

# Faktorer associerade med lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering i Jämtlands glesbygd

Sven-Uno Marnetoft

John Selander

Alf Bergroth

Jan Ekholm

Syftet med studien var att identifiera faktorer som är associerade med lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering i Jämtlands glesbygd. Studien baseras på hos försäkringskassan registrerade långa sjukfall (90 dagar eller längre) som påbörjades under 1992-1994 i Jämtlands län. Av sammanlagt 4 394 sjukfall, hade 732 personer erhållit arbetslivsinriktad rehabilitering. Definitionen på lyckad rehabilitering var friskskrivning d.v.s. ingen ersättning från socialförsäkringen vid 6, 12 och 24 månader efter avslutad rehabilitering. Rehabilitering ansågs också som lyckad om individen sänkt sin ersättningsgrad och behållit den lägre ersättningsgraden vid 6, 12 och 24 månader efter avslutad rehabilitering. En multivariat logistisk regressionsanalys användes för att identifiera faktorer som var associerade med lyckad rehabilitering. Resultaten indikerar att yngre personer, män, anställda, tidigt rehabiliterade, partiellt sjuk-skrivna och rehabiliterade i program med utbildningsinslag har den största chansen att lyckas med sin rehabilitering.

Författarna är verksamma vid Centrum för socialförsäkringsforskning (CSF), Mitthögskolan Östersund. Sven-Uno Marnetoft och John Selander 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.

## Introduktion

Det ökade antalet personer som under de senaste åren har lämnat arbetskraften för en förtidspension har inneburit kraftigt ökade sociala kostnader och dessutom skapat oro för en framtida arbetskraftsbrist. I början av 1990-talet gjordes stora satsningar inom rehabiliteringsområdet. Rehabiliteringsreformen från 1992 har dock inte infriat förväntningarna om lägre

ohälsotal och minskade kostnader inom socialförsäkringen (SOU 2000:78). Från 1997 till 2000 har sjukfall 30 dagar och längre ökat från 123 000 till 217 000 vilket är en ökning

---

---

*Från 1997 till 2000 har sjukfall 30 dagar och längre ökat från 123 000 till 217 000 vilket är en ökning med nära 80 %*

---

---

med nära 80 %. Pågående sjukfall som varat ett år och längre har under samma period ökat med närmare 50 % (RFV, årsstatistik). Kostnaden för sjukpenning har på bara några år ökat från 18 miljarder till 34 miljarder och de kraftiga kostnadsökningarna fortsätter. De totala kostnaderna för ohälsa i Sverige uppgår nu till över 90 miljarder kronor. De regionala skillnaderna i ohälsa är påtagliga (SOU 2000:72). De norra länen i Sverige har under en lång följd av år haft höga ohälsotal och en hög andel nybeviljade förtidspensioner jämfört med andra delar av Sverige. De stora regionala skillnaderna i sjukfrånvaron är både anmärkningsvärd och svårförklarlig. Sjukskrivning kan i Norrlandslänen ha blivit ett icke avsett komplement till arbetsmarknads-, socialpolitiska och regionalpolitiska stöd (SOU 2000:72).

Mot denna bakgrund är det angeläget att undersöka vilka faktorer som är associerade med lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering för personer i Norrlands inland. Syftet med studien var att identifiera faktorer som är associerade med lyckad rehabilitering och att identifiera grupper av sjukskrivna som genomgått en lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering i ett norrländskt glesbygdsområde.

### **Metod och material**

Studien baseras på långa sjukfall 90 dagar och längre, initierade under 1992, 1993 och 1994 vid samtliga sju försäkringskassesektorer i Jämtlands glesbygd. Totalt identifierades 4 394 sjukfall. Bland dessa sjukfall var det totalt 732 personer som genomgått en rehabiliteringsåtgärd. Samtliga dessa ingår i studien.

Definitionen på lyckad rehabilitering var att personerna skulle vara friskskrivna d.v.s.

inte uppbära någon ersättning från socialförsäkringen vid samtliga tidpunkter 6, 12 och 24 månader efter avslutad rehabiliteringsåtgärd. En lyckad rehabilitering ansågs också de genomgått som efter avslutad rehabilitering hade sänkt sina ersättningsgrader jämfört med ersättningsgraderna vid rehabiliteringsstart och behållit denna sänkning vid samtliga tidpunkter 6, 12 och 24 månader efter avslutad rehabilitering. Bakgrunden till denna hårda definition av lyckad rehabilitering var att vi ville vara säkra på att resultatet representerade långtidseffekter av rehabiliteringen.

De individfaktorer som studerades var; ålder, kön, civilstånd, nationalitet, yrke, anställningsstatus, inkomst, diagnos, ohälsodagar två år före aktuell sjukskrivning, ersättningsgrad vid rehabiliteringsstart och sjukfallslängd. Eftersom vi hade tillgång till ett antal faktorer relaterade till rehabiliteringsprocessen studerades även dessa. Dessa var antal dagar innan rehabiliteringsstart, längden på rehabiliteringsåtgärden, antalet rehabiliteringsaktörer involverade i rehabiliteringen, antal rehabiliteringsaktörer involverade i beslutet om rehabilitering, vem som betalade för åtgärden och kostnad för åtgärden. En stegvis logistisk regressionsanalys genomfördes för att skapa en modell av faktorer associerade med lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering.

I de sjukfall där det förekommit fler än en rehabiliteringsperiod räknades längden på rehabiliteringsåtgärden på den längsta. Tiden innan rehabiliteringsåtgärd påbörjades baseras på den första rehabiliteringsåtgärden i sjukfallet. I studien ingår personer med någon form av anställning och de som var arbetslösa. Diagnosen är den första i sjukfallet.

## Resultat

### Bakgrundsdata

Av totalgruppen gruppen (N=4394) var det 16.8 % (18.1 % kvinnor, 15.0 % män) som blev föremål för en rehabiliteringsåtgärd. Bland de anställda var det 16.8 % (18.4 % kvinnor, 14.7 % män) som blev föremål för rehabilitering. Motsvarande andel för de arbetslösa var 16.8 % (16.0 % kvinnor, 17.4 % män). Av de som genom gick en rehabiliteringsåtgärd hade 64 % (69 % kvinnor, 57 % män) besvär från rörelseorganen och 6 % (6 % kvinnor, 7 % män) mentala problem. Av de 732 individer som blev föremål för rehabilitering var 60 % kvinnor. (Tabell 1 och 2)

### Resultat

Kvinnornas chans till en lyckad rehabilitering var 42 % ( $1.0-0.58=0.42$ ) lägre än männens (Tabell 3). Yngre jämfört med äldre personer har en större chans till en lyckad rehabilitering. En arbetslös persons chans till en lyckad rehabilitering var 46 % ( $1.0-0.54=0.46$ ) lägre än för en anställd persons. Det fanns en interaktion mellan ålder och anställningsstatus och lyckad rehabilitering. En arbetslös persons chans till en lyckad rehabilitering minskade med åldern i större utsträckning än för en person med anställning. Varje månad som passerade utan att en rehabiliteringsåtgärd påbörjades minskade chansen för en lyckad rehabilitering med 4 % ( $1.0-0.56=0.04$ ). Efter sex månader, utan påbörjad rehabiliteringsåtgärd, minskade chansen för en lyckad rehabilitering med 22 %. Det fanns en signifikant interaktion mellan ålder och tid innan rehabiliteringsåtgärd. En äldre person var mer känslig för en sen rehabiliteringsstart än en yngre person. Att vara partiellt sjuk-

Tabell 1. Bakgrundsdata för de personer som blev föremål för rehabilitering under perioden 1992-1994 (kolumnprocent).

	Kvinnor %	Män %
<b>Civilstånd</b> (n=731)		
Gift	53	48
Ogift	27	39
Änka/änkling	6	0
Frånskild	15	12
<b>Nationalitet</b> (n=731)		
Infödda svenskar	96	95
Utlänningar	2	1
Svenskar födda i ett annat land	2	4
<b>Ersättningsgrad vid påbörjad rehabiliteringsåtgärd</b> (n=730)		
100 %	75	82
75 %	3	3
50 %	18	14
25 %	4	1
<b>Typ av rehabiliteringsåtgärd</b> (n=729)		
Arbetsträning	55	49
Arbetsprövning	3	7
Utbildning	5	7
Annat	37	37
<b>Yrke</b> (SEI-kod inom parentes) (n=602)		
Ej facklärd, varuproducerande (11)	59	49
Ej facklärd, tjänsteproducerande (12)	15	37
Facklärd, varuproducerande (21)	14	5
Facklärd, tjänsteproducerande (22)	11	7
Lägre tjänstemän I (33)	1	2
<b>Diagnoser</b> (n=732)		
Musuloskeletala problem	69	57
Mentala problem	6	7
Andra	26	36

skriven ökade chansen för en lyckad rehabilitering med 71 % ( $1.71-1.0=0.71$ ). Andra

Tabell 2. Bakgrundsdata för de personer som blev föremål för rehabilitering under perioden 1992-1994.

	Kvinnor		Män	
	M*	n	M	n
Ålder (år)	43	(436)	42	(296)
Rehabiliteringsåtgärdens längd (dagar)	68	(435)	76	(296)
Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)	135	(435)	169	(296)
Antal ohälsodagar två år före aktuellt sjukfall (dagar)	110	(298)	95	(168)
Tid innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd (dagar)	319	(436)	314	(296)
Sjukfallets längd (dagar)	570	(355)	528	(251)
Kostnad för rehabiliteringsåtgärden (kr)	25	686 (160)	32	276 (111)

\*= Medelvärde

Tabell 3. Faktorer associerade med lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering (friskskriven = ingen ersättning från socialförsäkringen) efter avslutad rehabilitering. Multivariat logistisk regressionsanalys (n=713).

Variabel	Odds ratio	95% Konfidensintervall
<b>Kön</b> (Man=1.00)		
Kvinna	0.58	0.41-0.82
<b>Ålder</b> (X år=1.00)		
X+10 år*	0.69	0.59-0.82
<b>Anställningsstatus</b> (Anställd=1.00)		
Arbetslös	0.54	0.33-0.87
<b>Tid innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd</b> (X dagar=1.00)		
X+30 dagar**	0.96	0.93-0.99
<b>Ersättningsgrad</b> (Hel=1.00)		
Partiell	1.71	1.16-2.51
<b>Typ av rehabiliteringsåtgärd</b> (Utbildning=1.00)		
Annat	0.43	0.21-0.88

\* Åldern X representerar en fritt vald ålder i intervallet 18 till 62 år.

\*\* Tidsfaktorn X representerar en fritt vald tidpunkt avseende antal dagar innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd i intervallet 0 till 1457 dagar.

åtgärder än utbildning minskade chansen för en lyckad rehabilitering med 57 % (1.0-0.43=0.57). Det fanns också en interaktion mellan ålder och typ av rehabiliteringsåtgärd. Äldre personer som genomgick en rehabilitering i form av en utbildningsåtgärd

var inte lika framgångsrik i sin rehabilitering jämfört med de som genomgick en annan åtgärd.

Chansen för en lyckad rehabilitering var 27 % lägre (1.0-0.73=0.27) för kvinnor än för män (Tabell 4). Både arbetslöshet och vän-

Tabell 4. Faktorer associerade med lyckad arbetslivsriktad rehabilitering (sänkt ersättningsgrad) efter avslutad rehabilitering. Multivariat logistisk regressionsanalys (n=711).

Variabel	Odds ratio	95% Konfidensintervall
<b>Kön</b> (Man=1.00)		
Kvinna	0.73	0.53-0.99
<b>Anställnings status</b> (Anställd=1.00)		
Arbetslös	0.51	0.34-0.77
<b>Tid innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd</b> (X dagar=1.00)		
X+30 dagar*	0.96	0.94-0.99
<b>Typ av rehabiliteringsåtgärd</b> (Utbildning=1.00)		
Annat	0.49	0.24-1.00

\* Tidsfaktorn X representerar en fritt vald tidpunkt avseende antal dagar innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd i intervallet 0 till 1457 dagar.

tan innan rehabilitering påbörjades minskade chansen för en lyckad rehabilitering medan en rehabiliteringsåtgärd i form av utbildning ökade chansen.

## Diskussion

Ett viktigt resultat att lyfta fram i studien är att kvinnor har en lägre chans att lyckas med sin rehabilitering än män. Detta resultat får också stöd i tidigare studier (Hennesy och Muller 1995, Crook et al. 1998, Ahlgren och Hammarström 1999). Kvinnor erhåller mer arbetsträning medan män erbjuds rehabiliteringsåtgärder med utbildningsinslag. Bäckström (1994) visade i sin studie att mäns rehabilitering startar tidigare och är mer omfattande. Denna tendens att diskriminera kvinnor i arbetslivsriktade rehabi-

litering är oroande. Om antalet lyckade rehabiliteringar skall öka bland kvinnor krävs att könsskillnader uppmärksammas när kvinnor erbjuds rehabiliteringsåtgärder. En snabbt föränderlig arbetsmarknad kräver nya idéer och lösningar när det gäller kvinnors rehabilitering. Män arbetar i huvudsak i den privata sektorn medan kvinnor återfinns i den offentliga sektorn som har fått vidkännas kraftiga nedskärningar under 1990-talet. Det finns en stark koppling mellan ålder och lyckad rehabilitering. Tidigare studier har visat att yngre personer jämfört med äldre personer har en större chans att återvända till arbetsmarknaden efter rehabilitering (Tate 1992, Hennessey och Muller 1995, RFV 1996, Beissner et al. 1996, Infante-Rivard and Lortie 1996, Selander 1999). Resultatet är inte förvånande eftersom yngre personer generellt har ett bättre hälsotillstånd än äldre. De har sannolikt också högre förväntningar på sin hälsa än vad äldre personer har. Yngre personer med en mer modern utbildning får

---

*Ett viktigt resultat att lyfta fram i studien är att kvinnor har en lägre chans att lyckas med sin rehabilitering än män*

---

---

---

### *Anställningsstatus har stor betydelse för utgången av rehabiliteringsresultatet*

---

---

också anses vara mer attraktiva på arbetsmarknaden.

Anställningsstatus har stor betydelse för utgången av rehabiliteringsresultatet. Föreliggande studie visar att en arbetslös långtidssjukskriven person har en lägre chans att återkomma till arbetsmarknaden än en person som har en anställning. Tidigare studier har visat att arbetslösa personer delvis är en missgynnad grupp när det gäller rehabilitering (Marnetoft et al. 1997, Selander et al. 1998). De är också mer svårrehabiliterade än anställda sjukskrivna, speciellt arbetslösa kvinnor (Selander, Marnetoft 1998, Selander et al. 1999). Det negativa inflytande som arbetslöshet har på rehabiliteringsresultatet kan ha flera förklaringar. En trolig förklaring är att arbetslösa sjukskrivna saknar stöd från ett antal rehabiliteringsaktörer som arbetsgivare, arbetskamrater och företagshälsovård. De arbetslösa sjukskrivna kräver sannolikt mera omfattande rehabiliteringsåtgärder än vad de erbjuds idag. Den osäkerhet som råder om vem som har ansvaret för rehabilitering av de arbetslösa sjukskrivna utgör sannolikt också ett hinder för en lyckosam rehabilitering.

Föreliggande studie visar att sen rehabilitering jämfört med tidig rehabilitering minskar chansen för en lyckad rehabilitering, speciellt bland de äldre. Efter sex månaders väntan innan rehabiliteringsåtgärd påbörjas har chansen för en lyckad rehabilitering minskat med 22 %. Det råder dock delade meningar bland forskare om tidig rehabilitering är mer lyckosam än sen rehabilitering

(Boschen 1989, Ekberg och Linton 1994, RFV 1997). En distinktion behöver sannolikt göras mellan vad som menas med tidiga åtgärder och tidig involvering i sjukfallet. En tidig involvering i sjukfallet för att kartlägga hinder och möjligheter är sannolikt en förutsättning för ett lyckat rehabiliteringsresultat.

En partiellt sjukskriven person har en högre chans att lyckas med sin rehabilitering än en person som är helt sjukskriven. En sannolik förklaring till detta är att partiellt sjukskrivna generellt har en bättre hälsa. En annan förklaring kan vara att partiell sjukskrivning av en del läkare används som en aktiv åtgärd för att påskynda en arbetsåtergång. Sannolikt skulle partiell sjukskrivning kunna användas i större utsträckning, än vad som är fallet, som en aktiv åtgärd för att påskynda en arbetsåtergång. Studier har visat att personer med hög kompensation mera sällan återvänder i arbete (Russer 1991, Tate 1992).

Rehabiliteringsåtgärder som innehåller utbildningsinslag ökade chansen för en lyckad rehabilitering. Detta resultat får också stöd i en tidigare studie (RFV 1997). Av denna framgick också att kvinnor erhåller färre rehabiliteringsåtgärder med inslag av utbildning än män. Kvinnors rehabilitering består i huvudsak av arbetsträning. Föreliggande studie visar även att utbildningsåtgärder passade yngre bättre än äldre. En förklaring till detta kan vara att äldre personer behöver längre utbildningsåtgärder än

---

---

*Rehabiliteringsåtgärder som innehåller utbildningsinslag ökade chansen för en lyckad rehabilitering*

---

---

vad som erbjuds i dag för att öka sin kompetens.

Studien har visat att flera processrelaterade faktorer är förknippade med lyckad rehabilitering.

Tid innan påbörjad rehabiliteringsåtgärd, partiell sjukskrivning och rehabiliteringsåtgärder med utbildningsinslag. Om arbetslöshetstalet kan reduceras minskar också sannolikt risken för utslagning från arbetsmarknaden i form av förtidspension. Studiens resultat indikerar att det finns ett behov av att diskutera effektiviteten i handläggningen av rehabiliteringsärenden och hur urvalet till arbetslivsinriktad rehabilitering skall ske.

## REFRENSER

- Ahlgren, C. and Hammarström, A. (1999) Has increased focus on vocational rehabilitation led to an increase in young employees' return to work after work-related disorders? *Scand J Public Health* 27:220-227.
- Beissner, K L., Saunders, R L., McManis, B G. (1996) Factors Related to Successful Work Hardening Outcomes, *Phys Ther* 76: 1188-1201.
- Boschen, K. A. (1989) Early Intervention in Vocational Rehabilitation. *Rehabil Counsell Bull* 32: 254-265. March.
- Bäckström, I. Rehabilitering för män. En undersökning om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. Rapport Nr. 37. Umeå: Institutionen för Socialt Arbeta, Umeå universitet 1994.
- Crook, J., Moldofsky, H. and Shannon, H. (1998) Determinants of disability after a work related musculoskeletal injury. *J Rheumatol* 25:1570-1577.
- Ekberg, K. and Linton, S. Tidig rehabilitering inte entydigt positiv. *Läkartidningen*. Vol. 91. Nr. 10, 1969-972, 1994.
- Hennesy, J.C., Muller, L.S. (1995) The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled-worker beneficiary back to work. *Soc Secur Bull*. Spring 58:15-24.
- Infante-Rivard, C., Lortie, M. (1996) Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occup Environ Med* 53: 488-494.
- Marnetoft, S-U., Selander, J., Bergroth, A., Ekholm, J. (1997) The unemployed sick-listed and their vocational rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 20:245-253.
- RFV redovisar 1996. Långvarigt sjukskrivna. Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer. Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- RFV redovisar 1997. Risk-frisk-faktorer – sjukskrivning. Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- RFV, årsstatistik 2000 – sjukdom handikapp. Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- Russer, J.W. (1991) Workers' compensation and occupational injuries and illness. *J Labour Economics* 9:325-350.
- Selander, J., Marnetoft, S-U., Bergroth, A., Ekholm, J. (1998) The Process of Vocational Rehabilitation for Employed People on Sick-Leave: Employed Vs Unemployed People in Stockholm Compared with Circumstances in Rural Jämtland, Sweden. *Scand J Rehabil Med* 30:55-60.
- Selander J., Marnetoft, S-U., (1999) Risk factors for long-term sick-leave and disability pension among unemployed women. *Int J Rehabil Res* 22:277-282.
- Selander, J. Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation – a person-level study based on a national social insurance material. Thesis. Department of Rehabilitation Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm 1999.
- SOU 2000:72 Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. Fritzes, Stockholm, 2000.
- SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete - En reform med individen i centrum. Fritzes, Stockholm, 2000.
- Tate, D.G. (1992) Workers Disability and return to work. *Am J Phys Med Rehabil* 71:92-96.