

Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser

– kvinnors hälsa och återgång i arbete

Förord

Denna rapport är den sjunde från en svensk undersökning vars syfte är att studera arbetsoförmåga på grund av rygg- och nackbesvär. Den svenska undersökningen ingår i ett internationellt projekt, *Work Incapacity and Reintegration*, som genomförs i Sverige, Danmark, Israel, Nederländerna, Tyskland och USA. Undersökningen genomförs i Sverige i samarbete med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid Göteborgs universitet samt försäkringskassorna i Göteborg och i Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län.

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

I Sverige är arbetsgivaren primärt ansvarig för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av sina anställda. Vilken betydelse arbetsgivarens insatser har för återgång i arbete har hittills studerats endast i liten utsträckning. Ett syfte med denna rapport är att kartlägga och beskriva hur arbetsgivarens insatser påverkar möjligheten för långtidssjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke att återgå i arbete. Studien avser även att kartlägga hur dessa kvinnor upplever sin hälsa och krav, påverkansmöjligheter och socialt stöd på arbetsplatsen.

Rapport 1 från projektet innehåller en beskrivning av såväl den svenska som den internationella studiens syfte, metod och genomförande samt en redovisning av den svenska undersökningsgruppens funktionsförmåga, hälsotillstånd, sjukhistorik, arbetsförhållanden m.m. vid studiens start. Använda mätinstrument redovisas i rapport 2. Rapport 3 och 6 innehåller en beskrivning av vilka medicinska respektive arbetslivsinriktade åtgärder som vidtagits i syfte att skapa förutsättningar för de sjukskrivna att återgå i arbete. Rapport 4 belyser bland annat regionala skillnader mellan de sjukskrivna och rapport 5 den psykosociala arbetsmiljöns betydelse för återgång i arbete.

Denna rapport är en omarbetad version av en magisteruppsats med samma titel i folkhälsovetenskap vid Centrum för folkhälsovetenskap, Linköpings universitet.

Stockholm i juni 2000
Edward Palmer
Chef för utredningsenheten

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Bakgrund	11
1.1 Besvär från rygg och nacke	11
1.1.1 Förekomst	11
1.1.2 Sjukskrivning och arbetsskador	11
1.1.3 Orsaker	12
1.1.4 Sammanfattning	13
1.2 Kvinnors hälsa	13
1.2.1 Könsparadoxen	13
1.2.2 Kvinnors arbete	14
1.2.3 Obetalt arbete	15
1.2.4 Sammanfattning	15
1.3 Sjukskrivning ur ett strukturellt perspektiv	16
1.3.1 Orsaker	16
1.3.2 Sjukskrivning och rehabilitering ur ett ekonomiskt perspektiv.....	16
1.3.3 Sammanfattning	17
1.4 Rehabilitering	18
1.4.1 Definition	18
1.4.2 Lagreglering	18
1.4.3 Former av arbetslivsinriktad rehabilitering	19
1.4.4 Sannolikheten för att få arbetslivsinriktad rehabilitering	19
1.4.5 Tidigare studier om arbetslivsinriktad rehabilitering	20
1.5 Sammanfattning	22
2 Syfte	23
3 Metod	24
3.1 Rygg och nacke-studie	24
3.1.1 Studiedesign	24
3.1.2 Datainsamling	24
3.1.3 Urval	25
3.1.4 Genomförande	25
3.1.5 Kohort och bortfall.....	25
3.2 Studiedesign för denna studie	26
3.2.1 Urval	26
3.2.2 Resultatmätt	26
3.2.3 Studiepopulation och bortfall	26
3.2.4 Mätinstrument	26
3.2.5 Intern bortfallsanalys	27

4	Resultat	28
4.1	Läsanvisning.....	28
4.2	Demografi och sjukskrivning.....	28
4.3	Sjukskrivning och symptom.....	29
4.4	Psykosocial arbetsmiljö	29
4.5	Upplevd hälsa	30
4.6	Kontakter, rehabiliteringsutredning och lämpliga arbets- uppgifter	34
4.6.1	Rehabiliteringsutredning och lämpliga arbetsuppgifter	35
4.7	Arbetsgivarens insatser	37
5	Diskussion	40
5.1	Metod	40
5.2	Resultat	40
5.2.1	Demografi och sjukskrivning.....	40
5.2.2	Psykosocial arbetsmiljö	42
5.2.3	Upplevd hälsa	43
5.2.4	Arbetsgivarens insatser	45
	Referenser	49
	 Bilaga A Kohorter och bortfall	55
	 Bilaga B Studiedesign, kohort, bortfall och utfall	56
	 Bilaga C Demografi och sjukskrivning	57

Sammanfattning

Bakgrund

Sedan 1992 är arbetsgivaren rehabiliteringsansvarig för arbetstagarna och arbetsplatsen är en av arenorna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivaren ska stå för kostnaderna för utredning och insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering. Tidig rehabilitering förordas. Hittills har få granskningar av arbetsgivarens insatser för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen genomförts.

Muskuloskeletal besvär från rygg och nacke drabbar många. Ofta drabbar besvär från rygg och nacke personer i arbetsför ålder, vilket kan leda till sjukskrivning och utslagning från arbetsmarknaden. Besvär från rygg och nacke är den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning och förtidspensionering i Sverige. Fler kvinnor än män har ont i ryggen eller nacken varje vecka.

Syfte

Studien syftar till att kartlägga och beskriva hur arbetsgivarens insatser påverkar möjligheten för långtidssjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke att återgå i arbete. Studien avser även att kartlägga hur dessa kvinnor skattar sin hälsa under sjukskrivning och i arbete. Ytterligare ett syfte är att belysa om graden av krav, kontroll och socialt stöd på arbetsplatsen har samband med återgång i arbete.

Material

Studiepopulationen med tillhörande data ingick i en studie kallad *Rygg och Nacke* vilken genomfördes av Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt försäkringskassorna i Göteborg och i Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län.

Materialet består av 607 kvinnor vilka var helt sjukskrivna för rygg och/eller nackbesvär. För att ingå i studien skulle kvinnorna vara sjukskrivna i minst 28 dagar samt ha en anställning. Dessutom skulle de vara mellan 18 och 59 år. Dessa inklusionskriterier var gemensamma för såväl denna studie som *Rygg och Nacke*.

Data insamlades från de försäkrade och försäkringskassor via ett urval försäkringskassområden. Försäkringskassorna i Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län samt försäkringskassan i Göteborg liksom dåvarande Region Söder vid försäkringskassan i Stockholms län ingick i studien. Urvalet representerar storstad, landsbygd samt olika befolkningssammansättningar.

Metod

Kvinnorna följdes ett år från första sjukskrivningsdagen för att studera deras friskskrivning. Kvinnorna besvarade flera enkäter under året som följde efter sjukskrivningens början. Utfallet som studerades var återgång i samma arbete inom ett år. Jämförelser gjordes sedan mellan kvinnor som återgått i arbete och kvinnor som inte (eller endast partiellt) återgått i arbete.

Resultat

Demografi och sjukskrivning

Av studiens 607 kvinnor hade 73 procent (444 kvinnor) återgått i arbete inom ett år i samma utsträckning som före sjukskrivningen.

Kvinnorna var en socialt utsatt grupp. De hade en lägre utbildningsnivå och en större andel av dem var invandrare än vad som är fallet i den övriga befolkningen. En stor andel av kvinnorna hade utöver sina besvär från rygg och/eller nacke ytterligare andra besvär eller sjukdomar.

Det fanns ett samband mellan hur länge sedan kvinnorna känt sina besvär för första gången och återgång i arbete. Ju kortare tid före sjukskrivningen kvinnorna hade känt sina besvär, desto större var sannolikheten att de återgick i arbete. Nära 60 procent av kvinnorna som inte återgick i arbete hade känt besvären för första gången längre än ett år innan det resulterade i den studerade sjukskrivningen.

De som hade återgått i arbete ett år efter att sjukskrivningen påbörjades var framför allt kvinnor under 35 år.

Självskattad hälsa

Kvinnorna bedömde sin hälsa vid flera tillfällen och med flera metoder. Den upplevda hälsan i studiepopulationen var sämre än i en normalbefolkning.

Redan en månad efter sjukskrivningens början skattade kvinnor som återgick i arbete inom ett år sin vitalitet och energi och sitt psykiska välbefinnande signifikant bättre än de kvinnor som inte återgick i arbete. Efter ett år hade hälsan förbättrats för samtliga kvinnor både avseende vitalitet/energi och psykiskt välbefinnande. Den största förbättringen av hälsan fanns hos kvinnorna som inte återgick i arbete. Skillnaden som fanns mellan grupperna i den tidigare mätningen fanns inte längre kvar efter ett år. Detta kan åtminstone delvis förklaras med att kvinnorna som inte återgick i arbete hade en större förbättringspotential än kvinnorna som återgick i arbete på grund av

sitt dåliga utgångsläge. Förbättringen av vitalitet, energi och psykiskt välbefinnande var dock tydligen inte ett tillräckligt villkor för deras återgång. Samtidigt besvarades en mer global fråga om hälsa: ”Hur anser du att din hälsa är i allmänhet?” Här fanns flagranta skillnader mellan grupperna. Fyrtio procent av kvinnorna som återgått i arbete uppgav att hälsan var god, mycket god eller utmärkt. Endast 17 procent av dem som inte återgått i arbete ansåg sig ha samma goda hälsa. Nära 30 procent av kvinnorna som inte återgick i arbete uppgav att de hade en dålig hälsa.

Psykosocial arbetsmiljö

Känslan av kontroll (påverkansmöjligheter eller beslutsutrymme och stimulans) och socialt stöd på arbetsplatsen var lika mellan grupperna. Kvinnor som återgick i arbete upplevde mindre krav på arbetsplatsen än kvinnor som inte återgick i arbete. Skillnaden var liten men signifikant. Variablerna krav, kontroll och socialt stöd i arbetet kan inte under dessa former användas som prediktorer för återgång i arbete. Kvinnors liv och erfarenheter utanför arbetet kan tänkas ha en stor betydelse för återgång i arbete.

Agerande under sjukskrivningen

Nio av tio kvinnor hade haft kontakt med arbetsplatsen under sjukskrivningen. Det hade ingen betydelse för återgången i arbete om arbetstagaren eller arbetsgivaren var initiativtagare till kontakten. En tredjedel av kvinnorna uppgav att arbetsgivaren tidigt varit mån om att hjälpa. Lika många uppgav att arbetsgivaren avvaktade utan att höra av sig, samt att arbetsgivaren verkade misstroende till att de verkligen var så sjuka som de var.

Arbetsgivaren tenderade i större utsträckning att vara initiativtagare till ett samarbete om rehabiliteringsutredning med kvinnorna som inte återgick i arbete.

Kvinnor som återgick i arbete uppgav i större grad att arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke. Drygt 40 procent av kvinnorna som inte återgick i arbete visste inte om arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären.

Arbetsgivarens insatser

Arbetsgivarens vanligaste rehabiliteringsinsats var arbetsträning som 25 procent av kvinnorna tog del av. Färre än tio procent av kvinnorna hade fått arbetshjälpmedel, förändrade arbetsuppgifter, omplacering eller förändrade

arbetstider. Dessa insatser var lika fördelade mellan kvinnor som återgick i arbete och kvinnor som fortfarande var sjukskrivna (partiellt eller helt).

Rimligtvis borde arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning öka möjligheterna till återgång i arbete. Så var dock inte fallet i denna studie; majoriteten av kvinnorna som deltog i arbetsträning återgick inte i arbete inom ett år. Arbetsträning i dess nuvarande form bör därför ifrågasättas och studeras.

Kontakt och förtroende mellan arbetstagare och arbetsgivare krävs för att en rehabiliteringsutredning och därpå följande insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering ska kunna realiseras. Saknas kontakt och förtroende mellan parterna har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen små chanser att bli framgångsrik. En förutsättning för goda resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering är att arbetstagaren är delaktig i såväl målsättning, planering och genomförande.

1 Bakgrund

1.1 Besvär från rygg och nacke

1.1.1 Förekomst

Besvär från rygg och nacke drabbar många. Livstidsincidensen (förekomst under en livstid) av besvär från ryggen är 80 procent i Sverige, och prevalensen (förekomst i en population i varje givet ögonblick) är nära 30 procent. Under 1990-talet har incidensen för ryggbesvär varit i stort sett oförändrad, medan incidensen av besvär från nacke och halsregion synbart har ökat (Bergendorff, Hansson et al. 1997).

Ofta drabbar besvär från rygg och nacke personer i arbetsför ålder, vilket kan leda till sjukskrivning och utslagning från arbetsmarknaden. Statistiska centralbyrån (SCB 1998) rapporterar att en stor andel av befolkningen har ont varje vecka i samband med arbete. Fler kvinnor än män har ont i ryggen eller nacken varje vecka.

Tabell 1.1 Prevalens av arbetsrelaterad smärta från rygg och nacke hos ett representativt urval av arbetande kvinnor och män i Sverige, redovisad i procent

Område på kroppen	Smärta minst en gång per vecka	
	Kvinnor	Män
Övre delen av ryggen eller nacken (%)	38	22
Nedre delen av ryggen (%)	26	22

1.1.2 Sjukskrivning och arbetsskador

Besvär från rygg och nacke är den vanligaste orsaken till *långtidssjukskrivning* och förtidspensionering i Sverige. Internationellt sett har Sverige en hög andel långtidssjukskrivna med ryggbesvär, vilket kan bottna i olika socialförsäkringssystem i olika länder. De olika socialförsäkringssystemen skiljer sig bland annat avseende reglerna om ersättning. En högre ersättning har visat sig kunna ha samband med högre sjukfrånvaro (Wadensjö 1985, Lindqvist 1989). Kanada, England och USA är exempel på länder som alla har en lägre andel sjukskrivna med ryggproblem (SBU 1991). I Sverige är besvär från rygg och nacke/skuldra den vanligaste orsaken till sjukskrivning i åldersgrupper över 30 år (Riksförsäkringsverket 1996a). En femtedel av alla långtidssjukskrivna (sjukskrivna mer än 60 dagar) har ryggdiagnoser (Riksförsäkringsverket 1995a).

År 1995 anmäldes 15 000 arbetsskador till Arbetarskyddsstyrelsen. Av dessa var 65 procent sjukdomar i det muskuloskeletala systemet och bindväven. Kvinnor anmäler generellt fler arbetsskador än män. Besvär från rygg och nacke/skuldra anmäls oftast som belastningssjukdom. Kvinnor anmäler även fler belastningssjukdomar i rygg och nacke/skuldra än män. Belastningssjukdomar medför ett stort antal sjukdagar: medelantalet år 1995 var 76 dagar för kvinnor och 81 dagar för män. Medianen var 25 dagar för bägge könen. Medeltalet är högt i förhållande till medianen, vilket indikerar att många återgår i arbete relativt snabbt, medan en mindre grupp är sjukskrivna under en mycket lång period (Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska centralbyrån 1997).

Tabell 1.2 Belastningssjukdomar anmälda som arbetsskador 1995. Fördelningen presenteras i procent

<i>Område på kroppen</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
Rygg (%)	25	19
Nacke och skuldra (%)	36	29

1.1.3 Orsaker

Besvär från rygg och nacke beror på många faktorer. Det finns ett stort antal epidemiologiska studier som belyser riskfaktorer i arbetsmiljön vilka kan medföra sjukskrivning med besvär från rygg och nacke (Helsing, Linton et al. 1994, Skov, Borg et al. 1996, Hemingway, Shipley et al. 1997, Barnekow-Bergkvist, Hedberg et al. 1998). Överbelastning såväl som underbelastning kan vara skadligt för det muskuloskeletala systemet (Spitzer och LeBlanc 1987, Nachemson 1991, Nisell och Vingård 1992). Exempel på riskfaktorer som kan leda till muskuloskeletala problem är monotona arbeten, repetitiva arbeten, ensidiga rörelser, olämpliga arbetsställningar, tunga lyft och vridningar. Exempel på olämpliga arbetsställningar är arbete med händerna i eller ovan axelhöjd eller arbete med armen utåtförd från kroppen. Sittande arbete som tangentbordsarbete eller monteringsarbete medför statisk belastning på nack- och skuldermuskulaturen (Hagberg 1996). Äldre personer är överrepresenterade bland sjukskrivna med besvär från rygg och nacke. Den demografiska sammansättningen med äldre arbetstagare kan komma att medföra en ökande problematik (Riksförsäkringsverket 1997).

Fysisk belastning i kombination med psykisk belastning ökar muskelspänningen till en nivå som är högre än de enskilda belastningarna tillsammans

(Lundberg 1995). Tidspress i arbetet kan medföra att arbetsställningar och rörelsemönster blir ogynnsamma. Stress kan också leda till muskelanspänningar och ökad muskeltonus (Theorell, Harms-Ringdahl et al. 1991). Arbetstagare med små påverkansmöjligheter och lite stimulans i arbetet och höga krav riktade mot sig har en större sannolikhet att utveckla stressrelaterad ohälsa (Karasek och Theorell 1990).

Ekberg och Wildhagen (Ekberg och Wildhagen 1996) fann att i en grupp nyinsjuknade blev personer som invandrat till Sverige långtidssjukskrivna i större grad än infödda svenskar. Det var också en större andel kvinnor bland dem som var långtidssjukskrivna. Arbetstagare som befann sig i en fysiskt mer krävande miljö hade en längre sjukskrivningsperiod än de som hade en fysiskt bättre arbetsmiljö.

1.1.4 Sammanfattning

Besvär från rygg och nacke är ett stort problem i vårt samhälle. De orsakar stora personliga lidanden och medför påtagliga ekonomiska belastningar för samhället i form av produktionsbortfall och långa sjukskrivningar samt förtidspensioneringar. En viktig orsak till att problemen uppstår är arbetets begränsningar avseende uppgifter och miljö.

1.2 Kvinnors hälsa

1.2.1 Könsparadoxen

I Sverige är medellivslängden fem år längre för kvinnor än för män (Socialstyrelsen 1997). Kvinnor upplever sig dock ha sämre hälsa, rapporterar fler sjukdomssymptom samt konsumerar mer mediciner och sjukvård än män.

Kvinnor har också ett högre ohälsotal än män (Söderberg och Regio 1998). Det faktum att kvinnor lever längre än män, men att de genom livet har sämre hälsa kallas könsparadoxen. En förklaring till denna paradox är att sjukdomsmönstren hos könen är olika. Kvinnors sjukdomsmönster kännetecknas av till exempel muskuloskeletal besvär, som inte förkortar livslängden. Män har en högre dödlighet än kvinnor i hjärt- och kärlsjukdomar och våld, vilket förkortar medellivslängden (Socialstyrelsen 1997, Kristenson, Wilhelm et al. 1998).

Sjukskrivningsfrekvensen är ojämnt fördelad, yngre kvinnor och kvinnor över 55 år är mer sjukskrivna än övriga kvinnor. Hälsobelastningen verkar vara ojämnt fördelad över livscykeln (Vang 1998). Söderberg och Regio (Söderberg och Regio 1998) fann att kvinnor i åldersgruppen 25–34 år är

långtidssjukskrivna i lika stor utsträckning som kvinnor och män i åldersgruppen 55–65 år.

Kvinnor som är sjukskrivna har i större utsträckning än andra kvinnor en eller fler riskfaktorer. Kvinnors riskfaktorer är bland annat att vara ensamstående, låg utbildning, att arbeta inom service- eller tillverkningsyrken samt att ha sjukdomar i det muskuloskeletala systemet (Söderberg och Regio 1998).

1.2.2 Kvinnors arbete

Arbetet har en stor betydelse för uppkomst av besvär från rygg och nacke. Många kvinnor upplever arbetet och arbetsplatsen som ett centralt och betydelsefullt medel för att uppnå centrala behov relaterade till hälsa (Kristenson, Wilhelm et al. 1998).

Kvinnors roll i samhället har förändrats radikalt sedan världskrigen. Kvinnorna började förvärvsarbeta i samband med världskrigen då männen deltog i strid, och kvinnorna skötte industrierna på hemorten. Sedan dess har antalet förvärvsarbetande kvinnor tredubblats. Antalet förvärvsarbetande män är sedan denna tid i stort sett oförändrad (Strindlund 1990). År 1995 var 80 procent av kvinnorna i Sverige på arbetsmarknaden, vilket kan jämföras med 85 procent av männen (SCB 1996). Av alla kvinnor i världen arbetar svenska kvinnor i störst utsträckning utanför hemmet (Svenning 1998).

Idag finns inga yrken som är reserverade för enbart kvinnor eller män. Oavsett kön har man rätt att förvärva vilket yrke som helst. På så sätt kan man säga att arbetsmarknaden i Sverige i dag är könsneutral. Detta gäller dock mer i teorin än i praktiken. I verkligheten är arbetsmarknaden kluven både ”på tvären och på höjden”. Många yrken är så kallade kvinnoyrken där merparten av arbetstagarna är kvinnor. Andra yrken är mansdominerade och där är flertalet arbetstagare följaktligen män. ”På höjden” är hierarkin delad så att män oftare än kvinnor befinner sig på högre positioner. Dessutom befinner sig män oftare än kvinnor i en högre position även om yrket är kvinnodominerat. Som ett exempel på arbetsmarknadens könssegregering kan nämnas att 72 procent av kvinnorna arbetar inom offentlig sektor, främst med barn- och äldreomsorg och inom hälso- och sjukvården. Männen befinner sig inom den privata sektorn. Endast 28 procent av männen arbetar inom den offentliga sektorn.

De yrken som kvinnor befinner sig i är i princip alltid lägst värderade (Forsberg 1995). Karasek och Theorell (Karasek och Theorell 1990) fann att kvinnor i mycket större utsträckning än män arbetar inom arbeten som ställer

stora krav och ge lite kontroll (påverkansmöjligheter eller beslutsutrymme och stimulans). Genom historien har man sett att de yrken som tidigare varit kvinnodominerade har fått ett högre anseende när de tagits över av män. Kvinnor är i högre grad än män överkvalificerade för sina arbetsuppgifter. Kvinnor har också mindre inflytande över arbetets innehåll och utformning än män (Forsberg 1995). Inom arbetsmarknadens samtliga sektorer har kvinnor generellt sett haft lägre lön än män. I Sverige uppgår kvinnornas inkomst till 69 procent av männens (SCB 1996).

De kvinnor som arbetar i ett mansdominerat yrke möter ofta en fysisk miljö som är konstruerad för män. Kvinnorna får därmed ökad risk att utveckla arbetsskador. I de arbeten som är monotona och osjälvständiga är kvinnor överrepresenterade (Strindlund 1990).

1.2.3 Obetalt arbete

Kvinnor arbetar i högre grad än män med obetalt arbete såsom hushållsarbete. Statistiska centralbyrån (SCB 1996) visar att för sammanboende par med barn upp till sex år, lägger kvinnan 50 timmar i veckan i genomsnitt på obetalt arbete, medan mannen använder 25 timmar i veckan för obetalt arbete. När barnen blir äldre minskar arbetsbelastningen av obetalt arbete för båda könen. Mest minskar den obetalda arbetstiden för kvinnan, men hon arbetar fortfarande mer än mannen. Sammanboende par som inte har barn använder mindre tid för obetalt arbete. I dessa hushåll arbetar kvinnan 25 timmar och mannen 20 timmar i veckan med obetalt arbete. Larmén (Larmén 1992) drar följande slutsats om vad som hänt sedan kvinnorna kom in på arbetsmarknaden:

Det som hänt är snarare att kvinnor, förutom den traditionella kvinnorollen, även axlat männens traditionella försörjarroll. Däremot har männen inte i motsvarande utsträckning tagit över kvinnornas traditionella arbetsuppgifter.

1.2.4 Sammanfattning

Kvinnor har generellt en sämre hälsa än män. De har även i större utsträckning besvär från rygg och nacke. Kvinnor befinner sig sedan efterkrigstiden i stor grad på arbetsmarknaden. I sina arbeten är de ofta underställda män och har lägre status och lön samt mindre påverkansmöjligheter än män. Utöver det betalda arbetet utför kvinnor även mer obetalt arbete i hemmen än män.

1.3 Sjukskrivning ur ett strukturellt perspektiv

1.3.1 Orsaker

Utöver de faktorer som tidigare presenterats som bidragande till besvär i rygg och nacke kan också strukturella orsaker finnas. De förändringar som den svenska arbetsmarknaden genomgått under 1990-talet kan vara bakomliggande orsaker. Lågkonjunktur, rationaliseringar, personalminskningar, ett ökat krav på utbildning, färre permanenta anställningar och ett ökat användande av informationsteknik skapar nya förhållanden i arbetet som hittills har studerats i relativ måttlig omfattning (Bergendorff, Hansson et al. 1997).

Marklund (Marklund 1995) beskriver hur man kan analysera sjukfrånvaro utifrån de så kallade attraktions- och utstöttningsmodellerna. Attraktionsmodellen förklarar den omfattande sjukfrånvaron och förtidspensioneringen med att samhällets skyddsnet i form av socialförsäkring och generös ersättning möjliggör för arbetstagare att ha råd med sjukfrånvaro. Expertgruppen i offentlig ekonomi visar att ersättningen vid förtidspensionering i många fall ger en inkomstskillnad som är högst tio procent jämfört med förvärvsarbete. Äldre, kvinnor, deltidsarbetande och individer med låg lön har en ökad risk att förtidspensioneras. För dessa grupper uppges ersättningsnivån många gånger vara nära 100 procent (Eklind 1997).

Utsöttningsmodellen förklarar sjukfrånvaron och förtidspensioneringen med faktorer i arbetet. Arbetet kan vara tungt, och arbetsmiljön negativ, samtidigt som kraven ökar på arbetstagarna. Detta kan leda till ohälsa, med påföljande sjukskrivning och förtidspensionering (Marklund 1995).

Synen på vad som är sjukdom har också vidgats. Lindqvist (Lindqvist 1989) och Wadensjö (Wadensjö 1985) har påvisat att ändringar i lagstiftningen och ersättningsnivå påverkar sjukfrånvaron och förtidspensioneringen. Här finns också hypoteser om stämplingseffekter, där respektive aktör, till exempel sjukvårdspersonal eller administratör, runt den sjukskrivne bidrar till sjukskrivning och förtidspensionering genom sina egenintressen av att befästa och expandera sina verksamheter.

1.3.2 Sjukskrivning och rehabilitering ur ett ekonomiskt perspektiv

I Sverige, liksom i många andra länder, har kostnader i samband med ryggbesvär och nedsatt arbetsförmåga ökat under ett flertal år (SOU 1996:113). Kostnaderna för långtidssjukskrivning är stora. En analys av ryggkostnader i Sverige har genomförts av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket (Riksför-

säkringsverket 1996, Socialstyrelsen 1996). Riksförsäkringsverket approximerar den totala samhällskostnaden för besvär i rygg till 30 miljarder svenska kronor i 1991 års penningvärde.

Under 1997 var de totala kostnaderna för sjukskrivning, rehabiliteringsersättning, förtidspension och arbetsskador ca 57 miljarder kronor. En tredjedel av dessa kostnader relaterar till besvär från rygg eller nacke.

Aronsson och Malmquist (Aronsson och Malmquist 1996) betecknar rehabilitering som en investering. För att investeringen ska vara lönsam måste intäkterna överstiga kostnaderna. Vid rehabilitering består intäkterna av de framtida kostnader som uteblir. Författarna karaktäriserar rehabiliteringen som återskapande av kompetens.

Expertgruppen i offentlig ekonomi (ESO) hävdar att tydligare ekonomiska drivkrafter krävs för att stimulera till rehabiliteringsinsatser. ESO-gruppen menar att detta gäller både arbetstagare och arbetsgivare. Gruppen hänvisar till studier där det står klart att det på samhällsnivå är lönsamt att genomföra rehabilitering. Däremot uppges de ekonomiska drivkrafterna vara små på företags- och verksamhetsnivå. För att rehabilitering på företags- och verksamhetsnivå ska bli lönsam måste insatserna sättas in på ett mycket tidigt stadium (Eklind 1997). Svenning (Svenning 1998) menar dock att det finns starka skäl för företagen och arbetsgivarna att hålla sjukfrånvaron så låg som möjligt. Företagen bör sträva efter en låg personalomsättning och en hög närvaro för att öka förutsättningarna för hög produktivitet och lönsamhet.

I granskning av senare års samverkansprojekt mellan arbetstagare, försäkringskassa, arbetsgivare och behandlingsinstanser konstateras att aktörernas kostnadsmedvetenhet ökar vid samverkan. Samverkan i projekt medför strikta redovisningskrav avseende kostnader för rehabilitering och dess resultat, vilket utmanar aktörerna att vara kostnadsmedvetna. Överblicken över enskilda och gemensamma utgifter mellan aktörerna förbättras. Detta leder ofta till en diskussion om förutsättningar att minimera gemensamma kostnader och bättre utnyttja resurserna. Det finns också anledning att diskutera fördelningen av aktörernas resurser (SOU 1996:85).

1.3.3 Sammanfattning

Ekonomiska förutsättningar och möjligheter för rehabilitering påverkar i stor grad sjukskrivningsfrekvenser och längden av sjukskrivningar. Generös ersättning tycks leda till fler och längre sjukskrivningar, samtidigt som det skulle kunna medföra en bra förutsättning för rehabilitering.

1.4 Rehabilitering

1.4.1 Definition

Rehabilitering beskrivs i *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104) som ett begrepp som har olika definition beroende på av vem och var rehabiliteringen utförs. Att rehabiliteringsaktörerna definierar centrala begrepp olika är ett problem för rehabiliteringens syfte och verksamhet. Rehabilitering kan vara av medicinsk, social eller arbetsinriktad karaktär.

Den medicinska rehabiliteringen ansvarar oftast landstingen för. Här återställs eller förbättras grundläggande funktioner. Den sociala rehabiliteringen är vanligen kommunens socialtjänst ansvarig för. Information, rådgivning och bistånd i personliga angelägenheter är vanliga insatser inom den sociala rehabiliteringen. De åtgärder som arbetsgivare i samarbete med försäkringskassan ansvarar för kallas arbetslivsinriktad rehabilitering (SOU 1998:104).

Lidwall och Marklund (Lidwall och Marklund 1997) definierar arbetslivsinriktad rehabilitering som:

Åtgärder som syftar till att öka sjuka eller handikappade individers möjligheter till förvärsarbete. Åtgärderna kan avse anställda, tidigare anställda och personer som inte förvärsarbetat.

Lidwall och Marklunds definition av begreppet begränsar sig inte till några aktörer, vilket SOU-rapportens beskrivning av begreppet gör. Att begränsa aktörerna till arbetsgivare och försäkringskassan medför att enbart personer som har ett arbete kommer att erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering. Lidwalls och Marklunds definition är så sett mer omfattande.

1.4.2 Lagreglering

Sedan 1 januari 1992 är det arbetsgivarens ansvar att ta reda på om någon arbetstagare är i behov av rehabilitering. Ansvaret inträder efter 28 dagar. Arbetsgivaren ska, om det inte framstår som obehövt, göra en rehabiliteringsutredning i samråd med arbetstagaren. I de fall arbetstagaren förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren ansvarar arbetsgivaren för de rehabiliteringsinsatser och kompenserande insatser som krävs för att arbetstagaren ska kunna återgå till arbetet. Det är arbetsgivaren som står för kostnaderna för utredningen och insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering (SOU 1998:104). Tidig rehabilitering förordas i *Tidig och samordnad rehabilitering* (SOU 1988:41) och i *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104).

1.4.3 Former av arbetslivsinriktad rehabilitering

De insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering som kan vara aktuella är anskaffning av tekniska hjälpmedel och arbetsredskap. Andra insatser kan vara förändringar i den fysiska miljön och i arbetsorganisationen eller ändrade arbetsuppgifter. Därtill kan förändringar avseende arbetsmetoder, arbetsfördelning, psykosocial miljö samt arbetstider göras. Utöver detta kan arbets träning, arbetsprövning och personella stödinsatser göras. I första hand ska detta ske på arbetsplatsen. När samtliga möjligheter hos arbetsgivaren är uttömda kan andra alternativ prövas. Arbetsgivaren ska i dessa fall medverka till att finna verksamheter utanför arbetsplatsen där arbetsträning och rehabilitering kan ske. När arbetstagaren deltar i rehabilitering utanför arbetsplatsen ska arbetsgivaren bevilja arbetstagaren tjänstledigt.

I rapporten *Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie* (Riksförsäkringsverket 1999a) framgår att arbetsgivare under 1996 satsade över 1,6 miljarder kronor på rehabiliteringsinsatser. Av summan satsades 46 procent på förebyggande åtgärder, 22 procent på anpassningar på arbetsplatsen, 17 procent på utredning av rehabiliteringsbehov och 15 procent utbildning på arbetsplatsen. Detta kan jämföras med försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster 1992/1993 (Riksförsäkringsverket 1999b) för muskuloskeletal sjukdomar. Försäkringskassan köpte utbildning för 43 procent av köpesumman, träning på egen och annan arbetsplats för 24 procent och utredning för 12 procent. Mindre andelar (17 procent respektive 12 procent) spenderas på rehabiliteringsutredningar.

1.4.4 Sannolikheten för att få arbetslivsinriktad rehabilitering

Riksförsäkringsverket (Riksförsäkringsverket 1997) har studerat sannolikheten för att arbetstagare ska erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering vid kontakt med försäkringskassan. Den sjukskrivna individens eget rehabiliteringsförslag är en av de allra viktigaste orsakerna till att man genomgår en arbetslivsinriktad rehabilitering. Att lämna egna förslag på rehabilitering lönar sig bäst för män. En möjlig orsak till detta skulle kunna vara att kvinnorna i större utsträckning än männen har yrken som klassificeras som okvalificerade. Män får fler utbildningsåtgärder än kvinnor. Tidigare var skillnaden mellan könen större, och männen fick i ännu högre grad utbildningsinsatser än kvinnorna. Sannolikheten för att män ska få arbetslivsinriktad rehabilitering ökar när den regionala arbetslösheten ökar. En ökning av den regionala arbetslösheten med en procentenhet ger 50 procent större sannolikhet att få tidiga åtgärder. För långtidssjukskrivna kvinnor ökar risken för förtidspensionering när den lokala arbetslösheten ökar (Riksförsäkringsverket 1995b).

Jensen (Jensen 1998) rapporterar att det är en högre andel tjänstmän som genomgår rehabilitering för besvär från ryggkotpelaren, även om det de facto är arbetarna som i störst utsträckning har besvär från ryggkotpelaren.

Möjligheten att få arbetslivsinriktad rehabilitering är lika stor för svenska män och män med utländskt medborgarskap. Däremot är det tio procent svårare för utländska kvinnor än för svenska kvinnor att få rehabilitering i ett tidigt skede (Riksförsäkringsverket 1997).

Enligt Riksförsäkringsverket (Riksförsäkringsverket 1997) minskar skillnaderna mellan män och kvinnor avseende arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta kan bero på att kvinnornas rehabiliteringsbehov nu uppmärksammas i en högre grad än tidigare. Det kan dock inte uteslutas att den ökade jämlikheten beror på att männen tidigare selekterades mer effektivt till arbetslivsinriktade rehabilitering och att de kanske även fick mer adekvat rehabilitering och att männen nu förlorat detta. En ökad jämlikhet behöver följaktligen inte vara entydigt positiv.

1.4.5 Tidigare studier om arbetslivsinriktad rehabilitering

I litteraturen finns många exempel på studier som undersökt olika behandlingsformer av rygg- och nackbesvär. Mängden studier har föranlett översiktsartiklar som tar ett brett grepp över behandlingsformerna. Dessa studier har inte kunnat visa respektive behandlingsmetods enskilda betydelse för återgång i arbetet (Bergendorff, Hansson et al. 1997).

I Sverige arbetar de olika aktörerna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen starkt sektoriserat och de olika sektorerna bär sina egna kostnader (Lindqvist 1997). Under senare år har emellertid samverkansbehov påvisats (SOU 1996:34, SOU 1996:85, SOU 1996:113). Det har också lett till många lokala samverkansprojekt. Samverkansprojekt mellan arbetstagare, försäkringskassa, arbetsgivare och behandlingsinstanser har studerats avseende såväl resultat som process. Här påpekas vikten av en gemensam arena för att möjliggöra samverkan. Den gemensamma arenan måste inte nödvändigtvis vara en lokal även om det kraftigt underlättar samarbetet.

Andra framgångsfaktorer för samverkansprojekt är att aktörerna har en helhetssyn och ett processtänkande. Dessutom framhävs vikten av individuell rehabilitering med delaktiga försäkringstagare, där man söker mobilisera individens egna resurser och deras sociala nätverk (SOU 1996:85). Granskningen av samverkansprojekten belyser inte aktörernas enskilda insatser.

Kunskaper om hur man snabbt återfår arbetsförmåga efter ryggbesvär är bristfälliga såväl i Sverige som internationellt. Det förefaller vara av betydelse att rehabiliteringsarbetet startar så snart som möjligt efter att besvär har uppstått (Almqvist 1991, Svenning 1998). Ju längre tid individen är sjukskriven, desto svårare är det att komma tillbaka i arbete. Svenning (Svenning 1998) beskriver utslagningsprocessen som en process som individen genomgår på sin väg mot långtidssjukskrivning och eventuell utslagning från arbetslivet. Ekman och Krafft (Ekman och Krafft 1990) myntade begreppet rehabiliteringspotential. Erfarenheten är att möjligheten att uppnå ett positivt resultat av rehabiliteringen är störst om insatserna sätts in tidigt. Över tid minskar rehabiliteringspotentialen markant. Ju senare de rehabiliterande åtgärderna sätts in, desto mindre är sannolikheten för ett gott resultat. Individens totala situation bör beaktas när rehabiliteringen planeras, liksom arbetsplatsen och arbetsmiljön. Ekberg och Linton (Ekberg och Linton 1994) anser dock att det genomförts för få studier för att man ska kunna dra den generella slutsatsen att det alltid är bra med tidig rehabilitering.

I en norsk studie visar Tellnes (Tellnes 1992) att 29 procent av de som var sjukskrivna på grund av muskuloskeletal besvär ansåg att besvären skulle ha kunnat förebyggas. Femton procent ansåg att en anpassad arbetsmiljö skulle kunna medföra att de fortfarande skulle kunna arbeta.

Jensen (Jensen 1998) fann att de personer som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering ofta får flera insatser parallellt. Till exempel förekommer det att en person får arbetshjälpmiddel och nya arbetsuppgifter samtidigt som arbetstiderna ändras. Detta medför en överlappning på 20–80 procent.

Ulla-Carin Hedin (Hedin 1994) fann i sin avhandling, *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom*, att den närmaste arbetsledarens stöd är viktigt för att arbetstagaren ska återgå till arbetet. Högt överordnade chefer har ett stort inflytande över hur stödprocessen på arbetsplatsen utvecklas. I de fall processen uppmuntras av chefen ökar sannolikheten att arbetstagaren får stöd att återgå till arbetet.

Få har studerat vilken betydelse av arbetsgivarens insatser har för arbetstagarens möjlighet att återgå till arbete efter sjukskrivning. I Sverige har Edlund, Ek Kahnlund och Dahlgren (Edlund, Ek Kahnlund et al. 1996) studerat detta perspektiv specifikt. Författarna beskriver och analyserar olika arbetsgivar typer. Arbetsgivar typens betydelse för ett kvarvarande i sjukskrivning diskuteras. Däremot analyseras inte arbetstagarnas möjlighet till återgång i arbete beroende på vilken typ av arbetsgivare de har.

1.5 Sammanfattning

Besvär från ryggen drabbar fyra av fem personer i Sverige någon gång under livet och andelen med besvär från nacke ökar. Främst drabbas den arbetsföra befolkningen. Kvinnor har i större grad än män besvär från rygg och nacke. Kostnaderna för dessa besvär är höga, mycket beroende på bortfall av potentiell produktion. Sedan 1992 är arbetsgivaren rehabiliteringsansvarig och arbetsplatsen bör vara den primära arenan för rehabiliteringen. Definitionerna av arbetslivsinriktad rehabilitering skiftar avseende aktörerna.

Arbetsgivaren kan bland annat erbjuda tekniska hjälpmedel och förändra arbetsuppgifterna. Att ha egna förslag angående rehabiliteringen har betydelse för att man ska få genomgå rehabilitering. De som får arbetslivsinriktad rehabilitering får ofta flera insatser parallellt. Med anledning av att arbetsgivaren utsetts till aktör för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör insatserna från arbetsgivaren ha en positiv inverkan på återgång i arbete. Trots att arbetsgivaren är ansvarig för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har ingen granskning av arbetsgivarens enskilda betydelse för arbetstagarens återgång i arbete gjorts. Detta bör därför studeras närmare.

2 Syfte

Studien syftar till att kartlägga och beskriva hur arbetsgivarens insatser påverkar möjligheten för långtidssjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke att återgå i arbete. Den avser även att kartlägga hur långtidssjukskrivna kvinnor med rygg- och nackbesvär upplever sin hälsa under sjukskrivning och i arbete. Vidare syftar studien till att belysa om graden av krav, kontroll (påverkansmöjligheter och stimulans) och socialt stöd på arbetsplatsen har samband med återgång i arbete.

De hypoteser som testas är följande:

- Sannolikheten för återgång i arbete för kvinnor sjukskrivna för besvär i rygg och nacke ökar om arbetsgivaren gör insatser.
- Kvinnor som återgått i arbete efter sjukskrivning skattar sin hälsa högre än kvinnor som fortsätter vara sjukskrivna.
- Kvinnor som återgått i arbete skattar sin arbetssituation före sjukskrivningen avseende krav, kontroll och socialt stöd på ett mer positivt sätt än kvinnor som fortsätter vara sjukskrivna.

3 Metod

Materialet i denna studie är hämtat ur en svensk studie som ingår i ett internationellt projekt om arbetsförmåga och återgång i arbete, *Work Incapacity and Reintegration*. Med anledning av att denna studie bygger på den svenska studien presenteras först dess bakgrund, design och genomförande kort. För mera ingående information om dess innehåll hänvisas till rapporten *Projektbeskrivning och undersökningsgrupp, Rygg och Nacke 1* (Bergendorff, Hansson et al. 1997). Därefter presenteras design och genomförande av denna studie.

3.1 Rygg och nacke-studie

Den svenska studien *Arbetsförmåga, rehabilitering och återgång i arbete* kom sedermera att kallas *Rygg och nacke-studien*. Bakgrunden till studien är de ökade kostnaderna för sjukersättningar. Kostnaderna för sjukskrivning bärs internationellt sett oftast av de myndigheter som administrerar socialförsäkringar. Eftersom kostnaderna har ökat i Sverige såväl som i många andra länder har administrationerna av sjukförsäkringsfrågor ett gemensamt intresse; de önskar sänka kostnaderna för sjukersättningar. Rådgivande kommittén för forskning och socialförsäkring vid the International Social Security Association (ISSA) väckte förslag om att en internationell studie skulle genomföras. Studiens syfte var att undersöka arbetsförmåga och återgång i arbete vid sjukskrivning grundat på ryggbesvär. År 1993 beslutade sig socialförsäkringsadministrationerna i Danmark, Israel, Nederländerna, Sverige, Tyskland och USA för att genomföra en sådan studie.

3.1.1 Studiedesign

Projektet *Work Incapacity and Reintegration* avsåg att möjliggöra en jämförelse mellan de deltagande länderna. Studien var framåtblickande (prospektiv) och designad av länderna gemensamt, både avseende innehåll och genomförande. Internationellt beprövade mätinstrument användes. I den internationella studien studerades endast personer med ryggproblem. De deltagande länderna kunde dock lägga till andra frågeställningar utöver den gemensamma kärnan och i den svenska studien studerades också besvär relaterade till nacke.

3.1.2 Datainsamling

Den svenska studien genomfördes av Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset och fem försäkringskassor. Data insamlades från de försäkrade och försäkringskassan via ett urval försäkringskasseområden. Datainsamlingen från försäkrade skedde via skriftlig enkät vid fyra tillfällen

efter sjukskrivningens början. Data insamlades efter 28 respektive 90 dagar samt efter ett respektive två år efter sjukskrivningens början.

Försäkringskassan samlade in data efter att sjukskrivningen hade avslutats. Dessutom samlades data om hela perioden in retrospektivt för att belysa vilka förhållanden som rådde för respektive försäkrade. Informationen från försäkringskassan hade funktionen som komplement och referens gentemot de försäkrades besvarade enkäter.

I studien ingår representanter för storstad, landsbygd samt olika befolkningsammansättningar. Representanterna blev försäkringskassorna i Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län samt försäkringskassan i Göteborg. Dåvarande Region Söder vid försäkringskassan i Stockholms län ingick också.

3.1.3 Urval

Materialet består av försäkrade mellan 18 och 59 år med en anställning som varit sjukskrivna på heltid i minst 28 dagar i följd (inklusive sjuklöneperioden bestående av 14 dagar). Personerna ska ha haft besvär från ländrygg och/eller nacke (halsregionen) som första diagnos. De som var arbetslösa eller egenföretagare uteslöts. Personer vars ryggbesvär hade samband med graviditet, fraktur, tumör, infektion eller någon känd generell ledsjukdom ingick inte heller i studien.

3.1.4 Genomförande

Försäkringskassorna i de utvalda områdena valde fortlöpande ut alla försäkrade som uppfyllde undersökningens kriterier. Studiepopulationen bildade en kohort eller undersökningsgrupp som följdes under två år. Kohorten var sluten och insamlingen av försäkrade skedde mellan november 1994 och oktober 1995. Enda möjligheten att gå ur kohorten under studiens gång var genom bortgång eller emigration.

3.1.5 Kohort och bortfall

Till studien rekryterades 2 001 individer. Av dessa avböjde 179 personer (nio procent) aktivt att delta. Studiepopulationen omfattar således 1 822 personer. I samband med varje enkät uppstod ett bortfall. Två skriftliga påminnelser och en telefonpåminnelse gjordes vid varje enkätomgång för att öka svarsfrekvensen. Enkäten som sändes ut två år efter sjukskrivningens början har besvarats i lägst grad. Enkäten besvarades av 887 personer (49 procent). Det successiva bortfallet under undersökningens gång beskrivs i bilaga A.

3.2 Studiedesign för denna studie

3.2.1 Urval

För att möjliggöra denna studie i linje med de syften som presenterats genomfördes ett urval bland de försäkrade som ingick i Rygg- och nacke-studien. Inklusionskriterierna var att den försäkrade var en kvinna som besvarat 28-dagarsenkäten och 90-dagarsenkäten och hade ett arbete att återgå till enligt svaret på 90-dagarsenkäten. Urvalet av kohorten redovisas närmare i bilaga A.

3.2.2 Resultatmått

Kvinnorna studerades avseende utfallen återgång i arbete, respektive ej återgång i arbete, ett år efter sjukskrivningens början. Med återgång avses återgång i arbete i samma utsträckning som före sjukskrivningen. Endast återgång i arbete hos den rehabiliteringsansvarige arbetsgivaren studerades. Denna avgränsning var nödvändig för att möjliggöra en studie av arbetsgivarens lagstadgade rehabiliteringsinsatser.

3.2.3 Studiepopulation och bortfall

Studiepopulationen bestod av 607 kvinnor. Av dessa hade 73 procent (444 kvinnor) återgått i arbete vid 1-årsenkäten. Det finns ett bortfall på 16 procent mellan 90-dagarsenkäten och enkäten som besvarades ett år efter att sjukskrivningen inleddes. Studiepopulationen och bortfallet åskådliggörs i bilaga B.

3.2.4 Mätinstrument

Nedan presenteras de väsentligaste instrument som användes i denna studie. De variabler som inte presenteras här kan studeras närmare i sammanställningen av *Enkäter till undersökningsgruppen och försäkringskassan, Rygg och Nacke 2* (Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1997).

Psykosocial arbetsmiljö och hälsa

Karaseks och Theorells modell (Karasek och Theorell 1990) för psykosocial arbetsmiljö har tre dimensioner: krav, kontroll (bestående av påverkansmöjligheter och stimulans) och socialt stöd. Var och en av dimensionerna mäts med ett antal frågor om arbetsförhållanden. Hälsa har större sannolikhet att utvecklas om kraven är höga samtidigt som den egna kontrollen är stor.

Sådana arbeten kallas aktiva jobb (active jobs). Denna typ av psykosociala arbetsmiljö har goda förutsättningar att generera hälsa. Om förhållandet däremot är höga krav och små påverkansmöjligheter och lite stimulans medför det en risk för stress och ohälsa. Arbeten som ställer höga krav och erbjuder endast små möjligheter till kontroll kallas spända (high-strain-jobs). Socialt stöd på arbetsplatsen är en ytterligare dimension som påverkar hälsan. Ett stort socialt stöd fungerar som buffert för stress, liksom det ökar känslan av egen identitet, sammanhållning och känsla av kollektivet. Ett litet socialt stöd ger inte i samma utsträckning dessa fördelar.

Hälsa och mätinstrumentet SF-36

Hälsa definieras på olika sätt, varav Nordenfelts (Nordenfelt 1991) stämmer väl överens med instrumentet SF-36. Nordenfelt menar att man har hälsa om man kan uppnå sina vitala mål, vilket är en subjektiv hälsodefinition. Nordenfelt kan jämföras med WHO:s (WHO 1999) definition om att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt och psykiskt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. SF-36 är ett instrument som mäter den självskattade hälsan inom åtta dimensioner.

I studien *Rygg och nacke* har två dimensioner i instrumentet SF-36 utnyttjats; psykiskt välbefinnande och vitalitet/energi. Instrumentets validitet för patienter med ryggbesvär har studerats (Garrat, Ruta et al. 1994; Ruta, Abdalla et al. 1994; Bowling 1997) och dess mätresultat har visat sig överensstämma väl med resultat av kliniska mätningar av hälsa. Resultaten presenteras i en skala som löper mellan 0 och 100.

3.2.5 Intern bortfallsanalys

Bortfallet av svar på enskilda frågor varierar mellan 0 procent och 19 procent. Åttio procent av variablerna har mindre än fem procent internt bortfall. De frågor som har det största bortfallet är frågorna om arbetsgivarens agerande under sjukskrivning. Det finns också tendenser till att frågor som relaterar till tidigare händelser har ett större internt bortfall.

4 Resultat

4.1 Läsanvisning

Nedan beskrivs studiepopulationen som helhet samt uppdelat på kvinnor som återgått i samma arbete inom ett år efter sjukskrivningens första dag respektive kvinnor som inte återgått i arbete under denna tid. Samtliga värden som presenteras i resultatet är avrundade till närmaste heltal. På grund av internt bortfall kan inte siffrorna som anger procent alltid summeras till 100 i tabellerna.

När gruppernas resultat presenteras inom parentes representerar det första värdet gruppen kvinnor som återgått i arbete inom ett år. Det andra värdet i parentesen representerar gruppen kvinnor som inte återgått i arbete inom ett år. Till exempel: Genomsnittsåldern är 44 år (43 år, 45 år). Således är genomsnittsåldern för samtliga kvinnor i studien 44 år. Kvinnorna som återgått i arbete är 43 år i genomsnitt, medan genomsnittsåldern för kvinnor som ej återgått i samma arbete är 45 år.

Resultaten beskriver först demografin för att ge en bild av gruppen som helhet, såväl som grupperna med kvinnor som återgått, respektive ej återgått i arbete inom ett år. Bland annat redovisas längden av sjukskrivning, ålder, branschtillhörighet, utbildning, boendeformer och stress i arbete utifrån Karasek och Theorells variabler (Karasek och Theorell 1990). Därefter presenteras resultaten avseende hälsa. Efter detta presenteras arbetsgivares och arbetstagares agerande under sjukskrivningen, bland annat avseende rehabiliteringsutredningar. Avslutningsvis redovisas arbetsgivarens insatser av rehabilitering av arbetslivsinriktad natur.

4.2 Demografi och sjukskrivning

Materialet består av 607 kvinnor. Av dessa hade 73 procent (444 kvinnor) återgått i samma arbete vid 1-årsenkäten. Åldersspridningen var 20–59 år. Som framgår av tabell 1 i bilaga C var skillnaden i genomsnittsålder signifikant mellan de som återgått respektive ej återgått i arbete. Det var en större andel yngre kvinnor (20–34 år) bland de som återgått till arbete. Bland kvinnor som ej återgått i arbete fanns en större andel kvinnor i ålderskategorierna 35–44 år och 55–59 år än bland kvinnor som återgått i arbete.

Sextio procent av kvinnorna arbetade före sjukskrivningen i offentlig förvaltning, till exempel undervisning och hälso- och sjukvård, medan 13 procent arbetade inom varuhandel och restaurang- och hotellverksamhet (bilaga C, tabell 2). Mer än var tionde kvinna arbetade inom andra branscher än de som presenteras i tabell 2. Dessa branscher var bland annat bank- och försäkringsverksamhet,

jordbruk och byggnadsverksamhet. Det fanns ingen skillnad i utbildningsnivå mellan grupperna.

Fyra av fem kvinnor var födda i Sverige (bilaga C, tabell 3). Den största invandrargruppen kom från Finland. Den näst största invandrargruppen var kvinnor födda i Jugoslavien. Övriga länder representerades av ett litet antal personer. Kvinnorna från Finland hade i större grad än övriga återgått till sitt arbete. Kvinnor från före detta Jugoslavien föreföll vara de som i minst utsträckning återkommit till sitt arbete inom ett år.

Kvinnor som levde ensamma hade i större grad återgått i arbete än de som levde tillsammans med någon (bilaga C, tabell 3). Sjuttiofem procent av kvinnorna som var ensamstående med barn och lika många av de kvinnorna som levde med make/sambo och barn har återgått i arbete inom ett år. Kvinnor som levde tillsammans med sambo/make återgick i lägst grad till arbetet.

Nära 70 procent av kvinnorna var eller hade varit rökare (bilaga C, tabell 3).

4.3 Sjukskrivning och symptom

Det finns ett samband mellan besvärstiden och återgång i arbete. Ju kortare tid hade gått sedan kvinnorna hade känt sina besvär för första gången, desto större var sannolikheten att de hade återgått i arbete inom ett år. Nära 60 procent av kvinnorna som inte återgått i arbete hade känt besvären, men inte nödvändigtvis blivit sjukskrivna för dem, för första gången mer än ett år innan det resulterade i den studerade sjukskrivningen (bilaga C, tabell 4).

Drygt 60 procent av kvinnorna uppgav att de inte hade några andra besvär eller sjukdomar som hindrade återgång i arbete (bilaga C, tabell 4). Det var vanligare att ha andra besvär eller sjukdomar som hindrade återgång i arbete bland kvinnor som inte återgått i arbete. Sju procent av kvinnorna hade varit inlagda på sjukhus för besvären i rygg och/eller nacke under året som föregick sjukskrivningsperioden.

4.4 Psykosocial arbetsmiljö

Arbetets psykosociala karaktär studerades med Karasek och Theorells (Karasek och Theorell 1990) variabler krav, kontroll och socialt stöd på arbetsplatsen.

Tabell 4.1 Stress i arbetet skattat med Karasek och Theorells variabler krav, kontroll och socialt stöd på arbetsplatsen. Resultatet anges i poäng och skillnaderna mellan grupperna studerades med t-test

<i>Stress i arbetet</i>		<i>Hela gruppen n=607</i>	<i>Återgått i arbete n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete n=163</i>	<i>P</i>
Krav (poäng)	Medel	72	71	75	,001
	Median	75	70	75	
Kontroll (poäng)	Medel	67	67	68	,481
	Median	67	67	69	
Socialt stöd i arbetet (poäng)	Medel	76	76	76	,653
	Median	75	75	77	

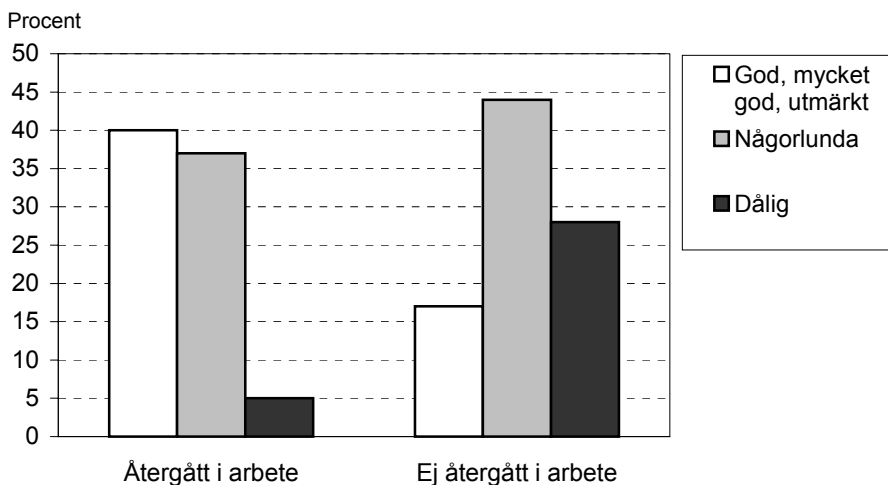
Anm. Efter sammanvägning av delfrågornas resultat varierar den möjliga poängen mellan 25 och 100. I skattningen av variabeln krav indikerar ett lägre värde mindre krav och därmed en mer positiv situation. Ett högre värde för variabeln kontroll indikerar att individen upplever en starkare kontroll över sitt arbete, vilket är positivt. I skattningen av variabeln socialt stöd på arbetsplatsen indikerar ett högre värde att individen har ett större socialt stöd på arbetsplatsen, vilket är positivt.

Kvinnor som återgått i arbete upplevde mindre krav på arbetsplatsen än kvinnor som ej återgått i arbete. Det finns ingen skillnad mellan grupperna avseende kontroll (påverkansmöjligheter och stimulans) samt socialt stöd på arbetsplatsen.

4.5 Upplevd hälsa

Kvinnornas självskattade hälsa studerades vid flera tillfällen och med flera metoder. Kvinnor som återgått i arbete uppgav sig att ha en bättre hälsa än kvinnorna som inte återgått i arbete (tabell 4.2). Ett år efter sjukskrivningens första dag besvarade kvinnorna frågan "Hur anser du att din hälsa är i allmänhet?" Fyrtio procent av kvinnorna som återgått i arbete uppgav att hälsan var god, mycket god eller utmärkt, vilket kan jämföras med 17 procent bland de som inte återgått i arbete (diagram 4.1).

Diagram 4.1 Återgång i arbete och allmän hälsa ett år efter sjukskrivningens första dag ($p < 0,001$)



Av tabell 4.2 framgår att redan i 28-dagarsenkäten skattade kvinnor som återgått i arbete inom ett år sin vitalitet/energi och sin psykiska hälsa bättre än de kvinnor som ej återgått i arbete. En hälsoskattning gjordes även med hjälp av en skala på 0–100 vid 28-dagarsenkäten. Resultaten ligger helt i linje med resultaten från SF-36 från samma tidpunkt; kvinnor som återgått i arbete inom ett år uppgav sig ha en signifikant bättre hälsa redan fyra veckor efter sjukskrivningens första dag än kvinnor som inte återgått i arbete.

Tabell 4.2 Skattning av hälsa. Presenteras i poäng (hälsotillstånd, psykiskt välbefinnande och vitalitet) och procent (allmän hälsa). Skillnaderna mellan grupperna studerades med Chi-2 (allmän hälsa) och med t-test (poäng)

<i>Hälsovariabler</i>		<i>Hela gruppen</i> <i>n=607</i>	<i>Återgått i arbete</i> <i>n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete</i> <i>n=163</i>	<i>P</i>
Hälsotillstånd (poäng) efter 28 dagar	Medel	56	58	45	,001
	Median	50	60	45	
Vitalitet (poäng) efter 28 dagar	Medel	36	39	29	,001
	Median	33	38	30	
Vitalitet (poäng) efter ett år	Medel	46	45	47	,634
	Median	45	45	45	
Psykisk hälsa (poäng) efter 28 dagar	Medel	63	64	59	,003
	Median	62	64	60	
Psykisk hälsa (poäng) efter ett år	Medel	68	66	70	,078
	Median	69	68	72	
Allmän hälsa efter ett år (%)	Utmärkt	3	3	1	,001
	Mycket god	10	13	3	
	God	21	24	13	
	Någorlunda	39	37	44	
	Dålig	11	5	28	

Anm. Poängskalorna löper mellan 0 och 100. Ett högre värde indikerar en bättre hälsa.

Skillnaden i hälsa mellan de båda grupperna hade dock försvunnit efter ett år. Den största förbättringen av hälsan fanns hos kvinnorna som inte återgått i arbete. Det fanns även en tendens till att dessa kvinnor hade ett bättre psykiskt välbefinnande.

Vid 1-årsenkäten besvarades SF-36 återigen och vid denna mätning hade hälsan förbättrats för samtliga kvinnor både avseende vitalitet/energi och psykiskt välbefinnande.

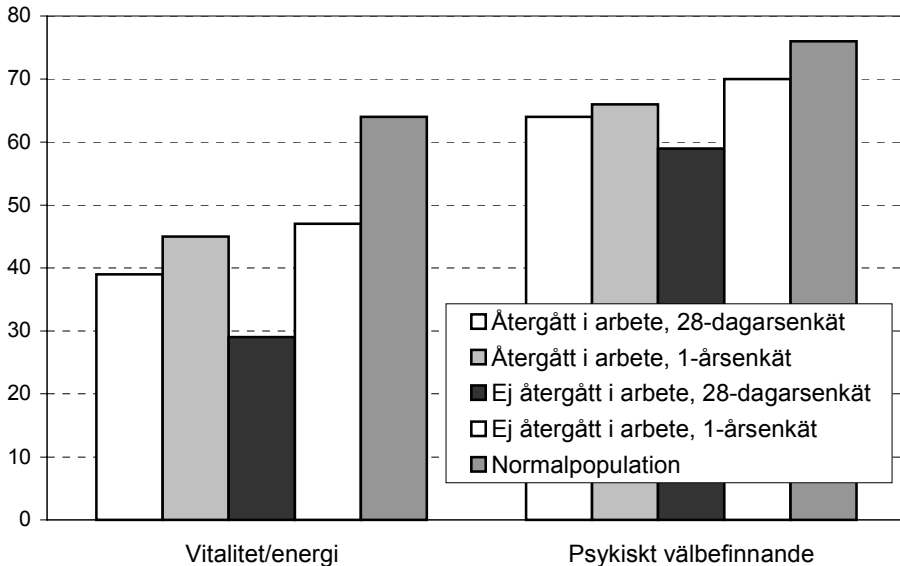
Tabell 4.3 Skattning av hälsa via SF-36. Jämförelser gjorda mellan 28-dagarsenkäten och 1-årsenkäten. Skillnaderna mellan grupperna studerades med t-test (par)

Utvecklingen av hälsa	Vitalitet (poäng)			Psykiskt välbefinnande (poäng)		
	28-dagars- enkäten (medel)	1-års- enkäten (medel)	<i>p</i>	28-dagars- enkäten (medel)	1-års- enkäten (medel)	<i>p</i>
Hela gruppen n=607	36	46	,001	63	68	,001
Kvinnor som återgått i arbete n=444	39	45	,001	64	66	,001
Kvinnor som inte återgått i arbete n=163	29	47	,001	59	70	,001

Anm. Poängskalorna för SF-36 löper mellan 0 och 100. Ett högre värde indikerar en bättre hälsa.

I diagram 4.2 görs en jämförelse mellan studiepopulationen och en normalbefolkning avseende självskattad hälsa i SF-36. Normalbefolkningen består av ett representativt urval av östgötska kvinnor (Wilhelm 1999).

Diagram 4.2 Jämförelse mellan studiepopulationen och en normalbefolkning avseende psykiskt välbefinnande och vitalitet/energi (SF-36)



Skillnaden i vitalitet/energi och psykiskt välbefinnande är stor och studiepopulationen har en påtagligt sämre hälsa än normalbefolkningen.

4.6 Kontakter, rehabiliteringsutredning och lämpliga arbetsuppgifter

Nedan beskrivs vilken kontakt som förekommit mellan arbetsgivare och arbetstagare samt hur arbetsgivaren agerat under sjukskrivningen. Frågorna ställdes vid det andra enkättilfället 90 dagar efter sjukskrivningens första dag.

Nio av tio kvinnor hade haft kontakt med arbetsplatsen. Kvinnor som återgått i arbete inom ett år tenderade att i mindre utsträckning ha haft kontakt med arbetsplatsen än kvinnor som inte återgått i arbete. Det hade ingen betydelse för återgången i arbete om arbetstagaren eller arbetsgivaren var initiativtagare till kontakten.

Tabell 4.4 Kontakt mellan arbetstagare och arbetsgivare under sjukskrivningen, initiativtagare till kontakten samt arbetsgivarens agerande under sjukskrivningsperioden. Resultaten presenteras i procent. Skillnaderna mellan grupperna studerades med Chi-2

<i>Arbetsgivarens agerande under sjukskrivningsperioden</i>		<i>Hela gruppen n=607</i>	<i>Återgått i arbete n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete n=163</i>	<i>P</i>
Kontakt med arbetsgivaren (%)	Ja	90	89	92	,147
	Nej	8	9	6	
Initiativtagare till den första kontakten (> 5 %)	Arbetstagaren	49	50	45	,997
	Arbetsgivaren	14	14	13	
	Arbetskamrat	11	11	10	
Arbetsgivarens agerande (%)	Mån om att hjälpa – tidigt	33	34	32	,147
	Mån om att hjälpa – dröjde	14	12	19	
	Avvaktade, hörde ej av sig	26	28	23	
	Verkade misstroende	8	8	6	

Drygt en tredjedel av samtliga kvinnor uppgav att arbetsgivaren avvaktat utan att höra av sig eller att arbetsgivaren verkade misstro att de verkligen var så sjuka som de var. Det fanns en tendens till att kvinnor som återgått i arbete oftare hade denna erfarenhet. Kvinnor som inte återgått i arbete tenderade också att vara mer benägna att uppges att arbetsgivaren varit mån om att hjälpa dem, även om det kunde dröja innan man kom igång.

4.6.1 Rehabiliteringsutredning och lämpliga arbetsuppgifter

Som framgår i tabell 4.5 hade nära 40 procent av samtliga kvinnor inte deltagit i någon utredning om åtgärder behövdes för återgång i arbete inom 90 dagar. I de fall som samarbete om åtgärder förekom förefaller det att kvinnor som själva var initiativtagare i större grad återgått i arbete. Arbetsgivaren tenderade att i större utsträckning vara initiativtagare till ett samarbete om rehabiliteringsutredning med kvinnorna som inte återgått i arbete inom ett år efter sjukskrivningens början.

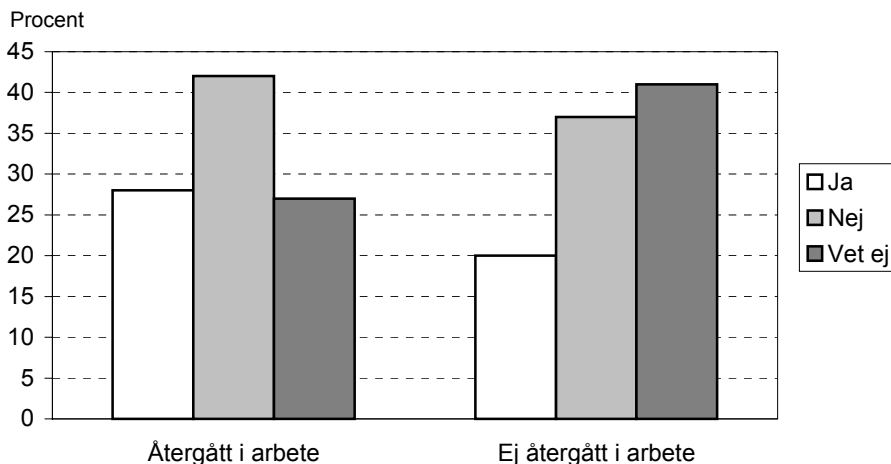
Tabell 4.5 Samarbete mellan arbetstagare och arbetsgivare om rehabiliteringsutredning för att möjliggöra återgång i arbete. Förekomst och initiativtagare anges i procent. Skillnaderna mellan grupperna studerades med Chi-2

<i>Arbetsgivarens agerande under sjukskrivningsperioden</i>		<i>Hela gruppen n=607</i>	<i>Återgått i arbete n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete n=163</i>	<i>P</i>
Samarbetat om rehabiliteringsutredningen totalt (%)	Nej	38	36	43	,213
	Ja	43	44	40	
Samarbete i rehabiliteringsutredning, initiativtagare (%)	Ja, på arbetstagarens initiativ	15	16	11	,258
	Ja, på arbetsgivarens initiativ	13	12	15	
	Ja, på FK:s* initiativ	15	15	15	

Anm. FK = försäkringskassan.

Det var vanligare att kvinnor som återgått i arbete uppgav att arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke.

Diagram 4.3 Återgång i arbete och upplevelse av huruvida arbetsgivaren har arbetsuppgifter som kan utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke. Resultatet är angivet i procent. ($p=0,003$)



Drygt 40 procent av kvinnorna som inte återgått i arbete visste inte om arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären.

4.7 Arbetsgivarens insatser

Ett år efter sjukskrivningens början fick kvinnorna svara på frågan vad arbetsgivaren hade gjort för att underlätta återgång i arbete. Flera svarsalternativ var möjliga, vilket medför att bortfall inte kan redovisas.

I tabell 4.6 åskådliggörs de insatser som arbetsgivarna har genomfört under det år som gått från sjukskrivningens första dag. Arbetsträning var den vanligaste insatsen. Under året som gick fick 25 procent av kvinnorna ta del av arbetsträning.

Tabell 4.6 Arbetsgivarnas arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser anges i procent för studiepopulationen. Skillnaderna mellan grupperna studerades med Chi-2

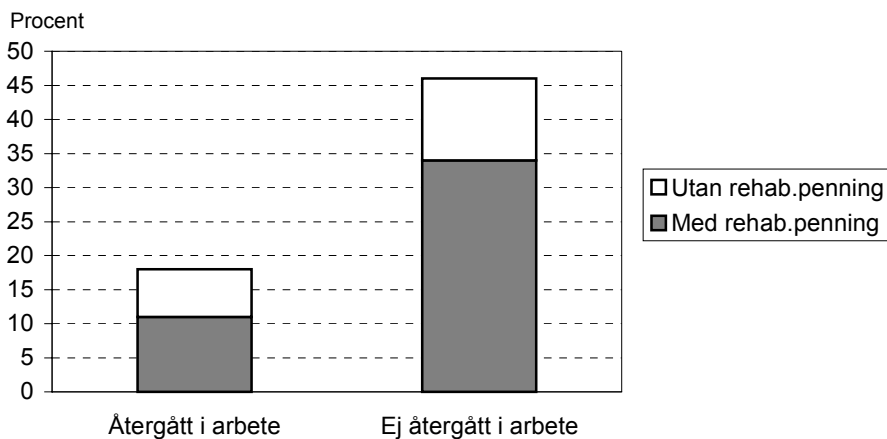
<i>Arbetsgivaren insatser fr.o.m. sjukskrivningens början t.o.m. ett år efter sjukskrivningens början (%)</i>	<i>Hela gruppen n=607</i>	<i>Återgått i arbete n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete n=163</i>	<i>P</i>
Arbetshjälpmedel	8	9	6	,223
Nya arbetsuppgifter	8	9	6	,215
Förändrade arbetstider	7	7	8	,604
Arbetsträning med rehabiliteringspenning från FK*	17	11	34	,001
Arbetsträning utan rehabiliteringspenning från FK*	9	7	12	,061
Omskolning/yrkesutbildning	1	1	3	
Annan utbildning	2	2	2	

Anm. *FK = Försäkringskassan.

Färre än tio procent av kvinnorna hade fått arbetshjälpmedel, förändrade arbetsuppgifter, omplaceringar eller förändrade arbetstider. Ännu färre fick insatser i form av utbildning och omskolning/yrkesutbildning.

Två tredjedelar av kvinnorna som deltog i arbetsträning fick rehabiliteringspenning från försäkringskassan. Resterande tredjedel deltog i arbetsträning utan ersättning från försäkringskassan.

Diagram 4.4 Återgång i arbete och förekomst av arbetsträning med eller utan rehabiliteringspenning. (p=0,001)



Det var vanligare att kvinnor som inte återgått i arbete hade deltagit i arbetsträning med rehabiliteringspenning. Arbetsträning utan rehabiliteringspenning från försäkringskassan resulterade i en större återgång i arbete än arbetsträning med rehabiliteringspenning.

5 Diskussion

5.1 Metod

Endast återgång till rehabiliteringsansvarig arbetsgivare har studerats, vilket medför att ett fåtal kvinnor som återgått i arbete hos annan arbetsgivare har uteslutits. Denna avgränsning var nödvändig för att möjliggöra en studie av arbetsgivarens lagstadgade rehabiliteringsinsatser.

De frågor som hade det största bortfallet var frågorna om arbetsgivarens agerande under sjukskrivning. Det finns också tendenser till att frågor som relaterade till tidigare händelser hade ett större bortfall, vilket troligtvis beror på att det exakta skeendet i händelsen är svårt att minnas. Till exempel är det 18 procents bortfall på frågeställningen om vem som initierade den första kontakten mellan arbetstagaren och arbetsplatsen under sjukskrivningen. Detta kan vara svårt att minnas om man har haft ett flertal kontakter med arbetsplatsen, eller helt enkelt om händelsen ligger långt tillbaka i tiden.

5.2 Resultat

5.2.1 Demografi och sjukskrivning

Studiepopulationen var en socialt utsatt grupp. De hade en lägre utbildningsnivå, en större andel invandrare och en sämre självskattad hälsa än kvinnor i en normalbefolkning. En stor andel av dem hade andra besvär eller sjukdomar.

De som hade återgått till arbete inom ett år efter att sjukskrivningen påbörjades var framför allt kvinnor under 35 år. Detta överensstämmer med tidigare fynd som visar att ju äldre man är, desto mer sannolikt är det att man får långvariga problem i det muskuloskeletala systemet (Bergendorff, Hansson et al. 1997).

I studiepopulationen var majoriteten verksam inom den offentliga sektorn. En jämförelse med referenspopulationen (Wilhelm 1999) i Östergötland, visar att studiepopulationen var överrepresenterad inom den offentliga sektorn.

Kvinnorna i studien hade en lägre utbildningsnivå än kvinnorna i Östergötland (Wilhelm 1999). I studiepopulationen hade 35 procent grundskoleutbildning som högsta utbildning. Bland de östgötska kvinnorna motsvarades detta av 26 procent. Bland kvinnorna i Östergötland hade 23 procent högskoleutbildning, vilket motsvarades av sex procent i studiepopulationen med en eftergymnasial utbildning längre än tre år. Studiepopulationens kvinnor hade dock en något högre utbildningsnivå än kvinnorna i projektet Långvarig sjukskrivning (LS-projektet) (Riksförsäkringsverket 1997). Tiden för datainsamling skiljer sig emellertid med närmare tio år, vilket kan förklara olikhet-

erna, då den generella utbildningsnivån under denna period har ökat. Kvinnorna i LS-projektet hade emellertid alla typer av diagnoser, vilket också kan ha betydelse. Under 1980-talet, när LS-studien genomfördes, var det brist på arbetskraft, vilket medförde att även de som hade nedsatt arbetsförmåga kom ut på arbetsmarknaden. Med anledning av detta är det svårt att med säkerhet säga att utbildningsnivån förändrats för dessa kvinnor.

Tjugo procent av studiepopulationen var födda utanför Sverige. Andelen immigranter i Sverige är 13 procent (SCB 1996). Därmed föreligger en överrepresentation av invandrare i studiepopulationen. Att finska kvinnor i större grad än andra nationaliteter tenderade att återgå i arbete inom ett år är anmärkningsvärt då Ekberg och Wildhagen (Ekberg och Wildhagen 1996) fann att immigranter, särskilt från de nordiska länderna, var överrepresenterade bland dem som var sjukskrivna en längre period. Ingen närmare analys gjordes dock av dessa kvinnor. Invandrarkvinnor med dåliga kunskaper i svenska var rimligtvis överrepresenterade i bortfallet, eftersom enkäterna var omfattande och säkerligen inte särskilt lätta att besvara. De invandrarkvinnor som besvarade enkäterna har sannolikt högre utbildning än invandrarkvinnorna i bortfallet, vilket ger bättre förutsättningar för återgång i arbete. Den oroliga situationen i hemlandet kan möjligen delvis förklara att flertalet kvinnor från före detta Jugoslavien inte hade återgått i arbete vid 1-årsenkäten. Stress och psykisk belastning kan leda till ohälsa och muskuloskeletala besvär (Theorell, Harms-Ringdahl et al. 1991). Det är rimligt att anta att detta påverkade kvinnorna från före detta Jugoslavien i en negativ riktning. Många kvinnor från Jugoslavien kan också ha kommit till Sverige under 1960-talet då arbetskraftsinvandringen därifrån var stor. Har kvinnorna arbetat sedan dess finns det skäl att misstänka att förslitningsskador är vanligt förekommande hos dem.

Resultaten från studiepopulationen visar att de som levde ensamma i större utsträckning hade återgått i arbete än de som levde tillsammans med någon. Kvinnor som levde tillsammans med sambo eller make, men utan hemma-boende barn, återgick i lägst grad i arbete. Här är det troligtvis inte boendeformen som avgör om man återgått i arbete eller ej. Istället bör antagligen resultatet tolkas som att de som levde ensamma var de yngre, vilka också i större grad återgick i arbete. En annan tänkbar förklaring är att 1990-talet medfört större försörjningssvårigheter för vissa grupper i samhället. Totalt sett var det en mindre andel i studiepopulationen som levde ensamma (12 procent) än bland de östgötska kvinnorna (20 procent) (Wilhelm 1999).

Studiepopulationen rökte mer än kvinnor i genomsnitt i Sverige (42 procent mot 23 procent) (Socialstyrelsen 1997). Rökning är starkt relaterad till socioekonomi, utbildningsnivå och branschtillhörighet. Studiepopulationen var en socialt utsatt grupp, vilket bland annat speglades i förekomst av rökare.

5.2.2 Psykosocial arbetsmiljö

Hypotesen om den psykosociala arbetsmiljön (Karasek och Theorell 1990) i relation till återgång i arbete bekräftades delvis. Resultaten bekräftar hypotesen avseende variabeln krav. För variablerna kontroll (påverkansmöjligheter eller beslutsutrymme och stimulans) och socialt stöd i arbetet får hypotesen inget stöd. För dessa variabler saknas en referenspopulation och det går därför inte att uttala sig om hur studiepopulationen förhåller sig i jämförelse med andra grupper.

Skillnaden mellan grupperna avseende variabeln krav är liten men signifikant. Höga krav verkar innebära ett hinder för kvinnors arbetsåtergång. Motsvarande resultat kom Carlberg fram till i sin studie om kvinnors återgång i arbete. Höga krav saknade dock betydelse för mäns arbetsåtergång (Carlberg 1999). Krav kan vara den faktor som utgör skillnaden mellan grupperna då deras vitalitet och psykiska välmående är jämnt fördelade. Lägre krav i arbetet kanske möjliggör återgång i arbete när man nått en viss nivå för variablerna vitalitet och psykiskt välbefinnande. Känslan av kontroll över arbetet och det sociala stödet på arbetsplatsen var lika mellan grupperna.

Variablerna krav, kontroll och socialt stöd i arbetet kan inte under dessa former användas som prediktorer för utfallet återgång i arbete. Kanske hade resultatet blivit ett annat om instrumentet besvarats i närmare anslutning till sjukskrivningens början. Varefter tiden går ökar sannolikheten för att arbetet med dess innehåll ska kännas avlägset, vilket kan medföra att resultatet blir missvisande.

Kvinnors liv och erfarenheter utanför arbetet kan tänkas ha en lika stor betydelse för återgång i arbete som de förutsättningar och faktorer som finns i arbetet och på arbetsplatsen. Psykosociala faktorer i hemmet eller i närmiljön kan ha betydelse. Drygt hälften av kvinnorna var 45–59 år. I denna ålder är det vanligt förekommande att ha äldre anhöriga, vilka behöver stöttning. Oron och merarbetet som detta medför kan ha en negativ inverkan på återgång i arbete. Dubbelarbete i form av kombinerat förvärvsarbete och hushållsarbete utförs också i större utsträckning av kvinnor (SCB 1996), vilket kan påverka kvinnorna i negativ riktning avseende besvär i rygg och nacke. Kvinnors arbeten är också lägre värderade avseende lön och status (Forsberg 1995). Detta kan också ha betydelse för återgång i arbete. Troligtvis känns det mer motiverande att återgå till ett yrke med hög status än till ett yrke med lägre status.

5.2.3 Upplevd hälsa

Kvinnor som återgått i arbete efter sjukskrivning skattade sin hälsa högre än kvinnor som fortsatte att vara sjukskrivna, vilket bekräftades med mätningar gjorda 28 dagar efter sjukskrivningens början. Däremot är resultaten motstridiga vid mätningar gjorda ett år efter sjukskrivningens början.

Hälsan för studiepopulationen var sämre än hälsan för i en normalbefolkning (tabell 4.3). Resultatet belyser studiegruppens utsatta läge. Likafullt kan resultatet ifrågasättas. Är man sjukskriven antas man ha en dålig hälsa, vilket kan ha påverkat kvinnornas svar. Differensen är dock stor mellan studiepopulationen och normalbefolkningen, vilket antagligen innebär att den inte till fullo kan förklaras med ovanstående antagande.

Vid enkäten som besvarades 28 dagar efter att sjukskrivningen påbörjats var hälsan signifikant bättre för kvinnor som återgått i arbete än för kvinnor som inte återgått i arbete ett år senare. Det var vanligare att kvinnor med sämre hälsa vid 28-dagarsenkäten inte återgått i arbete efter ett år. Den självskattade hälsan har därmed en roll som prediktor för långtidssjukskrivning. För att studera hypotesen om den egenupplevda hälsans dignitet som prediktor för återgång i arbete krävs dock en fördjupad analys där sambanden studeras, till exempel i undergrupper.

Ett år efter sjukskrivningens början fanns det inte längre någon skillnad mellan grupperna avseende hälsan mätt i SF-36. Känslan av vitalitet och psykiskt välbefinnande förbättrades under denna tid signifikant för hela studiepopulationen; främst för kvinnorna som inte hade återgått i arbete. Detta kan tolkas som att besvaren från rygg och nacke minskade. Det kan emellertid inte uteslutas att perioden av sjukskrivning och frånvaro från arbetet inverkat positivt på dessa variabler. På arbetet exponeras kvinnorna för de faktorer som troligtvis medfört att de blivit sjukskrivna, vilket kan ha en negativ effekt på hälsan. Arbetsgivarna har ett stort ansvar för att arbetstagarna kan fortsätta arbeta efter att de återkommit från en sjukskrivning. Man kan också spekulera i vad det är som gör att vissa kvinnor inte återgått i arbete fast de har samma värden i SF-36 som kvinnorna som hade återgått i arbete. Det kan inte uteslutas att de kvinnor som återgått i arbete skulle haft ännu högre värden om de inte arbetat. Det är angeläget att identifiera de faktorer som gör att vissa kvinnor kommer tillbaka i arbete medan vissa inte gör det; även när de upplever sig ha samma hälsa, avseende vitalitet och psykiskt välbefinnande. Kan det vara så att kvinnorna som återgått i arbete har en annan typ av arbetsgivare? Får dessa kvinnor mer arbetslivsinriktad rehabilitering? Har deras arbetstider och arbetsuppgifter förändrats?

I SF-36 var det mindre skillnad mellan grupperna för variabeln psykiskt välbefinnande än för variabeln vitalitet. Detta förefaller logiskt, då besvären från rygg och nacke var ”muskuloskeletala”. Den skillnad som ändå fanns skulle kunna spegla ett samband mellan vitalitet och psykiskt välmående. Det är rimligt att en lägre känsla av energi och vitalitet medför att den psykiska hälsan påverkas negativt.

Den globala variabeln ”I allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är?” visade att hälsan var mycket ojämnt fördelad mellan grupperna ett år efter sjukskrivningens början, samtidigt som SF-36 visade ett lika resultat mellan grupperna. De som inte återgått i arbete hade en avsevärt sämre hälsa i den globala variabeln. Skillnaderna mellan SF-36 och denna variabel är intressant och av metodologisk karaktär. Frågeställningarna i de olika instrumenten är olika och belyser fenomenet hälsa från olika aspekter. Den här använda delen av SF-36 mäter inte fysisk funktionsförmåga och hälsa. Skillnaderna i resultatet kan ha berott på det faktum att de kvinnor som inte återgått i arbete oftare hade andra besvär eller sjukdomar vilka påverkade förmågan till arbete. Detta bör rimligtvis ha betydelse för återgång i arbete. En alternativ förklaring kan vara att kvinnorna kan ha känt en förväntan om att må dåligt, eftersom de fortfarande var sjukskrivna. Detta kan ha påverkat deras svar. Det faktum att 17 procent av kvinnorna som inte återgick i arbete uppgav att deras allmänna hälsa var god, mycket god eller utmärkt är intressant (jämfört med 40 procent för kvinnor som återgick i arbete). Dessa kvinnor uppgav sig ha en så god hälsa att man kan tro att de skulle vara tillbaka i arbetet. Att de trots allt inte har återgått i arbete kan bland annat bero på att frågeställningen söker mäta hälsa, vilket inte är samma sak som arbetsförmåga. Återigen tydliggörs skillnaden å ena sidan mellan begreppen hälsa och ohälsa i förhållande till begreppen frisk och sjuk och hälsa och arbetsförmåga å andra sidan. Man kan vara sjuk och ha en bristande arbetsförmåga samtidigt som man har hälsa och välbefinnande.

En stor del av kvinnorna uppgav att de hade en dålig hälsa. Vilka förutsättningar genererar detta för arbetslivsriktad rehabilitering? Om energin är låg kan man föreställa sig att det är mer mödosamt att ta kontakt med arbetsgivaren eller att delta i en rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder. Att därutöver komma med åtgärdsförslag, vilket visat sig positivt, blir kanske en oöverstiglig uppgift. Om arbetsgivare och försäkringskassan inte har tillräcklig förståelse för dessa ohälsoproblem finns det risk för att missförtroende för individen kan uppstå. Detta gynnas inte den arbetslivsriktade rehabiliteringsprocessen av.

5.2.4 Arbetsgivarens insatser

Hypotesen om att arbetsgivarens insatser befrämjar återgång i arbete får inte stöd i denna studie.

Alltför många arbetsgivare hade inte tagit ansvar för den arbetslivsinriktade rehabilitering som enligt lag åligger dem. De insatser som arbetsgivarna gjorde genomfördes ofta långt senare än vad som är föreskrivet. Det är också svårt att veta hur stor del av studiepopulationen som tagit del av arbetslivsinriktad rehabilitering. Jensen (Jensen 1998) menar att det sker en överlappning av insatser. Om man är föremål för en rehabiliteringsinsats är det mycket vanligt förekommande att man får flera insatser samtidigt. Jensens erfarenhet är att det finns en 20–80 procents överlappning av insatser.

Att rehabiliteringsprocessen bör starta tidigt (Ekman och Krafft 1990, Almqvist 1991, Svenning 1998) förefaller inte ha uppfyllts för studiens kvinnor. Tjugoåtta dagar efter sjukskrivningens första dag ska en rehabiliteringsutredning initieras om det inte är obehövt. Utredningen ska levereras till försäkringskassan inom åtta veckor. Ju längre tid kvinnorna har varit sjukskrivna, desto svårare är det att komma tillbaka i arbete. Detta blir oerhört kostsamt. Det faktum att hälften av kvinnorna har känt sina besvär för första gången mer än ett år sedan indikerar att de haft problem med sin hälsa och arbetsförmåga under en längre tid. Det förefaller vara av yttersta vikt för arbetsgivare och samhälle att uppmärksamma problemen för att bryta den negativa hälsoutvecklingen i en mycket tidig fas.

Som expertgruppen i offentlig ekonomi (ESO-gruppen) hävdar måste rehabilitering på företags- och verksamhetsnivå sättas in mycket tidigt för att bli lönsam (Eklind 1997). Det finns anledning att instämma med ESO-gruppen om att tydligare drivkrafter krävs för att stimulera arbetsgivare till rehabilitering. På så sätt skulle den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kunna motiveras monetärt.

Det faktum att få rehabiliteringsutredningar och åtgärder genomfördes samtidigt som många kvinnor var sjukskrivna under en mycket lång period väcker funderingar. När inte arbetsgivaren tar ansvaret ska försäkringskassan fungera som en samordnande och pådrivande kraft. På vilket sätt samarbetar arbetsgivare och försäkringskassan? Kan arbetsgivarna få stöttning och handledning hos försäkringskassan?

Tjugofem procent av kvinnorna hade arbetsgivare med arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke. Övriga 75 procent av kvinnorna uppgav att arbetsgivaren inte hade några lämpliga arbetsupp-

gifter, eller att de inte visste om arbetsgivaren hade några lämpliga arbetsuppgifter. Den låga andelen som uppgav att arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären är förmodligen relaterad till det faktum att många av dessa kvinnor var lågutbildade och därmed hade en större sannolikhet för att arbeta inom branscher med mycket krav och lite kontroll (Karasek och Theorell 1990).

Kvinnornas kunskaper och åsikter om arbetets oförmåga till flexibilitet bör rimligen påverka dem. Om kvinnorna inte trodde att uppgifterna kunde förändras bör detta ha påverkat deras intresse, motivation och tilltro till arbetslivs-inriktade rehabiliteringsinsatser. Det kan inte heller uteslutas att kvinnornas attityder i sin tur påverkat arbetsgivaren på ett negativt sett. Insatser kanske inte kom till stånd, eller de kanske avslutades innan de fått fullgod verkan.

Den begränsade förmågan som arbetstagarna hade i att identifiera nya arbetsuppgifter och potentiella omplaceringsmöjligheter ackompanjeras av arbetsgivarnas likaledes bristande förmåga att identifiera passande arbetsuppgifter. Detta framgår i rapporten *Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie* (Riksförsäkringsverket 1999b). De känner sig även otillräckliga avseende anpassning av arbetsuppgifter. Framför allt uttrycker arbetsgivare på mindre arbetsplatser att det är svårt att hantera rehabilitering utan kunskap. Med detta konstaterande har arbetsgivarna själva identifierat ett centralt problemområde inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen; arbetsgivarna saknar kompetens för arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta är tyvärr ingen överraskning. Det borde inte heller varit en överraskning för arbetsgivarna att rehabiliteringsansvaret sedan 1992 är deras. Under den tid som förflutit sedan dess kan man anse att denna insikt borde ha förbytts mot en handlingsberedskap. Det förefaller som om arbetsgivarna fortfarande har få strategier i arbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det är uppenbart att det behövs stöd för att bättre kunna möjliggöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Bristande kunskap i kombination med en sparsam kommunikation mellan parterna är troligtvis en mycket olycklig förening.

Kontakt mellan arbetstagare och arbetsgivare krävs för att en rehabiliteringsutredning och därpå följande insatser av arbetslivsinriktad rehabilitering ska kunna realiseras. Av studien framgår att arbetstagare oftast är initiativtagare till kontakten mellan arbetstagaren och arbetsplatsen. En tredjedel uppgav att arbetsgivaren varit mån om att hjälpa arbetstagaren tidigt. Lika många uppgav att arbetsgivaren avvaktade utan att höra av sig, samt att arbetsgivaren verkade misstroende till att de verkligen var så sjuka som de var. Saknas kontakt och förtroende mellan parterna har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen små chanser att bli framgångsrik. Det krävs att svårigheterna och möjligheter identifieras i en gedigen rehabiliteringsutredning, vilken sedan måste planeras,

konkretiseras, dokumenteras och följas upp. Insatserna måste vara anpassade och noga utvalda. Resultaten antyder också att det är viktigt med delaktighet och initiativ från arbetstagarens sida. Det är också viktigt att arbetstagaren är delaktig i utformandet av rehabiliteringsplanen och arbetsträningen. På så sätt skulle antagligen till exempel arbetsträningen nå bättre resultat.

Arbetsträning var den vanligaste formen av rehabiliteringsinsats vilket en fjärdedel av samtliga kvinnor fick. Arbetsträning var inte någon framgångsrik insats för att få kvinnorna att återgå i arbete inom ett år. Att ta del av arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning tycker man rimligtvis borde öka möjligheterna till återgång i arbete. Så är dock inte fallet, utan signifikant fler som fick arbetsträning fortsatte att vara sjukskrivna. Resultatet kan bero på att arbetsträningen genomfördes på oklokt sätt. Det kan också bero på att arbetsträningen hade påbörjats så sent att den fortfarande pågick ett år efter sjukskrivningens början. Ett alternativ kan vara metodologiska problem i frågeställningen. Om begreppet arbetsträning inte uppfattats korrekt var det inte ett representativt resultat som uppnåddes. Det är möjligt att arbetsträning är ett begrepp som arbetsgivaren på ett onyanserat vis använt i samtal med arbetstagaren. Arbetsträning som insats bör emellertid ifrågasättas. Den största delen av arbetsträning sker med ersättning från försäkringskassan. Det kan inte uteslutas att arbetsträning är ett bekvämt sätt för arbetsgivaren att förvissa sig om att arbetstagaren har en ekonomisk tryggad situation. I studien framgår inte vad arbetsträningen bestod av. Det skulle vara intressant att studera hur arbetsträning utformas. Det är befogat att anta att resultatet av arbetsträningen blir olika om arbetstagaren som arbetsträning utför sina tidigare uppgifter eller att arbetstagaren utför tillskapade uppgifter. Uppgifterna kan vara anpassade på en mängd sätt likaväl som de kan vara icke-anpassade, vilket bör ha betydelse för resultatet. Målsättning och tänkbara åtgärder bör spira och/eller förankras i arbetstagaren.

Att vara centrerad runt arbetstagaren i rehabiliteringsarbetet är oerhört viktigt. Hur ska arbetstagaren annars kunna veta vilken målsättningen är och vilka åtgärder som behövs? Här finns många områden som inte är utforskade: Vilken betydelse har det om arbetstagaren är delaktig i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Vad innebär det för återgång i arbete om arbetstagaren påverkar åtgärderna och dess former?

Arbetshjälpmedel är en insats som åtta procent av kvinnorna erhållit. Förändrade arbetsuppgifter, omplacering samt förändrade arbetstider har också erhållits av åtta procent av kvinnorna. Insatserna arbetshjälpmedel och nya arbetsuppgifter tycks dock varit effektiva. Dessa insatser borde också vara intressanta ur ett ekonomiskt perspektiv. Inköp av till exempel ett anpassningsbart arbetsbord är en engångsutgift, vilket kan jämföras med en

utbildningsinsats som kan medföra flera utgifter under en längre period. I rapporten *Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie* (Riksförsäkringsverket 1999a) framgår att arbetsgivare satsade 46 procent av den monetära insatsen på förebyggande åtgärder och 22 procent på anpassningar på arbetsplatsen. I denna studie var det svårt att skönja de förebyggande åtgärderna, främst eftersom så många känt sina besvär under lång tid.

Utbildning och omskolning tillkom endast ett litet fåtal. Det lilla antalet möjliggjorde ingen närmare analys. Utbildning kan upplevas som en dyr insats, men den kan vara kostnadseffektiv. Med en högre och kompletterande utbildning bör fler möjligheter skapas för arbetstagaren, samtidigt som flexibiliteten ökar. Sannolikheten för att arbetstagaren inte återgår till sjukskrivning bör därmed öka.

En fjärdedel av kvinnorna har utöver sina besvär i nacke eller rygg andra besvär eller sjukdomar. Ett flertal av dessa kvinnor har återgått i arbete ett år efter att sjukskrivningen började. Det fanns även kvinnor som återgått i arbete utan att ha haft någon kontakt med arbetsplatsen under sjukskrivningens 90 första dagar. Dessa kvinnor måste ses som resursstarka. Man kan spekulera i om kvinnorna som inte haft någon kontakt med arbetsgivaren skulle ha kommit tillbaka i arbete på en kortare tid om de haft kontakt med arbetsgivaren. Rimliga förklaringar till att dessa kvinnor har kunnat återgå i arbete skulle kunna vara att de har sökt sig till arbetsplatser där besvären och sjukdomarna inte stör arbetet. Arbetsmiljön kanske är positiv och tillåtande och arbetsgivaren flexibel och mån om arbetstagaren. Det kan heller inte uteslutas att dessa kvinnor har fler och bättre sätt att bemästra sin situation (coping-strategier) än övriga kvinnor i studien. Detta vore intressant att studera närmare. Kan styrkorna och förmågorna identifieras kanske det kan vara möjligt att understödja sådana beteenden bland arbetstagare generellt. I en förlängning kan metoder för att implementera hälsosamma strategier skapas och arbetsgivarna kan tillägna sig ett redskap för att skapa hälsa istället för att undvika ohälsa.

Referenser

- Almqvist, J. (1991) *Aktiv rehabilitering*. Stockholm, Allmänna förlaget.
- Arbetskyddsstyrelsen och Statistiska centralbyrån (1997) *Arbetsjukdomar och arbetsolyckor 1995*. Halmstad, Bulls.
- Aronsson, T. och C. Malmquist (1996) *Rehabiliteringens ekonomi*. Stockholm, Brevskolan.
- Barnekow-Bergkvist, M., G. E. Hedberg, et al. (1998) "Determinants of self-reported neck-shoulder and low back symptoms in a general population." *Spine* 23(2): 235-43.
- Bergendorff, S., E. Hansson, et al. (1997) *Projektbeskrivning & undersökningsgrupp. Rygg och nacke 1*. Stockholm, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Bowling, A. (1997) *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Buckingham, Open university press.
- Carlberg, Pia (1999) *Att återgå i arbete efter sjukskrivning. Vilken roll spelar den psykiska och sociala miljön? Rygg och Nacke 5*. Stockholm, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Edlund, C., K. Ek Kahnlund, et al. (1996) *Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen Intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbotten*. Umeå, Umeå universitet, Institutionen för epidemiologi och Folkhälsovetenskap.
- Ekberg, K. och S. Linton (1994) "Tidig rehabilitering inte entydigt positivt." *Läkartidningen* 91(10): 969 - 972.
- Ekberg, K. och I. Wildhagen (1996) "Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: the necessary intervention of work conditions." *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 28(1): 39 - 47.
- Eklind, B. (1997) *Lönar sig arbete?* Stockholm, Fritze.
- Ekman, M. och S.-O. Krafft (1990) *Kom igen! – Rehabilitering i teori och praktik*. Stockholm, Brevskolan.
- Forsberg, Ed. (1995) *Spegling av kvinnors arbetsliv*. Stockholm, Statliga sektorns arbetsmiljönämnd.

Garrat, A. M., D. A. Ruta, et al. (1994). "SF - 36 health survey questionnaire: II. responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions." *Quality in Health Care*(3): 186-92.

Hagberg, M. (1996) *Nacke och skuldra. Att förebygga arbetsrelaterad sjuklighet*. Uppsala, Ord & form.

Hedin, U.-C. (1994) *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom*. Göteborg universitet.

Hellsing, A. L., S. J. Linton, et al. (1994). "A prospective study of patients with acute back and neck pain in Sweden." *Physical Therapy* 74(2): 116 - 24, discussion 125 - 8.

Hemingway, H., M. J. Shipley, et al. (1997) "Sickness absence from back pain. psychosocial work characteristics and employment grade among office workers." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 23(2): 121 - 9.

Jensen, I. (1998) *Kartläggning av rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna/ -förtidspensionerade arbetare och tjänstemän med besvär från ryggkotpelaren*. Stockholm, Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention.

Karasek, R. och T. Theorell (1990) *Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books.

Kristenson, M., E. Wilhelm, et al. (1998) *Psykosociala villkor i arbetet och självrapporterad hälsa hos män och kvinnor. Folkhälsorapport Perspektiv på kvinnors hälsa*. J. Vang. Linköping, Landstinget i Östergötland: 17-30.

Larmén, M. (1992) *Kvinnor och stress*. Stockholm, Brevskolan.

Lidwall, U. och S. Marklund (1997) *Arbetslivsinriktad rehabilitering ur ett socialförsäkringsperspektiv – en forskningsöversikt*. Stockholm, Statskontoret.

Lindqvist, R., Ed. (1989) *Sjukförsäkring och sjukfrånvaro. Valfärdsstat och lönearbete*. Lund, Studentlitteratur.

Lindqvist, R. (1997) "Arbetsrehabilitering av utsatta grupper – samverkan mellan olika aktörer." *Socialmedicinsk tidskrift*,(10): 471-476.

Lundberg, U. (1995) *Stressreaktioner hos manliga och kvinnliga montörer*. Stockholm, Stockholms universitet, psykologiska institutionen.

Marklund, S. (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund, Studentlitteratur.

Nachemson, A. (1991) *Ont i ryggen*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Nisell, R. och E. Vingård (1992) *Arbetsrelaterade sjukdomstillstånd i rörelseorganen*. Stockholm, Arbetsmiljöinstitutet.

Nordenfelt, L. (1991) *Hälsa, sjukdom, livskvalitet*, Linköpings universitet.

Riksförsäkringsverket (1995a) *Riks-LS – en undersökning av långvarig sjukskrivning och rehabilitering*. RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1995:20. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (1995b) *Arbetslöshetens betydelse för friskskrivning och förtidspensionering*. RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1995:10. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (1996a) *Sjukfrånvarons diagnoser och avslutningsanledningar*. RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1996:3. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (1996) *Socialförsäkringsfakta*. Stockholm, Fritze.

Riksförsäkringsverket (1997) *Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?* RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1997:10. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset (1997) *Enkäter till undersökningsgruppen och försäkringskassan. Rygg och Nacke 2*. Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Riksförsäkringsverket (1999a) *Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser – en empirisk studie*. RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1999:2. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (1999b) *Vilka ekonomiska insatser görs för rehabilitering av personer i yrkesverksam ålder?* RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET REDOVISAR 1999:5. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Ruta, D. A., M. I. Abdalla, et al. (1994). "SF 36 health survey questionnaire: I. Reliability in two patient based studies." *Quality in Health Care*(3): 180-5.

SBU (1991) *Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling*. Stockholm, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

SCB (1996) *Folkmängd efter ålder, kön och civilstånd 95-12-31*, Statistiska centralbyrån.

SCB (1996) *På tal om kvinnor och män, Lathund för jämställdhet*. Stockholm, Statistiska centralbyrån, funktionen för jämställdhetsstatistik.

SCB (1998) *Statistisk årsbok 1999*. Stockholm, Norstedt.

Skov, T., V. Borg, et al. (1996). "Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders in the neck, shoulders and lower back in salespeople." *Occupational and Environmental Medicine* 53(5): 351 - 6.

Socialstyrelsen (1996) *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfallet fördelat på sjukdomsgrupper 1980 och 1991*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1997) *Folkhälsorapport*, Socialstyrelsen.

SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering*. Stockholm, Allmänna förlaget.

SOU 1996:34 *Aktiv arbetsmarknadspolitik*. Stockholm, Fritze.

SOU 1996:85 *Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*. Stockholm, Fritze.

SOU 1996:113 *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. Stockholm, Fritze.

SOU 1998:104 *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar Betänkande av AGRA-utredningen*. Stockholm, Norstedt.

Spitzer, W. O. och F. E. LeBlanc (1987) "Scientific Approach to the Assessment and Management of Activity-related Spinal Disorders." *Spine*(12).

Strindlund, I. (1990) *Arbetskyddsstyrelsen redovisar handlingsprogram för arbetsmiljöinsatser i kvinnodominerade branscher*. Stockholm, Arbetskyddsstyrelsen.

Svenning, M. (1998) *Rehabilitering Idé och verklighet*. Lund, Studentlitteratur.

Söderberg, E. och T. Regio (1998) *Strukturell ohälsa bland yrkesverksamma kvinnor i Östergötland – riskfaktorer för långvarig sjukskrivning*. Folkhälso-rapport Perspektiv på kvinnors hälsa. J. Vang. Linköping, Landstinget i Östergötland: 31 - 50.

Tellnes, G. (1992) "Hvilke symptomer og plager foerer til sykemedling." Tidskriften Norsk laegeforening 112(15): 1985-1988.

Theorell, T., K. Harms-Ringdahl, et al. (1991) "Psychosocial job factors and symptoms from the locomotor system. a multicausal analysis." Scand J Rehabil Med(23): 165 - 73.

Wadensjö, E. (1985) *Disability pensioning of older workers in Sweden – A comparison of studies based on time-series and cross-section data*. Stockholms universitet, institutet för social forskning.

Vang, J. (1998) *Introduktion till kvinnors hälsa*. Folkhälso-rapport Perspektiv på kvinnors hälsa. J. Vang. Linköping, Landstinget i Östergötland: 2 - 4.

WHO (1999) *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region*.

Wilhelm, E. (1999) *Statistik från befolkningsenkäten i Östergötland*, Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping.

Bilaga A

Kohorter och bortfall

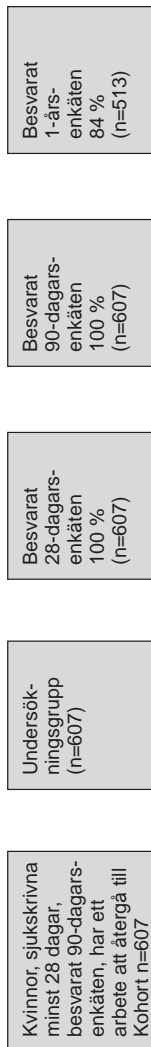
1. Översikt över kohorten i studien *Rygg och nacke* (Bergendorff et al. 1997). I figuren redovisas successivt bortfall genom studien via respondenternas aktiva beslut att avstå från att delta i studien, samt bortfallet från studiens fyra enkäter. Kohorten innehåller både kvinnor och män.



2. Översikt över kvinnorna i kohorten i studien *Rygg och nacke* (Bergendorff et al. 1997). I figuren redovisas successivt bortfall genom studien via respondenternas aktiva beslut att avstå från att delta i studien, samt bortfallet från studiens fyra enkäter.

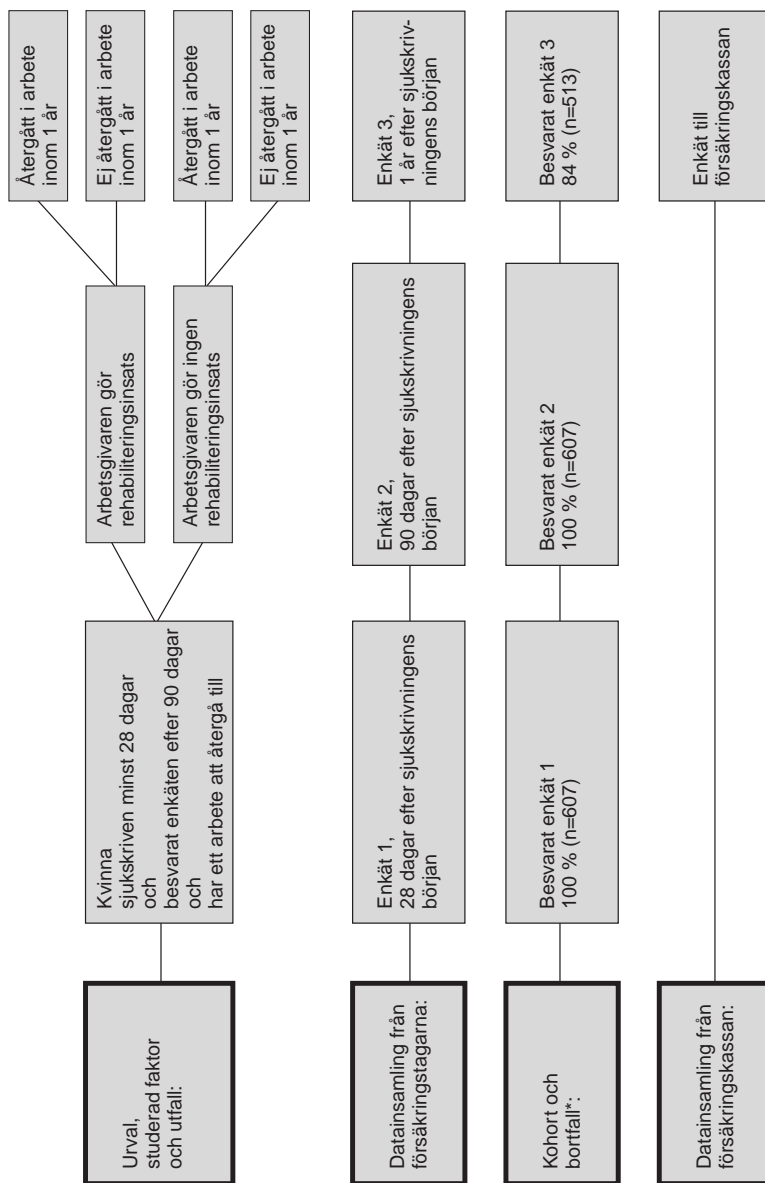


3. Översikt över kohorten i studien *Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång i arbete* (Arneson). I figuren redovisas successivt bortfall genom studien via bortfallet från studiens tre enkäter.



Bilaga B

Studiedesign, kohort, bortfall och utfall



* Anm. "Kohort och bortfall" avser studiepopulationen när samtliga kriterier är uppfyllda i enlighet med urvalet (Kvinna, sjukskriven minst 28 dagar, besvarat enkäten efter 90 dagar samt har ett arbete att återgå till).

Bilaga C

Demografi och sjukskrivning

Tabell 1 Ålder och ålderskategorier i studiepopulationen. Skillnaderna mellan grupperna testades med Chi-2

Demografi		Hela gruppen n=607	Återgått i arbete n=444	Ej återgått i arbete n=163	P
Ålder (år)	Medel	44	43	45	,018
	Median	45	45	46	
Ålderskategorier (%)	20-24 år	3	4	< 1	,009
	25-34 år	16	18	11	
	35-44år	28	26	34	
	45-54 år	39	39	37	
	55-59 år	14	13	17	

Tabell 2 Branschtillhörighet och högsta avslutade utbildning i studiepopulationen. Skillnaderna mellan grupperna testades med Chi-2. Resultaten anges i procent

Demografi		Hela gruppen n=607	Återgått i arbete n=444	Ej återgått i arbete n=163	P
Branschtillhörighet före sjukskrivning, >5%	Offentlig sektor	61	63	56	,909
	Varuhandel, restaurang- och hotellverksamhet	13	12	15	
	Tillverkning, metall/elektronik	12	12	14	
	Samfärdsel, post-, telekom.	6	6	7	
Högsta avslutade utbildning	Grundskola eller folkskola	35	34	38	,799
	Gymnasieskola	28	29	26	
	Eftergymnasial yrkesutb. <3 år	13	14	10	
	Eftergymnasial utbildning >3 år	6	6	7	

Tabell 3 Födelse land, modersmål, hushållssammansättning och rökning i studiepopulationen. Skillnaderna mellan grupperna testades med Chi-2. Resultaten redovisas i procent

<i>Demografi</i>		<i>Hela gruppen</i> <i>n=607</i>	<i>Återgått i arbete</i> <i>n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete</i> <i>n=163</i>	<i>P</i>
Födelse land > 2 %	Sverige	80	80	80	,184
	Finland	8	9	4	
	F.d. Jugoslavien	2	2	4	
Modersmål	Svenska	82	82	82	,962
	Annat språk	17	17	17	
Hushålls- sammans- sättning	Ensamstående	12	14	7	,015
	Endast make/sambo	36	32	45	
	Make/sambo och barn	42	43	40	
	Endast barn	9	9	8	
	Någon annan/andra	0,8	1	0	
Rökning	Ja	42	42	43	,874
	Nej, har slutat	26	26	26	
	Nej, aldrig rökt	31	31	29	

Tabell 4 Sjukskrivningstid, uppkomst av besvär och förekomst av andra besvär eller sjukdomar som påverkar återgång i arbete i studiepopulationen. Skillnaderna mellan grupperna testades med t-test (sjukskrivningstid) och Chi-2

<i>Demografi</i>		<i>Hela gruppen n=607</i>	<i>Återgått i arbete n=444</i>	<i>Ej återgått i arbete n=163</i>	<i>P</i>
Sjukskrivningstid (dagar)	Medel	180	116	358	,001
	Median	137	91	365	
Tid från första besvär till sjukskrivningen (%)	< 1 vecka	12	13	9	,032
	1 vecka–1 år	37	38	32	
	> 1 år	49	46	58	
Förekomst av andra besvär/sjukdomar (%)	Nej	64	65	60	,001
	Ja, hindrar ej återgång i arbete	25	23	22	
	Ja, hindrar återgång i arbete	8	5	15	

Rygg och Nacke 7

Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser - kvinnors hälsa och återgång i arbete

Rygg- och nackbesvär är den vanligaste orsaken till långvariga sjukskrivningar och förtidspensioneringar i Sverige och många andra länder. Riksförsäkringsverket deltar tillsammans med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid Göteborgs universitet och fem försäkringskassor 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 det svenska projektet ingår även sjukskrivna med nackbesvär.

I denna rapport, som är den sjunde i det svenska projektet, redovisas hur arbetsgivarens insatser påverkar möjligheten för sjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke att återgå i arbete. Rapporten belyser också hur dessa kvinnor upplever sin hälsa och sin psykosociala arbetsmiljö.