

# Arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär

# Förord

Rygg- och nackbesvär är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och förtidspensionering inte bara i Sverige utan även i många andra länder. För att den försäkrade ska ha möjlighet att återfå rörelseförmågan och kunna återgå i arbete kan det komma att krävas både medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. I en tidigare rapport, ”Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär”, har de medicinska interventionerna beskrivits. Föreliggande rapport inriktas helt på att beskriva omfattningen och förekomsten av arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackproblem.

Genom utförlig information från både den försäkrade och försäkringskassa har Riksförsäkringsverket getts en unik möjlighet att följa alla de arbetslivsinriktade åtgärder som vidtas av arbetsgivare, försäkringskassa och andra aktörer under ett sjukfall där den försäkrade lider av rygg- och nackbesvär. De bakomliggande orsakerna till långa sjukskrivningar är ofta multifaktoriella och därmed komplicerade att analysera. Detsamma gäller effekterna av de rehabiliteringsåtgärder som vidtas. En framtida effektrapport kommer att analysera hur de arbetslivsinriktade respektive medicinska rehabiliteringsinsatserna påverkar återgång i arbete med hänsyn taget till individuella faktorer.

Denna rapport är den sjätte från en undersökning vars syfte är att studera arbetsförmåga på grund av rygg- och nackbesvär och åtgärder i syfte att skapa förutsättningar för de försäkrade att återgå i arbete. Den svenska undersökningen ingår i ett internationellt projekt, Work Incapacity and Reintegration (WIR). Den internationella undersökningen sker i samarbete mellan forskargrupper i de deltagande länderna. I Sverige samarbetar Riksförsäkringsverket med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid Göteborgs Universitet samt med försäkringskassan i Göteborg, samt i Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län.

Stockholm mars 2000

Edward Palmer  
Chef för utredningsenheten

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>13</b>
1.1 Bakgrund.....	13
1.2 Tidigare studier inom projektet Rygg och Nacke.....	14
1.3 Resultat från andra studier .....	15
1.4 Studiepopulation jämfört med befolkningen .....	17
1.5 Resultatkapitlets upplägg.....	17
<b>2 Syfte, material och metod</b> .....	<b>19</b>
2.1 Syftet med denna rapport.....	19
2.2 Undersökningsgruppen.....	19
2.3 Undersökningens genomförande .....	20
2.4 Definitioner.....	20
<b>3 Arbetslivsinriktad rehabilitering på individnivå</b> .....	<b>23</b>
3.1 Diagnosfördelningar i undersökningsgruppen .....	23
3.2 Friskskrivning i undersökningsgruppen.....	24
3.3 Hur många fick arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär? 25	
3.4 Rehabiliteringsåtgärd, grad av funktionsförmåga och arbetsförmåga.....	27
<b>4 Arbetslivsinriktad rehabilitering på åtgärdsnivå</b> .....	<b>31</b>
4.1 Vilka arbetslivsinriktade åtgärder förekom vid rygg- och nackbesvär? ... 31	
4.2 Vilka arbetslivsinriktade åtgärder användes mer sällan i rehabiliteringsarbetet? .....	34
4.3 När i tiden vidtogs åtgärderna?.....	35
4.4 Vem tog initiativet till de arbetslivsinriktade åtgärderna? .....	41
4.5 Hur lång tid tog åtgärderna att utföra?.....	42
4.6 I vilken mån betalade försäkringskassan och annan part för rehabiliteringstjänsterna?.....	43
4.7 Hur mycket betalades?.....	46
4.8 I vilken mån genomfördes åtgärderna? Vilka åtgärder avbröts? .....	47
<b>Litteraturlista</b> .....	<b>49</b>
<b>Bilaga 1 Definitioner av arbetslivsinriktade åtgärdsformer</b> .....	<b>51</b>
<b>Bilaga 2 Bortfall</b> .....	<b>53</b>

# Sammanfattning

## BAKGRUND

Sedan några år tillbaka deltar Riksförsäkringsverket tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset i ett internationellt projekt: Work Incapacity and Reintegration. Detta projekt undersöker hur fler sjukskrivna med besvär i ländrygg kan återföras i arbete genom medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Denna rapport är den sjätte i det svenska projektet Rygg och Nacke och behandlar de arbetslivsinriktade åtgärder som vidtagits för den svenska undersökningsgruppen, som även omfattar sjukskrivna med nackbesvär. Rapporten beskriver de arbetslivsinriktade åtgärder som vidtas under ett sjukfall. Syftet är att skapa en bakgrund till en kommande rapport som analyserar de medicinska och arbetslivsinriktade åtgärdernas effekter på arbetsåtergång.

Studiepopulationen består av försäkrade som varit sjukskrivna minst 28 dagar på heltid för ländryggs- eller nackbesvär. Inklusionskriterierna innebär att de sjukskrivna ska ha ett arbete vid tiden för sjukskrivningen och vara mellan 18 och 59 år gamla. Sjukfallen valdes ut av fem allmänna försäkringskassor under tiden november 1994 till oktober 1995. Undersökningen är en totalundersökning, vilket innebär att alla som uppfyllde urvalskriterierna ingick i undersökningen. Uppföljningstiden var två år. Studiepopulationen bestod av 2 001 individer och av de tillfrågade valde 91 procent att vara med i studien. Kvar i undersökningsgruppen fanns alltså 1 822 försäkrade. De som valde att delta i undersökningen fick under undersökningsperioden svara på fyra enkäter. Enkäternas information kompletterades sedan med information från försäkringskassan. Enkäterna beskriver de försäkrades situation 28 dagar, 90 dagar, ett år respektive två år efter det att de blev sjukskrivna. Informationen från försäkringskassan omfattade bland annat data om sjukskrivning, rehabilitering och eventuell förtidspensionering.

## RESULTAT

### Diagnosfördelning i undersökningsgruppen

60 procent av de försäkrade i undersökningsgruppen fick diagnosen besvär i ländryggen, medan en fjärdedel hade problem med nacken och 14 procent hade en kombination av rygg- och nackproblem. En jämförelse mellan män och kvinnor visar att kvinnor i större utsträckning hade problem i nacken.

### **Friskskrivning i undersökningsgruppen**

39 procent av de försäkrade med rygg- och nackbesvär friskskrevs inom 90 dagar, 75 procent inom ett år och 83 procent inom två år. Män friskskrevs i högre grad än kvinnor, oavsett om de fick någon form av åtgärd eller inte.

Nio procent av de försäkrade som fick någon form av arbetslivsinriktad åtgärd friskskrevs inom 90 dagar, 53 procent inom ett år och 70 procent inom två år. Friskskrivningen för de som inte fick någon arbetslivsinriktad åtgärd var 51 procent inom 90 dagar, 84 procent inom ett år och 88 procent inom två år.

### **Rehabiliteringsåtgärd, grad av funktionsförmåga och arbetsförmåga**

Det genomsnittliga antalet åtgärder som den försäkrade fick ökade ju sämre den försäkrade uppgav sig må, och detta gällde både funktions- som arbetsförmåga. Enda undantaget var att denna trend avtog när det gällde den grupp som sade sig må allra sämst, för denna grupp sjönk antalet åtgärder.

### **Hur många fick arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär?**

Tio procent av de försäkrade med rygg- och nackbesvär fick en arbetslivsinriktad åtgärd inom tre månader. 27 procent hade fått en rehabiliteringsinsats ett år efter insjuknandet, vilket kan jämföras med 32 procent inom två år. En försäkrad kan ju få fler än en rehabiliteringsåtgärd och genomsnittet var 2,3 åtgärder per person. Nästan 60 procent av de försäkrade fick dock bara en rehabiliteringsåtgärd.

Andelen kvinnor som fick någon form av arbetslivsinriktad åtgärd var större än andelen män: inom två år hade 36 procent av kvinnorna erbjudits en åtgärd, i jämförelse med bara 27 procent av männen. När det gäller åtgärdernas fördelning på ålder fick den äldsta gruppen minst.

### **Vilka arbetslivsinriktade åtgärder förekom vid rygg- och nackbesvär? Vilka arbetslivsinriktade åtgärder används mer sällan i rehabiliteringsarbetet?**

Trots att det finns en mängd arbetslivsinriktade åtgärder att vidta för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete efter en tids sjukskrivning, var det ett fåtal som dominerade vid rehabiliteringbehandlingen. I analysen undersöktes 18 olika åtgärder samlade i fem grupper: arbetsprövning, utbildning, arbets träning, anpassning av arbetsplatsen och diverse serviceåtgärder.

Över hälften av de åtgärder som vidtogs bestod av arbetsträning (med respektive utan rehabiliteringspenning) och arbetsprövning. Nära 30 procent av alla åtgärder bestod av arbetsträning med rehabiliteringspenning. Därefter följde anpassning av arbetsplatsen och nya arbetsuppgifter (22 procent) och diverse service (17 procent), där rådgivning vid arbetsförmedling var vanligast. På fjärde plats följde arbetsträning utan rehabiliteringspenning (13 procent). Arbetsprövning och utbildning var de rehabiliteringsåtgärder som förekom i minst utsträckning (11 respektive 8 procent). En tiondel av de åtgärder som vidtogs innebar nya arbetsuppgifter på samma eller ny arbetsplats. Exempel på mycket ovanliga åtgärder var söka jobb-kurser, bilstöd/handikappanpassning av bil och arbete på SAMHALL.

Rehabiliteringsåtgärderna var i stort sett desamma vid rygg- och nackbesvär och de fördelades i stort sett lika mellan män och kvinnor. Arbetsträning utan rehabiliteringspenning förekom i något större utsträckning för kvinnor medan utbildning och arbetsprövning förekom något oftare för män. Arbetsträning med rehabiliteringspenning är den åtgärd som förekom oftast i alla åldersgrupper, undantaget personer på 55 år och uppåt, där anpassning av arbetsplatsen var en vanligare insats. Arbetsprövning och utbildning sattes in allt mer sällan ju äldre personen var.

En analys av de först vidtagna åtgärderna i sjukfallet uppvisar i stora drag en likartad fördelning som för samtliga åtgärder under hela sjukskrivningsperioden. Arbetsträning med rehabiliteringspenning var alltså den vanligaste rehabiliteringsåtgärden och förekom i över en tredjedel av fallen.

### **När i tiden vidtogs rehabiliteringsåtgärderna?**

Genomsnittstiden för den första åtgärden var 3,5 månader och om vi ser till samtliga åtgärder var tidpunkten för start nära sex månader, eller 175 dagar efter sjukskrivningsperiodens början. Den genomsnittliga väntetiden varierade kraftigt och anpassning av arbetsplatsen var den rehabiliteringsåtgärd som sattes in tidigast, i genomsnitt vidtogs den efter fyra månader. Väntetiden för arbetsprövning var nära åtta månader, för arbetsträning utan rehabiliteringspenning fem månader och för diverse serviceåtgärder ett halvår. Bland dessa serviceåtgärder kom aktiveringsgrupp igång tidigast, dvs. efter tre månader, medan det dröjde ett halvår att få igång arbetsträning med rehabiliteringspenning.

Tidpunkten för rehabiliteringens start var lika för män och kvinnor, men om man ser det i detalj så fick män arbetsträning, arbetsprövning och service tidigare än kvinnor. Däremot fick kvinnor utbildning tidigare än män. För-

säkrade mellan 35 och 44 år fick vänta längst tid innan rehabilitering sattes in, i genomsnitt fick de vänta över sex månader. Eftersom denna åldersgrupp fick flest åtgärder, innebar det långa väntetider i nära 40 procent av fallen.

Väntetiden till den första rehabiliteringsåtgärden var som tidigare nämnts i genomsnitt 3,5 månad. För enskilda åtgärder var starttiderna mycket lika de starttider som gällde för samtliga sjukfall.

### **Vem tog initiativet till de arbetslivsinriktade åtgärderna?**

Sjukskrivna med rygg- och nackbesvär initierade själva minst fyra av tio vidtagna arbetslivsinriktade åtgärder och det vanligaste förslaget från den försäkrade var utbildning. Under sjukfallets första år fanns en tendens att män i större utsträckning tog initiativet, men det egna initiativtagandet minskade med ökad ålder.

### **Hur lång tid tog de arbetslivsinriktade åtgärderna att utföra?**

Genomsnittstiden för genomförande av åtgärden var 54 dagar för de arbetslivsinriktade åtgärder där tillgång fanns till start- respektive slutdatum. Kortast tid tog aktiveringsgrupp och arbetsprövning med i genomsnitt 45 dagar och längst tid tog omskolning/yrkesutbildning med fem månader. Kvinnor och män stannade i genomsnitt lika länge i rehabiliteringsåtgärd, men vid analys av enskilda åtgärder skiljer sig tiderna åt när det gäller utbildning. Kvinnor fick längre utbildningstid än män. Försäkrade i åldern 25–34 år fanns längst i rehabiliteringsåtgärd och kortast tid försäkrade i åldern 35–44 år.

### **I vilken mån betalade försäkringskassan och annan part för de arbetslivsinriktade åtgärderna?**

Fyra femtedelar av de vidtagna åtgärderna krävde ingen ekonomisk insats av försäkringskassan utöver sjukersättning. Kvinnor fick en större andel av de arbetslivsinriktade åtgärder där försäkringskassan inte hade satsat något ekonomiskt. När försäkringskassan valde att satsa ekonomiskt, så rörde det i över hälften av fallen om arbetsprövning vid Ami m.fl. Nära 15 procent av åtgärderna bestod av arbetsträning med rehabiliteringspenning och 12 procent av aktiveringsgrupp. Omskolning och yrkesutbildning omfattade sju procent av de åtgärder som försäkringskassan valde att finansiera, vilket ska jämföras med att det nästan motsvarar den andel försäkrade som fick utbildning som rehabilitering.

Av samtliga de åtgärder vi har kostnadsuppgifter om bekostade försäkringskassan helt 79 procent medan arbetsgivaren bekostade sex procent. I nära 14 procent av åtgärderna gjorde försäkringskassa och arbetsgivare gemensam sak och delade på kostnaderna och i övrigt satsade arbetsgivaren mellan 13 och 75 procent av de totala kostnaderna. Arbetsgivaren satsade i genomsnitt 32 procent av de totala, för försäkringskassan kända kostnaderna på rehabiliteringen. Den gemensamma satsningen från arbetsgivare och försäkringskassa var jämnt fördelad mellan könen och mellan åldersgrupperna.

### **Hur mycket betalades för de arbetslivsinriktade åtgärderna?**

I de fall där försäkringskassan ensam gjorde en ekonomisk satsning i samband med rehabiliteringsåtgärden varierade insatsen mellan 1 690 kronor (arbetshjälpmedel) och 98 000 kronor (omskolning/yrkesutbildning). Mediankostnaden var cirka 25 000 kronor per åtgärd. Andelen åtgärder där försäkringskassan satsade ekonomiskt var större för försäkrade under 45 år än för gruppen över 45 år.

### **I vilken mån genomfördes de arbetslivsinriktade åtgärderna? Vilka arbetslivsinriktade åtgärder avbröts?**

En överväldigande majoritet av de åtgärder som vidtogs (84 procent) genomfördes också. I de fall där data fanns tillgängligt var arbetsträning utan rehabiliteringspenning den åtgärd som avbröts i störst utsträckning. Kvinnor avbröt i större utsträckning än män.



# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Åtta av tio svenskar får någon gång under livet ont i ryggen. Förutom en många gånger outhärdlig smärta för den enskilde, orsakar rygg- och nackproblem stora problem för samhället genom frånvaro från arbetet och förtidspensionering. Ryggbesvär är den vanligaste diagnosen vid långvarig sjukskrivning och förtidspension i Sverige.

Men det är inte bara Sverige som har många människor med rygg- och nackproblem, många andra länder i världen upplever ett ökat problem med sjukskrivningar för ryggbesvär och har börjat utreda problematiken. Intresset har tidigare främst riktat sig mot att försöka utröna de medicinska aspekterna av problemet, men på senare år har ett allt större intresse riktats mot andra åtgärder än de rent medicinska. Sedan några år tillbaka deltar Riksförsäkringsverket tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset i ett internationellt projekt som studerar hur fler sjukskrivna med besvär i ländrygg och nacke kan återföras i arbete genom medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Projektet Work Incapacity and Reintegration initierades 1993 av International Social Security Association (ISSA). Projektet ska, genom att jämföra de interventioner som olika länders socialförsäkrings- och sjukvårdssystem gör för att få försäkrade med ländryggsbesvär att återgå i arbete, ta fram de insatser som ger bäst effekt. Deltagande länder förutom Sverige är Danmark, Israel, Nederländerna, Tyskland och USA. Resultatet av det internationella samarbetet beräknas publiceras i bokform i mitten av år 2000, då projektet avslutas. För ytterligare information om det internationella projektet, se rapporten "Projektbeskrivning & undersökningsgrupp" (Bergendorff et. al. 1997a).

Med utgångspunkt i det dataunderlag som togs fram för den internationella studien valde det svenska teamet att göra en separat analys om rehabilitering för problem i rygg och nacke. Detta projekt Rygg och Nacke följer upp de arbetslivsinriktade respektive medicinska rehabiliteringsåtgärder som vidtagits i de sjukfall som inkluderats i studien.

Undersökningsmaterialet är unikt på så sätt att det bygger på flera informationskällor. Datamaterialet för de utvalda sjukfallen bygger på enkätsvar från försäkrade som sedan har kompletterats med information från försäkringskassan. Detta ger en mer heltäckande bild av rehabiliteringsprocessen än tidigare, framför allt gäller det arbetsgivarens tidiga insatser.

## **1.2 Tidigare studier inom projektet Rygg och Nacke**

Denna rapport är den sjätte i det nationella projektet Rygg och Nacke och behandlar de arbetslivsinriktade åtgärder som vidtagits. Förutom två rapporter kring undersökningens datamaterial har det svenska projektet gett ut ytterligare tre rapporter som behandlar ämnet rehabilitering ur olika perspektiv. Här kommer vi inte att närmare beskriva rapporterna Att återgå i arbete efter sjukskrivning respektive Rehabilitering ur ett individperspektiv utan vi väljer att fokusera på en rapport som tar upp medicinska åtgärder.<sup>1</sup>

Rapporten ”Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär” är en sammanställning av de medicinska åtgärder som ges vid rygg- och nackbesvär (Hansson, Hansson 1999). Denna rapport ger en översiktlig bild av sjukvårdens insatser under den undersökta tvåårsperioden och ska ses som en pendang till föreliggande rapport, som tar upp den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Väntetiderna för den medicinska rehabiliteringen påverkar ofta när de arbetslivsinriktade åtgärderna kan inledas, eftersom den försäkrades rörelseförmåga helt eller delvis bör återställas innan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan genomföras. Ett flertal medicinska studier har visat att det snabbaste sättet att minska smärtan och öka funktionsförmågan är att så snart som möjligt återgå till ett normalt fysiskt aktivt liv där en återgång i arbete är en viktig beståndsdel. Om väntetiden blir för kort kan en negativ effekt uppstå, dvs. om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kommer igång innan den försäkrade har haft möjlighet att helt eller delvis återställa sin rörelseförmåga. Men om den medicinska rehabiliteringen å andra sidan kommer igång onödigt sent, t.ex. på grund av långa vårdköer, innebär det många gånger minskade möjligheter för den försäkrade att återgå till ett vanligt liv. Vid väntan uppstår dessutom, förutom lidande för den enskilde, även ökade utgifter för socialförsäkringssystemet (Hansson, Hansson 1999). I det avsnitt som beskriver när i tiden de arbetslivsinriktade åtgärderna vidtogs ges även några exempel på hur lång väntetiden var för några olika medicinska rehabiliteringsåtgärder.

---

<sup>1</sup> För mer detaljer kring rapporterna se litteraturförteckningen.

## 1.3 Resultat från andra studier

### Deskriptiva studier på området rehabilitering

Inom området rygg och nacke finns få översiktliga, deskriptiva studier över vilka arbetslivsinriktade åtgärder som vidtas för sjukskrivna. De flesta studier undersöker effekter och utfall av olika åtgärder, s.k. interventionsstudier, och fokuserar inte på att beskriva de vidtagna åtgärderna i ett bredare perspektiv.<sup>2</sup>

Karolinska institutets rapport i samband med kartläggning av arbetslivsinriktade och medicinska rehabiliteringsinsatser för personer med besvär från ryggkotpelaren tillhör kategorin interventionsstudier, men är intressant då vissa, av forskargruppen utvalda, åtgärder är väl beskrivna (Karolinska institutet 1998). Undersökningen är en del av projektet Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering (HUR-projektet) som pågår vid sektionen för skadeprevention vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Alla långtidssjukskrivna arbetare och tjänstemän, försäkrade hos SPP eller AMF, med smärttillstånd i rygg och nacke, där läkare och försäkringskassa valt att remittera till ett urval kliniker, hade möjlighet att delta i denna undersökning. Med kontrollgrupp inkluderades 251 individer under urvalsperioden som pågick från december 1994 till december 1997. Rapporten beskriver i detalj de undersökta rehabiliteringsprogrammen, som var sammansatta av åtgärder från olika discipliner.<sup>3</sup> De tre programmen, vars deltagare jämfördes med en kontrollgrupp, var beteendeorienterad sjukgymnastik i grupp, kognitiv beteendeterapi och beteendemedicinsk intervention. Det första programmet avsåg att förbättra individens funktionsföråga genom praktiska-pedagogiska åtgärder. Det andra programmets målsättning var att varaktigt förändra vardagsbeteende och livsstil och det tredje alternativet var en kombination av de två första programmen. Kontrollgruppen fick ingen behandling. Undersökningsgruppens deltagare var, med vissa få undantag, jämnt fördelade över de olika programmen vad gäller t.ex. ålder, kön och nationalitet. Eftersom studien fokuserar på att mäta effekter av de vidtagna åtgärderna och inte beskriva hur åtgärderna vidtagits kommer vi inte att beröra HUR-projektets rapport i denna studie.

---

<sup>2</sup> En senare studie i projektet Rygg och Nacke kommer att analysera effekterna av de vidtagna åtgärderna. Därför refererar vi inte till några effektstudier i denna rapport.

<sup>3</sup> Rapporten tar även upp undersökningsgruppens arbetsförhållande respektive sociodemografiska fördelning och andra faktorer så som t.ex. livsstilsfaktorer.

Rapporten Ont i ryggen från Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU) erbjuder en bra översikt över medicinska behandlingar vid ryggproblem (SBU 1991). Av naturliga skäl berör SBU bara kortfattat arbetslivsinriktad rehabilitering och då med inriktning på smärtlindring och effektiviteten hos olika kombinationer av medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder. SBU gav under 1999 ut en uppdaterad upplaga av denna rapport.

Studier som beskriver arbetslivsinriktad rehabilitering är annars förvånande få med tanke på problemets omfattning och de resurser som läggs ner för att ge försäkrade rehabilitering. En bra översikt över rehabiliteringsområdet, dock utan fokus på rygg- och nackbesvär, är den sammanställning av kunskapen inom området sjukskrivning och rehabilitering som finns i rapporten Risk- & Friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige (Riksförsäkringsverket 1997a).

När det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering i allmänhet har Riksförsäkringsverket under åren publicerat en hel del studier där stora studiepopulationer använts. I rapporten Riks-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering analyserades nära 64 000 sjukfall för att få en tydlig bild av hur arbetet med långa sjukfall och rehabilitering utvecklades på försäkringskassorna under perioden 1991 till 1994 (Riksförsäkringsverket 1995). I rapporten ingick rygg- och nackbesvär som en del av den större diagnosgruppen rörelseorganens sjukdomar. I korthet kan nämnas att av de som ingick i Riks-LS undersökning och hade sjukdomar i rörelseorganen fick 24 procent en rehabiliteringsåtgärd under perioden 1993 till 1994. Detta kan jämföras med 18 procent under perioden 1991 till 1992. Av samtliga sjukfall i undersökningen friskskrevs 73 procent under perioden 1993 till 1994 och 72 procent under perioden 1991 till 1992.

Vidare har Riksförsäkringsverket gett ut Arbetslivsinriktad rehabilitering – resultat av köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster under år 1991–1995 respektive Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering? Båda är exempel på rapporter där arbetslivsinriktade åtgärder beskrivs ur ett mer generellt perspektiv (Riksförsäkringsverket 1997b, 1997c). Ingen av dessa rapporter har dock specifikt berört rygg- och nackproblem. Projektet Rygg och Nacke är därmed unikt i sin satsning på ett specifikt diagnosområde.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Riksförsäkringsverket har även påbörjat en studie om rehabilitering av psykiskt sjuka.

För den som är intresserad av en ekonomisk vinkel på samhällets rehabiliteringsinsatser har Riksförsäkringsverket gett ut rapporten *Vilka ekonomiska insatser görs för rehabilitering av personer i yrkesverksam ålder?* (Riksförsäkringsverket 1999a). För den som vill veta mer om arbetsgivarens uppfattning om arbetslivsinriktade åtgärder har Riksförsäkringsverket gett ut rapporten *Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie* (Riksförsäkringsverket 1999b).

## **1.4 Studiepopulation jämfört med befolkningen**

Eftersom rapporten *Projektbeskrivning & undersökningsgrupp* utförligt behandlar skillnaden mellan den studerade gruppen och befolkningen i stort ska bara de stora dragen nämnas här (Bergendorff et al. 1997a).

Undersökningsgruppen bestod av en större andel kvinnor och en större andel äldre personer jämfört med befolkningen i stort. Andelen arbetare och låginkomsttagare respektive andelen utlandsfödda och personer med kortare utbildning var också större än för befolkningen i genomsnitt. Dessutom hade undersökningsgruppen betydligt sämre livskvalitet och led i högre grad av nedstämdhet och depressivitet än övrig befolkning. Viktigt att påpeka i detta sammanhang är att livskvalitet, smärta och funktionsförmåga är individuella faktorer, som på olika sätt påverkar rehabiliteringseffekten och möjligheten att återgå i arbete.

I undersökningsgruppen gjordes även en mer generell jämförelse mellan män och kvinnor där kvinnorna visade sig ha ett sämre hälsotillstånd än männen. De hade även längre symptomperioder och hade också fått tidigare behandling och/eller åtgärder i större utsträckning. Kvinnorna ansåg sig dessutom ha större psykiska krav och mindre kontroll i arbetet än männen. Annars hade kvinnorna längre utbildning än männen och ansåg sig ha ett större socialt stöd i arbetet.

## **1.5 Resultatkapitlets upplägg**

Resultatkapitlet består av två delar där de arbetslivsinriktade åtgärderna analyseras utifrån två olika perspektiv.

För att ge en allmän bakgrund presenteras först en analys som utgår från individen. Frågor som besvaras i denna del är t.ex. hur många som fick någon åtgärd och genomsnittligt antal åtgärder per person. Dessutom berörs bland annat rehabiliteringsåtgärdernas fördelning efter de försäkrades funktions-

förmåga. Vi ställer oss frågan om de som anser sig ha sämst arbets- respektive funktionsförmåga även får fler åtgärder. Detta innebär ett försök att se hur selektionen av åtgärder utfaller. En fördjupning av detta sker dock inte här, utan selektionsproblematiken belyses i en kommande rapport.

I kapitlets andra del är det genomgående rehabiliteringsåtgärden som är analysenhet. Här presenteras t.ex. vilka arbetslivsinriktade åtgärder som förekom och vid vilken tidpunkt under sjukskrivningen de sattes in. Rapportens tonvikt ligger på denna typ av åtgärdsinriktad analys.

Till rapporten hör några bilagor. I bilaga 1 presenteras definitionerna för de olika åtgärder som nämns i rapporten. I bilaga 2 redovisas en bortfallsanalys för undersökningen.

## **2 Syfte, material och metod**

### **2.1 Syftet med denna rapport**

Denna rapport beskriver de arbetslivsinriktade åtgärder som vidtagits för att möjliggöra eller underlätta återgång i arbete för personer som varit sjukskrivna minst fyra veckor för ländryggs- och nackbesvär. Rapporten belyser dessa åtgärder ur olika synvinklar, som t.ex. hur ofta de förekommer, när under sjukfallet de sätts in, och vem som tar initiativ till åtgärden. Andra aspekter som undersöks är i vilken utsträckning åtgärderna genomfördes och hur friskskrivningen såg ut under perioden. Syftet är att ge en bakgrund till en kommande rapport som analyserar de medicinska och arbetslivsinriktade åtgärdernas effekter på arbetsåtergång.

Denna rapport ger tillsammans med rapporten Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär, en bakgrund till en kommande effektstudie (Hansson & Hansson 1999). Denna effektrapport har en ovanlig ansats då den tar ett helhetsgrepp på medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackproblem. Effekterna av olika kombinationer av åtgärder har studerats och en resultatvariabel är återgång i arbete efter avslutad rehabilitering. En selektionsstudie kommer även att göras som ett komplement till effektstudien, en studie som blir individinriktad och behandlar frågan om vem det är som får rehabilitering.

### **2.2 Undersökningsgruppen**

Studiepopulationen bestod av försäkrade som varit sjukskrivna minst 28 dagar på heltid för ländryggs- eller nackbesvär.<sup>5</sup> Inklusionskriterierna innebar att de sjukskrivna skulle ha ett arbete och vara mellan 18 och 59 år gamla. Arbetskravet gällde både heltids- och deltidsarbete. Personer med problem i ryggen på grund av graviditet, frakturer, infektioner, tumörer eller generella inflammatoriska sjukdomar uteslöts. Studiepopulationen bestod av 2 001 individer och 91 procent av de tillfrågade valde att vara med i studien. Undersökningsgruppen bestod alltså av 1 822 personer.

Under tiden november 1994 till oktober 1995 valdes sjukfallen ut av försäkringskassan i Göteborg samt i Kristianstads, Stockholms, Västernorrlands och Västmanlands län. Uppföljningstiden för sjukfallen var två år, så sjukfallet kunde ha pågått mellan 28 och 730 dagar. Uppföljningsperioden sträckte sig

---

<sup>5</sup> De 28 dagarna inkluderar sjuklöneperioden.

därmed till september 1997. Försäkringskassorna valdes så att de speglar olika delar av landet med en geografisk spridning representerande landsbygd och storstad. Undersökningen är en totalundersökning när det gäller försäkringskassområdena och alla sjukfall som uppfyller urvalskriterierna har tagits med för att ingå i undersökningen.

### **2.3 Undersökningens genomförande**

De försäkrade som valde att delta i undersökningen fick under undersökningsperioden svara på fyra enkäter.<sup>6</sup> Dessa enkäter beskriver situationen efter 28 dagar, 90 dagar, ett år respektive två år. Frågeformulären tar upp sådant som hälsa och levnadsvanor, familjeförhållanden, arbetssituation innan sjukskrivningen, ekonomi, möjligheter till återgång i arbete och åtgärder som vidtagits för att underlätta denna återgång.

Parallellt med enkäterna togs information fram från försäkringskassan om de 1 822 försäkrade, det rörde sig om grundläggande uppgifter om kön, ålder och försäkringskassetillhörighet, men även data om sjukskrivning, rehabilitering och eventuell förtidspensionering. Genom detta fick man en unik bild av rehabiliteringsprocessen och de insatser som arbetsgivare, försäkringskassa och andra aktörer gjort för att den försäkrade skulle kunna återgå i arbete. Det är dock viktigt att komma ihåg att alla åtgärder som vidtagits kanske inte finns beskrivna i materialet, utan bara de som individen uppgett och försäkringskassan registrerat.

Av de 1 822 som valde att delta i undersökningen besvarade 1 395 den första enkäten. 90-dagarsenkäten besvarades av 1 146 personer och de påföljande två enkäterna av 1 007 respektive 887 personer.

### **2.4 Definitioner**

Med arbetslivsinriktade åtgärder avser vi rehabilitering som syftar till att en person ska återfå förmåga och förutsättningar att förvärvsarbeta. Vi utgår från den definition som finns i Tekniska nomenklaturcentralens och Arbetslivsfondens Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering (TNC/Försäkrings-

---

<sup>6</sup> Deltagarna fick utöver detta även en dagbok. För mer information om undersökningens genomförande se rapporten Projektbeskrivning & undersökningsgrupp (Bergendorff et al. 1997a).



kasseförbundet 1995). För exempel och mer ingående definitioner på åtgärder se bilagan Definitioner av rehabiliteringens olika åtgärdsformer.

Som ett komplement till TNC/Försäkringskassans definition kan nämnas att försäkringskassan i en skrift anger att termen arbetslivsinriktad rehabilitering innebär det stöd och de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga efter det att läkning och rent medicinsk behandling avslutats. Behovet måste avgöras utifrån det enskilda sjukfallet och med utgångspunkt i vad som är målet med rehabiliteringen (Försäkringskassan 1993).

I datamaterialet finns uppgifter om olika arbetslivsinriktade åtgärder och för att underlätta för läsaren har vi valt att genomgående gruppera de olika åtgärderna i sex grupper:

- Anpassning av arbetsplatsen
- Arbetsträning med rehabiliteringspenning
- Arbetsträning utan rehabiliteringspenning
- Arbetsprövning
- Utbildning
- Diverse serviceåtgärder.

I bilaga 1 presenteras i detalj vad som ingår i vår definition av de enskilda grupperna. I analysen har vi exkluderat gruppen övriga arbetslivsinriktade åtgärder som stod för fem procent av samtliga åtgärder. Denna grupp har uteslutits eftersom vi inte känner till något om innehållet i åtgärderna.

I denna rapport har detaljerna fått stå tillbaka för överskådligheten. När det har ansetts vara av intresse har de enskilda åtgärder som ingår i grupperna beskrivits mer utförligt, men vi har i största möjliga mån försökt undvika detta. Genomgående har köns- och åldersperspektiv använts i rapporten.

Ordet sjukfall används i betydelsen den period av sjukskrivning från det den försäkrade insjuknar och anmäler sig sjuk till det att sjukfallet avskrivs vid försäkringskassan. De sjukfall som beskrivs i rapporten har samtliga skett inom perioden november 1994 till september 1997. Bara ett sjukfall per försäkrad ingår och uppföljningstiden för sjukfallen var maximerad till två år. Samtliga åtgärder som analyseras i denna rapport har vidtagits under sjukfallet.

### 3 Arbetslivsinriktad rehabilitering på individnivå

Detta kapitel ger en bakgrund till analysen av de arbetslivsinriktade åtgärder som presenteras i kapitel 4. Kapitlet tar upp hur många som fick en arbetslivsinriktad åtgärd och hur många åtgärder de försäkrade fick i genomsnitt. Vidare behandlas graden av friskskrivning i undersökningsgruppen, åtgärdernas fördelning på ålder samt om åtgärderna gick till försäkrade med bra eller dålig arbets- respektive funktionsförmåga.

#### 3.1 Diagnosfördelningar i undersökningsgruppen

Majoriteten av de sjukskrivna i undersökningsgruppen led av besvär i ländryggen. Se tabell 1.

**Tabell 1**      **Diagnosfördelning rygg och nacke**

<i>Diagnos</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>
Ländrygg	70	53	60
Nacke	19	32	26
Ländrygg/nacke	11	15	14
Totalt	100	100	100

Fotnot. N=778 för män, N=1044 för kvinnor

60 procent av de försäkrade fick diagnosen besvär i ländryggen, medan en fjärdedel hade problem med nacken och 14 procent led av en kombination av rygg- och nackproblem. Kvinnor hade problem i nacken i större utsträckning än män. Däremot hade en överväldigande andel av männen (70 procent), problem i ländryggen att jämföras med något över hälften av kvinnorna. En djupare analys av diagnoskoderna vid ryggsjukdomar visar att den grupp som är mest framträdande är ryggskott eller lumbago.

I flera sjukfall uppgav ett andra eller tredje läkarintyg en annan diagnos. I majoriteten av de intyg där en andra diagnos sattes, var över 65 procent ett komplement till en tidigare satt diagnos inom området rygg- och nackbesvär, men ibland ändrades diagnosen helt och hållet. Sex procent av läkarintygen angav psykosor och neuroser som andra diagnos och sjukdomar i nervrötter och nervnät sattes i fyra procent av läkarintygen. Övriga diagnoser inkluderar så skilda grupper som hjärt- och kärlproblem respektive diabetes.

### 3.2 Friskskrivning i undersökningsgruppen

I undersökningen har friskskrivningen mätts vid tre tillfällen: efter 90 dagar, ett år respektive två år från det sjukfallet påbörjades. 39 procent av de försäkrade friskskrevs inom 90 dagar, oavsett om de fick åtgärd eller inte, 75 procent inom ett år och 83 procent inom två år. Män friskskrevs i högre grad än kvinnor. Se tabell 2.

**Tabell 2 Friskskrivning per kön. Kumulativt över tiden. (Procent)**

	<i>Inom 90 dagar</i>	<i>Inom 1 år</i>	<i>Inom 2 år</i>
Män	43	78	85
Kvinnor	36	73	81
Totalt	39	75	83

Av de som fick någon form av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd friskskrevs nio procent inom 90 dagar, 53 procent inom ett år och 70 procent inom två år. Detta kan jämföras med motsvarande siffror för de som inte fick någon arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Friskskrivningen för dessa var 51 procent inom 90 dagar, 84 procent inom ett år och 88 procent inom två år.

De försäkrade fick i stort sett samma sorts arbetslivsinriktade åtgärder oavsett vid vilken tidpunkt de friskskrevs. En jämförelse mellan åtgärdsprofiler för de som friskskrevs inom ett år respektive under andra året visar dock en viss förskjutning mellan åtgärderna.<sup>7</sup> För båda grupperna var arbetsträning med rehabiliteringspenning den vanligaste åtgärden. För de som friskskrevs inom ett år var därefter anpassning av arbetsplatsen respektive diverse serviceåtgärder vanligast, medan motsvarande för de som friskskrevs först under andra året var utbildning och arbetsprövning.

Kombinationer av arbetslivsinriktade åtgärder var ovanliga och när de väl sattes in var det först efter att den försäkrade varit sjukskriven i tre månader eller mer. För sjukskrivna vars sjukfall avslutades med friskskrivning var den vanligaste kombinationen anpassning av arbetsplatsen och arbetsprövning. För sjukskrivna vars sjukfall inte avslutades med friskskrivning fanns en tendens till en satsning på ett flertal arbetslivsinriktade åtgärder i kombination,

---

<sup>7</sup> De redovisade siffrorna är exklusive kombinationer av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

snarare än två.<sup>8</sup> Ett exempel var en kombination av anpassning av arbetsplats, arbetsprövning, arbetsträning med rehabiliteringspenning samt utbildning.

### 3.3 Hur många fick arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär?

En tredjedel av de försäkrade i undersökningsgruppen fick någon form av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd under den tid sjukfallet pågick. Tio procent fick en rehabiliteringsåtgärd inom tre månader och efter ett år hade 27 procent erbjudits en rehabiliteringsinsats. Detta kan jämföras med 32 procent inom två år från det att sjukfallet startade. Se tabell 3.

**Tabell 3 Erhållen arbetslivsinriktad åtgärd. Kumulativt över tiden**

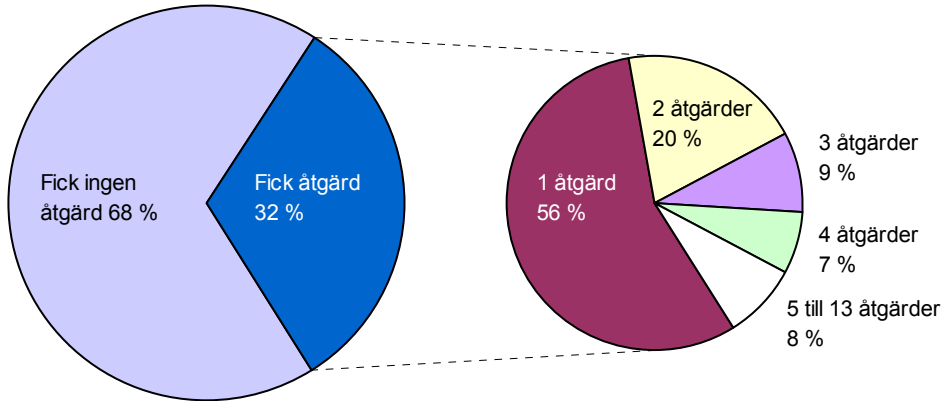
Kön	Inom 90 dagar		Inom 1 år		Inom 2 år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Man	67	9	179	23	207	27
Kvinna	117	11	312	30	372	36
Totalt	184	10	491	27	579	32

Andelen kvinnor som fick någon form av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd var högre än andelen män. Inom två år hade 36 procent av kvinnorna erbjudits en åtgärd men bara 27 procent av männen.

Under ett sjukfall kan en försäkrad få fler än en rehabiliteringsåtgärd och genomsnittet för *de som fick en insats* var 2,3 åtgärder per person. I diagram 1 visas fördelningen av antalet åtgärder per person.

<sup>8</sup> Med viss reservation för små tal.

**Diagram 1 Andel som erhöll arbetslivsinriktad åtgärd (procent) och antal åtgärder per person**



Som diagrammet visar fick majoriteten, nära 60 procent av de försäkrade som fick en insats, en rehabiliteringsåtgärd. Skillnaderna mellan män och kvinnor var inte stora, en större andel män, 64 procent, fick en rehabiliteringsåtgärd, vilket kan jämföras med 51 procent av kvinnorna. För båda könen gäller dock att cirka tre fjärdedelar av dem som fick en insats fick högst två åtgärder.

Som tidigare nämnts visar det sig att kvinnor fick rehabilitering i större utsträckning än män. Denna fördelning kan troligtvis förklaras med att kvinnors sjukfall i genomsnitt är längre än mäns och ju längre sjukfall desto större är möjligheterna att få rehabilitering.<sup>9</sup> Kvinnor får generellt sett större del av rehabiliteringsförmånerna än män, men detta kan delvis förklaras av att kvinnor är sjukskrivna fler dagar per person än män. Kvinnor kan alltså ha ett större rehabiliteringsbehov än män (Riksförsäkringsverket 1998).

När det gäller åtgärdernas fördelning på ålder så fick den äldsta gruppen minst andel åtgärder av alla, men skillnaderna mellan grupperna var små. Se tabell 4.

---

<sup>9</sup> För mer om rygg- och nackproblem som ett kvinnoproblem se Bergendorff et al. 1997a, s.46 ff.

**Tabell 4** Ålder och erhållen arbetslivsinriktad åtgärd. (Procent)

Åldersgrupp	Antal	Fick åtgärd (%)
18–24	71	32
25–34	394	34
35–44	500	36
45–54	616	33
55–59	231	29
Totalt	1 812	32

29 procent av de försäkrade över 55 år fick någon form av rehabilitering. Personer mellan 35 och 44 år var den grupp som fick störst andel åtgärder med 36 procent i rehabilitering. I de övriga tre åldersgrupperna fick mellan 32 och 34 procent åtminstone en åtgärd.

De som inte friskskrevs inom två år fick lika stor andel arbetsträning med rehabiliteringspenning som de som friskskrevs, däremot fick de inte lika stor andel diverse serviceåtgärder. Av de som fick en åtgärd och inte friskskrevs fick sju procent diverse serviceåtgärder, vilket kan jämföras med 13 procent av de som friskskrevs. I motsats till detta fick de som inte friskskrevs, men som fick åtgärd, dubbelt så mycket arbetsprövning respektive arbetsträning utan rehabiliteringspenning, som de som friskskrevs. Båda grupperna fick lika stor andel utbildning.

### 3.4 Rehabiliteringsåtgärd, grad av funktionsförmåga och arbetsförmåga

Satsar försäkringskassa och andra samhällsaktörer arbetslivsinriktade åtgärder på försäkrade med rygg- och nackproblem som mår bra, eller är det tvärtom så att de som mår riktigt dåligt får fler åtgärder? I ett försök att besvara denna fråga har vi valt att titta närmare på resultatet av två mätinstrument för hälsa och undersöka hur antalet åtgärder fördelar sig på den skala som visar på graden av välmående.

De två utvalda hälsoindikatorerna är funktionsförmåga enligt *Hannover ADL* respektive *Work ability index*, här kallat arbetsförmågeindex. Av de två instrumenten är det bara Hannover ADL som är speciellt utvecklat för ryggproblem. Den försäkrade får vid test med Hannover ADL svara på ett antal frågor om sin funktionsförmåga i olika situationer t.ex. om man klarar av att

lyfta en tyngd till viss höjd. Work ability index använder en skala kallad Visual Analogue scale där arbetsförmågan vid mättillfället jämförs med den bästa perioden i livet. För båda indikatorerna gäller att mättillfället skedde vid 28-dagarsenkäten. För varje index fördelades svaren om hur personerna mätte i fem grupper där låga värden indikerade dålig funktionsförmåga (Hannover ADL) respektive liten arbetsförmåga (Work ability index). Höga värden indikerar det motsatta, dvs. en bra funktionsförmåga respektive bra arbetsförmåga. De försäkrade med rygg- och nackproblem fördelade sig något olika i de två indexen.

**Tabell 5 Arbetsförmåga och erhållna arbetslivsinriktade åtgärder**

<i>Arbetsförmåga</i>	<i>Andel individer (%)</i>	<i>Antal åtgärder per person för dem som fick åtgärd</i>	<i>Antal åtgärder per person för samtliga</i>
Sämst 1	18	2,1	1,1
2	32	2,4	1,1
3	23	2,0	0,6
4	20	1,9	0,5
Bäst 5	4	1,6	0,3
Inte svar	2	1,2	0,2
	100		

När det gäller arbetsförmåga ansåg sig en femtedel av de försäkrade aldrig ha mått sämre i sitt liv. Se tabell 5. När samma grupp av försäkrade besvarar frågor kring sin funktionsförmåga via Hannover ADL återfinns en mycket liten andel, två procent i det alternativ som indikerar det värsta läget. Se tabell 6.

**Tabell 6 Funktionsförmåga och erhållna arbetslivsinriktade åtgärder**

<i>Funktionsförmåga</i>	<i>Andel individer (%)</i>	<i>Antal åtgärder per person för de som fick åtgärd</i>	<i>Antal åtgärder per person för samtliga</i>
Sämst 1	2	2,1	1,2
2	18	2,2	1,0
3	28	2,2	1,0
4	32	2,2	0,8
Bäst 5	18	1,7	0,4
Inte svar	2	1,2	0,2
	100		

En förklaring till detta kan vara att Hannover ADL är speciellt anpassad för ryggbesvär, instrumenten mäter olika saker. Hannover ADL-indexet väger samman svaren på tolv detaljerade frågor om funktion i olika situationer medan arbetsförmågeindexet bygger på en skala 1–10. Det är därför inte förvånande att de kan ge olika utfall.

Hur var det då med fördelningen av rehabiliteringsåtgärder? I tabell 5 och 6 redovisas det genomsnittliga antalet åtgärder per försäkrad och resultatet visas dels för samtliga i undersökningen, dels för den grupp som fick åtgärd. Och det visar sig att det genomsnittliga antalet åtgärder ökade ju sämre den försäkrade uppgav sig må, något som gällde för båda indexen. Enda undantaget var att trenden avtog när det gällde den grupp som sade sig må sämst. Troligtvis beror detta på att dessa personer helt enkelt är för dåliga för att genomgå rehabilitering.



## 4 Arbetslivsinriktad rehabilitering på åtgärdsnivå

### 4.1 Vilka arbetslivsinriktade åtgärder förekom vid rygg- och nackbesvär?

De arbetslivsinriktade åtgärder som förekom var i stort sett desamma oavsett om den försäkrade led av rygg- eller nackbesvär. Om den försäkrade däremot hade en kombination av rygg- och nackbesvär såg fördelningen annorlunda ut. Arbetsträning med rehabiliteringspenning var i dessa fall en betydligt ovanligare åtgärd, medan diverse serviceåtgärder var vanligare än när den försäkrade bara hade en diagnos.

När det gäller att bemöta de försäkrades problem i rygg och nacke dominerade några få åtgärder. Trots att det finns ett stort batteri av åtgärder att vidta vid just denna form av muskuloskeletal problem användes stora delar av åtgärdsbatteriet i mycket liten utsträckning. Över hälften av de insatser som gjordes vid rygg- och nackproblem var arbetsträning, med och utan rehabiliteringspenning, respektive arbetsprövning.

**Tabell 7 Arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär (gruppnivå)**

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Anpassning av arbetsplats m.m.	289	21.8
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	176	13.3
Arbetsträning med rehabiliteringspenning	385	29.0
Arbetsprövning	149	11.2
Utbildning	106	8.0
Diverse service	222	16.7
Totalt	1 327	100.0

Av samtliga vidtagna insatser bestod nära 30 procent av arbetsträning med rehabiliteringspenning. Se tabell 7. Därpå följde anpassning av arbetsplatsen och diverse service där rådgivning vid arbetsförmedling var vanligast. På fjärde plats följde arbetsträning utan rehabiliteringspenning medan arbetsprövning och utbildning var de åtgärder som förekom i minst utsträckning.

I tabell 8 presenteras fördelningen av de vidtagna åtgärderna mer i detalj och tabellen visar de enskilda åtgärdernas andel av samtliga. Även vid en detaljerad presentation visade sig arbetsträning med rehabiliteringspenning vara den

vanligaste åtgärden. Men vid en detaljerad redovisning framstår även arbets-  
träning utan rehabiliteringspenning samt arbetsprövning som relativt vanliga,  
dessa båda åtgärder utgjorde sammanlagt nära en fjärdedel av samtliga. Vidare  
utgjordes nära en tiondel av åtgärderna av nya arbetsuppgifter på samma  
eller ny arbetsplats. Söka jobbkurser, bilstöd/handikappanpassning av bil och  
arbete på SAMHALL är däremot exempel på mycket ovanliga åtgärder.

**Tabell 8 Arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär  
(detaljnivå)**

<i>Rehabiliteringsåtgärd</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Arbetshjälpmedel	85	6.4
Bilstöd/handikappanpassning av bil	5	0.4
Taxiresor till och från arbete	10	0.8
Nya arbetsuppgifter på samma eller ny arbetsplats	124	9.3
Förändrade arbetstider	80	6.0
Arbete på SAMHALL	13	1.0
Arbetsträning (med rehabiliteringspenning)	385	29.0
Arbetsprövning vid Ami, Rygghälsan, SAMHALL el. dyl.	149	11.2
Rådgivning vid Arbetsförmedling	87	6.6
Förslag på lämpligt arbete	40	3.0
Aktiveringsgrupp	50	3.8
Söka jobb-kurs	8	0.6
Anskaffning av bostad	5	0.4
Anordning av barntillsyn	4	0.3
Anordning av snabbare vård	13	1.0
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	163	12.3
Omskolning/yrkesutbildning	55	4.1
Annan utbildning	51	3.8
Totalt	1 327	100.0

När det gäller kombinationer av åtgärder var det vanligt att personer som fick  
arbetsträning (med eller utan rehabiliteringspenning) eller arbetsprövning  
deltog i en aktiveringsgrupp. Det förekom även att de som fick arbetsträning  
fick bilen handikappanpassad eller taxiresor betalda till och från jobbet, även  
om detta var en relativt ovanlig åtgärd.

En analys av de först vidtagna åtgärderna i sjukfallet uppvisar i stora drag en likartad fördelning som när samtliga åtgärder analyseras. Fortfarande är arbetsträning med rehabiliteringspenning den vanligaste åtgärden med över en tredjedel av de först vidtagna åtgärderna. Den näst största gruppen bestod av arbetsprövning, medan arbetsträning utan rehabiliteringspenning var den tredje största gruppen, följt av nya arbetsuppgifter på samma eller ny arbetsplats. Rehabiliteringsåtgärden aktiveringsgrupp var betydligt vanligare som först vidtagna åtgärd än som del av de totalt vidtagna åtgärderna. 10 På motsvarande sätt var andelen rådgivning vid arbetsförmedling mindre vanlig som först vidtagna åtgärd.

### Åtgärderna fördelade på kön

De arbetslivsinriktade åtgärderna fördelades i stort sett lika mellan män och kvinnor. Arbetsträning utan rehabiliteringspenning förekom i något större utsträckning för kvinnor medan utbildning och arbetsprövning förekom något oftare för män.<sup>11</sup>

**Tabell 9      Kön och arbetslivsinriktade åtgärder vid rygg- och nackbesvär (gruppnivå)**

Åtgärd	Kön				Totalt	
	Man		Kvinna		Antal	Procent
	Antal	Procent	Antal	Procent		
Anpassning av arbetsplats m.m.	96	22.0	193	21.7	289	21.8
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	48	11.0	128	14.4	176	13.3
Arbetsträning med rehabiliteringspenning	123	28.1	262	29.4	385	29.0
Arbetsprövning	55	12.6	94	10.6	149	11.2
Utbildning	41	9.4	65	7.3	106	8.0
Diverse service	74	16.9	148	16.6	222	16.7
Totalt	437	100.0	890	100.0	1 327	100.0

<sup>10</sup> En jämförelse görs här mellan en analys av samtliga vidtagna åtgärder under sjukfallet och en analys av det första i sjukfallet vidtagna åtgärden.

<sup>11</sup> Se även Riksförsäkringsverket 1997c. Studien baserar sig på sjukfall 60 dagar långa från samtliga diagnoser för åren 1991–1994 och visar likartade resultat.

En detaljstudie av utbildning visar att män i högre grad fick omskolning och yrkesutbildning medan kvinnor i större utsträckning fick annan utbildning. Se tabell 9. Detaljstudien visar också att arbetshjälpmedel var vanligare bland kvinnor och aktiveringsgrupp mer vanligt bland män.

### **Åtgärderna fördelade på ålder**

De sjukskrivna har delats upp i fem åldersgrupper: 18–24, 25–34, 35–44, 45–54 och 55–59 år. Arbetsträning med rehabiliteringspenning förekommer i störst utsträckning i alla åldersgrupper, undantaget personer på 55 år och uppåt, där anpassning av arbetsplatsen var en vanligare insats. Frånsett åldersgruppen 25–34 år var utbildning den åtgärd som förekom i minst utsträckning i alla åldersgrupper. För personer mellan 25 och 34 år förekom arbetsträning utan rehabiliteringspenning mer sällan än utbildning.

Anpassning av arbetsplatsen vidtogs i allt högre grad ju äldre personen var och detta kan jämföras med arbetsprövning och utbildning som sattes in allt mer sällan ju äldre personen var. Arbetsträning utan rehabiliteringspenning visade också en tendens att öka med stigande ålder medan andelen som fick arbetsträning med rehabiliteringspenning var oförändrad oavsett ålder. En intressant detalj är att ingen person i åldersgruppen 18–24 år fick åtgärden arbetsträning utan rehabiliteringspenning.

Diverse service förekom i större utsträckning bland yngre i åldern 18–24 år än i övriga åldersgrupper, men variationerna inom gruppen var stora. Handikappanpassning av bil, söka jobb-kurser och anordning av snabbare vård gick främst till de äldre åldersgrupperna, medan taxiresor till och från arbetet i huvudsak gick till yngre.

## **4.2 Vilka arbetslivsinriktade åtgärder användes mer sällan i rehabiliteringsarbetet?**

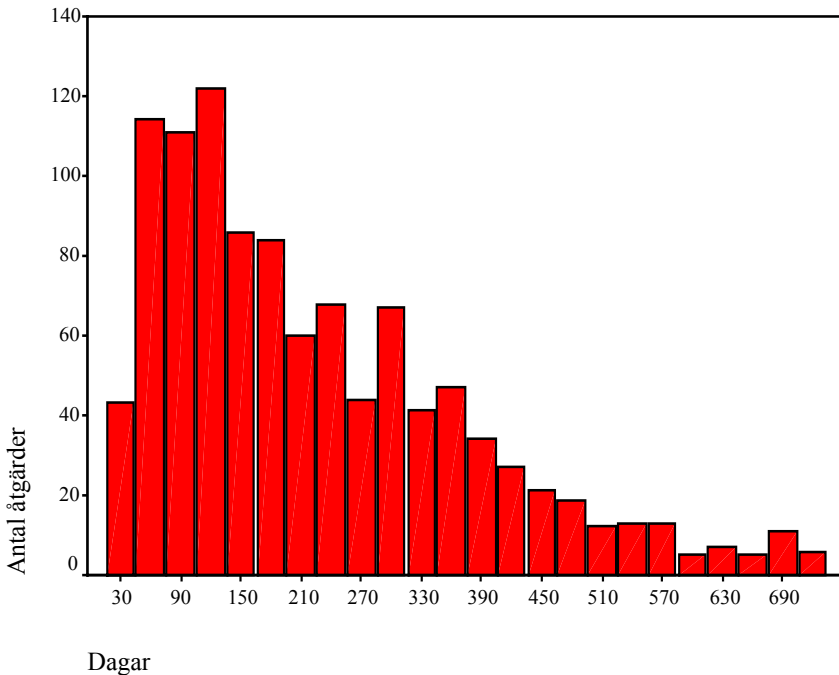
Trots att det finns en mängd åtgärder att vidta för att ge den försäkrade möjlighet att återgå i arbete var det ett fåtal som dominerade. Bland de åtgärder som användes mer sällan fanns handikappanpassning av bil, anordning av barn tillsyn, anskaffning av bostad, och söka jobb-kurser. Med viss reservation för att det rör sig om ett litet antal observationer är det slående att kvinnor dominerar kraftigt i de fall där de tre första åtgärderna vidtagits och män i de fall där den sistnämnda vidtagits.

### 4.3 När i tiden vidtogs åtgärderna?

En fråga av stort intresse är vid vilken tidpunkt som rehabiliteringsåtgärden vidtogs. Vi använder mediantiden för att ange när åtgärderna kom till stånd och samtliga åtgärder som vidtagits för undersökningsgruppen, och där startdatum angetts, har analyserats. Viktigt att komma ihåg är att de redovisade tiderna är genomsnittstider och kan variera kraftigt mellan olika individer som fått samma åtgärd.

Genomsnittstiden för påbörjad arbetslivsinriktad rehabilitering var nära 6 månader, eller 175 dagar efter det att sjukfallet påbörjats.

**Diagram 2 När i tiden vidtogs de arbetslivsinriktade åtgärderna? (Mediantid)**



Rehabiliteringsaktiviteten var som störst fyra månader efter att sjukfallet inletts, då de flesta åtgärderna vidtogs. Se diagram 2. Rehabiliteringsaktiviteten avtog sedan med tiden för att i stort sett nästan upphöra efter 1,5 år. Nära 84 procent av åtgärderna hade, där datum registrerats, vidtagits inom ett år. Viktigt att komma ihåg är att majoriteten, över 75 procent av sjukfallen avslutades inom ett år. De försäkrade som fortfarande var sjukskrivna fick

förtidspension<sup>12</sup> eller uppbar sjukbidrag ett år efter det att sjukfallet påbörjades. En fjärdedel av samtliga försäkrade var med andra ord aktuella för 16 procent av de arbetslivsinriktade åtgärderna.

Av de åtgärder, som vidtogs i ett sent skede var arbetsprövning vanligast, nära 15 procent av arbetsprövningarna påbörjades först efter 1,5 år, troligtvis i syfte att fastställa möjligheterna att bevilja förtidspension.

Den genomsnittliga väntetiden för olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering varierade kraftigt och föga överraskande var anpassning av arbetsplatsen den åtgärd som sattes in tidigast. I genomsnitt vidtogs anpassningen fyra månader efter det att den försäkrade insjuknat. Sett mer i detalj sattes arbetshjälpmiddel och förändrade arbetstider in innan nya arbetsuppgifter prövades på samma eller ny arbetsplats.

**Tabell 10** Längd i dagar till arbetslivsinriktad åtgärd. Samtliga vidtagna åtgärder (mediantid)

<i>Åtgärder</i>	<i>Antal</i>	<i>Dagar</i>
Anpassning av arbetsplats m.m.	193	125
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	114	154
Arbetsträning med rehabiliteringspenning	346	176
Arbetsprövning	129	227
Utbildning	67	249
Diverse service	147	173
Total	996	175

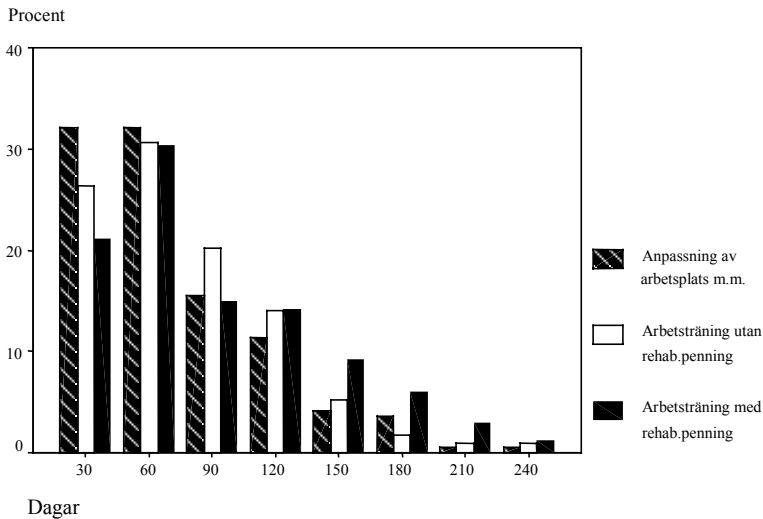
Mer förvånande är att väntetiden för arbetsprövning var nära åtta månader. Se tabell 10. Efter fem månader fick de sjukskrivna arbetsträning utan rehabiliteringspenning medan diverse serviceåtgärder sattes in i genomsnitt efter ett halvår. Framför allt var det då aktiveringsgrupp som sattes in tidigt, dvs. efter tre månader. Även arbetsträning med rehabiliteringspenning tog ett halvår på sig för att komma igång. Utbildning startade inte förrän efter nära nio månaders sjukskrivning, men det kan bero på att en del kurser kan påbörjas bara vid vissa tidpunkter under året. Bland utbildningsåtgärderna startade omskolning/yrkesutbildning i genomsnitt något tidigare än annan utbildning.

---

<sup>12</sup> 2 procent.

Hur fördelades då åtgärderna över tiden? Den genomsnittliga starttidpunkten är en bra indikator, men det kan även vara intressant att analysera hur andelen åtgärder fördelade sig över tiden. I diagram 3 presenterar vi tre grupper av åtgärder.<sup>13</sup> Dessa är anpassning av arbetsplatsen med i genomsnitt fyra månaders väntetid, arbetsträning utan rehabiliteringspenning med fem månaders väntetid och arbetsträning med rehabiliteringspenning med ett halvårs väntetid. Anpassning av arbetsplatsen inkluderar som tidigare nämnts nya arbetsuppgifter och/eller användandet av arbetshjälpmedel respektive förändrade arbetstider.

**Diagram 3 Längd i dagar till arbetslivsinriktad åtgärd. Jämförelse mellan tre åtgärder. (Median)**



Den största andelen anpassning av arbetsplats skedde i ett relativt tidigt skede av sjukfallet, för att i stort sett avta ett år efter insjuknandet. En tredjedel av anpassningarna påbörjades inom tre månader och tre fjärdedelar av all anpassning av arbetsplatsen skedde inom halvår. Denna utveckling kan antas vara naturlig med tanke på att det är troligt att arbetsgivaren gör konkreta förändringar av arbetsplatsen i början av sjukfallet, men eventuellt förlorar intresset ju längre tid den försäkrade är borta. Resultatet kan jämföras med att arbetsträning utan rehabiliteringspenning hade en likartad utveckling över tiden. Den största andelen arbetsträning utan rehabiliteringspenning vidtogs

<sup>13</sup> Övriga rehabiliteringsåtgärder redovisas inte då antalet var för litet för analys.

mellan tre månader och ett halvår efter det att sjukfallet påbörjats och inte inom tre månader som vid anpassning av arbetsplatsen. Arbetsträning med rehabiliteringspenning skiljer sig från de övriga två på så sätt att nära en femtedel (20 procent) av insatserna gjordes efter minst ett år. I likhet med de två andra åtgärderna: anpassning av arbetsplats och arbetsträning utan rehabiliteringspenning, vidtogs den största andelen, en tredjedel av arbetsträning med rehabiliteringspenning, mellan tre månader och ett halvår efter det att sjukfallet påbörjats.

I denna analys har vi alltså undersökt *samtliga* vidtagna arbetslivsinriktade åtgärder. Men vi presenterar här även en analys gjord på *den först* vidtagna arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärden. Detta innebär att gruppen undersökta åtgärder blir mindre, men eftersom majoriteten bara får en arbetslivsinriktad insats under sjukfallet, kan en sådan analys vara av intresse.

Väntetiden till den första arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärden var 105 dagar och av de åtgärder som först erbjöds de försäkrade var anpassning av arbetsplatsen det som påbörjades tidigast med en väntetid på lite över två månader. Arbetsträning utan rehabiliteringspenning och olika serviceåtgärder påbörjades i genomsnitt tre månader efter det att sjukfallet startat. Arbetsprövning kom igång efter 3,5 månad och arbetsträning med rehabiliteringspenning efter drygt fyra månader. Utbildning var den rehabiliteringsåtgärd som kom igång sist och påbörjades efter ett halvår.

Som nämndes i inledningskapitlet påverkar väntetiderna för den medicinska rehabiliteringen ofta starttidpunkten för de arbetslivsinriktade åtgärderna på så sätt att den försäkrades rörelseförmåga bör återställas helt eller delvis innan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan genomföras. För att sätta in dessa väntetider i ett sammanhang följer här några exempel på resultat från den tredje rapporten i serien, Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär:

- Sjuttionio procent av de försäkrade hade besökt en sjukgymnast inom två år. Den genomsnittliga väntetiden för besöket var 20 dagar.
- Sextiofyra procent hade besökt ortoped på sjukhus inom två år. Det första besöket hos ortoped skedde omkring den 40:e dagen efter sjuk-anmälan.
- Åtta procent av de försäkrade fick operation för sina rygg- och nackbesvär inom två år från sjukskrivningsdatum. Operationerna skedde i genomsnitt 3 månader efter sjukskrivning.



I detta sammanhang bör påpekas att dessa uppgifterna om de vidtagna medicinska rehabiliteringsåtgärderna, utgår från samtliga sjukskrivna i undersökningen och inte enbart de som dessutom fick arbetslivsinriktade åtgärder.

### Tidpunkten för start av åtgärd fördelad på kön

Genomsnittstiden för starten av de arbetslivsinriktade åtgärderna är 175 dagar både för män och kvinnor, men när rehabiliteringen delas upp på olika åtgärdsformer finns stora skillnader. Män fick senare rehabilitering vid alla rehabiliteringsformer utom tre; arbetsträning med rehabiliteringspenning, arbetsprövning och diverse serviceåtgärder. Se tabell 11. Det ska dock noteras att skillnaderna kan bero på att kvinnor får fler, på varandra följande åtgärder.<sup>14</sup>

**Tabell 11 Starttidpunkten för arbetslivsinriktade åtgärder per kön (median)**

Grupperade åtgärder	Man		Kvinna		Total	
	N	Median	N	Median	N	Median
Anpassning av arbetsplats m.m.	72	137	121	118	193	125
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	31	169	83	148	114	154
Arbetsträning med rehabiliteringspenning	115	169	231	180	346	176
Arbetsprövning	50	205	79	241	129	227
Utbildning	29	281	38	225	67	249
Diverse service	48	155	99	181	147	173
Total	345	175	651	175	996	175

Skillnaden mellan könen är störst när det gäller utbildning, på så sätt att kvinnor fick utbildningsinsatsen i genomsnitt nära två månader tidigare än män. Vid en djupare analys visade det sig att väntetiden för omskolning/yrkesutbildning var i stort sett lika för män och kvinnor, medan situationen var en helt annan ifråga om annan utbildning (t.ex. Komvux eller kortare

<sup>14</sup> Jämför här med ovan avsnitt om analys av mediantiden för första åtgärden i sjukfallet.

universitetskurser). Kvinnor fick i dessa fall sin utbildningsinsats nära tre månader tidigare än män.

Män med rygg- och nackbesvär fick i genomsnitt diverse serviceåtgärder, arbetsprövning och arbetsträning med rehabiliteringspenning något tidigare än kvinnor. Män fick i genomsnitt rådgivning vid arbetsförmedling tre månader tidigare och ingick i en aktiveringsgrupp en månad tidigare än kvinnor. Kvinnor fick å andra sidan anpassning av arbetsplatsen och arbetsträning utan rehabiliteringspenning något tidigare än män.

### **Tidpunkten för start av åtgärd fördelad på ålder**

Den åldersgrupp som överraskande nog fick vänta kortast tid på rehabiliteringsinsats var personer på 55 år och äldre, de fick arbetslivsinriktad rehabilitering efter i genomsnitt 122 dagar. Förklaringen kan vara att det inte är några väntetider till den åtgärd som är vanligast för denna grupp, dvs. anpassning av den egna arbetsplatsen. (Se avsnitt 4.1) Väntetiden för den yngsta åldersgruppen är fullt jämförbar med den för personer på 55 år och uppåt och var alltså i genomsnitt något över fyra månader.

Den åldersgrupp som i genomsnitt fick vänta längst tid innan arbetslivsinriktad rehabilitering sattes in var försäkrade mellan 35 och 44 år, i genomsnitt fick de vänta över sex månader på rehabilitering.<sup>15</sup> Eftersom denna åldersgrupp fick den största andelen av samtliga åtgärder innebar det långa väntetider i många fall. Försäkrade mellan 25 och 34 år fick vänta i 176 dagar och försäkrade i åldersgruppen 45 till 54 år fick vänta 169 dagar.

På grund av alltför små siffror redovisar vi bara några av väntetiderna fördelade på rehabiliteringsåtgärd. Variationerna i starttidpunkt mellan åldersgrupperna var störst när det gällde arbetsprövning. För åldersgruppen 45–54 år kom arbetsprövning igång efter ett halvår vilket kan jämföras med 10 månader för åldersgruppen 25 till 34 år. Variationerna mellan åldersgrupperna var minst för åtgärden anpassning av arbetsplatsen. Både arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning har en jämn fördelning av väntetiderna mellan åldersgrupperna. Väntetiden för att få en åtgärd ur gruppen diverse service varierade mer, men skillnaderna var som mest något över en månad.

---

<sup>15</sup> En intressant iakttagelse var att inom gruppen var skillnaden mellan könen stora. Kvinnor fick rehabilitering två månader senare än männen.

#### 4.4 Vem tog initiativet till de arbetslivsinriktade åtgärderna?

I ettårsenkäten fanns möjlighet för de försäkrade att ange vem, som under det första året, tog initiativ till en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd; de själva och/eller annan part.<sup>16</sup> Förslag på passande rehabiliteringsåtgärd kan komma från den försäkrade själv, men även från försäkringskassa, arbetsgivare eller annan part t.ex. läkare. Förslagen indikerar hur engagerade och välmotiverade de försäkrade var inför planerna att genomgå en rehabiliteringsåtgärd. En hypotes är att försäkrade som är aktiva i valet av rehabiliteringsinsats också har större chans att genomföra åtgärden och återgå i arbete.

Trots att det i majoriteten av sjukfallen var någon annan än de själva som initierade åtgärden var de försäkrade, enligt egen utsago, aktiva för att få igång en rehabilitering. De sjukskrivna var den drivande kraften vid minst fyra av tio vidtagna arbetslivsinriktade åtgärder, vilket måste betecknas som mycket positivt.

Utbildning var det vanligaste egna förslaget under det första året,<sup>17</sup> och i nära 70 procent av de vidtagna utbildningsåtgärderna har den försäkrade själv tagit initiativet. På motsvarande sätt framgick av analysen att någon annan än den försäkrade tog initiativet när det gällde att få till stånd arbetsträning (gäller både med och utan rehabiliteringspenning), där bara en tredjedel av åtgärderna kom till stånd på den försäkrades eget initiativ. Initiativet till en anpassning av arbetsplatsen ser ut att vara relativt jämnt fördelat mellan den försäkrade och andra parter.

#### Initiativ till åtgärd fördelad på kön

Under sjukfallets första år tog män och kvinnor initiativ till arbetslivsinriktad åtgärd i samma omfattning, dock fanns en svag tendens att män tog initiativ i något större utsträckning än kvinnor. Män har tagit ett aktivt initiativ till 46 procent av de åtgärder de erhöll, medan de kvinnliga försäkrade initierade 40 procent.

---

<sup>16</sup> Observera att resultaten i detta kapitel bygger på ett mindre antal åtgärder. På grund av detta kan vi inte presentera data för rehabiliteringsåtgärden arbetsprovning.

<sup>17</sup> Åtgärden Diverse service visar samma tendens, men få observationer ger ett osäkert resultat.

## **Initiativ till åtgärd fördelad på ålder**

Det egna initiativtagandet minskade med ökad ålder och tendensen är att ju äldre de försäkrade är desto färre egna initiativ tar de. I åldersgruppen 55 år och uppåt var det bara en femtedel av alla åtgärder som initierades av den försäkrade själv. Detta kan jämföras med åldersgruppen 25 till 34 år där nära hälften av alla åtgärder initierades av de försäkrade själva. När det gällde personer mellan 35 och 54 år tog de försäkrade egna initiativ i fyra fall av tio.

## **4.5 Hur lång tid tog åtgärden att utföra?**

I materialet fanns inte tillgång till start- respektive slutdatum för alla åtgärder och en del har av naturliga skäl inga start- eller slutdatum t.ex. anskaffning av bostad och anordning av snabbare vård. Vi kan dock presentera genomförandetiden för följande fem åtgärder: arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning, arbetsprövning, yrkesutbildning/omskolning samt aktiveringsgrupp.

54 dagar var den genomsnittliga tiden för att genomföra en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Den tid som ägnades rehabiliteringen var överlag relativt kort, men den varierade kraftigt beroende på åtgärd. I genomsnitt varade dock över hälften av åtgärden, inte längre tid än två månader, en tredjedel tog en månad eller mindre att genomföra och tre fjärdedelar pågick i fyra månader eller mindre. Bara åtta procent av alla åtgärder tog längre tid än ett år.

Den genomsnittliga rehabiliteringsperioden varierade naturligtvis kraftigt och kortast tid tog det att genomgå aktiveringsgrupp respektive arbetsprövning med i genomsnitt cirka 45 dagar. Längst tid tog naturligt nog omskolning/yrkesutbildning som pågick i något över fem månader. Arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning tog 50 respektive 56 dagar.

## **Tiden det tog att genomföra åtgärden fördelad på kön**

Män och kvinnor stannade i genomsnitt lika länge i rehabiliteringsåtgärd, vilket troligtvis till största delen förklaras av att kvinnor och män fick likartade arbetslivsinriktade åtgärder (se avsnitt 4.1). Vid en närmare analys framträder dock några intressanta detaljer. Mäns och kvinnors rehabiliteringstid skilde sig åt när det gällde åtgärden omskolning/yrkesutbildning på så sätt att män i genomsnitt fick en utbildningstid på fem månader, att jämföras med kvinnornas nio månader. En förklaring till detta är troligtvis att män fick omskolning och yrkesutbildning, medan kvinnor fick annan längre utbildning t.ex. i form av universitetskurser.

För övriga åtgärder var det mycket små skillnader mellan män och kvinnors tid i åtgärd, det som avviker mest är arbetsprövning där män i genomsnitt fick två veckors längre rehabiliteringsperiod. Däremot var kvinnors genomsnittstid längre när det gällde arbetsträning med rehabiliteringspenning, där kvinnor deltog i genomsnitt elva dagar längre än män.

### **Tiden det tog att genomföra åtgärden fördelad på ålder**

Den åldersgrupp som i genomsnitt tog längst tid på sig att genomföra åtgärderna var försäkrade i åldern 25–34 år,<sup>18</sup> deras rehabilitering pågick i nära tre månader. Detta förklaras av att det fanns fler i denna åldersgrupp som fick utbildning, en åtgärd som vanligtvis sträcker sig över flera månader. (Se 4.1.) Kortast tid, i genomsnitt 43 dagar, tog en rehabilitering att genomföra i åldersgruppen 35 till 44 år. Tiden för rehabilitering var relativt lika i de övriga åldersgrupperna, där en genomsnittlig rehabilitering tog mellan 1,5 och 2 månader.

När vi analyserar materialet uppdelat på kön, åtgärd och åldersgrupp syns skillnaden mellan könen tydligt när det gäller arbetsträning med rehabiliteringspenning och diverse service. Kvinnors genomsnittliga tid i arbetsträning (med rehabiliteringspenning) var i åldersgruppen 25–34 år och uppåt nära dubbelt så lång som för män. Kvinnor över 55 år som fick arbetsträning hade generellt sett längre perioder av rehabilitering än män. Kvinnor i åldersgruppen 25 till 54 år fick i genomsnitt längre tid i åtgärden diverse service än män i motsvarande ålder.

## **4.6 I vilken mån betalade försäkringskassan och annan part för rehabiliteringstjänsterna?**

Detta avsnitt bygger på data inhämtade från försäkringskassan, och viktigt att notera är att försäkringskassan inte har information om alla vidtagna åtgärder i ett sjukfall. Särskilt gäller detta åtgärder vidtagna på arbetsplatsen och speciellt om de inte inneburit någon kostnad för försäkringskassan. Ytterligare åtgärder kan alltså ha förekommit utöver de som registrerats av försäkringskassan.

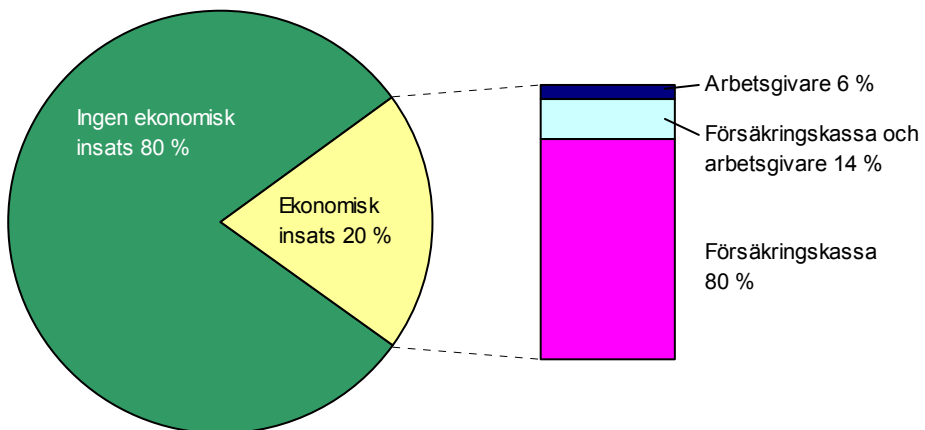
---

<sup>18</sup> Avsnittet behandlar bara de åldersgrupper där antalet åtgärder varit tillräckliga för analys.

Fyra femtedelar av de vidtagna arbetslivsinriktade åtgärderna krävde ingen ekonomisk insats av försäkringskassan utöver sjukersättning. En förklaring är att arbetsträning med rehabiliteringspenning, vilket vanligtvis inte kräver köp av rehabiliteringstjänster, är den vanligaste formen av rehabiliteringsåtgärd vid rygg- och nackbesvär. Denna åtgärd står för nära 30 procent av alla vidtagna arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser vid rygg- och nackbesvär.

I en överväldigande majoritet av de fall där en ekonomisk insats gjordes för att bekosta en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd, var det försäkringskassan som stod för kostnaden. Se diagram 4. Försäkringskassan bekostade helt 79 procent av de upphandlade åtgärderna, vilket kan jämföras med att arbetsgivaren helt bekostade sex procent. Men dessa siffror bygger alltså på uppgifter som rapporterats till försäkringskassan, så arbetsgivarna kan ha gjort insatser utöver dessa.

**Diagram 4 Andel som erhöll ekonomisk insats och betalande aktör (procent)**



I nära 14 procent av åtgärderna gjorde försäkringskassan och arbetsgivaren gemensam sak och delade på kostnaderna. Arbetsgivarens del varierade från 13 till 75 procent av de totala kostnaderna med ett genomsnitt på 32 procent. Den gemensamma satsningen från arbetsgivare och försäkringskassa var jämnt fördelad mellan könen och mellan åldersgrupperna. I vårt material fanns ingen notering om gemensam satsning för den äldsta respektive den yngsta åldersgruppen. Det var mycket ovanligt, även om det förekom, att

andra samhällsaktörer som t.ex. arbetsförmedling bekostade en rehabiliteringsåtgärd vid rygg- och nackbesvär.

När försäkringskassan valde att satsa ekonomiskt, var det i över hälften av fallen arbetsprövning vid Ami m.fl. som valdes. Nära 15 procent av åtgärderna bestod av arbetsträning med rehabiliteringspenning och 12 procent aktiveringsgrupp. Omskolning/yrkesutbildning omfattade sju procent av de åtgärder som försäkringskassan valde att finansiera, vilket nästan motsvarar den andel försäkrade som fick utbildning. När försäkringskassan inte gjorde en ekonomisk insats var, som ovan nämnts, arbetsträning med rehabiliteringspenning den vanligaste åtgärden, följt av nya arbetsuppgifter på samma eller ny arbetsplats, arbetsprövning och arbetsträning utan rehabiliteringspenning.<sup>19</sup>

### **Kostnadsbärare fördelat på kön**

Kvinnor fick en större andel av de åtgärder där försäkringskassan inte satsade ekonomiskt. Två tredjedelar av de åtgärder där den ekonomiska insatsen var noll kronor gick till kvinnor, att jämföras med att kvinnornas andel av undersökningspopulationen var cirka 57 procent. Av de åtgärder som innebar en kostnadsinsats från försäkringskassan fick männen 46 procent vilket var en något större andel än deras andel i undersökningen som var 43 procent. Männen var klart överrepresenterade när det gällde åtgärder som kostade över 45 000 kronor, medan kvinnor var överrepresenterade när det gällde åtgärder under 10 000 kronor.

### **Kostnadsbärare fördelat på ålder**

Andelen åtgärder där försäkringskassan satsade ekonomiskt var större för försäkrade under 45 år än för dem över 45 år, speciellt fick försäkrade i åldersgruppen 25 till 44 år en stor andel åtgärder. I vår undersökning finns inga uppgifter om att arbetsgivare skulle ha satsat ekonomiskt på den yngsta (18–24 år) respektive den äldsta åldersgruppen (55– år). Istället gick arbetsgivarnas rehabiliteringsinköp till försäkrade mellan 25 och 54 år, där den största andelen åtgärder gick till personer i åldersgruppen 35 till 44 år. För försäkrade i åldern 18 till 24 år kan en av anledningarna till avsaknaden av ekonomiskt stöd från arbetsgivare bero på att denna grupp ofta har en ganska lös anknytning till arbetsmarknaden. Övriga åldersgrupper har av naturliga skäl längre erfarenhet av arbete och därmed ofta en fastare anknytning till arbetsmarknaden.

---

<sup>19</sup> 59, 9, 9, respektive 7 procent av rehabiliteringsåtgärderna.

## 4.7 Hur mycket betalades?

I de fall där enbart försäkringskassan gjorde en ekonomisk satsning i samband med rehabiliteringsåtgärden varierade insatsen från 1 690 kronor (arbetshjälpmedel) till 98 000 kronor (omskolning/yrkesutbildning). Mediankostnaden var cirka 25 000 kronor per åtgärd. Den genomsnittliga kostnaden för arbetsträning med rehabiliteringspenning var 18 000 kronor och för arbetsprövning vid Ami el. dyl. 34 000 kronor.<sup>20</sup> Kostnaden för arbetsträning består förmodligen av t.ex. investeringar för att förändra den försäkrades arbetsplats.

### Rehabiliteringskostnad fördelat på kön

Försäkringskassan satsade i genomsnitt mer pengar per åtgärd på köp av åtgärder för män än för kvinnor. Se tabell 12.

**Tabell 12 Kostnad för arbetslivsinriktade insatser per åtgärd och kön (kronor)**

<i>Grupperade åtgärder</i>	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Total</i>
Anpassning av arbetsplats m.m.	17 250	2 870	7 775
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning	18 000		18 000
Arbetsträning med rehabiliteringspenning	26 550	16 500	18 000
Arbetsprövning	34 000	36 000	34 000
Utbildning	16 166	39 150	37 500
Diverse service	25 000	20 625	25 000
Totalt	26 870	24 500	25 300

Köpen av arbetslivsinriktad rehabilitering kostade i genomsnitt 26 900 kronor för män och 24 500 kronor för kvinnor, men kvinnor fick i genomsnitt dyrare arbetsprövning än män. För övriga åtgärder var antalet observationer för få för att göra en detaljanalys.

---

<sup>20</sup> Övriga åtgärder redovisas inte på grund av för få observationer.



## Rehabiliteringskostnad fördelat på ålder

För få observationer omöjliggjorde en analys av kostnadsfördelningen per åldersgrupp. En av de få jämförelser som dock var möjlig att göra visar att försäkringskassan i genomsnitt satsade något mer på åldersgruppen 25–34 år än på åldersgrupperna 35–44 respektive 45–54 år, men skillnaderna var marginella. En av de få jämförelser som var möjlig att göra på mer detaljerad åtgärdsnivå visade på skillnader vid arbetsprövning, på så sätt att försäkringskassan i genomsnitt satsade 40 000 kronor för personer i åldersgruppen 25–34 år. Detta ska jämföras med 30 100 respektive 34 000 kronor i åldersgrupperna 35–44 respektive 45–54 år.

## 4.8 I vilken mån genomfördes åtgärderna? Vilka åtgärder avbröts?

I undersökningsmaterialet finns information om insatser genomförts eller avbrutits när det gäller åtgärder med naturliga slutpunkter<sup>21</sup>. En överväldigande majoritet, nära 84 procent av dessa genomfördes, vilket innebär att en sjättedel eller 16 procent av de arbetslivsinriktade åtgärderna avbröts innan perioden var slut.

Rehabilitering avbröts i genomsnitt efter 40 dagar, vilket kan jämföras med genomsnittet för genomförda åtgärder som var 52 dagar. I de fall där åtgärden avbröts var väntetiden på rehabilitering i genomsnitt sju månader, vilket inte skilde sig från genomsnittet. Även genomsnittsåldern hos dem som avbröt åtgärderna var i stort sett lika som hos de som genomförde dem.

Eftersom de avbrutna åtgärderna är få är det svårt att analysera avbrotten på en mer detaljerad nivå. Därför presenterar vi bara de åtgärder som har tillräckligt många observationer för att göra säkra bedömningar. Den rehabiliteringsåtgärd som avbröts i störst utsträckning var arbetsträning utan rehabiliteringspenning, nära en femtedel av dessa åtgärder avbröts. Arbetsträning med rehabiliteringspenning kom inte långt efter; 17 procent avbröts i förtid. För åtgärderna arbetsprövning och utbildning avbröts 15 procent av insatserna.

Längden på sjukfallet i samband med avbrutna åtgärder var mycket längre än för genomsnittet i stort, i de fall där åtgärden avbröts var längden på sjukfallet i genomsnitt fyra månader längre. Detta kan förklaras med att det i längre sjukfall hinner förekomma ett större antal åtgärder än i korta sjukfall och ett

---

<sup>21</sup> Detta gäller t.ex. inte för åtgärder som är punktinsatser.

ökat antal åtgärder ökar risken att en åtgärd avbryts. I detta sammanhang ska man inte heller glömma att ett långt sjukfall många gånger beror på sjukfalllets svårighetsgrad.

### **Avbrutna åtgärder fördelade på kön**

Kvinnor avbröt åtgärder i större utsträckning än män, i genomsnitt avbröt de 17 procent av åtgärderna. Män i sin tur avbröt över 13 procent av åtgärderna. Eftersom de avbrutna åtgärderna är för få är det dock svårt att analysera vilka åtgärder som respektive kön inte genomförde. Det är bara arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning som är tillräckligt många för en analys. Män och kvinnor avbryter arbetsträning med rehabiliteringspenning i samma utsträckning, men när det gäller arbetsträning utan rehabiliteringspenning skiljer sig mönstret mellan könen kraftigt åt. Män avbröt här var tionde åtgärd, medan kvinnor slutförde nästan en fjärdedel av de insatser som gjordes.<sup>22</sup>

### **Avbrutna åtgärder fördelade på ålder**

Då antalet avbrutna åtgärder är litet försvarar detta en djupare analys. Utifrån materialet kan vi dock se en tendens mot att försäkrade i den äldsta åldersgruppen, 55 år och uppåt, och den yngre mellan 18 och 25 år är de som i störst utsträckning inte genomför åtgärderna. För den äldsta åldersgruppen ligger andelen långt över genomsnittet, personer över 55 år avbröt nära en tredjedel av de arbetslivsinriktade åtgärderna.

---

<sup>22</sup> Kvinnor har i genomsnitt längre sjukfall och mer besvär av sina rygg- och nackproblem än männen (se Rygg och Nacke 1). Frågan om kvalitén på matchningen mellan den försäkrade rehabiliteringsbehov och vidtagen åtgärd blir extra viktig i detta sammanhang.

# Litteraturlista

- Bergendorff, S, Hansson, E, Hansson, T, Palmer, E, Westin, M, Zetterberg, C (1997a) Projektbeskrivning & undersökningsgrupp. Rygg och Nacke 1. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Bergendorff, S, Hansson, E, Hansson, T, Palmer, E, Westin, M, Zetterberg, C (1997b). Work Incapacity & Reintegration. Report 1. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Carlberg, Pia (1999) Att återgå i arbete efter sjukskrivning. Vilken roll spelar den psykiska och sociala arbetsmiljön? Rygg och Nacke 5. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Försäkringskassan 1993. Rehabilitering och sjuklön. Uppslagsbok för arbetsgivare m.fl. Stockholm: Försäkringskassan.
- Gerner, Ulla (1999) Rehabilitering ur ett individperspektiv. En enkätundersökning bland sjukskrivna i Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län. Rygg och Nacke 4. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Halldén, K, Linton, S (1998) Can We Screen for Problematic Back Pain? A Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *The Clinical Journal of Pain* 14: 209–215.
- Hansson, E, Hansson, T (1999) Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär. Rygg och Nacke 3. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Karolinska institutet, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention. (1998) Kartläggning av rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna/-förtidspensionerade arbetare och tjänstemän med besvär från ryggkotpelaren. Stockholm: Karolinska institutet.
- Karolinska institutet, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Enheten för personskadeprevention. (1999) HUR-projektet vetenskaplig utvärdering av rehabilitering. Projekt III: Rehabilitering av patienter med Smärttillstånd från Ryggkotpelaren; Komponentanalys av beteendemedicinsk rehabilitering.

- Riksförsäkringsverket (1989:12) Långvarig sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering. En systemanalys. RFV REDOVISAR 1989:12. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket (1997a) Risk- & Friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV REDOVISAR 1997:6. Stockholm: Riksförsäkringsverket. (Rapporten är sammanställd med Staffan Marklund som redaktör.)
- Riksförsäkringsverket (1997b) Arbetslivsinriktad rehabilitering – resultat av köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster under år 1991–1995. RFV REDOVISAR 1997:8. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket (1997c) Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering? RFV REDOVISAR 1997:10. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset (1997). Enkäter till undersökningsgruppen och Försäkringskassan. Rygg och Nacke 2. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Riksförsäkringsverket (1998) RFV En socialförsäkring för kvinnor och män – en kartläggning ur ett genderperspektiv. RFV REDOVISAR 1998:1. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket (1999a) Vilka ekonomiska insatser görs för rehabilitering av personer i yrkesverksam ålder? RFV REDOVISAR 1999:5. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket (1999b) Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie RFV REDOVISAR 1999:2. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- SBU (1991) Ont i ryggen. Orsaker , diagnostik och behandling. Stockholm.
- TNC/Försäkringskassaförbundet (1995) Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering. Stockholm.
- van der Weide et al. (1997) Vocational outcome of intervention for low-back pain. Scandinavian Journal of Environmental Health 23: 165–178.

# Bilaga 1 Definitioner av arbetslivsinriktade åtgärdsformer

I rapporten beskrivs olika former av arbetslivsinriktade åtgärder. För att ge en fylligare bild av rehabiliteringsformerna ges nedan förslag på vad som kan antas ingå i de olika åtgärderna. Definitionerna har tagits fram bl.a. i samråd med försäkringskassans personal. Se även Långvarig sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering. En systemanalys och Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering, (RFV Redovisar 1989, TNC/Försäkringskasseförbundet 1995). Definitionerna gör inte anspråk på att vara heltäckande.

## ***Arbetsprövning***

Arbetsprövning som rehabiliteringsåtgärd syftar till att klarlägga en persons intressen och utvecklingsmöjligheter samt dennes fysiska, psykiska och sociala funktions- och arbetsförmåga ställt i relation till kraven på arbetsmarknaden. Under arbetsprövningen får personen pröva olika konkreta arbetsuppgifter. I rapporten räknas arbetsprövning vid Ami, Rygghälsa, SAMHALL eller liknande in i gruppen Arbetsprövning.

## ***Utbildning***

Utbildning som rehabiliteringsåtgärd innebär utbildningar till ett annat yrke eller komplettering inför en yrkesutbildning eller för att kunna byta arbetsuppgifter. Utbildning får även ske i orienterande datautbildning för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Rehabiliteringsersättning till utbildning som kan finansieras med studiemedel, t.ex. universitetskurser, får inte ges om utbildningen omfattar mer än 40 veckor.<sup>23</sup> I rapporten studeras två sorters utbildning: Omskolning/yrkesutbildning respektive Annan utbildning.

## ***Arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning***

Arbetsträning med respektive utan rehabiliteringspenning är två åtgärder som innebär att en person systematiskt tränar sin fysiska, psykiska eller sociala funktions- och arbetsförmåga. Arbetsträning innebär att en person tränar upp sin förmåga för en viss arbetsuppgift. Arbetsträning kan ske med eller utan rehabiliteringspenning och betalas av antingen arbetsgivaren eller försäkringskassan. Arbetsträningen kan ske på den egna arbetsplatsen eller på annan arbetsplats. I det sistnämnda fallet kan arbetsträning innebära bl.a. test av

---

<sup>23</sup> Med vissa undantag. Se förordningen om rehabiliteringsersättning 1991:1321.

arbetsförmåga i olika arbetssituationer. Träningsplats hos annan arbetsgivare kan ordnas genom t.ex. Arbetslivstjänster (ALT) eller Arbetsmarknadsutbildningar (AMU). Den försäkrade kan ibland även beredas arbete på en ny arbetsplats. Under åtgärdsformen Arbetsträning utan rehabiliteringspenning räknas även in arbete på SAMHALL.

### ***Anpassning av arbetsplats***

Anpassning av arbetsplatsen är rehabilitering, som likt rehabiliteringsformen Diverse serviceåtgärder (se nedan), spänner över ett brett fält av åtgärder. I undersökningen har åtgärder som möjliggör återgång i arbete tagits med. I gruppen ingår åtgärderna Arbetshjälpmedel, Nya arbetsuppgifter på samma eller ny arbetsplats och Förändrade arbetstider.

### ***Diverse serviceåtgärder***

Åtgärdsformen Diverse service innehåller många former av rehabilitering som ges för att underlätta återgång i arbete. I denna undersökning ingår följande former av service: bilstöd/handikappanpassning av bil, taxiresor till och från arbete, rådgivning vid arbetsförmedling, förslag på lämpligt arbete, aktiveringsgrupp, anskaffning av bostad, söka jobb-kurs, anordning av barn-tillsyn och anordning av snabbare vård.

## Bilaga 2 Bortfall

I rapport Rygg och Nacke 1 gjordes en preliminär bortfallsanalys. Eftersom projektet har fått tillgång till ytterligare uppgifter från försäkringskassan, kan nu en utförligare bortfallsanalys göras.

Av de 1 822 individer som ingick i undersökningsgruppen besvarade 76,6 procent enkäten som skickades 28 dagar efter sjukfallets början. Detta svarsbortfall påverkar bara resultatet av den del av analysen som använder bakgrundsinformationerna från enkäterna. Statistiskt sett har svarsbortfallet ingen signifikant effekt på resultatet om det delar sig lika eller nästan lika mellan olika delgrupper inom undersökningspopulationen. På grund av bortfall kan dock vissa grupper i undersökningspopulationen bli över- eller underrepresenterade, det vill säga att en obalans råder i materialet. Det senare gäller för denna undersökning. Se tabell nedan. (Tabellen fortsätter på nästa sida.)

Variabel	Bortfall		
	%	F	Sig.
Kön		9,611	0,002
Man*	27,0		
Kvinna*	20,8		
Ålder, år		19,457	0,000
<=38*	29,1		
>38*	20,1		
18–24	34,7		
25–34	31,6		
35–44	23,1		
45–54	20,3		
55–64	15,2		
Försäkringskassor		10,089	0,002
Stockholm*	28,5		
Andra*	21,5		
Stockholm (01)	28,5		
Kristianstad (11)	24,9		
Västmanland (19)	18,4		
Västernorrland (22)	20,6		
Göteborg (38)	21,5		

\* Signifikanta skillnader i delpopulationer.

Variabel	Bortfall		
	%	F	Sig.
Sjukskrivningens längd		13,169	0,000
	<=90 dagar*	27,8	
	91 dagar – 1 år*	24,3	
	> 1 år	14,7	
Diagnos		30,464	0,000
	Rygg*	28,1	
	Nacke*	22,2	
	Rygg och nacke*	5,3	
Antal dagar i senare sjukfall (inom 730 dagar)		1,213	0,292
Antal dagar i senare sjukfall med samma diagnos (inom 730 dagar)		1,324	0,235
Antal dagar i tidigare sjukfall (inom 635 dagar)		0,892	0,500
Antal dagar i tidigare sjukfall med samma diagnos (inom 635 dagar)		0,782	0,583
Sjukpenninggrundande inkomst		0,330	0,858
Förekomst av rehabiliteringsutredning		6,932	0,001
	Inte aktuell/inte genomförd	26,5	
	Utredning genomförd av arbetsgivare	18,6	
	Utredning genomförd av försäkringskassa	20,0	
Förekomst av rehabiliteringsplan		6,932	0,001
	Inte aktuell/inte genomförd	26,2	
	Plan finns	16,7	
<b>TOTALT</b>		23,4	

\* Signifikanta skillnader bland delpopulationer.



Svarsbortfallet är större bland män än bland kvinnor. Det innebär att kvinnor har större inverkan på resultatet när resultatet presenteras tillsammans.

Äldre personer (över 38 års ålder) är överrepresenterade i svarsgruppen.

Personer tillhörande Stockholms läns allmänna försäkringskassa har ett signifikant större bortfall än personer från övriga, i undersökningen deltagande, försäkringskassor.

En signifikant skillnad finns mellan bortfallsgruppen och undersökningsgruppen när det gäller sjukskrivningens längd. Den mest underrepresenterade gruppen är de vars sjukskrivningslängd är mindre än 90 dagar.

Det finns en signifikant skillnad i tendensen att svara på enkät bland individer med avseende på deras typ av sjukdom. Personer med ryggbesvär har större andel bortfall än gruppen med nackbesvär.

Bortfallet har inga strukturella effekter på grund av följande faktorer:

- ◆ Antalet dagar i senare sjukfall.
- ◆ Antalet dagar i senare sjukfall med samma diagnos.
- ◆ Antalet dagar i tidigare sjukfall.
- ◆ Antalet dagar i tidigare sjukfall med samma diagnos.

När det gäller förekomst av rehabiliteringsutredning är svarsbortfallet större bland den grupp där utredning varken var aktuell eller genomförd jämfört med den grupp där utredningen genomfördes av arbetsgivare.

Bortfallseffekten var större för den grupp där rehabiliteringsplan varken var aktuell eller genomförd än för den grupp där rehabiliteringsplan var genomförd.

## Rygg och Nacke 6

### **Arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär**

Riksförsäkringsverket deltar tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och fem försäkringskassor runtom i landet i ett internationellt projekt *Work Incapacity and Reintegration*. Projektet syftar till att undersöka hur fler sjukskrivna med besvär i ländrygg kan återföras i arbete genom medicinska och arbetslivsinriktade insatser.

I denna rapport, som är den sjätte i det svenska projektet, redovisas vilka arbetslivsinriktade åtgärder som vidtogs i den svenska undersökningsgruppen som även omfattar sjukskrivna med nackbesvär. Rapporten inriktar sig på att beskriva förekomsten och omfattningen av arbetslivsinriktade åtgärder och när under sjukskrivningen dessa sattes in. Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär redovisades i Rygg och Nacke 3.