

Riskfaktorer i arbetslivsinriktad rehabilitering

- en litteraturoversikt

John Selander

Sven-Uno Marnetoft

Alf Bergroth

Jan Ekholm

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att undersöka vilka faktorer som hänger samman med återgång i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering för individer med problem i rygg, nacke och/eller axlar. För att identifiera relevanta studier gjordes en systematisk sökning i olika databaser. För att inkluderas skulle studien vara publicerad mellan 1980 och 2000.

Studien visar att faktorer som hänger samman med återgång i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering är många och olikartade och föreligger på såväl individ-, som organisations- och samhällsnivå. I många fall är faktorerna relaterade till varandra. I korthet visar resultaten att yngre gifta självsäkra välutbildade män med fast jobb och hög inkomst som är nöjda med livet och varken är deprimerade eller upplever så mycket smärta och som bor i ett område med låg arbetslöshet och har en arbetsgivare som bryr sig om och önskar honom åter också har de största chanserna att komma åter i arbete. Tyvärr återfinns inte dessa personer så ofta bland de långtidssjukskrivna.

Författarna är verksamma vid Centrum för socialförsäkringsforskning (CSF), Mitthögskolan Östersund. John Selander och Sven-Uno Marnetoft är medicine doktorer. Alf Bergroth är professor i rehabiliteringsvetenskap vid Mitthögskolan. Jan Ekholm är professor vid avdelningen för rehabiliteringsmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

BAKGRUND

Långtidssjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Ett problem i Sverige och i många andra västländer är det stora och växande antalet sjukskrivna och förtidspensionerade. År 2000 uppgick antalet långtidssjukskrivna (>90 dagar) till c:a 120 000 och antalet förtidspensionärer till c:a 430 000 (1). Sammanlagt motsvarar detta c:a 14% av Sveriges alla personer i arbetsför ålder. "Psykiska

besvär" är den snabbast växande diagnosgruppen, men problem i rörelseapparaten (oftast i rygg, nacke och/eller axlar) utgör fortfarande den största diagnosgruppen.

Långtidssjukskrivning medför problem för såväl individ som företag/organisation och

14% av Sveriges alla personer i arbetsför ålder är förtidspensionärer eller långtidssjukskrivna

För år 2000 uppgick kostnaden för sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension till ungefär lika mycket som kostnaden för hela hälso- och sjukvården

samhälle. För individen leder sjukskrivning/förtidspension ofta till försämrad ekonomi och social isolering. För företaget/organisationen leder sjukfrånvaro till administrativa kostnader och kostnader i samband med vikarier, sjuklön, rehabilitering m.m. De samhällsekonomiska kostnaderna är omfattande. Vid sidan om kostnaden för utebliven produktion, är de kontanta utbetalningarna ett växande problem. För år 2000 uppgick kostnaden för sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension till drygt 70 miljarder kronor (2), d.v.s. ungefär dubbelt så mycket som den totala kostnaden för grundskolan eller ungefär lika mycket som kostnaden för hela hälso- och sjukvårdsapparaten.

I syfte att återföra sjuka/skadade individer i arbetsför ålder till ett liv som yrkesarbetande har man under 90-talet intensifierat arbetet med arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabilitering är ett vitt och flitigt använt begrepp, men med begreppet "arbetslivsinriktad rehabilitering" täcker man in samtliga åtgärder (medicinska, sociala, psykologiska och mer yrkesinriktade) som kan vidtas i syfte att hjälpa individen åter till arbete.

Då det slutliga målet med arbetslivsinriktad rehabilitering är att individen skall lämna sin roll som sjuk/sjukskriven och återgå till arbete eller till arbetsmarknadens förfogande, är det motiverat att argumentera för att rehabiliteringen har lyckats när individen återgår i arbete eller till arbets-

marknadens förfogande, (och misslyckats när så inte blir fallet). En relevant fråga att ställa är därför vilka faktorerna är som påverkar om individen kommer åter i arbete eller ej. Då arbetslivsinriktad rehabilitering är en komplex process som involverar flera olika aktörer (ex patienten, terapeuten, rehabiliteringshandläggaren, arbetsgivaren) och spänner över olika discipliner (t ex medicin, psykologi, sociologi, ergonomi, pedagogik, ekonomi) återfinns sannolikt dylika (risk)-faktorer på olika ställen och nivåer i den totala rehabiliteringsprocessen. Ett betydande antal tidigare studier fokuserar på riskfaktorer i rehabiliteringen. Dessa studier är dock i regel ganska begränsade till en disciplin och till den del av rehabiliteringsprocessen som hänger samman med aktuell disciplin. Många av dessa studier bidrar med omfattande kunskap inom respektive område, men få bidrar med ett bredare perspektiv. Bakgrunden till föreliggande studie är att vi (författarna) tror att det finns ett intresse av studier som tar ett vidare perspektiv på arbetslivsinriktad rehabilitering och som försöker relatera rehabiliteringsprocessens olika områden till varandra. Ett problem med "ett vidare fokus" är att det påverkar möjligheterna att analysera detaljerna mer på djupet. Föreliggande studie är inget undantag, varför syftet med denna studie inte heller är att presentera en fullständig bild av samtliga faktorer (och analyser av dessa) som har med återgång i arbete att göra.

SYFTE

Syftet med föreliggande studie är istället att presentera en översikt av faktorer som hänger samman med återgång i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering för indivi-

der med problem i rygg, nacke och/eller axlar, och att diskutera dessa faktorer i relation till varandra och i ett vidare perspektiv. Det är författarnas förhoppning att denna bredare fokusering, där hela rehabiliteringskedjan belyses, kan vara av intresse för personer involverade i arbetslivsinriktad rehabilitering.

METOD

Inkluderade studier

Studierna identifierades huvudsakligen genom en systematisk nyckelordsökning (vocational rehabilitation AND return to work OR disability pension OR early retirement AND predictors OR determinants OR risk factors) i databaserna MEDLINE, CINAHL, Rehabilitation & Physical Medicine, Current Contents, Occupational Health & Safety, and Social Work Abstract. Ett mindre antal studier fann vi också i böcker och publikationer som var refererade till i artiklarna. Studier som fokuserade på sjukgymnastik, arbetsterapi, multidisciplinära program, "work hardening", arbetsträning och utbildning (education) inkluderades. Bristen på studier kring andra relevanta rehabiliteringsåtgärder (t ex job counselling och job placement) medförde att dylika studier exkluderades. Vid sidan om studier där fokus helt legat på problem i rygg, nacke och/eller axlar, har studier med arbetsrelaterade besvär (work related disorders) inkluderats. En klar majoritet av dessa individer lider av problem i rörelseapparaten, men andra diagnoser kan också återfinnas i dessa grupper. I resultatdelen markeras dessa studier med en asterisk (*). Nyckelordsökningen resulterade i drygt 200 studier. Efter exklusion av mindre relevanta studier (oftast p.g.a. att fokus inte låg på återgång

till arbete) återstod 43 studier, varav 4 var litteraturöversikter. I resultatdelen är dessa markerade med (rev.). Samtliga studier är baserade på individer i arbetsför ålder. För inklusion, oavsett typ av studie, skulle studien vara publicerad mellan åren 1980 och 2000.

RESULTAT

Demografiska faktorer

Ålder

Sannolikheten att återgå i jobb efter arbetslivsinriktad rehabilitering minskar med stigande ålder (6, 7*, 8, 9*, 10*, 11, 12, 13*, 14*).

Kön

Angående kön så visar olika studier olika resultat. Vissa indikerar att män har större sannolikhet att återgå i jobb (9*, 12, 14*, 15*), och andra studier visar att kvinnor har större sannolikhet (7, 16).

Nationalitet

Personer med invandrarbakgrund har mindre chans att återgå i arbete än andra (9*, 17).

Inkomst

Personer med högre inkomst har större sannolikhet att komma åter i arbete (7, 13*, 18*).

Utbildningsnivå

Ju högre utbildningsnivå individen har desto större är sannolikheten att återgå i arbete (9*, 10*, 18*, 19*, 20).

Civilstånd

Gifta individer har större sannolikhet än ogifta att återgå i arbete (9*, 16).

Boende

Stadsbor har större sannolikhet än landsbygdsbor att återgå i arbete (17).

Kriminalitet

Individer med kriminell bakgrund har mindre chanser att återgå i arbete (21).

Arbetsstatus

Arbetslösa sjukskrivna har mindre sannolikhet än sjukskrivna som har ett jobb att komma åter i arbete (10*, 14*).

Tidigare sjukskrivning

Personer med tidigare sjukskrivningsperioder har mindre sannolikhet än andra att komma åter i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering (13*).

Psykologiska och sociala faktorer

Självförtroende

Personer med gott självförtroende har större sannolikhet än andra att komma åter i arbete (22-24) liksom personer som upplever det "lätt" att byta jobb (8).

Livstillfredsställelse

Personer med hög livstillfredsställelse har större sannolikhet än andra att återgå i arbete (17).

Upplevd hälsa

Personer med god upplevd hälsa har större sannolikhet än andra att återgå i arbete (22, 25 [rev.], 26).

Depression

Personer som (vid sidan om problem i rörelseorganen) lider av depression har mindre sannolikhet än andra att återgå i arbete (27, 34).

Locus of control

Personer med extern locus of control har mindre sannolikhet än personer med intern locus of control att återgå i arbete (8).

Samarbetsvilja

Personer som är samarbetsvilliga (cooperative) har större sannolikhet än andra att återgå i arbete (27).

Hypokondri

Hypokondriker har mindre chans än andra att återgå i arbete (27).

Motivation och tro om arbetsåtergång

Motiverade personer återgår oftare än andra i arbete (30) liksom personer som själva tror att de kommer att kunna återgå i arbete (24, 31, 32, 65).

Social situation

Personer med stabil social situation har större sannolikhet än andra att återgå i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering (33).

Medicinska faktorer

Medicinsk historia

Personer som erhållit mer vård och behandling innan rehabiliteringen har mindre chanser att återgå i arbete än de som erhållit mindre (29). Chanserna att återgå i arbete är bättre för dem med endast en tidigare sjukdom/skada än för dem med flera (23, 33) och större för personer med endast en tidigare operation än för personer med flera (34).

Grad av sjukdom/skada

Personer med lättare sjukdom/skada återkommer oftare än personer med svårare problem i arbete (16, 18*, 30, 35) liksom perso-

ner med god rörlighet och styrka innan rehabilitering (11, 21).

Smärta

Ju mer smärta personen har, desto mindre är chanserna att komma åter i arbete (27, 34).

Neurologiska symptom

Personer med neurologiska problem har mindre sannolikhet än personer utan neurologiska problem att komma åter i arbete (11).

ADL

Personer med nedsatt ADL har mindre sannolikhet att återgå i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering än personer utan ADL-problem (8, 16).

Rehabiliteringsrelevanta faktorer

Typ av rehabiliteringsåtgärd

Multidisciplinära rehabiliteringsåtgärder är mer effektiva än monodisciplinära (36 [rev.]). Personer som erhåller utbildning istället för arbetsträning återgår oftare i arbete, liksom personer som får "ryggskola" som del i rehabiliteringen (13*, 14*).

Tidig eller sen rehabilitering

Personer som får tidigt initierade rehabiliteringsåtgärder har större sannolikhet än andra att komma åter i arbete (8*, 11, 13*, 14*, 17, 30, 65).

Kunskap om arbetsplatsen

Sannolikheten för arbetsåtgång ökar om rehabiliteringsaktören har kunskap om individens arbetsplats (41, 58).

Fullföljande av rehabiliteringsprogram

Sannolikheten för arbetsåtgång är större

för personer som fullföljer rehabiliteringsprogrammet, jämfört med personer som avbryter rehabiliteringen (30).

Individens inflytande

Personer som har möjlighet att påverka sin rehabiliteringsprocess har också större chans att komma åter i arbete (37).

Tillfredsställelse med rehabilitering

Personer som uppger att de är nöjda och tillfredsställda med sin rehabilitering har större chans att komma åter i arbete än personer som uppger att de inte är lika nöjda (28, 29).

Arbetsplatsrelaterade faktorer

Byte av arbete

Personer som byter arbete eller arbetsuppgift efter rehabilitering löper mindre risk än andra att bli sjuk/sjukskriven på nytt (38, 39).

Arbetsmiljö

Sannolikheten för nya sjukperioder är större för personer som har en dålig arbetsmiljö att komma åter till, jämfört med personer med en god arbetsmiljö (40, 41[rev.]).

Anpassat arbete

Personer som erbjuds anpassat arbete (modified work) på arbetsplatsen har större sannolikhet än andra att komma åter i arbete (12, 42* [rev.]).

Tidig återgång till arbetsplatsen

En tidig och strukturerad återgång till arbetsplatsen direkt efter sjukdom/skada ökar chanserna att individen skall komma åter till arbete mer permanent (43).

Möjlighet till avbrott

Personer som har möjlighet att göra icke schemalagda avbrott i arbetet har större sannolikhet än andra att koma åter i arbete efter rehabilitering (11).

Arbetssektor

Verksamma inom vissa arbetssektorer har mindre chans att återgå i arbete än andra. Exempel på sektorer med hög risk är vård, omsorg och (stor)kök (10*).

Befattning

Personer med högre befattning har större chans än andra att komma åter i arbete (18*).

Arbetserfarenhet

Personer som arbetat mer än två år har större chans att komma åter i arbete än helt nyanställda (11).

Arbetsplatsens storlek

Personer från större arbetsplatser har större sannolikhet att komma åter i arbete än personer från mindre arbetsplatser (10*).

Privat och offentlig arbetsgivare

Personer från offentlig sektor har större sannolikhet än privatanställda att komma åter i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering (11).

Faktorer som hänger samman med ersättningssystem och generell arbetslöshet

Sjukersättningsstatus

Personer som saknar ersättning vid sjukdom kommer oftare åter i arbete än personer som har någon typ av sjukersättning (20).

Ersättningsnivå

Personer med hög ersättningsnivå återkommer mer sällan i arbete jämfört med personer med låg ersättningsnivå (18*, 44*, 45*). Personer med partiell ersättning har större sannolikhet att komma åter i arbete än personer med full ersättning (14*).

Arbetslöshetsnivå

Personer som bor i regioner med hög arbetslöshet har mindre chans än andra att komma åter i arbete (30) och i tider av hög nationell arbetslöshet är sannolikheten för arbetsåtergång mindre än den är vid låg arbetslöshet (46*).

DISKUSSION

Syftet med föreliggande studie var att presentera en översikt av faktorer som hänger samman med återgång i arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med problem i rygg, nacke och/eller axlar, och att diskutera de olika faktorerna, och hur de är relaterade till varandra, i en vidare mening. Översikten visar att antalet faktorer som hänger samman med arbetsåtergång är stort och av olika karaktär.

Demografiska faktorer

Att ålder hänger samman med arbetsåtergång är inte förvånande. Sambandet var sannolikt olika förklaringar. 1) Äldre människor har i regel sämre hälsa än yngre. 2) Yngre är sannolikt också mer motiverade att återgå i arbete. För personer över exempelvis 60 år ses kanske förtidspension ibland som ett "naturligt" sätt att lämna arbetsmarknaden. 3) Yngre personer är generellt mer attraktiva på arbetsmarknaden, och med ökade krav på datorvana och kunskap inom informationsteknologi kanske denna

trend förstärks allt mer i framtiden. I tidigare studier, där man tagit hänsyn till de olika riskfaktorernas styrka, har ålder visat sig vara den starkaste (47).

Fynden beträffande kön är intressanta. Trots att en majoritet av studierna visar att män har större chans att komma åter i arbete, visar några studier på motsatsen. Bilden är uppenbarligen oklar varför ytterligare forskning behövs. Tidigare studier där skillnad mellan könen fokuseras visar att kvinnor och män har olika copingstrategier vid muskuloskeletal smärta (48) och att kvinnor och män erbjuds olika typer av rehabiliteringsåtgärder samt att kvinnor blir behandlade på ett annat sätt än män av försäkringskassans rehabiliteringshandläggare (49). Också arbetsmarknaden, till vilken individen skall återkomma, är i många avseenden olika för män och för kvinnor. Allmänt gäller att män har väsentligt fler jobb att välja mellan.

Några studier visar att utländsk härkomst är ett hinder för återgång i arbete. Detta fenomen har sannolikt olika förklaringar. En förklaring ligger sannolikt i den traditionellt högre arbetslösheten för denna grupp, och arbetslösa, speciellt kvinnor, har visat sig vara svåra att rehabilitera (50). En annan förklaring kan ligga i en interaktion med låg utbildning, vilket också visat sig vara ett hinder beträffande arbetsåtergång.

I ett antal studier framgår att gifta har större chans än ogifta att återgå i arbete. Andra studier visar att personer med stabil social situation har större sannolikhet att återgå i arbete. Dessa fynd hänger sannolikt samman, varför "ensamhet" verkar utgöra ett hinder i rehabiliteringen. Att stadsbor har större chans att komma åter i arbete än glesbygdsbor är intressant. Kanske är arbetets

Personer med stabil social situation har större sannolikhet att återgå i arbete.

sociala funktion inte lika uttalad i glesbygden? Kanske är det i glesbygden mer socialt accepterat att "gå på bidrag"? En ytterligare tänkbar förklaring ligger förstås i utbudet av arbeten. I staden är det lättare att hitta ett lämpligt arbete än det är i glesbygden.

Psykologiska och sociala faktorer

Fyndet att individens självförtroende påverkar chanserna att komma åter i arbete ligger väl i linje med resultaten som visar att personer som upplever det "lätt" att byta jobb också har större chans att lyckas med rehabiliteringen. Resultaten som visar att locus of control hänger samman med återgång i arbete stöds av andra studier. Wiegmann och Berven (51) fann i deras studie att individer med "internal locus of control" förbättrade den fysiska funktion väsentligt mer än andra. Eftersom motivation och individens tillfredsställelse med programmet hänger samman med rehabiliteringens resultat, verkar det vara av stor vikt att rehabiliteringens olika aktörer försöker åstadkomma en positiv "rehabiliteringsmiljö".

Medicinska faktorer

Beträffande medicinska faktorer så gav litteraturoversikten ett förvånansvärt magert resultat. Trots att antalet medicinska artiklar inom området är mycket stort, är det endast ett fåtal som berör återgång i arbete. De studier som ändå förekommer visar ganska homogena resultat. Som tumregel kan sägas att ju större medicinska problem en

patient har, desto mindre är chanserna att komma åter i arbete efter rehabilitering. Dessa 'objektiva' fynd stämmer väl överens med den tidigare presenterade mer subjektiva faktorn 'grad av upplevd hälsa'.

Rehabiliteringsrelaterade faktorer

Att klart besvara frågan beträffande vilken typ av rehabilitering som är bäst och mest effektiv för personer med problem i rygg, nacke och/eller axlar är svårt. De utvärderingsstudier som finns saknar ofta kontrollgrupp och i de fall kontrollgrupp finns är den inte sällan tvivelaktigt komponerad. Att genomföra experimentella studier är svårt, och stöter i regel på både etiska och lagliga problem. Ett antal studier ger dock stöd åt hypotesen att multidisciplinära åtgärder är mer effektiva än monodisciplinära. Mot bakgrund av detta kan man dra slutsatsen att rehabilitering av personer med problem i rörelseorganen förutsätter professionell hjälp från olika discipliner. Resultaten som visar att utbildning är mer effektivt än arbetsträning är kontroversiellt bl.a. utifrån ett könsperspektiv. I ett antal studier framgår att män oftare än kvinnor erbjuds utbildning som rehabiliteringsåtgärd och att kvinnor oftare än män erbjuds arbetsträning. Detta, och också andra könsskillnader i rehabilitering, diskuteras i detalj av bl.a. Bäckström (49). Den allmänna föreställningen att tidiga rehabiliteringsinsatser är mer effektiva än sena får stöd av föreliggande studie. Denna hypotes är dock ifrågasatt av andra (6, 52).

Personer med problem i rörelseorganen förutsätter professionell hjälp från olika discipliner

Kommunikationen i dagens rehabilitering fungerar inte på ett tillfredsställande sätt

Att personer som har möjlighet att själva påverka rehabiliteringsinsatserna oftare än andra återgår i arbete understryker vikten av att på ett tidigt stadium involvera individen som skall rehabiliteras. Detta låter som en självklarhet, men mycket talar för att så inte alltid är fallet. I några svenska studier (53, 54) indikeras att individen ofta uppfattas och behandlas som mer ett vid sidan stående objekt, än som ett i rehabiliteringsprocessen ingående subjekt. För att hjälpa individen i rehabiliteringsprocessen har Försäkringskassan ålagts rollen och ansvaret att samordna och övervaka rehabiliteringen och dess aktörer. Detta är en svår uppgift som kräver professionell kompetens inom flera områden. Ett antal studier indikerar att Försäkringskassan inte alltid lever upp till sitt ansvar (56, 57).

I flera studier understryks vikten av att rehabiliteringsaktören har god kännedom om individens arbete och arbetsplats (41, 58). Andra studier understryker vikten av kommunikation mellan rehabiliteringens aktörer (14, 59). I regel konstateras också i dessa studier att kommunikationen i dagens rehabilitering inte fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Arbetsplatsrelaterade faktorer

En god arbetsmiljö att komma åter till betonas ofta (41). I linje med detta ligger fynden beträffande anpassat arbete (modified work). Detta hänger sannolikt samman med de studier som visar att personer med större arbetsgivare har större chans att återgå i

arbete än personer med små arbetsgivare och att personer i offentlig sektor oftare kommer åter i arbete än personer anställda i privat sektor. Större (och offentliga) arbetsgivare har sannolikt i regel större ekonomiska och organisatoriska möjligheter att erbjuda anpassat arbete än vad mindre (och privata) arbetsgivare har.

Beträffande den lägre sannolikheten för arbetsåtergång för verksamma inom vissa yrkessektorer (ex. vård, omsorg och kök) är det troligt att delar av förklaringen ligger i bristfällig arbetsmiljö med bl.a. stress, höga och tunga lyft. En annan förklaring kan ha med selektionen av anställda att göra. Möjligen är det personer som samtidigt är exponerade för andra faktorer. Också på arbetsplatsnivå understryks vikten av kommunikation för att rehabiliteringen skall lyckas, och då i synnerhet mellan individen, arbetsgivaren och aktuell rehabiliteringsgivare (41, 58).

Faktorer som är relaterade till ersättningsystem och generell arbetslöshet

Att typen och graden av social (sjuk)ersättning hänger samman med arbetsåtergång är inte förvånande. Rehabiliteringens utfall är sannolikt, i alla fall delvis, avhängigt ekonomiska incitament. Finns ekonomiska incitament för rehabilitering? Enligt en studie av Statskontoret (60) är svaret 'nej'. I många fall har t.o.m. rehabilitering negativa ekonomiska konsekvenser. För samhället är det bättre med arbetande och skattebetalande personer än med personer som försörjer sig på bidrag. För företaget är incitamenten mindre klara. Trots litteratur som visar att rehabilitering är en god investering (61), så kvarstår frågor. Ett stort antal

studier (ex. 3, 53, 54, 60) indikerar att arbetsgivare inte tar sitt rehabiliteringsansvar på allvar. De initiativ som görs är få och ofta sent initierade. I tider av lågkonjunktur, med allt för många anställda i kombination med relativt stränga arbetsrättsliga regler, är det sannolikt i ett strikt ekonomiskt perspektiv mer rationellt att avstå från rehabiliterande åtgärder och i stället låta samhället ta hand om "problemet". Ekonomiska incitament för andra aktörer, t ex försäkringskassan, sjukgymnasten, läkaren etc., kan också ifrågasättas. Också för individen saknas i många fall ekonomiska incitament. I en omfattande rapport från ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) (62) slås fast att förtidspension för en genomsnittlig industriarbetare i Sverige, efter det att skatter och andra bidrag tagits med i beräkningen, kompenserar för c:a 84% av den tidigare inkomsten. Studien visar också att de personer som oftast pensioneras är de som också förlorar minst. För stora grupper är kompensationsgraden nära 100%. Det är troligt att intresset för rehabilitering skulle öka om de ekonomiska incitamenten för rehabiliteringens aktörer var större.

Efter denna presentation av hindrande faktorer i arbetslivsinriktad rehabilitering, kan det vara intressant att kort relatera fynden med karaktäristiken av de som blir föremål för rehabilitering, d.v.s. de långtidssjukskrivna. Hur ser då denna grupp ut? I en litteraturgenomgång av Selander (13) framgår att gruppen långtidssjukskrivna i många

Det är troligt att intresset för rehabilitering skulle öka om de ekonomiska incitamenten för rehabiliteringens aktörer var större

avseenden avviker från de som inte är långtidssjukskrivna. Bland de långtidssjukskrivna finns en överrepresentation av äldre, kvinnor, lågutbildade, rökare, personer med utländsk bakgrund, arbetslösa, arbetare, personer med dåligt socialt nätverk, personer från socialgrupp tre, personer som jobbar i dålig arbetsmiljö och med passiva och ofta stressiga arbeten. Uppenbarligen (och tyvärr!) kan vi konstatera att majoriteten av de långtidssjukskrivna i många avseende påminner om gruppen som har de minsta chanserna att återgå i jobb efter rehabilitering.

KONKLUSION

Syftet med föreliggande studie var att presentera en översikt av de faktorer som hänger samman med arbetsåtergång efter arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med problem i rygg, nacke och/eller axlar, och att diskutera de olika faktorerna i ett vidare perspektiv och i relation till varandra. Studien visar på ett stort antal och olikartade demografiska, psykologiska, sociala, medicinska, rehabiliteringsrelaterade, arbetsrelaterade och samhällsrelaterade faktorer. I många fall är de olika faktorerna relaterade till varandra. I korthet kan sägas att de personer som har bäst chans att återkomma i arbete efter rehabilitering är yngre, födda svenskar med hög utbildning och fast jobb med hög lön och som är gifta och har ett stabilt socialt umgänge, är självsäkra, har hög livskvalitet, inte har så allvarlig sjukdom/skada och inte känner så mycket smärta, och har en arbetsgivare som bryr sig om och önskar honom eller henne åter till arbetsplatsen. Tyvärr återfinns dessa personer sällan bland de långtidssjukskrivna.

Författarna vill tacka Mitthögskolan, Karolinska institutet, University of Queensland, Australien och Socialdepartementet för bidrag till arbetet med denna artikel.

REFERENSER

1. Riksförsäkringsverket, Stockholm, 2001.
2. Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsfakta*. Fritzes, Stockholm, 1999.
3. SOU 1998:104 *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Fritzes, Stockholm, 1998.
4. International Labour Organisation. *Vocational rehabilitation and employment of disabled persons*. International Labour Conference, 86th Session, Geneva, 1998.
5. Berglind H, Bergroth A, Ekholm J, Eriksen T and Westerhäll L. Kan mångvetenskaplig forskning om rehabilitering ge ny kunskap? *Socialmedicinsk tidskrift* 74:352-355, 1997.
6. Saxon J P, Spitznagel R J and Shellhorn-Schutt P K. Indicators of successful vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 49(3):69-72, 1983.
7. Cairns D, Mooney V and Craine P. Spinal pain rehabilitation: Inpatient and outpatient treatment results and development of predictors for outcome. *Spine* 9(1):91-95, 1984.
8. Gallagher R M, Rauh V, Haugh L D et al. Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain* 39:55-67, 1989.
9. Hennessey J C and Muller L S. The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled-worker beneficiary back to work. *Social Security Bulletin* 58:15-24, 1995.
10. Voaklander D C, Beaulne A P and Lessard R A. Factors related to outcome following a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation* 5(2):71-85, 1995.
11. Infante-Rivard C and Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occupational and Environmental Medicine* 53:488-94, 1996.
12. Crook J, Moldofsky H and Shannon H. Determinants of disability after a work related musculoskeletal injury. *Journal of Rheumatology* 25(8):1570-77, 1998.
13. Selander J. Unemployed sick-leavers and

- vocational rehabilitation: A person-level study based on a national social insurance material. Academic dissertation at the Karolinska Institute. Stockholm, 1999.
14. Marnetoft S U, Selander J, Bergroth A and Ekholm J. Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33: 71-78, 2001.
 15. Ahlgren C and Hammarstrom A. Has increased focus on vocational rehabilitation led to an increase in young employees' return to work after work related disorders? *Scandinavian Journal of Public Health Sep.* 27(3):220-7, 1999.
 16. Jang Y, Li W S, Hwang M T and Chang W Y. Factors related to returning to work following a work-oriented occupational therapy program for individuals with physical disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation* 8(2):141-51, 1998.
 17. Heikkila H, Heikkila E and Eisemann H. Predictive factors for the outcome of a multidisciplinary pain rehabilitation programme on sick-leave and life satisfaction in patients with whiplash trauma and other myofascial pain: a follow-up study. *Clinical Rehabilitation* Dec. 12(6):487-96, 1998.
 18. Tate D G. Workers disability and return to work. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 71:92-96, 1992.
 19. Gardner J A. Early referral and other factors affecting vocational rehabilitation outcome for the workers' compensation client. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 34:197-209, 1991.
 20. Straaton K V, Maisak R, Wrigley J M and Fine P R. Musculoskeletal disability, employment, and rehabilitation. *Journal of Rheumatology* 22:505-513, 1995.
 21. Fredrickson B E, Trief P M, VanBeveren P. et al. Rehabilitation of the patient with chronic back pain: A search for outcome predictors. *Spine* 13:351-53, 1988.
 22. Feurestein M. and Theborge R W. Perceptions of disability and occupational stress as discriminators of work disability in patients with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1:185-95, 1991.
 23. LeFort S M and Hannah T E. Return to work following an aquafitness and muscle strengthening program for the low back injured. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* Nov. 75(11):1247-55, 1994.
 24. Carosella A M, Lackner J M and Feurestein M. Factors associated with early discharge from a multidisciplinary work rehabilitation program for chronic low back pain. *Pain* 57:69-76, 1994.
 25. Jensen M P, Turner J A, Romanio J M and Karoly P. Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain* 47:249-83, 1991.
 26. Gatchel R J, Polatin R B and Mayer T G. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 20:2702-09, 1995.
 27. Barnes D, Smith D, Gatchel R and Mayer T. Psychosocioeconomic predictors of treatment success/failure in chronic low-back patients. *Spine* 14:427-30, 1989.
 28. Hazard R., Haugh L, Green P and Jones P. Chronic low back pain: The relationship between patient satisfaction and pain, impairment and disability outcomes. *Spine* 19:881-87, 1994.
 29. Beissner K L, Saunders R L and McManis H G. Factors related to successful work hardening outcomes. *Physical Therapy* Nov. 76(11): 1188-201, 1996.
 30. Sheikh K and Mattingly S. Employment rehabilitation: outcome and prediction. *American Journal of Industrial Medicine* 5(5): 383-93, 1984.
 31. Sandstrom J and Esbjornson E. Return to work after rehabilitation: The significance of the patients own prediction. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 18:29-33, 1986.
 32. Eklund M. Chronic pain and vocational rehabilitation; a multifactoral analysis of symptoms, signs, and psycho-socio-demographics. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2:53-66, 1992.
 33. Lancourt J and Kettelhut M. Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine* 17:629-640, 1992.
 34. Polatin P B, Gatchel R J, Barnes D et al.: A psychosociomedical prediction model of response to treatment by chronically disabled workers with low-back pain. *Spine* 14:956-61, 1989.
 35. Ash P and Goldstein SI. Predictors of returning

- to work. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 23:205-210, 1995.
36. Feurestein M, Menz L, Zastowny T and Barron B A. Chronic back pain and work disability: Vocational outcomes following multidisciplinary rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 4(4):229-51, 1994.
 37. Smith M J. *Employee participation and preventing occupational diseases caused by new technologies*. In Bradley, G.E. and Hendrick, H.W. (eds.): Human factors in organizational design and management – IV. Amsterdam: Elsevier, 1994.
 38. Jonsson B G, Persson J and Kilbom A. Disorders of the cervicobrachial region among female workers in the electronics industry. *International Journal of Industrial Ergonomics* 3:1-12, 1988.
 39. Ekberg K, Björkqvist B, Malm P, Bjerre-Kiely B and Axelsson O. Controlled two year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occupational and Environmental Medicine* 51:833-838, 1994.
 40. Schmidt S H, Meijman T F, Scholten A, van Oel C J and Oort-Marburger D. Factors contributing to job satisfaction following rehabilitation for musculoskeletal impairments. *Journal of Occupational Rehabilitation* 3:213-222, 1993.
 41. Ekberg K. Workplace changes in successful rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 5(4):253-69, 1995.
 42. Krause N, Dasinger L K and Neuhauser F. Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. June 8(2):113-39, 1998.
 43. Matheson L N and Brophy R G. Aggressive early intervention after occupational back injury: Some preliminary observations. *Journal of Occupational Rehabilitation* 7:107-117, 1997.
 44. Johnson W G and Ondrich J. The duration of post-injury absences from work. *Review of Economics and Statistics* 72:714-24, 1990.
 45. Russer J W. Workers' compensation and occupational injuries and illnesses. *Journal of Labour Economics* 9:325-50, 1991.
 46. Misra S and Tseng M S. Influence of the unemployment rate on vocational rehabilitation closures. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 29:158-165, 1986.
 47. Marklund S. (ed.): *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. 2 uppl. Studentlitteratur, Lund, Sweden, 1995.
 48. Jensen I, Nygren A, Gamberale F, Goldie I and Westerholm P.: Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? *Pain* 57:167-172, 1994.
 49. Bäckström I. *Att skilja agnarna från vetet: Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män*. Academic dissertation Nr. 22. Dept. of social work, Umeå University, Umeå, Sweden, 1997.
 50. Selander J, Marnetoft S U, Bergroth A and Ekholm J. The effect of vocational rehabilitation on later sick-leave. *Disability and Rehabilitation* 20(2):49-54, 1998a.
 51. Wiegmann S M and Berven N L. Health-locus-of-control beliefs and improvement in physical functioning in a work-hardening, return-to-work program. *Rehabilitation Psychology* 43(2):83-100, 1998.
 52. Boshen K A. Early intervention in vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 32:254-264, 1989.
 53. Marnetoft S U, Selander J, Bergroth A and Ekholm J. The unemployed sick-listed and their vocational rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 20:245-53, 1997.
 54. Selander J, Marnetoft S U, Bergroth A and Ekholm J. The process of vocational rehabilitation for employed and unemployed people on sick-leave: Employed v.s. unemployed people in Stockholm compared with circumstances in rural Jämtland, Sweden. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 30:55-60, 1998b.
 55. Roessler R T and Rubin S E. *Case Management and Rehabilitation Counseling – Procedures and Techniques*. 2 ed. PRO-ED, Austin, Texas, 1998.
 56. Hensing G, Timpka T and Alexanderson K. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6:301-309, 1997.
 57. Bollingmo G. Survey of employment services and vocational outcomes for individuals with mental retardation in Norway. *Journal of Vocational Rehabilitation* 8:269-283, 1997.
 58. Mootz R D, Franklin G M and Stoner W H.

- Strategies for preventing chronic disability in injured workers. *Topics in Clinical Chiropractic* 6(2):13-25, 1999.
59. Battie M C. Minimizing the impact of back pain: Workplace strategies. *Seminars in Spine Surgeries* 4:20-28, 1992.
60. Statskontoret 1997:27 *Perspektiv på rehabilitering*. Stockholm, 1997.
61. Aronsson T and Malmqvist C. *Rehabiliterings ekonomi*. Brevskolan, Stockholm, 1996.
62. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. *Lönar sig arbete?* Ds 1997:73. Fritzes, Stockholm, 1997.
63. Ravaud J F, Madiot B and Ville I. Discrimination towards disabled people seeking employment. *Social Science and Medicine* 35:951-958, 1992.
64. Larsson S. Handikappades utsatthet på arbetsmarknaden. *Zenit* 116(2):40-49, 1992.
65. Hildebrandt J, Pflingsten M, Saur P and Jansen J. Prediction of success from multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine*, May 1:22(9):990-1001, 1997.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Rehabiliteringsforskning nr 5/9

Motivation, livsloppsperspektiv, migration, bedömning i samverkan, åtgärder på arbetsplatsen

är underrubrikerna i detta temanummer som är framtaget av Jan Ekholm, Hans Berglind, Alf Bergroth och Lotta Westerhäll

Rehabilitering till arbete nr 5/00

I detta temanummer, under redaktörskap av professor Kerstin Ekberg vid Rikscentrum för Arbetslivsriktad Rehabilitering i Linköping, försöker vi att sätta oss in i den försäkrades situation och med hjälp av olika studier, kvalitativa och kvantitativa, belysa vilka förhållanden som är betydelsefulla i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsprocess.

Psykiatrisk försäkringsmedicin nr 6/00

Detta temanummer är en första ansats till att utveckla tankar, formulera frågeställningar och sammanställa kunskap inom området psykiatrisk försäkringsmedicin. Fokus här är på sjukskrivning och förtidspensionering inom den allmänna sjukförsäkringen.

Tidskrifterna går att beställas per fax 08-560 301 21
eller per mail: socmdti@algonet.se Pris 48:- + porto