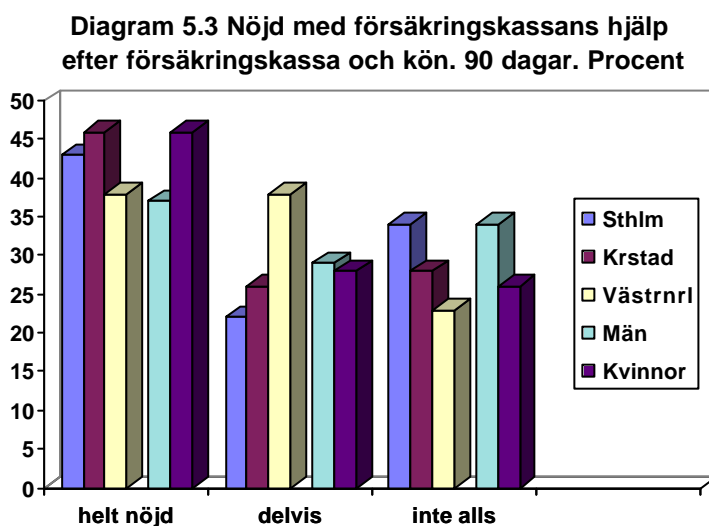
Över hälften av dem som svarade på 90-dagarsenkäten (127 personer) hade själva föreslagit åtgärder för att komma tillbaka till arbetslivet och kvinnorna hade varit mer aktiva än männen (54 respektive 47 procent). I Kristianstad hade man varit mest aktiv själv och minst i Västernorrland. Tydligt är det så att där man blir mer omhändertagen av

försäkringskassa och arbetsgivare behöver man inte vara så aktiv själv. Men bara 20 stycken (16 procent) av dem som själva kommit med förslag uppgav att kassan tagit hänsyn till förslagen.

Även vid 1-årsenkäten var det något över hälften som själva föreslagit åtgärder och kvinnorna var mer aktiva än männen (55 respektive 47 procent). Denna gång var man mest aktiv själv i Västernorrland och minst i Stockholm. Nu uppgav dock 111 personer (75 procent av männen och 79 procent av kvinnorna) att kassan tagit hänsyn till deras förslag.

Nöjd med försäkringskassans hjälp att återgå i arbete

Av de 284 personer som svarade på denna fråga vid 90-dagarsenkäten var 43 procent helt nöjda med försäkringskassans hjälp, medan en tredjedel inte alls var nöjda. Kvinnorna var mer nöjda än männen.



De tre första staplarna i varje grupp visar andelen i varje försäkringskassa och de två sista visar könsfördelningen. I Stockholm var man mest missnöjd och i Västernorrland minst missnöjd.

Vid 1-årsenkäten hade det skett en svag förändring på så sätt att en mindre andel än tidigare var missnöjda med kassan. Kvinnorna var

något mer nöjda än männen. Även här hade Stockholm den största andelen missnöjda och Västernorrland den minsta.

Vid 2-årsenkäten svarade över hälften (totalt 486 personer) att det inte var aktuellt med hjälp från försäkringskassan, men siffrorna är små och svårtolkade. Ungefär en tredjedel av dem det var aktuellt för, var inte alls nöjda medan 36 procent var helt nöjda, alltså färre än vid 90-dagarsenkäten då 43 procent var helt nöjda. Andelen missnöjda var lika stor vid båda tillfällena. Fortfarande var man mest missnöjd i Stockholm, men nu var det i Kristianstad man var minst missnöjd. Liksom tidigare var kvinnorna mer nöjda än männen, medan en större andel av männen var helt nöjda denna gång.

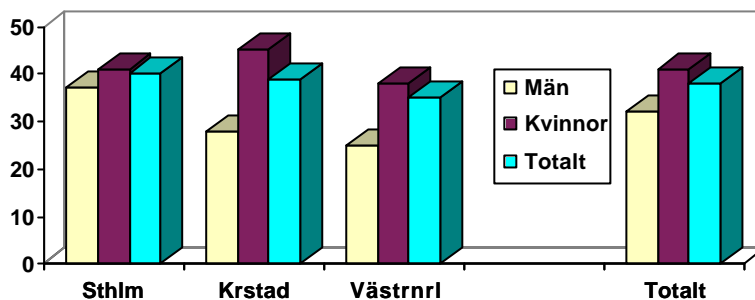
Förslag om förtidspension eller sjukbidrag

Vid 90-dagarsenkäten hade 16 procent blivit föreslagna eller själva ansökt om sjukbidrag eller förtidspension. I åldern 50–59 år var en tredjedel aktuella för någon pensionsförmån; i Kristianstad hela 34 procent. Här fanns det nästan ingen könsskillnad. Av 341 personer vid 1-årsenkäten hade 28 procent blivit föreslagna förtidspension eller sjukbidrag, av dem var två tredjedelar 50–59 år. Tjugotvå personer hade själva ansökt om pension.

Rehabiliteringsplan

Vid 1-årsenkäten ställdes frågan om försäkringskassan hade gjort upp någon plan för återgång i arbete. Som tidigare nämnts åligger det ju arbetsgivaren att upprätta en rehabiliteringsutredning efter fyra veckors sjukskrivning. Försäkringskassan ska också göra en rehabiliteringsplan om någon rehabiliteringsåtgärd planeras (22 kap 6§ AFL). En sådan plan hade upprättats för 38 procent och för en mycket större andel av kvinnorna (41 respektive 32 procent).

Diagram 5.4 Procent som försäkringskassan upprättat rehabiliteringsplan för per kassa och totalt efter kön. 1 år



Diagrammet ovan visar den procentuella andel inom respektive kassa där man *upprättat rehabiliteringsplan*. Könsskillnaden var störst i Kristianstad och därefter kom Västernorrland.

Vid 2-årsenkäten gällde frågan om försäkringskassan hade upprättat någon plan under *de senaste 12 månaderna*. Över hälften (59 procent) svarade att det inte hade behövts medan ungefär en fjärdedel hade fått en rehabiliteringsplan. Kvinnorna hade en något större andel. I Västernorrland hade rehabiliteringsplaner upprättats enbart för ett fåtal, men två tredjedelar uppgav att behov inte hade funnits.

Möjlighet att påverka planeringen

En fråga vid 2-årsenkäten rörde huruvida försäkringskassan hade givit respondenten möjlighet att själv påverka planeringen av insatserna. En tredjedel av dem som svarade på frågan ansåg att kassan inte alls hade givit dem den möjligheten medan en fjärdedel hade fått påverka i någon mån, kvinnor i större utsträckning än män. I Stockholm fanns en större andel som uppgav att de inte fått påverka alls.

Syn på hälso- och sjukvård, arbetsgivaren respektive försäkringskassa

Tre frågor rörde hur synen på dessa aktörer eventuellt hade förändrats under sjukskrivningstiden. Svarsfrekvensen här låg på 350 personer vid 90 dagar, 528 vid 1 år samt 520 vid 2 år.

Vid 90 dagar ansåg ungefär tre fjärdedelar att deras syn på *hälso- och sjukvården* inte hade förändrats. Här fanns ingen större könsskillnad, men kvinnorna hade förändrats något i både positiv och negativ riktning och kvinnorna i Stockholm hade förändrats mest i positiv riktning. I Kristianstad hade ett fåtal förändrats.

Vid 1 år var det totalt 69 procent som inte hade förändrat sin syn på *hälso- och sjukvården*. En mycket större andel kvinnor än män hade blivit mer negativa och i Stockholm var man mer negativ än i de andra kassorna.

Vid 2 år svarade 71 procent att deras syn på *hälso- och sjukvården* inte hade förändrats medan drygt en femtedel hade förändrats i negativ riktning. I Kristianstad var man minst negativ. Ett intressant samband fanns i denna fråga på så sätt, att de som uppgivit att deras hälsotillstånd inte var gott hade blivit mycket mer negativa till hälso- och sjukvården.

Tabell 5.3 Syn på hälso- och sjukvård förändrats i förhållande till uppgivet allmänt hälsotillstånd. 2 år Procent

Syn på hälso- och sjukvård förändrats/ Allmänt hälsotillstånd	Ja, mer positiv n=40	Ja, mer negativ n=110	Nej, samma n=370	Totalt n=520
Utmärkt-gott	10	15	75	100
Någorlunda	6	25	69	100
Dåligt	6	27	66	100
Totalt	7	21	71	100

Hos tre fjärdedelar var även synen på *arbetsgivaren* efter 90 dagar densamma som tidigare. Så många som 19 procent hade dock förändrats i negativ riktning. Bland offentligt anställda hade hela 22 procent blivit mer negativa till arbetsgivaren och man kan förmoda att de var besvikna på sina arbetsgivare.

Vid 1 år hade 69 procent inte förändrat sin syn på *arbetsgivaren*. Kvinnorna hade blivit mer negativa än männen och i Stockholm hade man blivit mer negativ än i de andra kassorna.

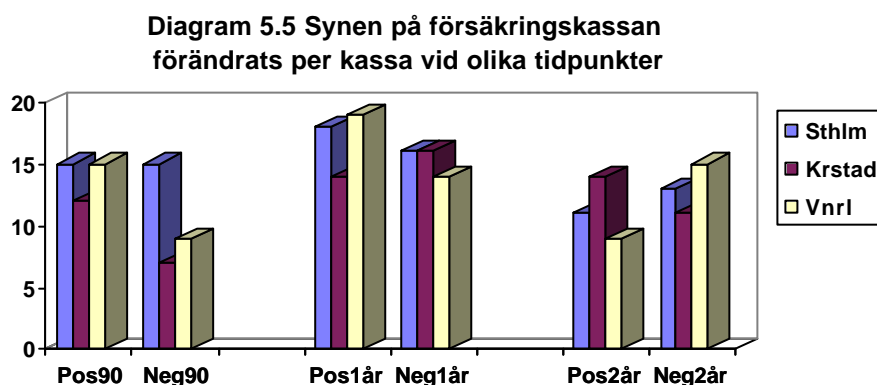
Vid 2 år uppgav så stor andel som 78 procent av 498 personer att deras syn på *arbetsgivaren* inte hade förändrats. Dock hade 16 procent blivit

mer negativa och kvinnorna hade i högre grad än männen förändrats i negativ riktning. Stockholm hade denna gång en mindre andel negativa än de andra kassorna.

Vid 90 dagar tyckte tre fjärdedelar att deras syn på *försäkringskassan* inte hade förändrats under sjukskrivningstiden. 14 procent hade blivit mer positiva och 11 procent mer negativa. Stockholm hade störst andel negativa.

Vid 1 år hade 17 procent blivit mer positiva till *försäkringskassan* och kvinnorna hade förändrats mer i både positiv och negativ riktning. Mellan kassorna förelåg en viss skillnad på så sätt att man blivit mer positiv i Västernorrland och Stockholm men mer negativ i Kristianstad.

Vid 2 år var det drygt tre fjärdedelar som uppgav att deras syn på *försäkringskassan* inte hade förändrats. Mer negativa hade 13 procent blivit medan 11 procent uppgav att de var mer positiva. Kvinnorna var något mer positiva än männen. Den här gången hade man blivit mer positiv i Kristianstad. Nu var det i Västernorrland man hade blivit mer negativ. Se diagrammet nedan.



Den största positiva förändringen fanns vid 1 år för att sedan sjunka efter 2 år. Såväl Västernorrland som Kristianstad hade en större andel negativa vid 2 år än vid 90 dagar, men Kristianstad hade även en större andel positiva än vid 90 dagar.

Sammanfattning

Ungefär en fjärdedel hade inte haft någon kontakt med försäkringskassan, men de sa sig inte heller ha haft behov av det. Efter ett år hade tre fjärdedelar haft kontakt med kassan, sedan sjukskrivningens början, och av dem var fler kvinnor än män. Nästan en tredjedel av männen hade inte haft något behov av kassakontakt. Försäkringskassan tog oftare en första kontakt med kvinnor, medan männen var aktivare själva, denna könsskillnad var tydligast i Västernorrland. Över hälften av kvinnorna i Västernorrland uppgav vid 90-dagarsenkäten att kassan tidigt hade varit mån om att hjälpa dem medan nästan hälften av männen i Stockholm uppgav att kassan inte hört av sig. Kassan hade också diskuterat möjligheter att hjälpa till med återgång i arbete oftare med kvinnorna. Detta gällde dock inte i Västernorrland där männen fick mer hjälp. Anmärkningsvärt är att 13 procent (15 procent av männen och 12 procent av kvinnorna) inte hade fått hjälp av försäkringskassan trots att de var i behov av det. I Stockholm gällde detta över 20 procent av männen.

Kvinnorna hade oftare själva föreslagit åtgärder som skulle göra det möjligt för dem att komma tillbaka till arbetslivet. Efter 90 dagar var 43 procent nöjda med försäkringskassans hjälp och något fler efter ett år. Här var kvinnor mer nöjda än män, men i Stockholm fanns den största andelen missnöjda medan man var minst missnöjd i Västernorrland. För cirka 40 procent hade rehabiliteringsplan upprättats, för fler kvinnor än män. Denna könsskillnad var störst i Kristianstad och minst i Stockholm.

Efter två år var det så många som 78 procent som inte hade förändrat sin syn på hälso- och sjukvård, respektive arbetsgivare. Man kan dock notera att cirka 20 procent hade blivit mer negativa till hälso- och sjukvården, och 16 procent till arbetsgivaren. När det gällde de offentligt anställda hade en så stor andel som 22 procent blivit mer negativ till arbetsgivaren och kvinnorna hade blivit mer negativa än männen. Vid samtliga enkättillfällen uppgav cirka tre fjärdedelar att deras syn på försäkringskassan inte hade förändrats. I Stockholm och Västernorrland hade 18–20 procent blivit mer positiva efter 1 år, motsvarande siffra efter 2 år var 8–10 procent. Efter 2 år fanns den största andelen negativa i Västernorrland.

Åtgärder

Läkarbesök och behandlingar

Det var 83 procent av kvinnorna och 76 procent av männen som hade fått behandling av annan vårdgivare än läkare för rygg- eller nackbesvär under sjukperioden. De yngre hade generellt fått mer behandling än äldre och detta samband kvarstod för män, medan det omvända förhållandet rådde för kvinnor. En fråga löd om man fått någon behandling under den nuvarande sjukperioden. Överensstämmelsen med föregående fråga blev här stor, då 84 procent av kvinnorna och 71 procent av männen uppgav att de fått någon behandling. Yngre män och äldre kvinnor hade även här fått mer behandling än andra.

Tillfredsställande förklaring till besvären

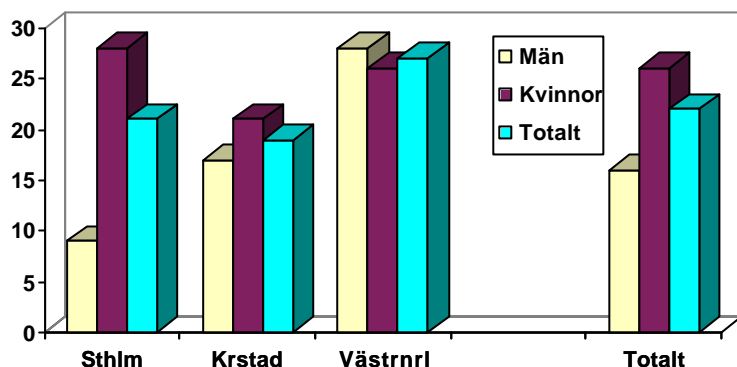
En fråga rörde om man hade fått någon tillfredsställande förklaring till sina rygg- och nackbesvär. Vid 1 år var en stor andel (59 procent) nöjda med förklaringen och kvinnorna var mer nöjda än männen (60 respektive 58 procent). Mest nöjda var kvinnorna i Stockholm (64 procent) och männen i Västernorrland (62 procent). Man var mest nöjd i Stockholm och därefter i Kristianstad och Västernorrland. Vid 2 år var 63 procent nöjda vilket var något mer än vid föregående enkät. Männen var mer nöjda med förklaringen än kvinnorna och mest nöjda var männen i Stockholm medan kvinnorna i Västernorrland var minst nöjda.

Rehabiliteringsprogram

Endast 13 procent (86 personer) hade deltagit i något behandlingsprogram för rygg- eller nackbesvär vid 90-dagarsenkäten. Här fanns ingen större kassaskillnad, men i Västernorrland hade bara 11 procent deltagit i något program. Bara 13 procent hade deltagit i annat rehabiliteringsprogram än rygg-smärt- respektive nackskola.

Vid 1 årsenkäten hade endast 22 procent (117 personer) deltagit i rehabiliteringsprogram för rygg- och nackbesvär under de senaste 12 månaderna. Kvinnorna hade fått denna typ av rehabilitering oftare än männen. I Västernorrland hade en större andel fått rehabilitering.

Diagram 6.1 Procent som deltagit i rehabiliteringsprogram per kassa och totalt efter kön. 1 år



I diagrammet redovisas den procentuella andel som *deltagit* i rehabiliteringsprogram i respektive kassa. Av männen i Stockholm var det endast 9 procent som fått rehabiliteringsprogram för rygg och nacke. Totalt hade 21 procent i Stockholm, 19 procent i Kristianstad och 27 procent i Västernorrland deltagit i sådan rehabilitering och resten hade alltså inte gjort det.

Förändringar i arbetsförhållandena de senaste 12 månaderna vid enkät 2år

Förändringar hade gjorts för 326 personer och cirka 250 personer svarade att inga åtgärder vidtagits. Dock hade 16 personer fått arbete på Samhall och 72 personer fått arbetsträning med rehabiliteringspenning från försäkringskassan. Av dem var 55 kvinnor och 17 män.

Åtgärder de senaste 12 månaderna vid enkät 2 år

Av de cirka 400 personer som svarade på frågan om åtgärder de senaste 12 månaderna hade 45 fått arbetsprövning vid någon institution. Endast 38 personer hade fått rådgivning av arbetsförmedling/försäkringskassa men man kan ifrågasätta hur frågan har tolkats. De flesta sjukskrivna borde väl ha fått någon rådgivning från försäkringskassan.

En fråga rörde olika typer av åtgärder och här fanns arbetsträning åter med, men nu *utan* ersättning i form av rehabiliteringspenning.

Tabell 6.1 Åtgärder de senaste 12 månaderna vid 2 år. Antal

Åtgärd	Män n=197	Kvinnor n=336	Totalt n=533
Arb. träning med rehabiliteringspenning	17	55	72
Arb. träning utan rehabiliteringspenning	9	38	47
Arbetsprövning	15	30	45
Omskolning/utbildning	8	22	30
Annan utbildning	7	13	20
Ingen utbildning	145	223	368
Totalt	201	381	582

Totalsumman blev alltså högre än antalet respondenter i enkäten, som var 533, detta eftersom samma personer kan ha svarat flera gånger, på grund av att det är antalet åtgärder som efterfrågas. Dock hade 69 procent inte fått någon åtgärd alls. Tre fjärdedelar av männen och två tredjedelar av kvinnorna hade inte fått någon åtgärd.

Egen utvärdering av åtgärderna

Respondenterna ombads uppge om någon av dessa åtgärder hade förbättrat möjligheterna till arbete. Nittio personer svarade på denna fråga och 24 av dem uppgav att det inte hade förbättrat möjligheterna till arbete.

Hur man blivit bemött i samband med sina rygg- eller nackbesvär

Man skulle gradera hur man blivit bemött av olika inblandade: på arbetsplatsen, i vården, på försäkringskassan, vid socialtjänsten, av facket samt av närmast anhöriga. Skalan gick från 1–6 från *med respekt* till *med misstro*. Man var på det stora hela ganska nöjd med bemötandet. Många hade inte haft någon kontakt alls med socialtjänsten eller med facket. Nittioen personer var missnöjda med arbetsledningens bemötande och 76 med försäkringskassans. Skillnaderna mellan försäkringskassorna var små.

Friskskrivning vid olika tidpunkter

I tabell 6.2 finns en sammanställning av hur många som var friskskrivna vid olika tidpunkter och de uppbar då alltså varken sjukpenning, förtidspension eller sjukbidrag. Förhållandevis fler män än kvinnor friskskrevs utom i Stockholm vid 1 års- och 2 årsenkäten. Efter 2 år var männen i Västernorrland friskskrivna i högre grad än andra (87 procent).

Tabell 6.2 Procent friskskrivna vid olika tidpunkter efter kassa och kön

Tidpunkt	90 dagar		1 år		2 år	
Kön	M	K	M	K	M	K
Kassa						
Sthlm	47	42	73	74	81	84
Krstad	50	37	80	73	85	81
Vnrl	44	37	84	72	87	81
Totalt	43	36	78	73	85	81

Sammanfattning

Yngre män och äldre kvinnor fick oftare behandling av annan vårdgivare än läkare. Kvinnorna var mer nöjda med de förklaringar de fick till sina rygg- och nackbesvär. Men hela 62 procent av männen i Västernorrland var nöjda.

Bara 13 procent hade efter 90 dagar deltagit i något behandlingsprogram för rygg- och nackbesvär under sjukperioden och 13 procent hade deltagit i någon annan typ av rehabiliteringsprogram. Efter 1 år hade bara 22 procent deltagit i behandlingsprogram för rygg- och nackbesvär, i Västernorrland var det dock 27 procent. Över två tredjedelar hade inte fått någon form av utbildning eller arbetsprövning/träning. Kvinnor hade dock fått mer insatser än män.

Efter två år var 85 procent av männen och 81 procent av kvinnorna friskskrivna. I alla kassor utom i Stockholm var det fler män som var friskskrivna, i Västernorrland rörde det sig om hela 87 procent.

Sammanfattning av skillnader mellan kassorna

Den största andelen av studiepopulationen, 46 procent, fanns i Stockholm, medan Västernorrland och Kristianstad hade 27 procent vardera.

I en jämförelse mellan de olika kassorna visade det sig att populationen i Kristianstad var något äldre och att det fanns fler kvinnor i Västernorrland (62 procent i jämförelse med 56 procent i den totala populationen). Den lägsta utbildningsnivån fanns i Kristianstad och den högsta i Västernorrland. I Västernorrland arbetade 69 procent av kvinnorna inom den offentliga sektorn, medan anställningar inom tillverkningsindustrin dominerade i Kristianstad. Det som skilde ut männen i Västernorrland var att 28 procent av dem var tjänstemän.

Men det var också på många andra punkter som männen i Västernorrland skilde sig från den övriga populationen. De mådde till exempel bäst av alla när det gällde den självs kattade hälsan, nästan hälften av dem (45 procent) uppgav sig ha ett utmärkt eller gott hälsotillstånd. Könsskillnaderna i Västernorrland var störst i fråga om den självs kattade hälsan, skillnader som dessutom alltid var signifikanta till skillnad från i de andra kassorna. I Västernorrland sa sig bara 21 procent av männen arbeta enbart för försörjningen, medan motsvarande siffra i hela populationen var en tredjedel.

När det gäller omfattningen av försäkringskassans kontakter med de försäkrade fanns den högsta procentsiffran i Västernorrland och den lägsta i Kristianstad. I Stockholm var en större andel missnöjda med kassan, medan Västernorrland hade minst andel missnöjda. I Stockholm tyckte de försäkrade oftare att de inte hade någon möjlighet att påverka den planering som skulle göra det möjligt för dem att återgå i arbete. Här visade det sig att männen i Stockholm hade lite kontakt med kassan, att det fanns få rehabiliteringsplaner samt att deltagande i olika rehabiliteringsprogram var lågt. Den största andelen som hade fått rehabiliteringsprogram för sina rygg- och nackbesvär fanns i Västernorrland. När det gällde synen på hälso- och sjukvården var man mer negativ i Stockholm än i de andra kassorna.

Diskussion

Fortfarande saknas kunskap om vad som kan göras för att få sjukskrivna för rygg- och nackbesvär att återgå i arbete. Vid tidigare studier av försäkringskassans arbete med långa sjukfall har man utgått från de uppgifter som finns i kassornas register (RiksLS 1991–1994 t.ex.). Andra faktorerers betydelse för långvarig sjukdom som: levnadsvillkor, förändring i arbetsmotivation eller utveckling av sjukrollen har inte belysts tillräckligt. Man har inte heller följt sjukskrivna under någon längre period (Bergendorff et al 1997) på så sätt som man har gjort i denna studie.

En av de främsta orsakerna till arbetshandikapp är kroniska ryggbesvär, ett sjukdomstillstånd som ofta är både svårt att bedöma och behandla. Att det finns psykiska pålagringar har man funnit i tidigare undersökningar och eftersom det rör sig om ett sjukdomstillstånd som är svårt att visa genom objektiva undersökningsresultat, så blir sjukrollen viktig för den enskilde individen. Följden kan då bli en onödig fixering vid sjukdomen (Åkerlind et al 1989).

Denna studie bekräftar en del tidigare kunskap och undersökningsresultat när det gäller personer som är långvarigt sjukskrivna på grund av ryggbesvär. I denna grupp finns till exempel fler kvinnor än män, fler lågutbildade och arbetare och dessutom fler i åldrarna 40–59 år.

Den s.k. könsparadoxen, som innebär att kvinnor har sämre hälsa och högre sjukskrivningsfrekvens än män, trots att de lever längre, är ett välkänt fenomen. Även i denna undersökning mår kvinnorna genomgående sämre än männen, detta gäller både den psykiska och fysiska hälsan. Gruppen som helhet har sämre hälsovärden, men man bör notera att det här rör sig om “självsfattad hälsa”.

En mängd olika instrument har arbetats fram för att mäta patientens egen uppfattning om sin livskvalitet och hälsa. I denna undersökning har Euroqol och delar av Medical Outcomes Study Short form Health Survey (SF-36) använts. Båda instrumenten är internationellt kända och mäter subjektiv självskattad hälsa. Viktigt att påpeka är dock att man bör iaktta en viss försiktighet vid internationella jämförelser med dessa instrument.

Empiriska studier har dock visat att allmän självskattad hälsa är ett mer stabilt mått än medicinsk hälsa, definierad i biomedicinska termer. Den som skattar sin hälsa som dålig är mer uppmärksam på kroppsupplevelser som lättare blir till symtom, symtom som i sin tur blir tecken på sjukdom (Bjorner et al 1996). Det är också möjligt att med hjälp av självskattad hälsa mäta förändringar i hälsotillstånd över tid såväl på aggregerad nivå som på individnivå. I denna undersökning har förändringarna mätts på aggregerad nivå. Symtom, funktionsförmåga och medicinsk hälsa är faktorer som påverkar hur man skattar sin hälsa, men för att undersöka den självskattade hälsans beroende av sådana variabler som kön, ålder, utbildning, civilstånd etc måste även den biomedicinska hälsan och funktionsförmågan mätas. I detta sammanhang visar det sig att äldre personer skattar sig mer friska än yngre och det är oklart vad könet har för betydelse. Klart är dock att en god självskattad hälsa har samband med högre utbildning. Däremot är resultaten från olika studier när det gäller samband med äktenskap, familj och socialt nätverk tvetydiga (Bjorner et al 1996, Undén et al 1997).

Sjukförmånernas betydelse för den självskattade hälsan har studerats i en norsk undersökning (Fylkesnes & Førde 1992) och det visade sig att sjukförmåner var en av de variabler som påverkade den självskattade hälsan mest. Oklart är dock om resultatet påverkades av sådant som kronisk sjukdom samt psykologisk och fysisk nedsatthet.

Det är därför viktigt att väga in dessa olika aspekter av självskattad hälsa innan slutsatser dras av denna undersöknings resultat. Till exempel så mådde ju männen i Västernorrland bäst i så gott som alla avseenden. Men det visade sig också att det i denna grupp fanns många högutbildade och förhållandevis fler tjänstemän och sådana faktorer kan ha spelat in.

Något förvånande är att kvinnorna säger sig ha blivit mer uppmärksammade av försäkringskassa och arbetsgivare än män, medan männen själva har tagit fler initiativ och kontakter. Däremot har kvinnorna oftare föreslagit åtgärder för att kunna gå tillbaka till arbetet.

Medicinska skäl, det vill säga att "symtom och besvär minskar" uppgavs vara avgörande faktorer för att börja arbeta igen, men en annan framträdande faktor visade sig vara den "egna viljan att börja arbeta". Denna aspekt, som har med motivation till arbete att göra, är ju i hög grad viktig i försäkringskassans rehabiliteringsarbete. Det visade sig att försäkringskassans hjälp och engagemang kom väldigt långt ner på

listan av avgörande faktorer. Respondenterna upplevde alltså inte något stort engagemang från kassans sida, så här behövs mer insatser. Inte heller arbetsgivarnas hjälp och engagemang visade sig vara av speciellt stor betydelse, och här är det viktigt att nämna de få rehabiliteringsutredningar som arbetsgivaren hade gjort. Rehabiliteringsplaner fanns inte heller i någon större omfattning. Nu är det oklart om respondenterna alltid vetat om när rehabiliteringsplaner eller utredningar gjorts, men tanken är ju att de själva ska delta i processen, något som de tillfrågade uppenbarligen inte hade gjort. Kvinnorna hade oftare än männen fått rehabiliteringsplaner upprättade.

Resultatet när det gällde olika typer av åtgärder var magert på så sätt att få hade fått några åtgärder, dock en större andel kvinnor. Möjligen är det så att resultatet skulle bli annorlunda vid en genomgång av rehabiliteringsakter och annat material, eftersom fler troligen hade fått åtgärder under sin sjukperiod även om de inte uppgav det. Men resultatet visar ändå vad de tillfrågade själva minns och anser sig ha fått från försäkringskassa och arbetsgivare. Studien visar dock att cirka tre fjärdedelar inte hade ändrat sin syn på de olika rehabiliteringsaktörerna, men de 13 procent som hade blivit mer negativa till försäkringskassan bör noteras. Dessutom hade 19 procent blivit mer negativa i sin syn på arbetsgivaren, bland de offentligt anställda rörde det sig om hela 22 procent, vilket är anmärkningsvärt. Resultaten visar att de intentioner och tankar som finns om arbetsgivarens och försäkringskassans roller i rehabiliteringsarbetet (efter lagändringar 1992) ännu inte har infriats.

Litteraturförteckning

- Bergendorff, S, Hansson, E, Hansson, T, Palmer, E, Westin, M, Zetterberg, C (1997) *Rygg och nacke 1*. Projektbeskrivning och undersökningsgrupp, Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska universitetssjukhuset
- Bjorner, JB, Søndergaard Kristensen, T, Orth-Gomér, K, Tibblin, G, Sullivan, M, Westerholm, P (1996) *Self-Rated Health* a useful concept in research, prevention and clinical medicine, Forskningsrådsnämnden Report 96:9,
- Fylkesnes, K, Førde, OH (1992) Determinants and dimensions involved in self-evaluation of Health, *Soc Sci Med*, 35, 271–279
- Hall, H, McIntosh, G, Melles, T, Holowachuk, B, Wai, E (1994) Effect of discharge recommendations on outcome. *Spine* Sep 15, 19 (18):2033-7
- Hunt, S (1988) Subjective Health Indicators and Health promotion, *Health promotion*, vol 3, 1, 23–34
- Karasek, RA and Theorell, T (1990) *Healthy Work*. New York: Basic Books
- Kohlmann T, Bullinger M, Kirchberger-Blumstein I (1997) Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung, *Sozial- und Präventivmedizin*, 42, 175–185
- Kohlmann, T, Raspe, H (1994) *Die Patientnahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag*. *Psychomed* 6:21–27
- Lagen om allmän försäkring (AFL) Stockholm: Försäkringskassaförbundet
- Riksförsäkringsverket (1995) *RiksLS – en undersökning av långvarig sjukskrivning och rehabilitering*. RFV REDOVISAR 1995:20, Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Riksförsäkringsverket (1996) *Sjukfrånvarons diagnoser och avslutningsanledningar*. RFV REDOVISAR 1996:3 Stockholm: Riksförsäkringsverket

- Riksförsäkringsverket (1997a) *Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 1996*. RFV INFORMERAR. Statistikinformation Is-I 1997:3. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Selander, J (1999) *Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation*. Stockholm: Karolinska Institutet
- SBU (Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik) (1991) *Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling*. Stockholm: SBU
- Socialstyrelsen (1978:3) *Principprogram för medicinsk rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (1996) *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfallet fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering*
- SOU 1996:113 *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. Del 2. Sjuk-och arbetsskadekomitténs betänkande
- Sullivan, M (1994) Livskvalitetsmätning. Nytt generellt och nytt tumör-specifikt formulär för utvärdering och planering, *Läkartidningen*, vol 91, 13, 1340–1341
- Sullivan, M, Ahlmén, M, Augustinsson, L-E, Branchög, I, Cohen, J, Rubenovitz, E (1988) Kronisk sjukdom och välbefinnande: en jämförelse mellan patienter med reumatoid artrit, benign kronisk smärta och cancersjukdomar, *Scand J Behav Ther*, 17, Suppl 8, 99–113
- Theorell, T (1996) Arbete och hjärtkärlsjukdomar hos män och kvinnor. Lindberg, G (red) *Kön och ohälsa*, Lund: Studentlitteratur
- Undén, A-L, Elofsson, S (1998) *Självupplevd hälsa*. Faktorer som påverkar människors egen bedömning. Forskningsrådsnämnden Rapport 98:7
- Zung, W (1965) *A Self-Rating Depression Scale*. Arch of General Psychiatry 12:63–70

Åkerlind, I, Bjurulf, P (1989) Psykiska faktorer och arbetshandikapp vid ryggbesvär. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4 1989: 173–178

Öberg, T (1989) Den farliga sjukskrivningen. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 7 1989:344–348

Rygg och Nacke 4

Rehabilitering ur ett individperspektiv En enkätundersökning bland sjukskrivna i Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län

Rygg- och nackbesvär är den vanligaste orsaken till långvariga sjukskrivningar och förtidspensioneringar i Sverige. Kunskapen om varför arbetsförmågan ofta blir långvarig eller bestående är fortfarande begränsad. Riksförsäkringsverket genomför, i samarbete med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid Göteborgs universitet och fem försäkringskassor runtom i landet, en omfattande undersökning med syfte att studera arbetsförmåga på grund av rygg- och nackbesvär.

Regionala skillnader har hittills inte belysts i undersökningen. Syftet med denna rapport är att undersöka om det finns skillnader mellan de sjukskrivna med rygg- och nackbesvär i Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län. Ett annat syfte är att studera vilka åtgärder som vidtas i de tre länen för att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbete och vilka resultat som uppnås med åtgärderna. Även skillnader mellan män och kvinnor redovisas.