

Rehabilitering av arbetslösa

En jämförande studie av arbetslösa sjukskrivnas och anställda sjukskrivnas arbetslivsinriktade rehabilitering i Jämtlands glesbygd

Sven-Uno Marnetoft

John Selander

Alf Bergroth

Jan Ekholm

Enligt tidigare studier uppgår arbetslösheten bland de långtidssjukskrivna till 20% i Stockholm och 15% i Jämtlands glesbygd. På försäkringskassan upplevs de arbetslösa som en tungarbetad grupp som är svår att rehabilitera. Tidigare studier pekar på att de arbetslösa sjukskrivna riskerar att åsidosättas i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetslösa sjukskrivna blir längre sjukpenningfall och avslutar oftare än anställda sjukfallen med sjukbidrag/förtidspension. Syftet med föreliggande studie är att granska och jämföra rehabiliteringen av arbetslösa sjukskrivna med rehabiliteringen av sjukskrivna som har en anställning. Resultaten ger visst stöd åt hypotesen att arbetslösa sjukskrivna åsidosätts i den under senare år intensifierade arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Författarna är verksamma vid Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mithögskolan i Östersund. Sven-Uno Marnetoft och John Selander är doktorander vid Karolinska Institutet, Stockholm. Jan Ekholm är professor vid sektionen för rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet. Alf Bergroth är docent och utvecklingschef på försäkringskassan i Stockholm samt knuten till Karolinska Institutet som forskare.

Bakgrund

Resultaten från två tidigare studier (1,2) visar att de arbetslösa sjukskrivna är en svårrehabiliterad grupp som riskerar att falla vid sidan av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Selander et al. (1) fann att arbetslösa sjukskrivna i storstad blir längre sjukpenningfall som i betydligt större utsträckning än för anställda övergår i sjukbidrag/förtidspension. Selander et al. (2) fann också att arbetslösas sjukpenningperioder oftare än anställdas övergår i ny sjukskrivning. Vidare framgår att arbetslösa sjukskrivna i både storstad och glesbygd får vänta längre än anställda på att rehabiliteringsersättning initieras. Adolfsson och Råstam (3) konstaterar i sin rapport att de arbetslösa sjukskrivna av försäkringskassans handläggare upplevs som en tungarbetad grupp.

Arbetsgivarna har sedan 1992 ett uttalat förstahandsansvar i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är begränsat till arbetstagare. För arbetslösa sjukskrivna har försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna rehabiliteringsansvaret. För både de arbetslösa och anställda sjukskrivna är syftet med rehabiliteringen att den berörde ska återvinna förlorad arbetsförmåga.

Forskningen kring rehabilitering och arbetslöshet har varken internationellt eller nationellt i någon större utsträckning utgått från gruppen arbetslösa sjukskrivna. I Riksrevisionsverkets rapport "Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna" (4) uppmärksammas problemen med de arbetslösa sjukskrivna. RRV finner det ytterst angeläget att, både ur individuell och samhällsekonomisk synvinkel, hitta lösningar för att hjälpa arbetslösa sjukskrivna tillbaka i arbete och egen försörjning.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att jämföra de arbetslösa sjukskrivnas arbetslivsinriktade rehabilitering med den rehabilitering som de anställda erhåller. Rehabilitering operationaliseras genom följande delfrågor:

* Erhåller de arbetslösa sjukskrivna färre rehabiliteringsimpulser och får de vänta längre på att rehabiliteringsimpulser initieras jämfört med de sjukskrivna som har en anställning?

* Upprättas det färre rehabiliteringsutredningar för de arbetslösa sjukskrivna och får de vänta längre på att dessa upprättas jämfört med de sjukskrivna som har en anställning?

Arbetslösa blir längre sjukpenningfall som i betydligt större utsträckning än anställda övergår i sjukbidrag/förtidspension

* Upprättas det färre rehabiliteringsplaner för de arbetslösa sjukskrivna och får de vänta längre på att dessa upprättas jämfört med de sjukskrivna som har en anställning?

* Erhåller de arbetslösa sjukskrivna färre arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder med rehabiliteringsersättning och får de vänta längre på att få påbörja sådana åtgärder jämfört med de sjukskrivna som har en anställning?

Metod, urval och population

Som underlag för studien ligger samtliga långa sjukpenningfall (> 90 dagar) bland anställda och arbetslösa som finns registrerade hos försäkringskassan i Jämtlands glesbygd och som påbörjades under 1992 och 1993 och där arbetshindret (diagnosen) var ländryggsbesvär eller besvär från axlar/nacke. De som saknade anställning vid sjukfallens början klassificerades som arbetslösa. De som hade en hel eller partiell anställning har klassificerats som anställda. Egna företagare och uppdragstagare, vilka var få, ingår inte i studien. Studiens data erhöles med hjälp av Riksförsäkringsverkets (RFV's) sjukfallsregister och försäkringskassans utrednings- och pensionsakter samt sjukkort. I utrednings- och pensionsakterna ska alla för ärendet viktiga handlingar finnas samlade och alla planerade och vidtagna rehabiliteringsåtgärder ska vara nedtecknade. Sjukkortet innehåller den sjukskrivande läkarens utlåtande, den sjukskrivnes försäkrans och eventuella journalanteckningar förda av försäkringskassans handläggare. Totalt fanns det 39 arbetslösa män och 25 arbetslösa kvinnor med diagnoser från ländrygg eller axlar/nacke som under 1992 eller 1993 hade haft ett långt sjukpenningfall om minst 90 dagar. Dessa matchades mot män och kvinnor som hade en anställning. De matchade variablerna var kön, ålder, diagnos och sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Diagnoserna ländrygg eller axlar/nacke valdes eftersom dessa diagnoser är vanligt förekommande i de långa sjukfallen och utgör en vanlig orsak till förtidspension. De diagnoser som redovisas är sjukfallens första. Vid matchningen visade det sig att det inte gick att hitta "tvillingar" till fyra arbetslösa män och en arbetslös kvinna. Dessa har därför exkluderats. Studien bygger därför på 35 arbetslösa sjukskrivna män och 24 sjukskrivna arbetslösa kvinnor. Tillsammans med de anställda tvillingarna blir det 70 män och 48 kvinnor. Totalt ingår således i studien 59 arbetslösa långtidssjukskrivna och 59 anställda

långtidssjukskrivna. Signifikanstest har gjorts med Chitvå analys, Mann-Whitney's rangtest.

Med rehabiliteringsimpuls menar vi i denna studie ett första skriftligt eller muntligt meddelande till försäkringskassan om att rehabiliteringsbehov föreligger. Det kan också röra sig om rehabiliteringsbehov som upptäcks vid försäkringskassan. Exempel på impuls är föreskrift om sjukgymnastik, smärtgrupp eller omskolning.

Både rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsplan kan upprättas antingen på den för ändamålet framtagna blanketten eller också löpande i journal. Samtliga fall då blanketterna används har klassificerats som utredning respektive plan. För att en rehabiliteringsutredning skall anses vara upprättad i journal skall en elementär problembeskrivning och en beskrivning av arbetsuppgifter eller tidigare arbetsuppgifter samt resurser i form av kunskaper och/eller intressen klart framgå. För att en rehabiliteringsplan skall anses vara upprättad i journal skall det klart framgå vilka rehabiliteringsåtgärder som planerats och vem som ansvarar för att dessa vidtas. Rehabiliteringsersättning är den socialförsäkringsförmån som utgår när den sjukskrivne erhåller en arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringsbegreppet

Begreppet rehabilitering som vi i dag känner från socialförsäkringens ohälsodel växte fram i samband med införandet av den allmänna sjukförsäkringen i mitten av 1950-talet. År 1958 tillsattes en utredning (5) som fick till uppgift att undersöka möjligheterna till rehabilitering. I syfte att effektivisera rehabiliteringen av långtidssjuka inrättades från mitten av 1970-talet lokala rehabiliteringsgrupper bestående av representanter från försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Under 1980-talet kom rehabiliteringen mer att inriktas mot arbetet och arbetslivet. I regeringens proposition 1988/89:150 slås fast att arbetslinjen i ökad utsträckning bör tillämpas inom socialförsäkringen. "Utslagningen från arbetslivet bör motverkas genom förebyggande insatser och genom mer aktiva åtgärder för att göra det möjligt för redan drabbade att återgå till arbetslivet". Enligt 22 kap. 2 § AFL syftar rehabilitering "till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete". Detta är socialförsäkringens rehabiliteringsmål.

Några viktiga lagrum

I AFL 22 kap. 3 § föreskrivs att arbetsgivaren är skyldig att svara för att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att rehabiliteringsutredning upprättas i de fall där det är erforderligt. För de som saknar anställning ligger rehabiliteringsansvaret på försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna. En rehabiliteringsutredning skall tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från datumet för sjukanmälan.

Av 22 kap. 6 § AFL framgår att en rehabiliteringsplan skall upprättas i de fall då den försäkrade behöver rehabiliteringsåtgärder. Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma ifråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

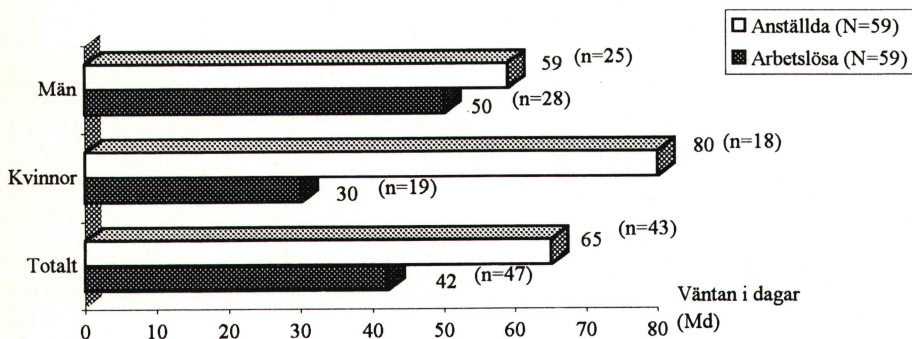
Av utredningen ska det framgå vilka rehabiliteringsåtgärder som kan komma i fråga. Det är således uppgifterna i rehabiliteringsutredningen som ska utgöra underlaget för rehabiliteringsplanen. När rehabiliteringsplanen har upprättats är det försäkringskassans ansvar att fortlöpande tillse att rehabiliteringsplanen följs.

Resultat

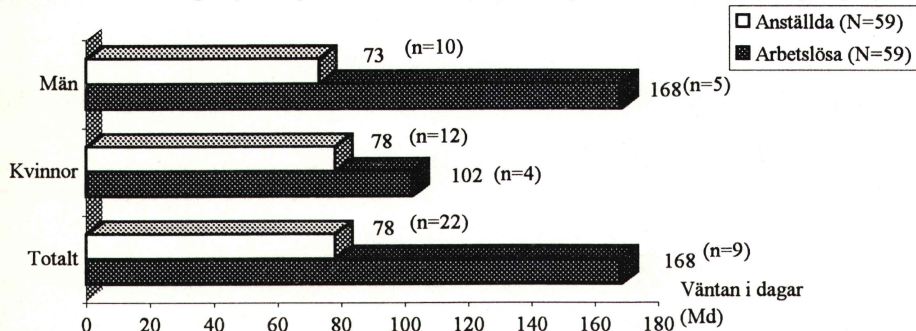
De totala undersökningsgrupperna anställda och arbetslösa sjukskrivna betecknas i studien med N. Erhållna värden på olika variabler där endast en del av undersökningsgruppen har variabelvärden betecknas med n. Av resultatredovisningen framgår att majoriteten av både de arbetslösa och de anställda sjukskrivna aldrig blir föremål för någon rehabiliteringsaktivitet. Detta bör beaktas vid tolkning av resultaten.

Rehabiliteringsimpuls

Bland de 59 anställda sjukskrivna erhöll 73% (n=43) en rehabiliteringsimpuls och bland de 59 arbetslösa uppgick andelen till 80% (n=47) ($P > 0,05$) (Figur 1). Väntan i dagar fram till impuls om rehabilitering var för de anställda sjukskrivna 77 dagar (Md) och för de arbetslösa sjukskrivna 42 dagar (Md) ($P > 0,05$). För både de anställda och de arbetslösa kom impulsen om rehabilitering oftast från sjukskrivande läkare. Försäkringskassans genomgång eller kontroll av ärendet ledde bland de anställda till en första impuls i 15 % av sjukfallen. Bland de arbetslösa var motsvarande andel 19 %. Arbetsgivaren tog initiativ till en första impulskontakt med försäkringskassan i 4 (7%) av sjukfallen.



Figur 1. Väntan i dagar från sjukanmälan till första impuls om rehabilitering i sjukfallet.



Figur 2. Väntan i dagar från sjukanmälan till upprättad rehabiliteringsutredning.

Rehabiliteringsutredning

Bland de anställdas sjukfall upprättades rehabiliteringsutredningar i 37% (n=22) av fallen. Motsvarande andel bland de arbetslösa var 15% (n=9) ($P < 0,01$). Av de 22 rehabiliteringsutredningar som upprättades för de anställda sjukskrivna svarade arbetsgivaren för 18. Resterande fyra utredningar upprättades av försäkringskassan eftersom arbetsgivaren inte fullgjorde sina skyldigheter. De anställda (n=22) fick vänta 78 dagar (Md) innan utredningen upprättades och de arbetslösa (n=9) fick vänta 168 dagar (Md) ($P < 0,05$). (Figur 2).

Endast 5 av de 22 upprättade utredningarna för de anställda upprättades inom 8 veckor. I intervallet 60 till 90 dagar upprättades ytterligare 8 rehabiliteringsutredningar. Nio utredningar (41%) upprättades när sjukfallet pågått 90 dagar och längre. I de arbetslösas sjukfall upprättades ingen av de 9 rehabiliteringsutredningarna inom 8 veckor från datum för sjukanmälan. I intervallet 60 till 90 dagar upprättades en utredning. Övriga utredningar (7 av 8) upprättades efter det att sjukfallet pågått 90 dagar eller längre.

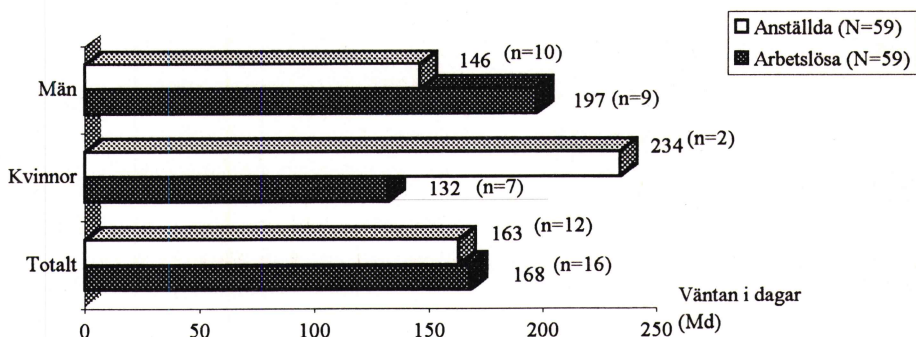
I de 22 rehabiliteringsutredningar som upprättades i de anställdas sjukfall fanns en problembeskrivning i

77 % av utredningarna och den försäkrades arbetsuppgifter fanns beskrivna i 91 % av utredningarna. En resursinventering i form av kunskaper och/eller intressen samt vem som ansvarade för de planerade åtgärderna saknades i majoriteten av rehabiliteringsutredningarna för de anställda sjukskrivna. Samtliga rehabiliteringsutredningar för de arbetslösa innehöll en problembeskrivning, uppgifter om tidigare arbetsuppgifter samt noteringar om kunskaper och intressen. Samtliga utredningar för de arbetslösa hade upprättats i journal.

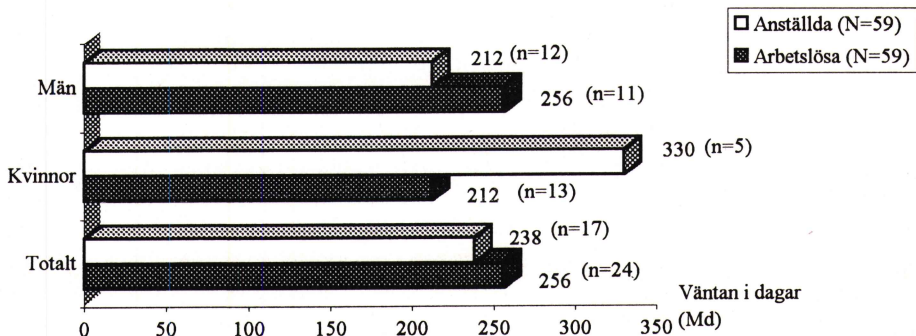
Rehabiliteringsplan

I de anställdas och arbetslösas sjukfall upprättades 12 (20%) respektive 16 (27%) rehabiliteringsplaner ($P > 0,05$) (Figur 3). De anställda fick vänta 163 dagar (Md) innan rehabiliteringsplan upprättades och de arbetslösa fick vänta 168 dagar (Md) ($P > 0,05$).

I de arbetslösas sjukfall fanns planerade åtgärder i samtliga planer medan motsvarande uppgifter fanns i 75 % av de anställdas planer. Uppgifter om vem som ansvarade för åtgärderna fanns i hälften av sjukfallen för de anställda och arbetslösa sjukskrivna. En tidsplan



Figur 3. Väntan i dagar från sjukanmälan till upprättad rehabiliteringsplan.



Figur 4. Väntan i dagar från sjukanmälan till rehabiliteringsersättning.

och uppgifter om kostnad för de planerade åtgärderna fanns i större utsträckning i de arbetslösas rehabiliteringsplaner (88% resp. 69%) jämfört med de anställdas (67% resp. 33)%.

Rehabiliteringsersättning

I de anställdas och arbetslösas sjukfall uppgick antalet sjukfall med rehabiliteringsersättning till 17 (29%) respektive 24 (41%) ($P > 0,05$) (Figur 4). I figur 4 framgår att de arbetslösa sjukskrivna fick vänta ungefär lika länge som de anställda på att få påbörja en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Medianvärdet för de anställda och arbetslösa sjukskrivna var 238 respektive 256 dagar ($P > 0,05$).

Diskussion och konklusion

En impuls om rehabilitering finns dokumenterad i en majoritet av både de anställdas och de arbetslösas akter (73% respektive 80%). Resultaten visar att de anställda får vänta något längre (Md 65 dagar) än de arbetslösa (Md 42 dagar) på en första impuls. Påfallande ofta åtföljs impulsen inte av någon aktivitet eller åtgärd från försäkringskassans håll. Vår uppfattning är att många sjukfall blir onödigt långa p.g.a. att rehabiliteringsimpulser inte utnyttjas effektivt i rehabiliteringsarbetet. Värt att notera är att arbetsgivaren endast svarar för 7 % av de anställdas första impulser. Denna låga andel impulser är anmärkningsvärd med tanke på arbetsgivarens förstahandsansvar i rehabiliteringsarbetet. Arbetsgivarens kontakter med försäkringskassan vad gäller rehabilitering synes ha formaliserats till rehabiliteringsutredningen.

Av resultatet framgår att förvänanansvärt få rehabiliteringsutredningar upprättas både för de anställda (37%) och de arbetslösa (15%). Erhållna resultat stämmer väl överens med tidigare studier (6-8). Att döma av andelen upprättade utredningar, förefaller det tveksamt om arbetsgivaren fullgör sina åligganden att i sjukfall där så behövs inom åtta veckor från datumet för sjukanmälan inkomma med en rehabiliteringsutredning.

Resultaten pekar också på brister i försäkringskassans rehabiliteringsarbete. I de arbetslösas sjukfall, för

Att döma av andelen upprättade utredningar, förefaller det tveksamt om arbetsgivaren fullgör sina åligganden

vilka försäkringskassan har rehabiliteringsansvaret, upprättades det en utredning i bara 9 fall av total 59. Vidare åligger det försäkringskassan att i de fall arbetsgivaren inte fullgör sina skyldigheter upprätta rehabiliteringsutredningar för de anställda. Studien visar att så inte är fallet. I en överväldigande majoritet av de fall där arbetsgivaren inte fullgjort sina lagstadgade åligganden, har varken förfrågningar gjorts eller utredningar upprättats från försäkringskassans sida. Mot bakgrund av sjukfallens längd och diagnos förefaller det rimligt att försäkringskassan i majoriteten av både de anställdas och de arbetslösas sjukfall, skulle bedömt rehabiliteringsbehoven som oklara och därmed upprättat en rehabiliteringsutredning. I de sjukfall där det upprättas en rehabiliteringsutredning får de arbetslösa vänta betydligt längre (Md 168 dagar) än de anställda sjukskrivna (Md 78 dagar) innan utredningen upprättas. Vad beträffar utredningarnas innehåll och kvalitet, föreligger inga större skillnader mellan de anställda och de arbetslösa. Tendensen är dock att de arbetslösas utredningar innehåller mer information och är av högre kvalitet.

Rehabiliteringsplaner upprättas något mer sällan (20%) för de anställda än för de arbetslösa (27%). De anställda och arbetslösa får vänta ungefär lika länge på att en plan skall upprättas (Md 163 respektive 168 dagar). Planernas innehåll och kvalitet skiljer sig inte nämnvärt mellan de anställda och de arbetslösa. Med tanke på försäkringskassans tillsyns- och samordningsansvar är det anmärkningsvärt att det i 6 (50%) av rehabiliteringsplanerna för de anställda och i 7 (44%) av rehabiliteringsplanerna för de arbetslösa långtids-sjukskrivna saknas uppgift om vem som ansvarar för de planerade rehabiliteringsåtgärderna. Anmärkningsvärt är också att det i 5 sjukfall (29%) bland de anställda och i 10 sjukfall (42%) bland de arbetslösa där rehabiliteringsersättning betalats ut saknas en rehabiliteringsplan. Försäkringskassan har i dessa sjukfall fattat beslut om rehabiliteringsersättning trots att man saknat ett beslutsunderlag i form av en rehabiliteringsplan.

Färre anställda (29%) än arbetslösa (41%) erhåller

Vår uppfattning är att många sjukfall blir onödigt långa p g a att rehabiliteringsimpulser inte utnyttjas effektivt i rehabiliteringsarbetet

Studiens resultat tyder på att rehabiliteringsverksamheten generellt inte uppfyller de mål som satts upp vad gäller en tidig, effektiv och samordnad rehabilitering

rehabiliteringsersättning någon gång under sjukfallet. Ingen nämnvärd skillnad föreligger mellan de anställda och de arbetslösa i antal sjukpenningdagar innan rehabiliteringsersättning. Anmärkningsvärt är emellertid att väntan innan rehabilitering är så lång (Md 238 dagar för de anställda och 256 dagar för de arbetslösa). Vår uppfattning är att rehabiliteringsinsatser initieras i ett onödigt sent skede i sjukfallen.

Sammantaget ger studiens resultat visst stöd åt hypotesen att de arbetslösa åsidosätts i den arbetslivsriktade rehabiliteringen. Rehabiliteringsutredningen, vilket är tänkt att vara rehabiliteringens viktigaste instrument, upprättas i väsentligt lägre grad för de arbetslösa än för de anställda. De arbetslösa får också vänta längre innan utredningen upprättas. Vad beträffar övriga undersökta faktorer, d.v.s. impuls om rehabilitering, rehabiliteringsplan och rehabiliteringsersättning, föreligger inga nämnvärda skillnader mellan de båda grupperna.

Ett större problem än gruppen arbetslösa sjukskrivna förefaller det generella rehabiliteringen att vara. Studiens resultat tyder på att rehabiliteringsverksamheten generellt inte uppfyller de mål som satts upp vad gäller en

tidig, effektiv och samordnad rehabilitering. Dokumentation i majoriteten av såväl de arbetslösa som de anställdas sjukfall är knapphändig och fragmentarisk och saknar oftast den grundläggande information som krävs för en helhetssyn. I en överväldigande majoritet av sjukfallen saknas en dokumenterad analys av hur den sjukskrivnes funktionsförmåga påverkar arbetsförmågan och vilka rehabiliteringsinsatser som behövs för att förbättra arbetsförmågan.

REFERENSLISTA

1. *Selander J, Marnetoft S-U, Ekholm J, Bergroth A: Arbetslösa sjukskrivna - en jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Stockholm. Centrum för Socialförsäkringsforskning, Mitthögskolan i Östersund, rapport 1995:6.*
2. *Selander J, Marnetoft S-U, Ekholm J, Bergroth A: Arbetslösa sjukskrivna - en jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Jämtlands glesbygd. Centrum för Socialförsäkringsforskning, Mitthögskolan i Östersund, rapport 1995:7.*
3. *Adolfsson Å, Råstam L: Långtidssjukskrivning av arbetslösa, Malmöhus läns allmänna försäkringskassa, Lund och Malmö 1994.*
4. *Riksrevisionsverket 1996:8, Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna. Stockholm*
5. *SOU 1958:17, Socialförsäkring och rehabilitering.*
6. *Flygel H: Rehabiliteringsutredning ur den sjukskrivnes perspektiv. Försäkringskassan Stockholms län 1995.*
7. *Riksrevisionsverket 1994:18, "Att återupprätta" - om försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet. Stockholm.*
8. *Blekinge läns allmänna försäkringskassa 1995, Uppföljning av rehab-utredningar och rehab-planer.*