

# Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser och kvinnors återgång i arbete

Hanna Arneson

Studien granskar arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser i förhållande till kvinnors återgång i arbete. Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsriktade rehabiliteringen avseende arbetstagarna. Ingen tidigare svensk studie har granskat effekten av arbetsgivarnas insatser. Under ett år studerades 607 sjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke. Den vanligaste insatsen var arbetsträning. Majoriteten av kvinnorna som erhöll arbetsträning återgick inte i arbete.

Hanna Arneson är folkhälsovetare och leg. arbetsterapeut. Hon är verksam som utredare på Rikscentrum för Arbetslivsriktad Rehabilitering vid Linköpings universitet.

## Bakgrund

Besvär från rygg och nacke orsakar stora personliga lidanden såväl som att det medför påtagliga ekonomiska belastningar för samhället i form av produktionsbortfall och långa sjukskrivningar samt förtidspensioneringar. En viktig orsak till att problemen uppstår och kvarstår är arbetets begränsningar avseende miljö och uppgifter. Kvinnor har generellt en sämre hälsa än män. De har även i större utsträckning besvär från rygg och nacke. Detta kan bero på att de arbeten som kvinnor har ofta är underställda mäns avseende såväl status, beslutsutrymme som lön. Utöver det be-

talda arbetet utför kvinnor mer obetalt arbete än män i hemmen.

För personer med arbete är arbetsgivaren ansvarig för den arbetslivsriktade rehabiliteringen. I de fall där det behövs ansvarar arbetsgivaren för de rehabiliteringsinsatser och kompenserande insatser som krävs för att arbetstagaren ska kunna återgå till arbetet.

## Arbetslivsriktad rehabilitering

Rehabiliteringsinsatser under arbetsgivarens ansvar

De arbetslivsriktade rehabiliteringsinsatser som försäkringskassan köper består främst av utredning, arbetsträning och utbildning. Utredning används för att utreda arbetsförmåga och fastställa vilka ytterligare åtgärder som kan bli aktuella. Ett exempel på denna typ av insats är arbetsprövning i olika arbetsuppgifter. Arbetsträning skiljer sig från arbetsprövning genom att den sjukskrivne skall ges möjlighet att pröva att arbeta i egen takt och under ett begränsat antal timmar. Ofta sker detta på den egna arbetsplatsen, men det kan också ske på andra arbetsplatser. Utbildning anses vara den mest offensiva rehabiliteringsformen samtidigt som den är den mest resurskrävande. Det kan dessutom vara aktuellt med anskaffning av tekniska hjälpmedel och arbetsredskap. Andra insatser kan vara förändringar i den fysiska miljön, i den psykosociala miljön eller i arbetsorganisationen. Därtill kan

förändringar avseende arbetsmetoder, arbetsuppgifter, arbetsfördelning, samt arbetstider göras. När samtliga möjligheter hos arbetsgivaren är uttömda kan andra alternativ prövas. (SOU, 1998)

### Tidigare studier

Framgångsfaktorer för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att aktörerna har en helhetssyn och ett "processtänkande". Dessutom framhävs vikten av individuell rehabilitering med delaktiga försäkringstagare, där man söker mobilisera individens egna resurser och deras sociala nätverk. Det förefaller också vara av betydelse att rehabiliteringsarbetet startar så snart som möjligt efter det att besvär har uppstått. Ju längre tid individen är sjukskriven, desto svårare är det att komma tillbaka i arbete.

Den närmaste arbetsledarens stöd är viktigt för att arbetstagaren ska återgå till arbetet. Högt överordnade chefer har ett stort inflytande över hur stödprocessen på arbetsplatsen utvecklas. I de fall processen uppmuntras av chefen ökar sannolikheten att arbetstagaren får stöd att återgå till arbetet.

Arbetsgivare uppger ibland att de har en bristande förmåga att identifiera passande arbetsuppgifter. De känner sig även otillräckliga avseende anpassning av arbetsuppgifter. Framförallt uttrycker arbetsgivare på mindre arbetsplatser att det är svårt att hantera rehabilitering utan kunskap. Med detta konstaterande har arbetsgivarna själva identifierat ett centralt problemområde inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen; arbetsgivarna saknar många gånger kompetens för arbetslivsinriktad rehabilitering. (Riksförsäkringsverket, 1999)

Arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser har tidigare inte utvärderats i Sverige. Internatio-

nellt har man dock genomfört studier som visat att anpassat arbete är positivt för återgång i arbete. Anpassningarna utformas med olika kravprofil för att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. Krause och Dasingerl (1998) granskade litteraturen i området och kunde utifrån denna sammanställning klassificera några olika typer av anpassat arbete. Hur anpassningen bör utformas och hur effektiva insatserna är, har emellertid utvärderats i mycket liten omfattning. Svårigheterna uppges ligga i studiernas heterogenitet avseende design, metod, skadetyper samt typ av anpassat arbete. Många av de studier som gjorts har brister, vilket försvårar en utvärdering. En variant av anpassat arbete är arbeten med lägre krav. Dessa arbeten har normal lön och utförs på vanliga arbetsplatser. Kraven är emellertid lägre än i det ordinarie arbetet och kan innebära antingen att man anpassar den anställdes tidigare arbetsuppgifter till hennes/hans förutsättningar eller skapar ett helt nytt arbete på samma eller en annan arbetsplats. En annan variant på anpassat arbete är "work hardening". Antalet arbetstimmar eller arbetskrav i övrigt ökas successivt tills den anställde är redo för ett vanligt arbete. Utöver dessa finns också lönebidragsarbete, anställning med särskilt stöd samt skyddat arbete, t.ex. inom Samhall.

Work hardening i kombination med andra metoder har i några studier visat sig vara framgångsrikt för att öka andelen som återgår i arbete. Anpassning av arbetsplatsen, t.ex. avseende de ergonomiska förhållandena, i kombination med work hardening och andra rehabiliteringsmetoder tycks ge en bättre och snabbare återgång i arbete än enbart symptombehandling. I vissa studier halveras sjukskrivningstiden och andelen som återgår i arbete fördubblas. Intensivprogram förefaller

vara effektiva för personer med besvär från ryggen. Sannolikt är det dock endast personer med mycket goda förutsättningar som genomför dessa program då de är mycket krävande. Att vara ensamstående med ansvar för hem och barn försvårar troligen ett deltagande.

Lechner (1994) har gjort en sammanställning över åtta studier om work hardening avseende resultatmättet återgång i arbete. "Interventionspersonerna" ökade återgången i arbete med 8-52 % mer än kontrollerna. Dessa studier presenterade dock sina resultat i justerade former; bortfallet exkluderades. Detta medför att den egentliga återgången i arbete är lägre än angett. Den största återgången i arbete (52 % ökning) uppnåddes i ett intensivt treveckorsprogram omfattande 53 timmar i veckan. I en jämförelse mellan tre interventionsprogram var ett treveckors multidisciplinärt intensivprogram mest effektivt för personer med kronisk smärta från ryggen. Programmet pågick 39 timmar i veckan och deltagarna i detta program förbättrades signifikant i jämförelse med deltagarna i de två andra programmen avseende arbetsförmåga (65 % jmf med 19 % resp. 17 %), antal sjukskrivningsdagar och förmåga till aktiviteter i dagliga livet.

Den evidensbaserade kunskapssammanställningen som Statens beredning för medicinsk utvärdering har genomfört fokuserar på smärtlindring av rygg och nackbesvär. Få studier har granskat återgång i arbete. Det finns dock begränsad evidens för att kognitiv beteendeterapi inverkar positivt på återgång i arbete (Jonsson & Nachemson 2000).

Personer som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering får ofta flera insatser parallellt. Överlappningar på 20-80 % är vanliga. (Jensen, 1998). Det medför att det blir svårt att urskilja effekten av enskilda insatser.

---

---

## *Personer som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering får ofta flera insatser parallellt*

---

---

### **Syfte**

Studien syftar till att kartlägga och beskriva hur arbetsgivarens insatser påverkar möjligheten för långtidssjukskrivna kvinnor med besvär från rygg och nacke att återgå i arbete.

### **Material och metod**

Materialet är hämtat ur den svenska databasen "Rygg och Nacke" som Riksförsäkringsverket sammanställt tillsammans med Sahlgrenska universitetssjukhuset och försäkringskassan. Data insamlades efter 28 respektive 90 dagar samt ett år efter sjukskrivningens början. Studiepopulationen består av 607 kvinnor boende i Sverige. Samtliga kvinnor blev sjukskrivna (från arbeten) på heltid, i minst 28 dagar, på grund av rygg och/eller nackbesvär någon gång under tidsperioden hösten 1994 fram till hösten 1995 (Bergendorff, Hansson et al 1997).

Kvinnorna studerades retrospektivt avseende återgång i arbete under ett år efter sjukskrivningens början. Uppgifterna bearbetades i SPSS 8.0. Statistiska skillnader testades med t-test (grupp och par) och chi-2 (tvåsidigt).

### **Resultat**

#### **Demografi och sjukskrivning**

Materialet består av 607 kvinnor. Av dessa hade 73 % (444 kvinnor) återgått i arbete efter ett år. Tjugosju procent (163 kvinnor) hade inte återgått i arbete. Åldersspridningen var 20-59 år. Det var en större andel yngre kvinnor (20-34 år) bland dem som återgick till

*Det fanns ingen skillnad i utbildningsnivå eller branschtillhörighet mellan kvinnorna som återgick i arbete och kvinnorna som inte återgick i arbete*

arbete ( $p=0,018$ ) jämfört med dem som inte återgick i arbete. Det fanns ingen skillnad i utbildningsnivå eller branschtillhörighet mellan kvinnorna som återgick i arbete och kvinnorna som inte återgick i arbete. Kvinnorna hade en lägre utbildningsnivå än riksgenomsnittet.

### Sjukskrivning och symptom

Kvinnorna hade i stor utsträckning känt besvären under en lång tid. Nära 60 % av kvinnorna som inte återgick i arbete hade känt besvären under längre tid än ett år innan det resulterade i den studerade sjukskrivningen. Ju kortare tid kvinnorna hade känt sina be-

svär, desto större var sannolikheten att de hade återgått i arbete efter ett år ( $p=0,03$ ). De som var sjukskrivna längst tid återgick i lägst grad i arbete.

### Agerande under sjukskrivningen

Nittio dagar efter sjukskrivningens början hade nio av tio kvinnor haft kontakt med arbetsplatsen (*tabell 1*). Vem som var initiativtagare hade ingen betydelse för återgången i arbete. Drygt en tredjedel av samtliga kvinnor uppgav att arbetsgivaren avvaktat utan att höra av sig eller att arbetsgivaren verkade misstro att de verkligen var så sjuka som de var. Kvinnor som inte återgått i arbete tenderade i högre grad att uppges att arbetsgivaren varit mån om att hjälpa dem, även om det kunde dröja innan man kom igång (*tabell 1*).

### Åtgärdsutredning

Som framgår i *tabell 2* hade nära 40 % av samtliga kvinnor inte deltagit i någon

*Tabell 1. Andel (%) kvinnor som under de första 90 dagarna av sjukskrivning haft kontakt med arbetsgivaren, angiven initiativtagare till kontakt samt arbetsgivarens förhållningssätt under sjukskrivningsperioden. Skillnaderna mellan grupperna prövades med Chi-2.*

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

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

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

Anm. FK=Försäkringskassan

rehabiliteringsutredning 90 dagar efter sjukskrivningens början. I de fall samarbete om åtgärder förekom, förefaller det som om kvinnor som själva var initiativtagare i högre grad återgått i arbete. Arbetsgivare tenderade i något större utsträckning att vara initiativtagare till ett samarbete med kvinnor som sedermera inte återgick i arbete.

Det var vanligare att kvinnor som återgått i arbete uppgav att arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som kunde utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke (tabell 3). Drygt 40 % av de kvinnor som inte återgick i arbete visste inte om arbetsgivaren hade arbetsuppgifter som de skulle kunna utföra med hänsyn till besvären.

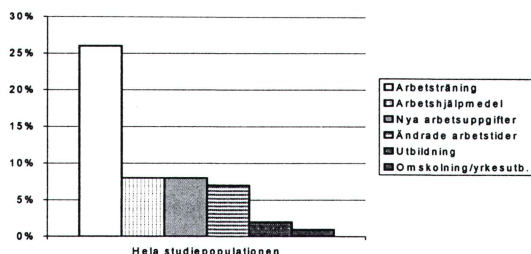
#### Arbetsgivarens insatser

I figur 1 åskådliggörs de insatser som arbetsgivarna har genomfört under det år som gått från sjukskrivningens första dag. Antalet kvinnor som tog del av någon form av rehabiliteringsinsats summerades med resultatet att

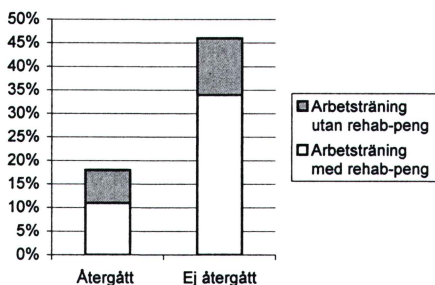
Tabell 3. Förekomst av arbetsuppgifter som kan utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke. Resultatet är angivet i procent. Skillnaderna mellan grupperna prövades med Chi-2.

Finns arbetsuppgifter som kan utföras med hänsyn till besvären från rygg och nacke?	Hela gruppen n=607	Återgått i arbete n=444	Ej återg. i arbete n=163	P
Ja (%)	26	28	20	,003
Nej (%)	41	42	37	
Vet ej (%)	31	27	41	

maximalt 46 % av kvinnorna hade fått arbetslivsinriktad rehabilitering. Det faktiska antalet kvinnor som tog del av arbetslivsinriktad rehabilitering var troligtvis avsevärt lägre på grund av överlappningar. Ingen av insatserna medförde en ökad återgång i arbete. Arbets träning var den vanligaste insatsen. Under året som gick tog 26 % av kvinnorna del av ar-



Figur 1. Arbetsgivarnas arbetslivsriktade rehabiliteringsinsats (%).



Figur 2. Andel (%) med respektive utan arbetsträning som återgått respektive ej återgått i arbete.

betsträning. Majoriteten av kvinnorna som deltog i arbetsträning återgick inte i arbete ( $p=0,001$ ) (figur 2). Två tredjedelar av kvinnorna deltog i arbetsträning med rehabiliteringspenning från försäkringskassan, medan en tredjedel deltog i arbetsträning utan rehabiliteringsersättning från försäkringskassan. Arbetsträning utan rehabiliteringsersättning resulterade i en större återgång i arbete än arbetsträning med rehabiliteringsersättning. Färre än 10 % av kvinnorna fick arbetshjälpmedel, förändrade arbetsuppgifter, omplaceringar eller förändrade arbetstider. Ett fåtal fick insatser i form av utbildning och omskolning/yrkesutbildning (figur 1). Det fanns

ingen skillnad mellan grupperna avseende insatser i form av förändrade arbetsuppgifter eller arbetstider, omplaceringar eller utbildning/omskolning.

### Sammanfattningsvis

Ett år efter sjukskrivningens början hade 27 % av kvinnorna inte återgått i arbete. Högt räknat tog 46 % av samtliga kvinnor del av arbetslivsriktade rehabiliteringsinsatser. Ingen av insatserna ledde till en ökad återgång i arbete. Arbetsgivarna agerade med bred majoritet sent avseende arbetslivsriktad rehabilitering. En majoritet av arbetsgivarna samarbetade inte med kvinnorna avseende rehabiliteringsutredning.

### Diskussion

I bästa fall har 46 % tagit del av arbetslivsriktad rehabilitering, överlappning av insatser oräknade. Övriga kvinnor fick inte någon rehabiliteringsinsats alls. Alltför många arbetsgivare tog följaktligen inte ansvar för den arbetslivsriktade rehabilitering som enligt

---

*Majoriteten av kvinnorna som deltog i arbetsträning återgick inte i arbete*

---

lag åligger dem. De insatser som arbetsgivarna gjorde genomfördes dessutom ofta långt senare än vad som är föreskrivet. Det faktum att hälften av kvinnorna hade känt sina besvär under längre tid än ett år innan sjukskrivningen är anmärkningsvärt då forskning visat att rehabiliteringsprocessen bör starta tidigt.

Arbetsträning, vilken var den vanligaste formen av rehabiliteringsinsats, var inte någon framgångsrik insats för att få kvinnorna att återgå i arbete. Det saknas kunskap om hur arbetsträning genomförs, liksom det saknas kunskap om vilka faktorer i arbetsträningen som är viktiga. Av studien framgår inte vad arbetsträningen bestod av. Resultatet av arbetsträningen blir troligen olika om arbetstagaren som arbetsträning utför sina tidigare uppgifter eller om arbetstagaren utför tillskapade mer eller mindre relevanta uppgifter. Uppgifterna kan vara anpassade på en mängd olika sätt, vilket bör ha betydelse för resultatet. Sannolikt blir resultatet bättre om arbetstagaren är delaktig i målsättning och utformandet av rehabiliteringsinsatser. Hur ska arbetstagaren annars kunna veta vilken målsättningen är och vilka åtgärder som behövs? Här finns många områden som inte är beforskade: Vilken betydelse har det om arbetstagaren är delaktig i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Vad innebär det för återgång i arbete om arbetstagaren påverkar åtgärderna och dess former? Internationella studier har påvisat framgången i intensivprogram med koppling till arbetsträning. Dessa program har dock varit mycket krävande för individen vilket troligtvis medfört en selektionsbias. Sannolikt är det endast personer med mycket goda förutsättningar som genomför dessa program.

Arbets hjälpmedel, förändrade arbetsuppgif-

ter och arbetstider samt omplacering är insatser som åtta procent av kvinnorna erhållit. Det kan förefalla vara en låg siffra. Emellertid är det vanligt att man får dessa insatser först när man återgått i arbete. På så vis blir det automatiskt en lägre andel som får insatserna. Eftersom majoriteten hade känt sina besvär under en längre tid är det tänkbart att kvinnorna erhöll arbets hjälpmedel innan den aktuella sjukskrivningsperioden. Detta kan ytterligare förklara den relativt låga andelen kvinnor som fått arbets hjälpmedel.

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

Det faktum att ingen ökad återgång i arbete skedde efter de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatserna förbryllar. Många av kvinnorna hade andra besvär utöver besvären från rygg och nacke. Detta påverkar naturligtvis sannolikheten för återgång i arbete. Att kvinnorna hade lägre utbildning än riksgenomsnittet medförde dessutom troligtvis att deras arbeten hade höga krav i kombination med låg kontroll vilket kan ha försvårat nödvändiga anpassningar av arbetet.

Bland kvinnorna som inte återgått i arbete efter ett år uppgav endast 20 % att deras arbetsgivare hade arbetsuppgifter som de kunde genomföra med hänsyn till sina besvär från rygg och nacke. Detta påverkar naturligtvis sannolikheten för återgång i arbete negativt. Det förefaller dock som om arbetsgivarna fortfarande har få strategier i arbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Begrän-

---

---

*Det är dock tveksamt om upprätthållandet av arbetslinjen som högsta prioritet delas av arbetstagarna*

---

---

sad kompetens är en stark orsak till att arbetsgivaren brister i sitt ansvar avseende den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Under den tid som förflutit sedan rehabiliteringsansvaret blev arbetsgivarnas 1992 borde den bristande kompetensen ha förbytt mot en handlingsberedskap.

Den rådande arbetslinjen är central för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetslinjen är initierad och sanktionerad av de högsta politiska krafterna. Det är dock tveksamt om upprätthållandet av arbetslinjen som högsta prioritet delas av arbetstagarna. När besvär från rygg och nacke hindrar de dagliga aktiviteterna, inklusive arbetet, är det tveksamt om individens främsta målsättning är att kunna arbeta igen. Snarare eftertraktas i första hand frihet från besvär så att de aktiviteter som ger livet mening och kvalitet kan återupptas. Hälsa är en resurs i livet som gör att

man klarar av de aktiviteter som ger livet mening och kvalitet. Om målsättningen från samhällets sida istället för dagens arbetslinje var en hälsolinje skulle motivationen och engagemanget sannolikt vara större.

## REFERENSER

- Bergendorff, S., E. Hansson, et al. (1997). Projektbeskrivning & undersökningsgrupp. Rygg och nacke 1. Stockholm, Riksförsäkringsverket & Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Jensen, I. (1998). Kartläggning av rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna/- förtidspensionerade arbetare och tjänstemän med besvär från ryggkotpelaren. Stockholm, Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention.
- Jonsson, E. and A. Nachemson, Eds. (2000). *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Krause, N., L. Dasinger, et al. (1998). "Modified work and return to work: a review of the literature." *Journal of occupational rehabilitation* 8(2): 113-139.
- Lechner, D. E. (1994). "Work hardening and work conditioning interventions: do they affect disability?" *Physical Therapy* 74(5): 471-93.
- Riksförsäkringsverket (1999). Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser - en empirisk studie.
- SOU (1998). *SOU 1998:104 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar Betänkande av AGRA-utredningen*. Stockholm, Norstedt.