

# Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering

**Regelverket i praktiken och  
återgång i arbete efter aktiv åtgärd**



Utgivare Försäkringskassan  
Försäkringsutveckling

Upplysningar Ulrik Lidwall  
08-786 97 26  
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Hemsida: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

LS-undersökningen är Försäkringskassans årligt återkommande studie om Långvariga Sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering som genomförts sedan år 2000. De kraftigt ökande sjukskrivningarna i slutet av 1990-talet har visat på behovet av att kontinuerligt undersöka långvariga sjukskrivningar och åtgärder för att underlätta återgång i arbete. Ökade kunskaper om arbetslivsinriktad rehabilitering är en viktig del i arbetet med att minska frånvaron i arbetslivet på grund av sjukdom och arbetsoförmåga. En tidigare studie från Försäkringskassan (Analyserar 2006:6) visade att aktivitetsnivån i syfte att få individer åter i arbete var relativt låg på Försäkringskassan under 2003. Sedan dess har data samlats in också för åren 2005 och 2006 vilket möjliggör en uppföljning av Försäkringskassans arbete med att förkorta sjukskrivningstiden och föra individer åter till arbete samt utfallet efter genomförda aktiva arbetslivsinriktade åtgärder i rehabiliterande syfte.

Ulrik Lidwall har genomfört analysen och författat rapporten. Sten Olsson har dragit urval och tagit fram registeruppgifter. Pernilla Tollin och Bahjat Khaledi har designat handläggarenkäten och ansvarat för datainsamlingen via lokalkontoren. Inom organisationen har dessutom kontaktpersoner i varje län liksom ett stort antal enskilda handläggare medverkat vid insamlingen av datamaterialet.

Stockholm i augusti 2008

Joakim Söderberg  
Chef för enheten för statistisk analys

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
Arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken .....	5
Aktiva åtgärder och återgång i arbete .....	6
<b>English summary</b> .....	<b>8</b>
Regulations in practice .....	8
Return to work after vocational rehabilitation .....	9
<b>Inledning</b> .....	<b>10</b>
Rapportens disposition .....	11
Kort om datamaterial och metod .....	11
<b>Arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken ....</b>	<b>12</b>
Arbetslivsinriktad rehabilitering – roller och ansvar .....	12
Steg för steg modellen .....	13
Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning .....	14
Avstämningsmöte .....	15
Försäkringskassans ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering .....	16
Rehabiliteringsplan .....	18
Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder .....	20
<i>Chansen att få aktiv åtgärd ökade 2005 och minskade 2006</i> .....	21
Sjuk- och aktivitetsersättning .....	22
<i>Utredning av förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning</i> .....	23
Sammanfattning .....	24
<b>Aktiva åtgärder och återgång i arbete</b> .....	<b>25</b>
Utfallet efter genomförd aktiv åtgärd .....	26
<i>Återgången i arbete ökar efter genomförd arbetslivsinriktad åtgärd</i> .....	27
<i>Återgång i arbete efter olika typer av åtgärder</i> .....	27
<i>Återgången i arbete varierar över tid</i> .....	28
<i>Vad kan variationen över tid bero på?</i> .....	29
Sammanfattning .....	31
<b>Referenser</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilaga</b> .....	<b>33</b>
Datamaterial .....	33
Analysmetod .....	35

# Sammanfattning

*Syftet* med denna studie är att följa upp aktiviteter kring Försäkringskassans ansvar att samordna arbetslivsinriktad rehabilitering. Mer specifikt söker studien besvara om aktivitetsnivån har ökat 2005 och 2006 i jämförelse med den nollmätning som genomfördes 2003. Ett ytterligare syfte är att studera återgång i arbete efter genomförda aktiva rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan är med om att initiera.

I LS-undersökningen studeras långvariga sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering för ett urval sjukskrivningar som pågått i minst 60 dagar. Dessa följs sedan tills de avslutas, eller som längst i drygt ett år. *Med långvarig sjukskrivning avses här en sjukskrivning som varat 60 dagar eller längre.* Resultaten för nollmätningens år 2003 och uppföljningsåren 2005 och 2006 redovisas i sammandrag nedan.

## Arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken

- Arbetsgivarens *rehabiliteringsutredning* kom in till Försäkringskassan under 2003 i 35 procent av långtidssjukskrivningarna. Under 2005 och 2006 mer än fördubblades denna andel. Efter den 1 juli 2007 behöver dock inte arbetsgivaren längre sända rehabiliteringsutredningar till Försäkringskassan.
- Försäkringskassan *tog aktivt ställning till behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering* i två av tre långvariga sjukskrivningar. Fortfarande saknades dock ställningstagande om rehabiliteringsbehov i närmare hälften av sjukskrivningarna som fortfarande pågår efter drygt ett år. Således görs oftare bedömningar i mindre komplexa ärenden med större chans till återgång i arbete.
- Formella *avstämningmöten* för bedömning av medicinskt tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering, hölls inom ett år i 17 procent av sjukskrivningarna år 2003. Sedan reglerna för avstämningmöte stramades upp 2005 har avstämningmötena ökat markant och genomfördes under 2006 i 36 procent av långtidssjukskrivningarna.
- Inom det första sjukskrivningsåret hade *rehabiliteringsplan* upprättats i 12 procent av alla långa sjukskrivningar eller i 24 procent av de sjukskrivningar som fortfarande pågår efter drygt ett år. Dessa siffror förändrades marginellt under 2005 och 2006.
- Aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder förekom inom det första sjukskrivningsåret i knappt 1 av 4 sjukskrivningar år 2003 (23 procent). Under 2005 ökade sannolikheten för påbörjad aktiv åtgärd men minskade igen under 2006.

- I 23 procent av sjukskrivningarna som fortfarande pågår efter 13 månader hade Försäkringskassan utrett om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot *sjuk- eller aktivitetsersättning* (SA) år 2003. Denna aktivitet mer än fördubblades under 2005/2006 och sannolikheten för att rätten till SA har utretts var över 50 procent.

Figur 1 Regelverket i praktiken 2003, 2005 och 2006

REGELVERKET	I PRAKTIKEN		
	Andel (kum. sannolikhet) inom 390 dgr		
	2003	2005	2006
Rehabiliterings- utredning av arbetsgivaren	35 %	74 %	72 %
Ställningstagande om behov av arbetslivs- inriktad rehabilitering	64 %	73 %	65 %
Avstämningsmöte	17 %	27 %	36 %
Rehabiliteringsplan	12 / 24 % *	10 / 18 % *	12 / 22 % *
Aktiv rehabiliteringsåtgärd	23 %	34 %	20 %
Utreda rätten till sjuk- /aktivitetsersättning inom 365 dagar	23 %	55 %	53 %

\* Inom 390 dagar / Inom 390 dagar för fall som då fortfarande pågår.

Sammanfattningsvis var Försäkringskassan betydligt mer aktiv i sjukskrivningsprocessen 2005 och 2006 jämfört med 2003. Under 2005 var aktiviteten högre också när det gällde aktiva arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivnas återgång i arbete. Under 2006 har i stället fokus förskjutits till användandet av andra verktyg inom i sjukförsäkringen för att förkorta sjukskrivningsperioden, exempelvis deltidssjukskrivningar och arbetsresor (Tollin 2007). Bilden av en mer aktiv men också striktare sjukförsäkringstillämpning har framkommit i tidigare analyser med starkare fokus på tidig bedömning när en begäran om sjukpenning inkommer med momenten granska, komplettera, bedöma och besluta (Försäkringskassan 2007b, Tollin 2007).

## Aktiva åtgärder och återgång i arbete

Allt fler långvariga sjukskrivningar avslutas inom 13 månader med att den sjukskrivne blir *helt arbetsför*. Generellt är det omkring 65 procent av sjukskrivningarna som avslutas med att den sjukskrivne är helt arbetsför och bedöms kunna återgå i arbete. Dock sker det allt tidigare i sjukskrivningarna. Sannolikheten för återgång i arbete ökade 7 procent 2005 och 18 procent 2006 i förhållande till 2003. En stor majoritet av dem som blivit arbetsföra

är åter i arbete, bland kvinnor 81 procent och män 80 procent. Andelen som hamnar i arbetslöshet har dock ökat mellan 2005 och 2006 bland män från 14 till 17 procent och bland kvinnor från 10 till 14 procent.

- Återgången i arbete ökar generellt efter genomförd arbetslivsinriktad åtgärd. Resultaten är dock instabila och varierar mellan åren, mellan kvinnor och män och mellan olika former av aktiva åtgärder.
- De positiva utfallet efter genomförd aktiv åtgärd hänför sig till år 2006. Möjligtvis förklaras skillnaderna i resultat mellan åren av i vilken mån sjukskrivningarna är arbetsrelaterade och om det är stor efterfrågan på arbetskraft.
- Sett till olika typer av åtgärder var det främst efter genomförd *arbetsutbildning* som återgången i arbete ökade. Utfallet var mer positivt för kvinnor under 2005 och 2006 vilket är omvänt mot vad som tidigare rapporterats för åren 1999, 2001 och 2003 då utfallet var mer positivt för män.
- Tolkningen av återgången i arbete efter genomförd aktiv åtgärd bör göras med försiktighet. Resultaten kan bero på skillnader i individernas egenskaper i utgångsläget som är okända, exempelvis skillnader i hälsa och arbetsförmåga. Förekomsten av sådana möjliga skillnader kan leda till ett positivt utfall snarare än att den aktiva åtgärden i sig som har positiva effekter.

# English summary

## *The Social Insurance Agency and Vocational rehabilitation – Regulations in practice and return to work after vocational rehabilitation*

The Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan, SSIA) has the responsibility to coordinate all the necessary interventions aiming for return to work of persons receiving sickness insurance benefits while the prime responsibility for the rehabilitation of sickness absent employees lies with the employer. The aim of this study is to follow up previously reported results regarding the vocational rehabilitation process with the SSIA coordination responsibility as a starting point. Another aim is to follow up the outcome after vocational rehabilitation measures as regards return to work (RTW). The data used in the study cover the years 2003, 2005 and 2006 and refers to *sickness absence cases with a sickness cash benefit duration of 60 days or more*. Results from the baseline year 2003 have been previously reported (Analyserar 2006:6, 2006:10).

## Regulations in practice

- Rehabilitation investigations were provided by the employers in 35 percent of the cases during 2003. This proportion was doubled in 2005 and 2006. Since July 2007 employers are no longer obliged to provide such investigations. Still though employers are obliged to provide necessary information to the SSIA upon request in order to facilitate proper actions for return to work.
- The SSIA actively took position about the need of vocational rehabilitation (VR) in 2 out of 3 cases. However, in cases still in progress after one year, judgement about the need of VR was still missing in nearly 50 percent of the cases. Hence, judgement is more often made in clear-cut cases with better prospects of RTW.
- Formal rehabilitation meetings arranged by the SSIA with participation of the individual and other actors were seldom held during 2003 (17 percent). Since then the regulations have been made stricter and meetings were held in 36 percent of the cases during 2006.
- A plan for VR had been established in 12 percent of all the cases and in 24 percent of the cases still in progress after one year. These figures are virtually unchanged across the years under study.
- Active VR measures occurred in 1 out of 4 cases during 2003. During 2005 VR increased to one third of the cases but during 2006 it fell back to year 2003 levels.
- Within a year from the day of reporting sick, the SSIA are obliged to investigate if there are prerequisites at hand to change the sickness cash



benefit to sickness compensation or activity compensation<sup>1</sup>. This was done in 23 percent of the cases ongoing after one year. During 2005 and 2006 this activity more than doubled.

- In sum the SSIA were considerably more active in the sick listing process during 2005 and 2006 than during 2003. During 2005 VR measures were also more common but since 2006 focus has been altered to other measures to promote return to work, for instance partial sick leave. The granting of benefits has also become stricter with focus on correct information and judgments early in the sick listing process.

## Return to work after vocational rehabilitation

In general RTW, that is SSIA's judgement of regained full work capacity, is the outcome in about 65 percent of the long-term sickness absence cases with duration of 60 days or more. But RTW happens at a faster rate than before. During 2005 the probability of RTW increased with 7 percent and with additional 11 percent during 2006 compared to 2003. A vast majority with regained full work capacity returned to gainful employment, among women 81 percent and among men 80 percent. However those ending up in unemployment increased from 14 to 17 percent among men and from 10 to 14 percent among women between 2005 and 2006. As regards VR measures:

- RTW increases in general after completed VR. But the results are unstable and vary over the years, between women and men, and between different VR measures.
- The positive outcome of RTW refers to year 2006 which might be explained by lower proportion of cases with work-related sick leave and higher labour demand.
- Vocational training in real work environment (most often on the regular job) is the VR measure with the best outcome as regards RTW. However, vocational training will only be feasible for those who have the ability and motivation and are welcomed by the employer. Hence there is definitely a selection mechanism at work when cases are assigned to different VR measures. Therefore there is a general difficulty in interpreting the outcome of VR when the study is not a randomised controlled trial. But since vocational training seldom leads to excess costs it could be considered a cost effective way to enhance RTW.

---

<sup>1</sup> In 2003 sickness compensation and activity compensation (for ages 19–29 years) replaced previous pension-benefits due to longstanding or permanent disability.

# Inledning

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Tyngdpunkten i socialförsäkringens mål för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är alltså att i möjligaste mån hjälpa sjukskrivna att återvinna arbetsförmågan (Försäkringskassan 2007a). För individen innebär det ett stöd att förkorta sjukskrivningen och underlätta att kunna komma tillbaka antingen i sitt tidigare arbete eller till ett nytt arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan också innebära att skapa möjligheter för en individ med ofullständig arbetsförmåga att arbeta inom ramen för skyddade sysselsättningar eller lönesubventionerade arbeten. Många olika aktörer, förutom individen själv, kan vara inblandade i olika delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det kan gälla arbetsgivaren, företagshälsovården, sjukvården, arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Trots att rehabiliteringsverksamheten i nuvarande form pågått under många år är kunskaperna om den relativt begränsade och det finns alltså ett stort behov av analyser av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Bergendorff 2006, Eklund et al 2005). För att öka kunskaperna inom området genomför Försäkringskassan sedan år 2000 en årligt återkommande studie om Långvariga Sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering, LS-undersökningen. LS-undersökningen är det enda riksrepresentativa datamaterial som innehåller detaljerade uppgifter om Försäkringskassans arbete med att få långtidssjukskrivna åter i arbete. En av huvudpoängerna med LS-undersökningen är att möjliggöra analyser och jämförelser av långvariga sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering över tid.

Tidigare studier på LS-materialet har visat att Försäkringskassans arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering minskade från år 1999 till 2001 och vidare under 2003. Bland annat hade man inom det första sjukskrivningsåret sällan kommit så långt som att upprätta en plan för rehabiliteringen (Lidwall 2006a). Vidare ökar sannolikheten att komma igång med aktiva arbetslivsinriktade åtgärder om den sjukskrivne är yngre, född i Sverige, anställd, sjukskriven på heltid och inte väntar på medicinsk åtgärd (Lidwall 2006b). Resultaten av de aktiva åtgärderna befanns också vara måttliga men positiva (Ibid).

*Syftet* med denna studie är att följa upp aktiviteter kring Försäkringskassans ansvar att samordna arbetslivsinriktad rehabilitering. Mer specifikt söker studien besvara om aktivitetsnivån har ökat 2005 och 2006 i jämförelse med den nollmätning som genomfördes 2003. Ett ytterligare syfte är att studera återgång i arbete efter genomförda aktiva rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan är med om att initiera. Studien är avgränsad till de åtgärder i rehabiliterande syfte som Försäkringskassan har kännedom om och som dokumenterats i akter eller register. Uppgifter som därmed ligger utanför ramen för denna studie är exempelvis åtgärder som den sjukskrivna och arbetsgivaren vidtar utan att Försäkringskassan blir inblandad. Det utesluter

också rehabiliterande åtgärder av medicinsk och social karaktär där hälso- och sjukvården respektive kommunernas socialtjänst har huvudansvaret. Rapporten ger dock en god bild av Försäkringskassans arbete med de individer som omfattas av samordningsansvaret.

## Rapportens disposition

Rapporten är indelad på avsnitt efter en tidsföljd i sjukförsäkringsprocessens regelverk kring sjukskrivning och rehabilitering, såsom rehabiliteringsutredning; avstämningsmöte; rehabiliteringsplan; aktiva åtgärder; samt sjuk- och aktivitetsersättning eller eventuell återgång i arbete. I varje avsnitt redovisas kortfattat det gällande *regelverket* enligt lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Därefter redovisas hur det sett ut *i praktiken* vid nollmätningen 2003 och uppföljningsåren 2005 och 2006. Statistikuppgifter om hur vanligt förekommande olika åtgärder och andra händelser är redovisas genomgående uppdelat på kön.

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

## Kort om datamaterial och metod

LS-undersökningen omfattar sjukfall, som påbörjades de två sista veckorna i januari året innan datainsamlingen genomförs. Anledningen till detta är att göra det möjligt att studera sjukskrivningsförloppet och utfallet inom en rimlig tid efter det att sjukskrivningen påbörjats. Ett urval av påbörjade sjukskrivningar görs årligen. Dessa sjukskrivningar följs tills de avslutas, eller – om de fortfarande pågår – som längst i drygt ett år. Uppgifterna om Försäkringskassans aktiviteter avser de första 13 månaderna av sjukskrivningen och samlas in för de sjukskrivningar som pågått minst 60 dagar. I denna studie används uppgifter om de långvariga sjukskrivningar som påbörjades i januari 2003, 2005 och 2006 totalt 18 700 ärenden. Av dessa pågår 3 100 med hel sjukpenning och ytterligare 1 800 med partiell sjukpenning efter 13 månader. Datamaterial och metod redovisas mer ingående i bilaga.

# Arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken

Bestämmelserna om rehabilitering finns samlade i lagen om allmän försäkrings 22 kapitel med tillhörande förordningar och föreskrifter (AFL 22 kap). I Försäkringskassans Vägledning 2004:2 version 9, *Sjukförsäkring och rehabilitering* ges mer utvecklad information kring hur det är tänkt att lagreglerna ska tillämpas<sup>2</sup>. De uppgifter som redovisas i tabellerna är dels procentandelar över fördelningen för olika utfall, dels kumulativa sannolikheter för att olika händelser inträffat eller att olika åtgärder vidtagits. Statistiska signifikanstest görs av skillnader mellan olika grupper och över tid.

## Arbetslivsinriktad rehabilitering – roller och ansvar

Rehabiliteringsåtgärderna ska planeras i samråd med *individen* och utgå från hennes eller hans individuella förutsättningar och behov (22 kap. 2 § andra stycket AFL). Om en individ utan giltig anledning vägrar att delta i rehabilitering får sjukpenning, sjukersättning, eller aktivitetsersättning tills vidare förvägras honom eller henne (20 kap. 3 § AFL).

*Arbetsgivaren* har förstahandsansvaret att uppmärksamma och utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd och finansiera dem. Ansvaret för finansieringen begränsas dock till åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda ska kunna vara kvar inom verksamheten. Från och med den 1 juli 2007 har dock arbetsgivarens förstahandsansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet ersatts av en skyldighet för arbetsgivaren att efter samråd med den försäkrade till Försäkringskassan lämna de uppgifter som behövs för att klarlägga rehabiliteringsbehovet (22 kap. 3 § AFL). Det är sedan Försäkringskassan som i samråd med den försäkrade snarast ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs (22 kap. 5 § AFL, prop. 2006/07:59, avsnitt 4.6.1, s. 21).

När det gäller *Försäkringskassans* ansvar anges i 22 kapitlet 5 § första och andra styckena AFL att: ”Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.” *Samordningsansvaret* innebär att Försäkringskassan ska se till och verka för att de olika rehabiliteringsåtgärder som en försäkrad behöver, och som olika myndigheter och arbetsgivare ansvarar för, fogas

---

<sup>2</sup> 1 juli 2008 infördes nya regler inom sjukförsäkringen. Dessa finns beskrivna i Vägledning 2004:2 Version 10. Här behandlas inte dessa nya regler.

samman. Samordningen ska syfta till att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och kunna försörja sig genom förvärvsarbete.

I *hälso- och sjukvårdens* ansvar ingår att tillhandahålla medicinsk vård, behandling, habilitering och rehabilitering. Sjukvårdens mål för rehabiliteringen är att den enskilde ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga samt fysiskt och psykiskt välbefinnande (1982:763 HSL).

*Arbetsförmedlingen* ansvarar för platsförmedling, vägledning, arbetslivsinriktad rehabilitering och utbildning. Försäkringskassan kan, som ett led i utredningsarbetet anlita arbetsförmedlingen för att få hjälp med att klarlägga möjligheterna till rehabiliteringsinsatser för försäkrade som saknar anställning. Arbetsförmedlingens ansvar för arbetslivsinriktade rehabilitering gäller individer som saknar arbete och står till arbetsmarknadens förfogande. Det omfattar således definitionsmässigt inte sjukskrivna som bedömts vara sjuka och arbetsoförmögna.

*Kommunen* betalar socialbidrag, ansvarar för behandling av missbruksproblem, erbjuder familjerådgivning, anordnar sysselsättning m.m. Kommunen har ansvar för den enskildes sociala rehabilitering. Kommunens rehabiliteringsmål är att de som vistas i kommunen ska ha goda levnadsförhållanden och tillräcklig försörjning (2001:453 SoL).

*Arbetsmiljöinspektionen* ska genom sina inspektioner på arbetsplatserna se till att arbetet är anpassat till människors olika förutsättningar i fysiskt eller psykiskt avseende. Arbetsmiljöinspektionen tillser också att det finns en organisation, rutiner, resurser m.m. för anställdas anpassning och rehabilitering (7 kap. AML).

## Steg för steg modellen<sup>3</sup>

Bedömning av arbetsförmåga, rätt till ersättning och eventuellt behov av rehabiliteringsinsatser sker på Försäkringskassan med hjälp av den så kallade steg för steg modellen, se figur. Syftet med modellen är att ge Försäkringskassan stöd för att på ett strukturerat och aktivt sätt bedöma rätten till sjukpenning, uppmärksamma behovet av rehabilitering, tidigt i sjukfallen initiera rehabiliteringsinsatser och att byta ut sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning när den försäkrade uppfyller förutsättningarna för sådan förmån. En aktiv handläggning och utredning behövs, eftersom det i förarbetena sägs att en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden bör vara gjord senast ett år efter första sjukdagen (Prop.2002/03:89, avsnitt 7.1.2, s. 47).

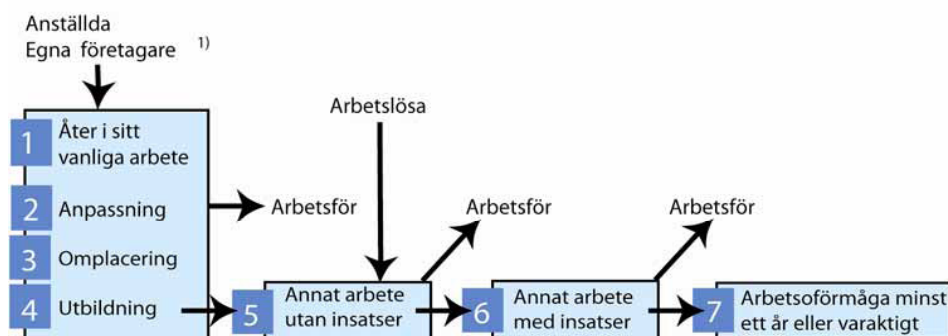
Steg för steg modellen är i rehabiliteringshänseende ett verktyg för att bedöma arbetsförmåga och behov av åtgärder. Vid en fördjupad utredning av

---

<sup>3</sup> Första juli 2008 ersätts steg för steg modellen med en ”rehabiliteringskedja” med fasta tidsgränser för varje enskild länk i kedjan. Senast inom tre månader ska arbetsförmågan prövas mot alternativ hos den egna arbetsgivaren, i princip de steg 1 till 3. Inom sex månader ska arbetsförmågan prövas mot andra alternativ på arbetsmarknaden, vilket i princip omfattar steg 5 och 6 i den gamla modellen. En väsentlig skillnad jämfört med sjustegsmodellen är fastställandet av en tidsgräns, samt överförandet av ”utbildning” – som kan ta mer tid - till en explicit rehabiliteringsåtgärd.

den försäkrades rätt till ersättning och eventuellt behov av rehabilitering ska utredningen göras med hjälp av SASSAM (Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshantering och SAMordnad rehabilitering, [www.sassam.net](http://www.sassam.net)).

### Steg för steg modellen



1) Eegna företagare bedöms ej i steg 3 och 4

Det finns också andra verktyg som arbetsgivare och Försäkringskassa kan och i vissa fall ska använda för att öka möjligheterna till återgång i arbete. Sådana verktyg kan vara exempelvis partiell sjukskrivning; rehabiliteringsutredning; avstämningsmöte; samverkan med andra aktörer; köp av utredningsåtgärder; rehabiliteringsplan samt aktiva rehabiliteringsåtgärder. Idealt leder rehabiliteringen till återgång i arbete men det kan också leda till sjuk- eller aktivitetsersättning om nedsättningen av arbetsförmågan bedöms som varaktig.

För sjukskrivna som saknar arbetsgivare ska Försäkringskassan ta det primära rehabiliteringsansvar som annars åligger arbetsgivaren. Inom Försäkringskassan används numer begreppen *förkorta* och *föra åter* i arbetet med att göra sjukskrivningsperioden så kort som möjligt och att hjälpa den försäkrade tillbaka till arbetslivet. Föra åter aktiviteterna kan sägas ligga inom det som i denna studie betecknas som aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, exempelvis arbetsträning. Som förkorta aktiviteter betecknas numer deltidssjukskrivning, anpassade arbetsuppgifter, arbete i reducerad takt, ändrade arbetstider, arbetsresor, arbetshjälpmiddel och skälig sjukskrivningstid (se Runnerstedt & Ståhl 2005). Gränsen mellan aktiviteter som avser att förkorta respektive föra åter är inte knivskarp, men de senare aktiviteterna kan sägas komma något tidigare i processen, inom steg 1–3 i steg för steg modellen, medan föra åter aktiviteterna mer ligger i steg 4 och 6.

## Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning

I och med den stora reformen kring arbetslivsinriktad rehabilitering år 1992 fick arbetsgivaren ett förstahandsansvar för rehabilitering av anställda som är sjukskrivna. I juli 2003 blev det obligatoriskt för arbetsgivare att göra rehabiliteringsutredning och i en förordning anges vad en sådan utredning bör innehålla (Förordning 2003:426 § 1).

Från och med den 1 juli 2007 har dock arbetsgivarens förstahandsansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet ersatts av en skyldighet för arbetsgivaren

att efter samråd med den försäkrade till Försäkringskassan lämna de uppgifter som behövs för att klarlägga rehabiliteringsbehovet (22 kap. 3 § AFL). Det är sedan Försäkringskassan som i samråd med den försäkrade snarast ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs (22 kap. 5 § AFL, prop. 2006/07:59, avsnitt 4.6.1, s. 21). Arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredning upphörde således den 1 juli 2007. Datamaterialet som här analyseras innehåller dock uppgifter för den period då arbetsgivaren fortfarande hade skyldighet att sända in rehabiliteringsutredning inom åtta veckor från sjukanmälningsdagen.

Under 2003 fanns rehabiliteringsutredningar i 20 procent av långtidssjukskrivningarna efter ett halvårs sjukskrivning, se Tabell 1. Under 2005 skedde en markant förbättring och efter ett drygt års sjukskrivning fanns arbetsgivarens rehabiliteringsutredning i 3 av 4 sjukskrivningar.

**Tabell 1 Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning för anställda 2003, 2005 2006. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	22*	66†	65	38*	74†	74
Män	15	64†	61	31	73†	70
Totalt	20	65†	63	35	74†	72

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

## Avstämningmöte

I juli 2003 infördes en regel om att Försäkringskassan kan begära att den försäkrade deltar i ett särskilt avstämningmöte för bedömning av medicinskt tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Ett avstämningmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka den försäkrades situation deltar (Försäkringskassan 2007a, s. 46). Exempel på sådana parter är i första hand behandlande läkare, arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen. (RFFS 2003:10) Andra aktörer som kan delta är företagshälsovården och facket (Prop. 2002/03:89, avsnitt 5.4 s. 28). Syftet med mötet är att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering (3 kap. 8 a § AFL). Syftet är också att tidigt fånga upp individens möjlighet att återgå i arbete och behov av stöd för att underlätta detta. Vid mötet bör det också klarläggas i vilken mån det eventuellt är annat än sjukdom som föranleder frånvaron från arbetet (Prop. 2002/03:89, avsnitt 5.4 s. 28).

I januari 2005 skedde det en precisering vad avser tidpunkt för då avstämningmöte ska genomföras om det inte är bedömt som obehövligt. Försäkringskassan ska, om det inte är obehövligt, senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredning inkommit till Försäkringskassan, kalla den försäkrade till ett avstämningmöte. Saknar den försäkrade arbetsgivare, ska Försäkringskassan, om det inte är obehövligt, senast tio veckor efter dagen för sjukansökan kalla den försäkrade till ett avstämningmöte (Försäkrings-

kassan 2007a). Försäkringskassan ska kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte om det finns behov av ett sådant (3 kap. 8 a § AFL). Den detaljerade tidpunkten för avstämningsmötet har tagits bort och ska från den 1 juli 2007 bestämmas utifrån den enskildes behov. En utgångspunkt är dock att det är viktigt att Försäkringskassan tidigt tar initiativ för att stödja den enskilde tillbaka till arbete. En sådan tidig insats bör vara ett avstämningsmöte. (Prop. 2006/07:59, avsnitt 4.6.2, s. 24). Avstämningsmötet ger också en möjlighet att göra en planering och ansvarsfördelning för de eventuella åtgärder som behöver vidtas för att den försäkrade ska komma åter i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande.

I sjukskrivningarna som påbörjades i januari 2003 var sannolikheten 7 procent att dessa hade haft ett avstämningsmöte inom ett halvår, se Tabell 2. År 2005 ökade inte andelen märkbart men under 2006 hade andelen ökat till 11 procent. Andelen med avstämningsmöten ökar efterhand och var efter drygt ett år 17 procent i de långvariga sjukskrivningarna under 2003. Under 2005 och 2006 har aktivitetsnivån höjts när det gäller avstämningsmöten och år 2006 sker det i drygt en tredjedel av sjukskrivningarna som pågått minst 60 dagar. Tidigare fanns inga skillnader mellan kvinnor och män men det är betydligt vanligare att kvinnor har haft avstämningsmöte under senare år.

**Tabell 2 Avstämningsmöte 2003, 2005 och 2006. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	7	8	11	17	29*†	40*†
Män	8	7	10	17	22†	30†
Totalt	7	8	11†	17	27†	36†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

Försäkringskassan har sedan 2006 som mål att andelen avstämningsmöten inom 90 dagar under en sjukskrivning ska öka. Andelen sjukfall i vilka det inom 90 dagar hållits ett avstämningsmöte ökat från 7 procent 2006 till 21 procent under 12-månadersperioden till och med oktober 2007 (Försäkringskassan Årsredovisning 2007).

## Försäkringskassans ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering

När Försäkringskassan bedömer att den har fått tillräckligt med underlag ska beslut fattas om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassans bedömning av behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och vilka rehabiliteringsåtgärder som kan vara lämpliga utgår från de utredningar som gjorts inom sjukvården och av andra aktörer.

Försäkringskassans hade år 2003 inte tagit ställning till behovet av arbetslivsinriktade åtgärder i 48 procent av fallen under det första sjukskrivningsåret, se Tabell 3. I de fall där ställningstagande finns är det vanligast att bedömningen görs att rehabiliteringsbehov inte finns. Det gäller 79 procent av



sjukskrivningarna där ställningstagande gjorts (41/52). *Det innebär att i de långvariga sjukskrivningar där Försäkringskassan har tagit ställning inom ett år så bedöms det finnas behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i drygt 20 procent eller i 1 av 5 sjukskrivningar.* Den här andelen är relativt oförändrad över åren 2003, 2005 och 2006 vilket indikerar att andelen långtids-sjukskrivna som bedöms vara i behov av insatser är relativt stabil över tid (visas inte i tabell). Däremot har sjukskrivningarna där ställningstagande saknas ökat under 2006.

Sammanfattningsvis har ställningstagande om behov av arbetslivsinriktad rehabilitering gjorts i hälften av fallen inom det första sjukskrivningsåret och i 4 av 5 fall bedöms den sjukskrivne då kunna återgå i arbete utan arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.

**Tabell 3 Ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering 2003, 2005 och 2006. Andel (%) efter 13 månader från sjukskrivningens början, alla sjukskrivningar**

	Ställningstagande saknas			Bedömt att behov inte finns			Bedömt att behov finns		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	48	47	52†	41	42	36†	11	11	12*
Män	47	45	54†	42	44	37†	11	11	9†
Totalt	48	47	53†	41	42	36†	11	11	11

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

Det är svårt att avgöra hur stort insatsbehovet är där Försäkringskassan saknar tillräckligt underlag och/eller inte har tagit ställning. Om vi antar att lika stor andel som i de sjukskrivningar där ställningstagande finns som där ställningstagande saknas har ett faktiskt åtgärdsbehov skulle det innebära att ungefär 20 procent av dem som varit sjukskrivna 60 dagar eller mer har behov av någon form av hjälp för att kunna återgå i arbete. Troligtvis är det en överskattning och det verkliga behovet ligger sannolikt någonstans mellan 10 och 20 procent.

För sjukskrivningar som fortfarande pågår efter 13 månader har Försäkringskassan tagit ställning till att det finns behov i 21 procent av fallen och att behov saknas i 35 procent av fallen, se Tabell 4. Rehabiliteringsbehovet bedömdes vara störst hos kvinnor under 2006. Anmärkningsvärt nog saknas efter drygt ett års sjukskrivning fortfarande aktivt ställningstagande om behov i omkring 40 procent av sjukskrivningarna och denna andel har ökat över tid. Försäkringskassan hade under 2006 inte tagit ställning till om det finns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i 44 procent av sjukskrivningarna som fortfarande pågick efter drygt ett år.

**Tabell 4 Ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering 2003, 2005 och 2006. Andel (%) efter 13 månader från sjukskrivningens början, i sjukskrivningar som fortfarande pågår efter 13 månader**

	Ställningstagande saknas			Bedömt att behov inte finns			Bedömt att behov finns		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	35	39	44†	42	39	32*†	23	22	24*
Män	35	39	45	42	42	40	23	18	16
Totalt	35	39†	44†	42	40	35†	23	21	21

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

Efter sex månaders sjukskrivning är det rimligt att förvänta sig att ett ställningstagande har gjorts i en majoritet av sjukskrivningarna eftersom rehabiliteringsutredningen och avstämningsmötet då skulle vara avklarat enligt de regler som gällde före halvårsskiftet 2007. Det är dock inte rimligt att förvänta sig att ställningstagande har skett i alla sjukskrivningar eftersom en del ärenden är mer komplexa och kräver mer utredning. Mediantiden fram till ställningstagande var 279 dagar år 2003, 217 dagar år 2005 och 249 dagar år 2006. Efter 13 månaders sjukskrivning är sannolikheten för att ställningstagande gjorts 65 procent år 2006, se Tabell 5. Mellan 2003 och 2005 skedde en markant förbättring men under 2006 är aktiviteten tillbaka på 2003 års nivå. Inga skillnader finns mellan kvinnor och män.

**Tabell 5 Ställningstagande om behov av arbetslivsinriktad rehabilitering 2003, 2005 och 2006. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	39	48†	45†	64	72†	65†
Män	40	50†	46	65	74†	65†
Totalt	40	49†	45†	64	73†	65†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

## Rehabiliteringsplan

I 22 kap. 6 § första stycket AFL står det följande. ”Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.” Det innebär att när Försäkringskassan bedömt att en försäkrad lider av en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel och att han eller hon behöver en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd för kunna återfå arbetsförmågan ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen är även underlag för Försäkringskassans beslut om rehabiliteringsersättning och en grund för uppföljningen av de planerade åtgärderna.

Så snart det finns tillräckligt underlag för att göra en rehabiliteringsplan kan Försäkringskassan komma överens om planen med den försäkrade och övriga berörda. Från januari 2005 gällde att en rehabiliteringsplan skulle vara upprättad senast två veckor efter att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning kommit in till Försäkringskassan. Denna tidsangivelse togs bort 1 juli 2007 och planen ska nu upprättas så snart det finns tillräckligt underlag.

Preciseringen att Försäkringskassan ska göra en rehabiliteringsplan senast efter två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommit skedde först i januari 2005 och det är därför inte rimligt att förvänta sig någon effekt av detta i sjukskrivningarna som pågick under 2003. Inom det första sjukskrivningsåret upprättades år 2003 rehabiliteringsplan i 12 procent av sjukskrivningarna, se Tabell 6. Andelen rehabiliteringsplaner minskade under 2005 för att öka något under 2006. En mer rättvisande bild ges om redovisningen endast görs för sjukskrivningar som pågår efter drygt ett år.

**Tabell 6 Rehabiliteringsplan 2003, 2005 och 2006 andel (%), alla sjukskrivningar**

	Inom första 13 månaderna från sjukskrivningens början			Inom första 13 månaderna från sjukskrivningens början för sjukskrivningar som då fortfarande pågår		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	13*	11†	13*†	26*	20*†	25*†
Män	11	10	10	21	14†	17
Totalt	12	10†	12†	24	18†	22†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

Att omkring 20 procent har fått en rehabiliteringsplan upprättad efter mer än ett års sjukskrivning måste betraktas som en låg andel. I likhet med avstämningsmötet är det vanligare med rehabiliteringsplan för kvinnor än för män. Även om omotiverad särbehandling på grund av kön inte kan uteslutas kan det avspegla att offentliga arbetsgivare, som kvinnor i högre grad än män har, är bättre på att förse Försäkringskassan med underlag såsom rehabiliteringsutredning och rent allmänt är mer aktiva i rehabiliteringen. En annan möjlig förklaring är att det är lättare att få till stånd en aktiv åtgärd i form av arbetsträning för kvinnor, inom exempelvis offentlig sektor.

Att 1 av 5 långtidssjukskrivna fått en rehabiliteringsplan upprättad ligger i linje med att Försäkringskassan bedömer att ungefär lika många har behov av aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Men att 4 av 5 långtidssjukskrivna som fortfarande är sjukskrivna efter 13 månader bedöms sakna behov av åtgärd är motsägelsefullt och väcker berättigade frågor.

I de fall där Försäkringskassan tagit ställning till behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering har rehabiliteringsplan upprättats i 2 av 3 fall, se Tabell 7. Här finns ingen skillnad om endast fall som fortfarande pågår efter ett år studeras vilket visar att rehabiliteringsplanen om den görs, upprättas sent under sjukskrivningen.

**Tabell 7 Rehabiliteringsplan 2003, 2005 och 2006 andel (%), i sjukskrivningar med bedömt behov av arbetslivsinriktad rehabilitering**

	Inom första 13 månaderna från sjukskrivningens början			Inom första 13 månaderna från sjukskrivningens början för sjukskrivningar som då fortfarande pågår		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	68	57*†	61	68	57*†	61
Män	66	49†	60†	67	43†	61†
Totalt	67	54†	60†	67	52†	61†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

## Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är åtgärder som behövs för att en försäkrad som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärderna kan vara exempelvis arbetsträning eller utbildning. Avsikten kan vara att ge den försäkrade möjligheter att kunna klara sitt vanliga eller annat lämpligt arbete hos arbetsgivaren, steg 2 eller steg 4 i ”steg för steg modellen” (se s. 13). Åtgärderna kan även syfta till att göra den försäkrade rustad att klara ett lämpligt arbete på arbetsmarknaden, steg 6. Inriktningen på rehabiliteringen bör vara att den försäkrade ska ha återfått sin arbetsförmåga efter ett år, och att i vart fall en eventuell utbildning bör vara avslutad inom denna tid (bet 1990/91: SfU16 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s.2).

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan vara arbetsträning på ordinarie eller annan arbetsplats, arbetsplatsanpassning och arbetshjälpmiddel, aktivitets- och motiveringsinsatser, utbildning eller andra former av aktiva rehabiliteringsåtgärder. Här redovisas förekomsten av åtgärder generellt. Efter sex månaders sjukskrivning är sannolikheten år 2006 att aktiva åtgärder påbörjats 6 procent i de sjukskrivningar som pågått 60 dagar eller längre, se Tabell 8. Efter 13 månader stiger denna andel till 20 procent. Variationerna mellan åren är stora. Andelen med påbörjad åtgärd ökade markant 2005 för att sedan falla lika markant under 2006. Inga signifikanta skillnader fanns mellan kvinnor och män.

Om endast de sjukskrivningar där Försäkringskassan bedömt att det finns behov studeras är sannolikheten för påbörjade åtgärder betydligt högre, se Tabell 9. Efter drygt ett års sjukskrivning är sannolikheten för åtgärd 68 procent år 2006.

**Tabell 8 Påbörjad arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd 2003, 2005 och 2006, alla sjukskrivningar. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	9	16†	6†	24	36†	22†
Män	9	16†	6†	21	31†	18†
Totalt	9	16†	6†	23	34†	20†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

**Tabell 9 Påbörjad arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd 2003, 2005 och 2006 där det bedömts finnas behov av åtgärd. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	30	38	24†	69	78	66†
Män	36	41	31	67	76	72
Totalt	32	39	26†	68	77†	68†

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

### Chansen att få aktiv åtgärd ökade 2005 och minskade 2006

En tidigare studie på samma datamaterial har visat att rehabiliteringsaktiviteterna minskade från 1999 till 2001 och 2003 (Lidwall 2006a). Att sannolikheten för åtgärd minskat över tid torde förklaras delvis av en ökande arbetsbelastning på grund av allt fler långvariga sjukskrivningar under tidsperioden men också av förändrat arbetssätt på Försäkringskassan med striktare bedömning av rätten till ersättning. Under 2005 ökade dock sannolikheten för påbörjad aktiv åtgärd, jämfört med år 2003, med 80 procent för att återigen minska med 20 procent under 2006, se Tabell 10 (se fotnot om tolkning av resultat på s. 25).

En tolkning av att de aktiva åtgärderna ökade under 2005 är ett minskat antal långtidssjukskrivna. Vidare kan den minskade andelen åtgärder under 2006 troligen förklaras med att Försäkringskassan i högre grad än tidigare prioriterat arbetet med att göra korrekta bedömningar av rätten till ersättning. I och med de senaste årens utvecklingsarbete har det också blivit tydligt att samordningsuppdraget även innebär att Försäkringskassan tidigt ska identifiera behov och påverka andra aktörer och den försäkrade så att åtgärder vidtas för att den försäkrade ska komma tillbaka i arbete eller ska kunna söka ett arbete. Dessa åtgärder behöver inte alltid vara arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder utan kan också vara att förmå individen att pröva deltidssjukskrivning som alternativ till passiv hel sjukskrivning med mera. Numer omfattar samordningsuppdraget således alla åtgärder som vidtas för att förkorta ett sjukfall och är inte begränsat till samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Under de år som åtgärdsaktiviteterna minskar har det också skett en medveten ökning av de partiella sjukskrivningarna. I LS-undersökningen har de partiella sjukskrivningarna vid sjukskrivningens

början ökat från 15 procent 1999 till 20 procent 2006 och återgången i arbete sker generellt tidigare under 2005/2006 jämfört med 2003 (Lidwall 2007).

**Tabell 10 Relativ sannolikhet för påbörjad aktiv åtgärd per sjukskrivningsår**  
(n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Totalt		Kvinnor		Män	
	n	RR	n (%)	RR	n (%)	RR
Sjukskrivningsår						
2003 (ref)	4214	1,00	2574	1,00	1640	1,00
2005	5580	1,80 ***	3365	1,81 ***	2215	1,80 ***
2006	5161	0,78 ***	3048	0,81 ***	2113	0,71 ***
<b>Antal åtgärder (%)</b>	2196 (14,7)		1454 (16,2)		742 (12,4)	

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

I modellen kontrolleras för (kön), ålder, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början, dokumenterat missbruk, sysselsättning och län.

## Sjuk- och aktivitetsersättning

Enligt steg för steg modellens sjunde och sista steg ska Försäkringskassan bedöma om den försäkrade är arbetsoförmögen för minst ett år eller varaktigt och om sjukpenningen därför ska bytas ut mot sjukersättning eller aktivitetsersättning (SA). Innan Försäkringskassan gör en sådan bedömning ska det vara klarlagt att den försäkrade inte har någon arbetsförmåga som kan tas tillvara på arbetsmarknaden, och alla rehabiliteringsmöjligheter ska för tillfället vara uttömda.

Ett grundläggande villkor för rätt till sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning och aktivitetsersättning är att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan (7 kap. 1 § första stycket AFL). Den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdillstånd efter sjukdom. Den kan även vara ett medfött funktionshinder (Prop. 2000/01:96 avsnitt 6.1, s.73).<sup>4</sup>

För rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning krävs vidare att nedsättningen av arbetsförmågan kan antas bestå under minst ett år (7 kap. 1 § första stycket AFL). Sjukersättning kan tidigast utges från och med den månad då den försäkrade fyller 30 år och längst till och med månaden före den månad då den försäkrade fyller 65 år (7 kap. 1 § tredje stycket AFL). Kan arbetsförmågan anses varaktigt nedsatt ska sjukersättning utges tills vidare. Kan arbetsförmågan antas nedsatt under en begränsad tid (minst ett år) ska sjukersättning utges för viss tid (tidsbegränsad sjukersättning) (7 kap. 1 § fjärde stycket AFL). För bedömningar av detta slag finns en väl etablerad praxis (Prop. 2000/01:96 avsnitt 19.1, s. 180).

<sup>4</sup> För en fullständig beskrivning av regelverket hänvisas till *Sjukersättning och aktivitetsersättning*, Vägledning 2004:9 Version 7, Stockholm: Försäkringskassan. 1 juli 2008 infördes nya regler som beskrivs i Vägledning 2004:9 Version 8. Här behandlas inte dessa nya regler.

Aktivitetsersättning kan tidigast utges från och med juli månad det år då den försäkrade fyller 19 år. Denna tidpunkt är kopplad till då den grundläggande skolutbildningen normalt sett är avslutad och förvärvsarbete i allmänhet tar vid. Aktivitetsersättning kan utges längst till och med månaden före den månad då den försäkrade fyller 30 år (7 kap. 1 § femte stycket AFL och Prop. 2000/01:96 avsnitt 6.3, s. 81). Aktivitetsersättning utges alltid för viss tid, som inte får vara längre än tre år varefter förnyad prövning sker (7 kap. 1 § sjätte stycket AFL).

### Utredning av förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning

Sedan första juli 2003 ska Försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningdagen ha utrett frågan om varaktigheten i den försäkrades arbetsförmåga i alla sjukpenningärenden, d.v.s. om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Detta innebär att den försäkrades arbetsförmåga även bör ha prövats mot hela arbetsmarknaden senast ett år efter första sjukdagen (Prop. 2002/03:89 avsnitt 7.1.2 s. 47). Om inte rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda och arbetsförmågan inte är nedsatt för minst ett år kommer den försäkrade även i fortsättningen ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringspenning (Prop. 2002/03:89 avsnitt 7.1.2 s. 46).

Inom ett halvår är det ovanligt att förutsättningarna för SA blivit utredd, cirka 5 procent, se Tabell 11. Under det andra halvåret ökar dock aktiviteten markant. Sannolikheten för aktiviteter knutna till SA har också ökat markant från 2003 till 2005 och 2006 och förutsättningen för SA är utredd i drygt hälften av sjukskrivningarna som då fortfarande pågår.

Att SA inte blivit utredd i hälften av sjukskrivningarna som pågår efter ett år kan tolkas på flera olika sätt. En tolkning är att Försäkringskassan inte når upp till lagens intentioner om när SA ska vara utredd. En annan tolkning är att det i många fall är oklart i vilken mån den sjukskrivne har någon arbetsförmåga och/eller att alla rehabiliteringsmöjligheter för tillfället inte är uttömda. Om den senare tolkningen är korrekt finns det dock en diskrepans mellan de cirka 20 procent (se s. 17) pågående ettårssjukskrivningar som Försäkringskassan bedömer ha behov av aktiva åtgärder och de 50 procent där SA inte utretts.

**Tabell 11 Förutsättningar för sjuk- eller aktivitetsersättning utredd 2003, 2005 och 2006. Beräknad kumulativ sannolikhet (%) i pågående sjukskrivningar vid olika tidpunkter från sjukskrivningens början och i sjukskrivningar som pågår efter 13 månader**

	Inom 6 månader			Inom 13 månader			Pågår vid 12 månader		
	2003	2005	2006	2003	2005	2006	2003	2005	2006
Kvinnor	4	5†	3†	23	54†	52	20	51†	49
Män	5	5	4	24	57†	54	23	53†	51
Totalt	5	5	3†	23	55†	53	21	52†	50

\* Skillnaden mellan kvinnor och män statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

† Skillnaden gentemot föregående år statistiskt säkerställd ( $p \leq 0.05$ ).

En tolkning av Försäkringskassans bedömning av om rehabiliteringsbehov finns är att det snarast är ett uttryck för vad man kan och avser att göra snarare än vilket faktiskt behov som finns hos den sjukskrivne. Om rehabilitering

inte kommer igång i den utsträckning och i den takt som är önskvärd försenar detta också många prövningar av rätten till sjuk- och aktivitetsersättning.

## Sammanfattning

- Andelen sjukskrivningar med rehabiliteringsutredning från arbetsgivaren inom ett år ökade från 35 till 72 procent mellan 2003 och 2006.
- Andelen avstämningsmöten inom ett år ökade från 17 till 36 procent mellan 2003 och 2006.
- Försäkringskassans ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering saknades i hälften av de långvariga sjukskrivningarna.
- Försäkringskassan hade bedömt att det fanns behov av aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i 11 procent av de långvariga sjukskrivningarna.
- Av de sjukskrivningar som fortfarande pågick efter ett år bedömde Försäkringskassan att det fanns behov av aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i 21 procent av fallen.
- Rehabiliteringsplan för återgång i arbete hade upprättats i 22 procent av sjukskrivningarna som fortfarande pågick efter ett år.
- I de sjukskrivningar som fortfarande pågick efter ett år och Försäkringskassan bedömt att det fanns behov av aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder hade rehabiliteringsplan upprättats i 61 procent av fallen.
- Sannolikheten för påbörjad aktiv rehabiliteringsåtgärd ökade markant mellan 2003 och 2005 men minskade igen 2006.
- Sannolikheten för påbörjad åtgärd var 68 procent 2006 i sjukskrivningar med bedömt behov av åtgärd.
- Sannolikheten för att Försäkringskassan skulle ha utrett förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning ökade från 23 procent 2003 till 53 procent 2006.

Resultaten tyder på att Försäkringskassan var betydligt mer aktiv i sjukskrivningsprocessen 2005 och 2006 jämfört med 2003. Under 2005 var också aktiviteterna kring aktiva åtgärder för återgång i arbete mer omfattande men minskade igen 2006. Under 2006 försköts i stället fokus till andra åtgärder i sjukförsäkringen, exempelvis deltidssjukskrivningar och arbetsresor (Tollin 2007). Bilden av en mer aktiv men också striktare sjukförsäkringstillämpning har framkommit i tidigare analyser med starkare fokus på tidig bedömning när en begäran om sjukpenning inkommer (granska, komplettera, bedöma, besluta) (Försäkringskassan 2007b, Tollin 2007).



# Aktiva åtgärder och återgång i arbete

I detta avsnitt analyseras återgång i arbete efter genomförda arbetslivsinriktade åtgärder. Metodproblemen kring analys av effekterna av rehabiliteringsåtgärder är stora. Så kallade *selektionseffekter* gör att det är svårt att veta om resultatet av en genomförd åtgärd beror på själva åtgärden eller på egenskaper knutna till individen. Vi vet exempelvis att ålder, etnicitet, arbetsmarknadsstatus och diagnos kan spela roll för om rehabiliteringsåtgärder kommer igång eller inte. I den analys som genomförs här tas dock hänsyn till sådana skillnader mellan de som påbörjar eller inte påbörjar rehabiliteringsåtgärd. Således måste orsaken till selektionseffekter sökas bland andra faktorer. Sådana faktorer skulle exempelvis vara hälsostatus och arbetsförmåga.

Ett ytterligare problem är att beskrivningen av innehållet i de genomförda arbetslivsinriktade åtgärderna ofta är bristfällig. De uppgifter som finns i LS-undersökningen om olika åtgärder är relativt grova kategorier av olika typer av åtgärder som inom respektive kategori kan vara mycket heterogena. I utvärderingssyfte är det principiellt viktigt att avgränsa och precisera innehållet i de åtgärder som ska utvärderas för olika målgrupper av sjukskrivna. Idealt skulle omfattande studier som bygger på slumpmässiga urval och är väl kontrollerade behöva genomföras för att utreda effekter av specifika åtgärder. Men sådana studier saknas ännu. Alternativet till randomiserade studier är den typ av statistisk analys som presenteras här vilken möjliggör kontroll för störande faktorer. Men utifrån denna statistiska analys är det inte möjligt att med säkerhet bedöma om resultaten av genomförda arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder framför allt beror på egenskaper hos individen eller dennes arbete snarare än på åtgärden i sig.

Generellt har återgången i arbete ökat under senare år. Jämfört med 2003 har sannolikheten för återgång i arbete bland de långtidssjukskrivna ökat med 7 procent år 2005 och 18 procent år 2006, se Tabell 12.<sup>5</sup> En tidigare analys på materialet visade också att andelen arbetsföra som gick till anställning ökade mellan 2003 och 2005 från 78 till 82 procent men minskade

---

<sup>5</sup> Kort om händelse-historikmodeller och relativa risker (RR): I de regressionsmodeller som redovisas nedan är det en händelse under ett sjukskrivningsförlopp som är det utfall som studeras, i detta fall återgång i arbete. Med återgång i arbete avses att individens sjukskrivning har avslutats med en bedömning att arbetsförmågan inte längre är nedsatt.

I regressionsmodellerna är det möjligt att pröva hur enskilda faktorer påverkar de händelser som studeras samtidigt som andra faktorer hålls under kontroll. Genom att exempelvis dela in sjukskrivningarna efter det år som sjukskrivningen påbörjades är det möjligt att studera om sannolikheten (risken/chansen) för återgång i arbete skiljer sig åt mellan olika åren. Ett enskilt år får utgöra referensgrupp och ges riskvärdet ett (1,00). Risken för övriga år relateras till referensgruppen och kallas därför relativa risker, förkortat RR. En RR på 1,25 innebär att den relativa risken är 25 procent högre än för referensåret och en RR på 0,75 innebär en 25 procent lägre relativ risk.

till 77 procent år 2006. I stället ökade andelen som gick till arbetslöshet från 12 år 2005 till 15 procent år 2006 (Lidwall 2007).

**Tabell 12 Relativ sannolikhet för hel återgång i arbete, jämförelse mellan 2003, 2005 och 2006 (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)**

Förklaringsfaktor	Total		Kvinnor		Män	
	n (%)	RR	n (%)	RR	n (%)	RR
Sjukskrivningsår						
2003 (ref)	4214 (28)	1,00	2574 (29)	1,00	1640 (28)	1,00
2005	5580 (37)	1,07 **	3365 (37)	1,04	2215 (37)	1,11 **
2006	5161 (35)	1,18 ***	3048 (34)	1,16 ***	2113 (35)	1,21 ***
<b>Antal återgångar (%)</b>	9667 (65,4)		5685 (63,2)		3982 (66,6)	

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

I modellen kontrolleras för (kön), ålder, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början, dokumenterat missbruk, sysselsättning och län. Kvinnors graviditetssjukskrivningar exkluderade. Analys av *heltidssjukskrivna* vid sjukfallet början som återgår helt eller *partiellt* påverkas resultaten marginellt. För både totalen och kvinnor blir RR då 1,1 både 2005 och 2006.

## Utfallet efter genomförd aktiv åtgärd

När det gäller utfallet av aktiva rehabiliteringsåtgärder visade en tidigare studie för åren 1999, 2001 och 2003 att aktiva åtgärder ökade återgången i arbete särskilt arbetsträning (Lidwall 2006b). Utfallet av de aktiva åtgärderna var dock inte stabilt över tid. Selektionseffekter är dock alltid ett potentiellt problem i icke-randomiserade studier. Det innebär att utfallet av olika interventioner eller åtgärder kan bero på icke-observerbara skillnader mellan de som blir föremål för åtgärd och de som inte blir det eftersom urvalet till åtgärd inte sker slumpmässigt. I analysen tas dock hänsyn till en mängd relevanta förhållanden relaterade såsom ålder, diagnos och sysselsättning.

I analysen markeras särskilt tiden både för påbörjad och för avslutad åtgärd eftersom åtgärden i sig kan ge en inlåsningseffekt (se Tollin 2005). Det kan särskilt gälla om åtgärden har karaktären av program med bestämda start- och sluttidpunkter. När åtgärden har fullföljts och avslutats är däremot förväntningen att sannolikheten för återgång i arbete ska öka. I analysen jämförs sjukskrivningsdagar då åtgärd pågår med de sjukskrivningsdagar där åtgärd inte har påbörjats eller åtgärd inte har fullföljts. En invändning mot de positiva utfallen är att åtgärderna uppmäts som genomförda och avslutade när det egentligen är återgång i arbete som gjort att åtgärden ansetts som genomförd och avslutad. För den allra vanligaste åtgärden som är arbetsträning på ordinarie arbetsplats är det troligtvis ett större metodproblem att avslutad åtgärd och återgång i arbete per definition sammanfaller. Möjligtvis innebär det att de positiva utfallen efter genomförda aktiva åtgärder överskattas. Denna invändning kan vara riktig eftersom det i studien finns begränsad information om åtgärdernas innehåll och när en åtgärd kan betraktas som slutförd. Å andra sidan är det inte heller möjligt att särskilja avbrutna från slutförda åtgärder vilket innebär att resultatet av åtgärden underskattas. Det är svårt att avgöra vad nettoeffekten blir och bedömningen är att det för åtgärden arbetsträning innebär en begränsad överskattning. Resultaten visar likafullt att för de aktiva rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan

samordnar finns det inte stöd för hypotesen att åtgärderna i sig generellt skulle förlänga sjukskrivningarna.

### Återgången i arbete ökar efter genomförd arbetslivsinriktad åtgärd

När aktiv åtgärd påbörjades åren 2005 och 2006 sjönk återgången i arbete med 6 procent för att sedan öka med 32 procent om åtgärden fullföljdes, se Tabell 13. Sammantaget ökar återgången i arbete efter genomförda aktiva åtgärder med 24 procent ( $(0,94 * 1,32) - 1,00$ ). Minskningen av återgången i arbete vid påbörjad aktiv åtgärd är dock insignifikant vilket ger en ökad återgång i arbete med 32 procent. Utfallet är starkare för kvinnor vilket är omvänt mot vad som tidigare rapporterats för åren 1999, 2001 och 2003 då utfallet var starkare för män (Lidwall 2006b).

### Återgång i arbete efter olika typer av åtgärder

Sett över olika typer av åtgärder har det tidigare visat sig att utbildningsåtgärder ger högre återgång i arbete än arbetsträning (Bergendorff m.fl. 1997). Köp av utbildningstjänster har också visat positiva utfall mätt som återgång i arbete (Tollin 2005). Utbildning som åtgärd är dock mycket sällan förekommande. I denna analys är det också möjligt att studera andra åtgärdstyper såsom arbetsträning hos ordinarie eller annan arbetsgivare, arbetsanpassning, aktiverings- och motiveringsinsatser deltagande i samverkansprojekt eller annan aktiv åtgärd, se Tabell 13.

Ett generellt tillkortakommande i data när det gäller att analysera resultaten av åtgärder är att antalet arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är litet i förhållande till antalet sjukskrivningar. Ett undantag är arbetsträning som är tillräckligt vanligt för att tillåta relativt säkra analyser. När icke signifikanta resultat redovisas i Tabell 13 och Tabell 14 innebär det att inga säkra slutsatser kan dras om utfallet efter åtgärden vilket i allmänhet beror på att antalet observationer är för litet.

**Tabell 13 Relativ sannolikhet för återgång i arbete, aktiva åtgärder och kön åren 2005 och 2006** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	Totalt	Kvinnor	Män
	RR	RR	RR
Aktiv åtgärd <i>påbörjad</i>	0,94	0,88	1,05
Aktiv åtgärd <i>avslutad</i> <sup>a</sup>	1,32***	1,41***	1,17
<b>Uppdelat per åtgärdstyp:</b>			
Utbildning <i>påbörjad</i>	1,04	0,31	1,94
Utbildning <i>avslutad</i>	0,73	0,00	0,87
Arbetsträning <i>påbörjad</i>	1,06	1,08	1,03
Arbetsträning <i>avslutad</i>	1,70***	1,80***	1,47*
Arbetsträning annan arbetsgivare <i>påbörjad</i>	1,12	0,88	1,35
Arbetsträning annan arbetsgivare <i>avslutad</i>	0,57	0,78	0,40
Arbetsanpassning <i>genomförd</i> <sup>b</sup>	1,11	1,07	1,20*
Aktiverings-/motiveringsinsats <i>påbörjad</i>	0,59***	0,50***	0,77
Aktiverings-/motiveringsinsats <i>avslutad</i>	1,45	1,57	1,28
Annan aktiv åtgärd <i>påbörjad</i>	1,04	0,97	1,15
Annan aktiv åtgärd <i>avslutad</i>	1,13	1,37	0,57
Deltagande i samverkansprojekt FK-AMS <i>påbörjat</i> <sup>c</sup>	0,86	0,65	1,01
Deltagande i samverkansprojekt FK-AMS <i>avslutat</i> <sup>c</sup>	1,82	1,42	3,11
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	<b>7118 (66,2)</b>	<b>4141 (64,5)</b>	<b>2977 (68,6)</b>

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

I modellen kontrolleras för ålder, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början, dokumenterat missbruk, sysselsättning län och sjukskrivningsår. Kvinnors graviditets-sjukskrivningar exkluderade. Åtgärdsvariablerna är s.k. *tidsvarierande kovariater* som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

<sup>a</sup> Uppgift om *hur* insatser och aktiva åtgärder avslutats saknas.

<sup>b</sup> Avser endast 2003 & 2005.

<sup>c</sup> Avser endast 2006.

Efter genomförd arbetsträning ökar sannolikheten för återgång i arbete med 70 procent. För kvinnor är utfallet något starkare. För män noteras också ett, om än svagt, positivt utfall efter arbetsanpassning. Aktiverings- och motiveringsinsatser ger däremot en tydlig inlåsningseffekt, det vill säga återgången i arbete minskar när åtgärden påbörjas, med 50 procent för kvinnor. Utfallet efter aktiverings- och motiveringsinsatser indikerar att de avser sjukskrivna som står längst från arbetsmarknaden. Det omvända gäller för arbetsträning vilket är i linje med tidigare publicerade resultat (Lidwall 2006b).

### Återgången i arbete varierar över tid

Utfallet efter genomförda rehabiliteringsinsatser har också förändrats över tid. I Tabell 14 redovisas återgången i arbete för aktiva åtgärder åren 2003, 2005 och 2006. Analysen visar att de positiva utfallen efter aktiva åtgärderna hänför sig till år 2006. I en tidigare studie av resultaten över åren 1999, 2001 och 2003 var det första året som utmärkte sig med hög återgång i arbete efter genomförda aktiva åtgärder (Lidwall 2006b). Att åren 1999 och 2006 utmärker sig med positiva utfall diskuteras i nästa avsnitt.

Det som utmärker sig med positivt utfall under 2006 är genomförd arbetsträning då återgången i arbete ökar med 72 procent. Tydliga är också inlås-

ningseffekterna av påbörjade aktiverings- och motiveringsinsatser men också det positiva utfallet när sådan åtgärd väl har genomförts. Det sammanlagda resultatet är dock fortfarande negativt om än marginellt ( $(0,30 * 3,12) - 1,00 = -0,06$ ).

**Tabell 14 Relativ sannolikhet för återgång i arbete och aktiva åtgärder, 2003, 2005 och 2006** (n=antal fall, RR=Relativa Risker från Cox-proportional hazard regression)

Förklaringsfaktor	RR 2003	RR 2005	RR 2006
Aktiv åtgärd <i>påbörjad</i>	1,03	0,84	0,98
Aktiv åtgärd <i>avslutad</i> <sup>a</sup>	1,00	1,30	1,66***
<b>Uppdelat per åtgärdstyp:</b>			
Utbildning <i>påbörjad</i>	0,73	1,01	0,77
Utbildning <i>avslutad</i>	1,62	0,97	0,76
Arbetsträning <i>påbörjad</i>	1,03	1,00	0,98
Arbetsträning <i>avslutad</i>	0,85	0,93	1,72***
Arbetsträning annan arbetsgivare <i>påbörjad</i>	–	1,27	1,15
Arbetsträning annan arbetsgivare <i>avslutad</i>	–	0,00	0,55
Arbetsanpassning <i>genomförd</i>	1,25	1,10	–
Aktiverings-/motiveringsinsats <i>påbörjad</i>	0,94	0,69*	0,30**
Aktiverings-/motiveringsinsats <i>avslutad</i>	–	1,03	3,12*
Annan aktiv åtgärd <i>påbörjad</i>	1,52	1,04	0,99
Annan aktiv åtgärd <i>avslutad</i>	–	1,03	1,01
Deltagande i samverkansprojekt FK-AMS <i>påbörjat</i>	–	–	0,86
Deltagande i samverkansprojekt FK-AMS <i>avslutat</i>	–	–	1,82
<b>Antal återgångar i arbete (%)</b>	<b>2549 (60,4)</b>	<b>3528 (63,1)</b>	<b>3590 (69,5)</b>

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

I modellen kontrolleras för kön, ålder, utrikes/inrikes född, diagnos, sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början, dokumenterat missbruk, sysselsättning och län. Kvinnors graviditetssjukskrivningar exkluderade. Åtgärdsvariablerna är s.k. tidsvarierande kovariater som antar värde 1 vid den tidpunkt (dag) då åtgärden vidtagits/genomförts och värde 0 dessförinnan.

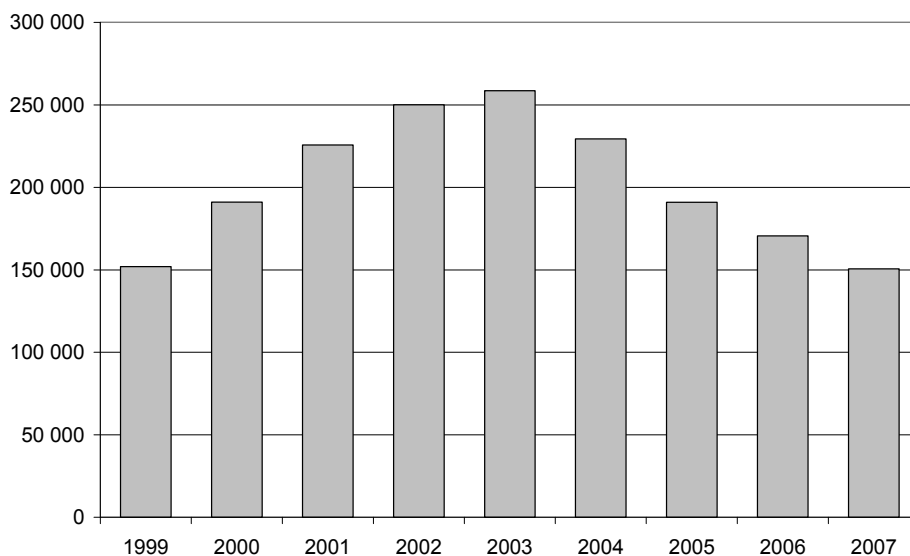
<sup>a</sup> Uppgift om *hur* insatser och aktiva åtgärder avslutats saknas.

### Vad kan variationen över tid bero på?

Hur ska förändringarna över tid tolkas? Man kan anta att det finns en viss selektionseffekt till arbetslivsinriktade åtgärder på så vis att individer med större förutsättningar att tillgodogöra sig åtgärden i högre grad blir föremål för åtgärd. År 1999 var ett år med hög aktivitet och 2006 ett år med låg aktivitet när det gäller att påbörja arbetslivsinriktad rehabilitering och båda åren uppvisar positivt utfall. Möjligtvis fanns en starkare selektion det senare året som påverkade utfallet i en mer positiv riktning. Både 1999 och 2006 var dock år med färre antal pågående långvariga sjukskrivningar, se Figur 2, vilket gör att Försäkringskassan hade större möjligheter att stödja den sjukskrivnes återgång i arbete. En annan hypotes utgår i stället ifrån antagandet att när antalet långvariga sjukskrivningar är högt är andelen med arbetsrelaterad sjukskrivningsproblematik också hög. Med det menas att den sjukskrivne individen, med rätta eller inte, uppfattar att orsakerna till sjukskrivningen ligger i arbetet eller på arbetsplatsen snarare än att problemen i huvudsak är av medicinsk natur. Om antagandet är korrekt skulle det i så

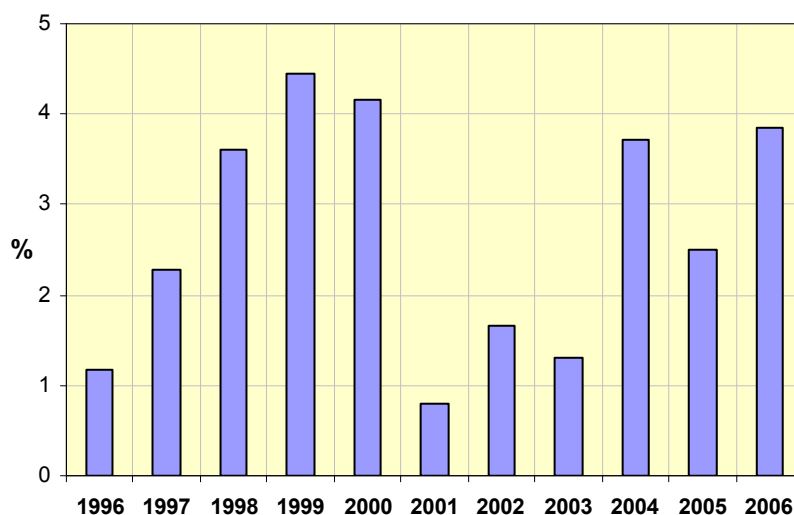
fall på ett avgörande sätt försvåra återgången i arbete (på samma arbetsplats) åren 2000 till 2005.

**Figur 2 Antal pågående sjukskrivningar 60 dagar eller längre i maj**



Ytterligare en hypotes utgår i stället från att återgången i arbete påverkas av efterfrågan på arbetskraft på arbetsmarknaden. Denna hypotes är också förenlig med hypotesen om att en större andel långtidssjukskrivna har arbetsrelaterade problem som försvårar återgång i arbete när sjukskrivningstalen är höga. Även om sambanden bakom efterfrågan på arbetskraft är komplexa är det rimligt att utgå ifrån att den till stor del styrs av tillväxten i ekonomin. Både 1999 och 2006 var år då ekonomin växte avsevärt per capita medan tillväxten var svagare år 2001 och 2003, se Figur 3.

**Figur 3 Bruttonationalprodukt (BNP) tillväxt per capita 1996–2006**



Källa: SCB

Data ger således visst stöd för hypotesen att återgång i arbete efter genomförd aktiv rehabiliteringsåtgärd ökar vid hög tillväxt, då efterfrågan på arbetskraft kan antas vara hög. Fördjupade studier där efterfrågan på arbetskraft i

olika regioner kopplas till sjukskrivningsdata vid olika tidpunkter behövs dock för att kunna dra säkrare slutsatser.

## Sammanfattning

- På grund av så kallade selektionseffekter går det utifrån den statistiska analysen inte att med säkerhet bedöma om utfallet av genomförda arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder beror på egenskaper hos individen eller på åtgärden i sig.
- Återgången i arbete ökade med 10 procent per år 2005 och 2006 jämfört med 2003.
- Efter genomförd aktiv arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd ökade återgången i arbete med 30 procent.
- Efter genomförd aktiv arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd ökade återgången i arbete med 70 procent år 2006 medan resultaten lyste med sin frånvaro 2003 och 2005.
- Utfallet i återgång i arbete efter genomförd aktiv åtgärd var bättre för kvinnor än män åren 2005 och 2006.
- Efter genomförd arbetsträning ökade återgången i arbete med 70 procent.
- Efter genomförd arbetsanpassning ökade återgången i arbete för män med 20 procent.
- Efter påbörjad aktiverings- och motiveringsinsats minskade återgången i arbete med 40 procent vilket indikerar att det riktades till dem som står längst från arbetsmarknaden.

Generellt är dataunderlaget otillräckligt för att med säkerhet bedöma utfallet för andra former av aktiva rehabiliteringsåtgärder än arbetsträning. Avslutningsvis kan dock konstateras att generellt ökar återgången i arbete för individer som genomfört aktiva rehabiliteringsåtgärder, med reservation för att det kan bero på individegenskaper och inte åtgärden i sig. Utfallet är inte stabilt över tid vilket kan bero på omvärldsfaktorer såsom efterfrågan på arbetskraft.

En välvillig tolkning av utfallet är att arbetsträning leder till återgång i arbete. Men det kan också bero på att de individer som påbörjar arbetsträning har störst motivation och möjligheter att återvända till nuvarande arbete. Eftersom arbetsträningen sällan i sig innebär merkostnader kan det för de sjukskrivna som har motivation och möjlighet innebära en kostnadseffektiv väg tillbaka till arbete.

# Referenser

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

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

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

Försäkringskassan (2007a), *Sjukförsäkring och rehabilitering*, Vägledning 2004:2 Version 9. Försäkringskassan. Stockholm.

Försäkringskassan (2007b). *Årsredovisning 2006*. Försäkringskassan. Stockholm.

Försäkringskassan (2005), *Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen*. Slutrapport. Dnr: 1053-2001 Försäkringskassan. Stockholm.

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

Lidwall U (2006b) *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete*. Analyserar 2006:10. Försäkringskassan. Stockholm.

Lidwall U (2007) *Långtidssjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningrätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006*. Redovisar 2007:6. Försäkringskassan. Stockholm.

Runnerstedt J & Ståhl J (2005) *Förkorta sjukperioden. Försäkringskassans metodundersökning 2004*. Analyserar 2005:19. Försäkringskassan. Stockholm.

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

Tollin P (2007) *De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det?* Redovisar 2007:8. Försäkringskassan. Stockholm.



# Bilaga

## Datamaterial

Undersökningen bygger på analys av uppgifter om olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för åren 2003, 2005 och 2006. I denna studie används uppgifter för ett urval av långvariga sjukskrivningar som påbörjades i januari nämnda år vilket innebär totalt cirka 18 700 sjukskrivningar. Sjukskrivningarna kan i praktiken följas upp under obegränsad tid via register men i denna studie begränsas analysen till sjukskrivningarnas 13 första månader. Enkätuppgifter om Försäkringskassans aktiviteter avser endast de första 13 månaderna av sjukskrivningen.

LS-undersökningen är Försäkringskassans årligt återkommande studie om Långvariga Sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering som genomförts sedan år 2000. Studien omfattar sjukfall, som påbörjades de två sista veckorna i januari året innan datainsamlingen genomförs. Anledningen till detta är att göra det möjligt att studera sjukskrivningsförloppet och utfallet inom en rimlig tid efter det att sjukskrivningen påbörjats. Ett urval om cirka 11 000 påbörjade sjukskrivningar görs årligen. Av dessa pågår omkring 5 000 i minst 60 dagar. Dessa sjukskrivningar följs tills de avslutas, eller – om de fortfarande pågår – som längst i drygt ett år. Viktiga uppgifter om individförhållanden och sjukskrivningens bakgrund såsom exempelvis yrke, diagnos, arbetsgivare samt om och hur sjukfallen avslutas har samlats in varje år som undersökningen genomförts 2000–2006. Under 2005 genomfördes ingen undersökning varför uppgifter för 2004 saknas. Uppgifter om rehabiliterande åtgärder som Försäkringskassan samordnat och har kännedom om har samlats in vartannat år och avser åren 1999, 2001, 2003, 2005 och 2006.

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

I Tabell 15 nedan redovisas de variabler och antal fall som ingår i analyserna samt de avgränsningar som har gjorts i materialet. Påbörjad aktiv åtgärd och återgång i arbete är de två beroende variablerna. De oberoende eller förklarande variablerna har delats in i tre olika grupper: demografi och arbetsmarknad, medicinska faktorer samt försäkringsåtgärder och administration. Variabeln kön är satt inom parentes eftersom analyserna görs separat för män och kvinnor vilket gör det möjligt att upptäcka könsspecifika mönster. Avgränsningarna innebär att individer som har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning (före 2003 förtidspension eller sjukbidrag) vid sjukskrivningens början tas bort från analysen eftersom fokus ligger på individer som helt eller delvis förlorat sin *fulla* arbetsförmåga och återgång i arbete i denna

studie innebär att individen återfår sin fulla arbetsförmåga. Det innebär också att individer som går från hel till partiell förmån i analysen behandlas som fortfarande sjukskrivna eftersom resultatet mäts som hel återgång i arbete. Sjukskrivningar som är relaterade till graviditet, det vill säga antingen är en så kallad graviditetsdiagnos eller innebär att sjukskrivningen avslutas med övergång till föräldrapenning, utesluts också ur analysen. Skälet till detta är att det mycket sällan är relevant med arbetslivsinriktad rehabilitering för graviditetsrelaterade sjukskrivningar. Att ta med dessa sjukskrivningar i analysen innebär också att jämförelser mellan kvinnor och män avsevärt försvåras.

**Tabell 15 Förteckning över variabler och avgränsningar i analysen**

**Variabelkategorier och variabler<sup>a</sup>**

*Beroende variabler:*

- I. Tiden till *Påbörjad aktiv rehabiliteringsåtgärd* (avser arbetsträning, utbildning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsatser samt övriga aktiva åtgärder)
- II. Tiden till *Återgång i arbete* (innebär att sjukskrivningen har avslutats med att individen har blivit *helt arbetsför*)

*Oberoende/förklarande variabler:*

Demografi och arbetsmarknadsstat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kön (analyserna är stratifierade/uppdelade på kvinnor och män)</li> <li>2. Ålder (8 åldersgrupper)</li> <li>3. Etnicitet (utrikes/inrikes född)</li> <li>4. Huvudsaklig sysselsättning (arbetslös, anställd, egen företagare eller annan sysselsättning (ex.vis utbildning eller skyddat arbete))</li> </ol>
Medicinska faktorer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnos (5 kategorier: psykiska sjukdomar: rörelseorganens sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, skador och förgiftningar, övriga sjukdomar)</li> <li>2. Dokumenterat missbruk under sjukskrivningen (alkohol, läkemedel eller annat missbruk)</li> </ol>
Försäkringsåtgärder och administration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sjukskrivningens omfattning vid sjukskrivningens början (hel, ½, ¼ eller ¾)</li> <li>2. Påbörjad/Avslutad, genomförd aktiv åtgärd <sup>b</sup></li> <li>3. Län</li> <li>4. Sjukskrivningsår (sjukskrivningen påbörjad i början av 2003, 2005 eller 2006)</li> </ol>

*Avgränsningar:*

- I. Sjukskrivningar där individen har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning
- II. Graviditetssjukskrivningar (Kap XV enl. ICD10) och sjukskrivningar som övergår i föräldrapenning

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

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

## Analysmetod

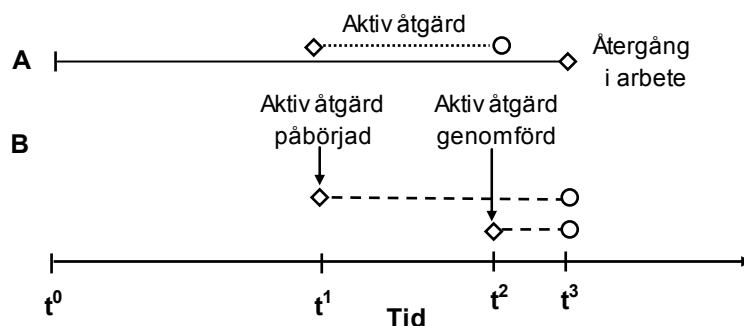
För händelser som inträffar i tiden under sjukskrivningsförloppet tas också hänsyn till den tid som förflyter innan en händelse inträffar, med hjälp av så kallad överlevnadsanalys<sup>6</sup>. Det mått som redovisas i Tabell 1, Tabell 2, Tabell 5, Tabell 8, Tabell 9 och Tabell 11 är en uppskattning av sannolikheten för olika aktiviteter i sjukskrivningsprocessen vid 6 månader och 13 månader sjukskrivning för sjukskrivningar som är 60 dagar eller längre. Ett mått som ofta används i sammanhanget är mediantid fram till en viss händelse. Mediantiden kan dock endast beräknas om minst hälften av sjukskrivningarna erfar den aktuella händelsen inom studieperioden som är 13 månader. I denna analys är det sällan fallet vilket i praktiken innebär att tiden till de flesta rehabiliteringshändelser är över 13 månader. Mediantiden kan visserligen beräknas endast för sjukskrivningar med aktuell händelse. En sådan beräkning är dock av mycket begränsat värde eftersom den inte beaktar alla de fall som inte blir föremål för åtgärder. Sannolikhetsberäkningar med hjälp av överlevnadsanalys ger därför den mest rättvisande bilden av aktiviteterna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. För vissa uppgifter saknas tidpunkt för händelsen varför andelen sjukskrivningar med händelse beräknats totalt samt för sjukskrivningar som fortfarande pågår efter 13 månader (Tabell 3, Tabell 4, Tabell 6 och Tabell 7) Eventuella skillnader i sannolikheter mellan män och kvinnor och över tid signifikansprövas genomgående.

Med hjälp av *cox proportional hazard regression* kan olika bakgrundsfaktorer som påverkar återgång i arbete såsom kön, ålder och diagnos hållas under kontroll. Om olika förklarande faktorer varierar över sjukskrivningsförloppet är cox-regressionen också en metod som kan hantera detta genom så kallade tidsvarierande kovariater. I Figur 4 visas ett exempel på detta där tiden  $t$  visas på tidsaxeln. I förlopp A visas en tänkt sjukskrivning som startar vid  $t^0$  och avslutas med återgång i arbete vid  $t^3$ . Under sjukskrivningen genomförs också en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som påbörjas vid  $t^1$  och är genomförd och avslutad vid  $t^2$ . I cox-regressionen kan åtgärden specificeras korrekt i förlopp B där hänsyn tas till att åtgärden påbörjas vid tidpunkt  $t^1$  och är genomförd och avslutad vid tidpunkt  $t^2$ .

---

<sup>6</sup> Begreppet överlevnadsanalys härstammar från medicinsk forskning kring olika behandlingsmetoder för svårt sjuka individer. Denna typ av statistisk analys tillhör där standardverktygen. Analysmetoden som används i rapporten är Life-tables och Cox proportional hazard regression i SPSS för Windows version 15.0.0, Copyright © SPSS Inc. 1989–2006.

Figur 4 Analys av rehabiliteringsåtgärd och sjukskrivningsförlopp



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

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

Beräkningen av de tidsvarierande kovariaterna sker enligt följande: variabeln "påbörjad aktiv åtgärd" har värdet 0 så länge som sjukfallslängden är mindre eller lika med tiden fram till påbörjad rehabiliteringsåtgärd (0=aktiv åtgärd inte påbörjad) och får värdet 1 när sjukfallslängden är större än tiden fram till påbörjad åtgärd (1=aktiv åtgärd påbörjad). Vidare får variabeln "avslutad aktiv åtgärd" värdet 0 så länge som sjukfallslängden är mindre eller lika med tiden fram till avslutad rehabiliteringsåtgärd (0=aktiv åtgärd inte avslutad) och får värdet 1 när sjukfallslängden är större än tiden fram till avslutad åtgärd (1=aktiv åtgärd avslutad).

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2008:**

- 2008:1 Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro
- 2008:2 Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning
- 2008:3 Köns- och länsskillnader inom arbetsskadeförsäkringen. Beslut om livränta 2005–2006
- 2008:4 Ojämlighet och utanförskap. Rapport från forskarseminarium i Umeå 23–24 januari 2008
- 2008:5 Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering. Erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990–2007
- 2008:6 Mål, mått och resultat – analys av handläggningstider
- 2008:7 Uppföljning av Pilas pilotverksamhet
- 2008:8 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering. Regelverket i praktiken och återgång i arbete efter aktiv åtgärd