

Arbetslivsinriktad rehabilitering, återgång i arbete och pensionsförmån

En registerstudie över klienter som beviljats arbetslivsinriktad rehabilitering av försäkringskassan inom ett svenskt län

Åsa Ahlgren

I artikeln sammanfattas huvuddelen av avhandlingen " Vocational rehabilitation, work resumption and disability pension" som lades fram februari 2006 inom rehabiliteringsmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka utfallet efter arbetslivsinriktad rehabilitering med avseende på återgång i arbete efter avslutad rehabilitering samt en tvåårsuppföljning. Ytterligare ett syfte var att undersöka om försäkringskassans handläggare uppvisade samsyn i frågor som rör den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och sjuk-skrivningsprocessen.

Avhandlingen är en registerstudie över alla klienter som beviljades arbetslivsinriktad rehabilitering 1998-99 från sex försäkringskasskontor i Sverige, n= 832.

Slutsatsen är att eftersom rehabiliteringsåtgärderna fungerar som verktyg för att uppfylla handläggarnas dubbla uppdrag så kommer klienter som prövas mot arbetsmarknaden och de som prövas mot en pensionsförmån att konkurrera om samma resurser. Utfallet av rehabiliteringen riskerar då att reflektera resultatet av den selektion som sker än de åtgärder som beviljats.

Åsa Ahlgren är med dr i Rehabiliteringsmedicin och har en bakgrund som sjukgymnast. I dagsläget har hon ett förordnande på Mittuniversitetet där hon verkar inom programmet Rehabiliteringsvetenskap samt även utvärderar ett projekt som handlar om rehabilitering i samverkan.

Kontakt: Åsa Ahlgren, Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet, 851 70 Sundsvall, Sweden, tel: 073-0236902. E-post: asa.ahlgren@miun.se

Introduktion

I och med rehabiliteringsreformen 1991/92 infördes begreppet arbets-

livsinriktad rehabilitering i socialförsäkringen. Reformens intentioner var en effektivare rehabilitering med ut-

gångspunkt från arbetslinjen där olika åtgärder skulle underlätta för framförallt långtidssjukskrivna att återinträda på arbetsmarknaden (1).

Dessa mål har inte uppnåtts. Några faktorer som tas upp som orsaker är att åtgärder sätts in för sent, utbudet av åtgärder får ses som otillräckligt samt att det saknas gemensamma kriterier för prioriteringsordning när det gäller rehabilitering (1). I Sverige saknas riktlinjer för försäkringsmedicinska bedömningar av arbetsförmågan vilket finns i bl.a. Finland och Tyskland (2). Frånvaron av sådana riktlinjer kan vara en förklaring till de regionala skillnader som återfinns i Sverige när det gäller socialförsäkringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (3, 4). Utifrån rättssäkerhet skulle en prioriteringsordning eller kriterier för rehabilitering vara positivt då den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte är en "rättighet" utan en möjlighet som fördelas efter prioritering bland sjukskrivna klienter. Hur prioriteringen skett är av betydelse för hur utfallet ska analyseras. Om rehabiliteringsresurserna läggs på de klienter med lägst hälsostatus är det rimligt att anta att antalet som återgår i arbete inom gruppen är lägre (5).

Problemen med att jämföra effekter av givna rehabiliteringsinsatser är dock flera, utbudet skiljer sig åt mellan olika län, arbetsmarknadsläget kan variera och begränsa möjligheterna till utbudet av arbetstillfällen. Sist men inte minst saknas riktlinjer för vilka klienter som prioriteras och mot vilket mål. En orsak till detta är att det på många ställen är samma handläggare som handlägger arbetslivsinrik-

tad rehabilitering och utreder rätten till pensionsförmån. Lagen om allmän försäkring anger att innan pensionsförmån beviljas skall alla möjligheter till rehabilitering vara uttömda (6). Det gör att rehabiliteringen kan fungera som ett verktyg både för att underlätta för klienten att återgå i arbete men också för att verifiera en nedsättning av arbetsförmågan. Handläggarna har således en dubbel roll i denna prioritering, byråkratens och den professionella, vilka i viss mån kan ses som motsägelsefulla (7). De är ansvariga för att vidta åtgärder som underlättar för klienten att återgå i arbete, å andra sidan är de ansvariga för att utreda arbetsförmågan hos klienten innan beslut om pensionsförmån tas. Trots detta finns få studier som har fokuserat på beslutsprocessen mellan handläggare och klient (8). Edlund (9) beskriver en bild där handläggarna är utlämnade till att finna sina egna vägar och metoder då man saknar klart formulerade riktlinjer för sitt arbete

Att använda "åter i arbete" som utfallsmått vid utvärdering av insatta åtgärder kan därför bli missvisande om studiegruppen innehåller både klienter med målet att återgå i arbete samt klienter som är på väg ut från arbetslivet.

Syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka utfallet efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering utifrån återgång i arbete, sjukersättning och förtidspension. Ytterligare ett syfte var att undersöka om handläggarna uppvisade samsyn

i frågor som rör den professionella handläggningen av försäkringsärenden inom rehabiliteringen. Resonemanget bakom detta är att det sker en selektering av sjukskrivna till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och att denna selektering påverkar utfallet till återgång i arbete respektive pensionsförmån.

Metod

Avhandlingen är en registerstudie över alla 832 klienter, 4,7 % av ca. 17000 sjukskrivna, som beviljades arbetslivsinriktad rehabilitering under 1998-99 från sex försäkringskass kontor i Sverige.

Data är insamlat från dataregister, sjukintyg och journalanteckningar på respektive försäkringskass kontor.

En uppföljning av alla ärenden genomfördes på individbasis i syfte att identifiera förändringar i sjukskrivningsstatus utifrån återgång i arbete eller pensionsförmån två år efter avslutad arbetslivsinriktad rehabilitering.

Studie IV innehåller en enkät i två delar som riktar sig till handläggarna

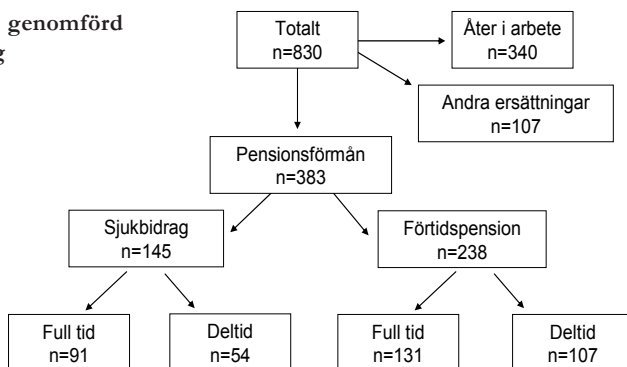
inom de aktuella kontoren. Syftet var här att undersöka samsynen rörande frågor som gäller sjukförsäkringen och den praktiska handläggningen av rehabiliteringsärenden. Svarsfrekvensen var 83% (n=30).

Resultat

Andelen klienter som beviljades arbetslivsinriktad rehabilitering skiftade kraftigt mellan de sex olika försäkringskass kontor från 1,2 till 8,7 %. De åtgärder som främst förekom var arbetsträning, studier, lokala samverkansprojekt, fysiska träningsprogram som t.ex. ryggskola samt olika utredningar/bedömning av arbetsförmåga.

Den vanligaste åtgärden, både för hela studiegruppen och varje enskilt kontor var arbetsträning, 52 % (n=432) med utredning/bedömning av arbetsförmågan som den näst vanligaste åtgärden, 21.7% (n=180). Kvinnor beviljades arbetsträning i större utsträckning än män vilka i sin tur beviljades studier i något högre utsträckning än kvinnor.

Utfallet efter genomförd rehabilitering



Figur 1. Fördelning av utfallet utifrån olika pensionsförmåner efter genomförda åtgärder bland de 830 klienter som ingick i studien.

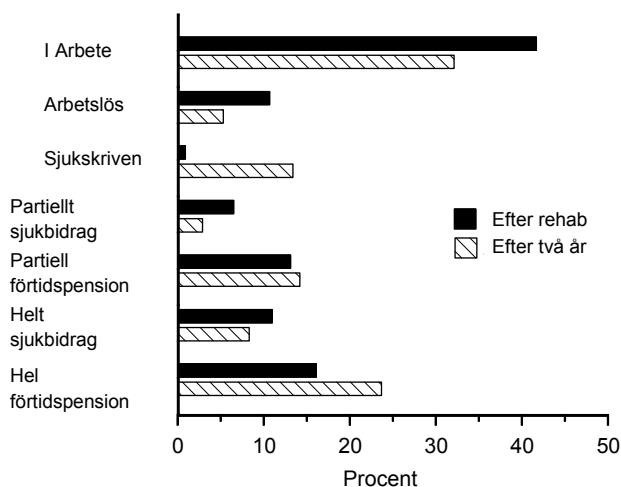
Drygt 46% (n=383) av alla klienter som beviljats arbetslivsinriktad rehabilitering i denna studie resulterade i någon form av pensionsförmån (figur 1).

Vid en jämförelse mellan den grupp som förklarats friskskrivna och den grupp som beviljats hel pensionsförmån uppvisades signifikanta skillnader i ålder, diagnos, sjukskrivningens längd och typ av beviljad åtgärd. De klienter som återgått i arbete var yngre, hade i högre utsträckning psykiska

besvär, kortare sjukskrivningstid < 1 år samt beviljats arbetsträning som åtgärd.

Klienter som beviljats utredning av arbetsförmåga avslutades i 76 % (n=136) med någon form av pensionsförmån. Mellan de som beviljats helt sjukbidrag respektive hel förtidspension var det endast ålder som skiljde grupperna åt ($p < 0.001$), de med sjukbidrag var 10 år yngre (42 år respektive 51 år).

Utfallet efter tvåårsuppföljningen



Figur 2. Försäkringsstatus direkt efter interventionen och två år senare.

I direkt anslutning till avslutad rehabilitering var 52,4% friskskrivna och 46,2% hade beviljats någon form av pensionsförmån. Vid uppföljningen efter två år var motsvarande siffra 37,4% (Figur 2). Förändringen bestod i huvudsak av klienter som gått från friskskriven in i nya sjukskrivningar 17,1% (n=58 klienter).

Av klienter med fullt sjukbidrag hade 39% inom en två års period övergått till hel förtidspension, män hade i högre utsträckning fått sina sjukbidrag överförda till förtidspensioner än vad som gällde för kvinnorna. I gruppen som beviljats sjukbidrag var återgång i arbete nära noll efter två år.

Den bästa möjligheten (odds ratios) att vara kvar i arbete vid tvåårsuppföljningen hade yngre anställda klienter som beviljats arbetsträning. Chanserna förbättrades ytterligare om rehabiliteringsåtgärder satts in inom ett år efter sjukskrivningen.

De kontor vars klienter hade långa sjukfall och i hög utsträckning beviljat utredning/bedömning av arbetsförmåga visade på flest pensionsförmåner som utfall efter avslutad rehabilitering.

Resultatet av enkätfrågorna till handläggarna om attityder

Handläggarna uppvisade en stor varians i svaren på enkätfrågorna. En majoritet av handläggarna ansåg dock att en tidig klientkontakt var viktig för att en klient skulle komma tillbaka till arbetet. Här ansåg handläggarna att den egna arbetsbelastningen försvårade möjlighet för en effektiv rehabilitering då man inte hann ta tidig kontakt med klienterna.

Faktorer som prioriterade till rehabilitering nämndes klientens egen motivation samt att det fanns en arbetsgivare som är positiv att få tillbaka sina anställda.

För att klienter i högre utsträckning skulle komma tillbaka i arbete ansåg handläggarna att det var viktigt med snabba kontakter vid sjukskrivning, samarbete med övriga aktörer så som arbetsförmedling, hälso- och sjukvård. Arbetsgivarna tas upp som en viktig aktör, här framhölls att arbetsgivaren måste få den anställde att känna sig välkommen och att man behåller en kommunikation under sjukskrivningstiden.

Diskussion Selektering till rehabilitering

Resultatet av de fyra studierna visar att det finns två grupper som representerar de klienter som beviljas arbetslivsinriktad rehabilitering. Den ena gruppen som bedöms ha en arbetsförmåga och där olika åtgärder kan möjliggöra och underlätta vägen tillbaka till arbetslivet. Den andra gruppen som på grund av nedsatt arbetsförmåga är på väg ut från arbetsmarkanden, helt eller partiellt.

Då de ekonomiska ramarna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte står i proportion till antalet sjukskrivna har de klienter som beviljats rehabilitering prioriterats i relation till andra. Denna selektering är en viktig faktor att ta hänsyn till för att kunna förklara utfallet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Handläggarnas svar på enkäten pekar också åt liknande håll, bland an-

nat anses att klienter som är motiverade och har en arbetsgivare som är positiv till att få tillbaka sin anställda har större möjligheter att prioriteras till rehabilitering. Detta i sig indikerar en sortering av klienter där handläggaren har möjlighet att påverka selektionen.

En majoritet av de klienter som beviljats någon form av bedömning/utredning av arbetsförmågan är arbetslösa med de längsta sjukskrivningsperioderna. Dessa faktorer återfinns hos de klienter som beviljats pensionsförmån och frågan är huruvida denna åtgärd används för att bekräfta ett medicinskt status inför en pensionsprövning snarare än att ligga till grund för återgång i arbete. Klienter som beviljats arbetsträning har i hög utsträckning varit anställda med kortare sjukskrivningsperioder, faktorer som återfinns i gruppen som återgått i arbete.

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder

Utbudet av åtgärder skiftar mellan olika regioner i landet och även inom samma län. Detta kan medföra en brist av precision i handläggarnas val av åtgärder, både utifrån utbud men också beroende av kunskaper om lämpliga åtgärder i förhållande till arbetsnedsättning och diagnos. Valet av åtgärd är enligt en studie av Haldorsen et al. (10) en kritisk faktor för de klienter med en sämre prognos för att återgå i arbete, medan klienter med en bättre prognos inte är lika känsliga. I de aktuella studierna framkommer snarare att klienter med vitt skild

problematik erbjuds ett liknande stereotyp utbud av åtgärder.

Tidig start av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Tidsfaktorn nämns ofta som en kritisk faktor för att återgå i arbete efter sjukskrivning. Gränsen för tidig respektive sen rehabilitering bör emellertid ställas i relation till klientens bakomliggande diagnos, medicinsk behandling och arbetsuppgifter. Denna studie visar att när sjukskrivningstiden överskrider ett år är proportionen av dem som återgår i arbete väldigt låg oavsett diagnos, ålder, typ av åtgärd eller yrke.

Vad som däremot framkommit i tidigare studier när det gäller tidsfaktorn är att kontakt med handläggaren, utifrån klientens synvinkel, ofta tas sent i processen. Endast hälften av klienterna som varit sjukskrivna över ett år hade varit i kontakt med en handläggare på försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete (11).

Läkarna

En majoritet av handläggarna (studie IV), ansåg att patientens egen önskan vägde tungt för hur läkaren bedömde sjukskrivningen. Enligt Arrelöv et al (12) kan en förklaring vara att läkarens sjukskrivningspraxis påverkas av de lokala strukturer patienten befinner sig i. Läkarens roll är att uttala sig om på vilket sätt sjukdomen sätter ner arbetsförmågan. Det är sedan handläggaren på försäkringskassan som utifrån detta underlag beslutar om rätt till ersättning. Emellertid så accepterar handläggarna i hög ut-

sträckning de rekommendationer läkaren ger (13). Det var också det förhållande som handläggarna uppgav i studie IV.

Åtgärder i relation till anställning

Det kan ses naturligt att arbetsträning är den vanligaste åtgärden för dem med anställning utifrån arbetsgivarens ansvar att utreda om den sjukskrivnes möjligheter att vara kvar i sin nuvarande anställning. Tidigare studier visar just på vikten av arbetsträningen eller arbetspraktiks betydelse för återgång i arbete (14).

En stor del av resurserna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen används för utredning av arbetsförmåga. Många av dessa ärenden avslutas med en pensionsförmån, 76.3% (3). En förklaring till det låga antalet som återgår i arbete i denna grupp kan vara att åtgärden används främst för att få en medicinsk status och det finns ingen riktig potential för återgång i arbete.

Handläggarnas samsyn

Handläggare från olika kontor uppvisar bristande överensstämmelse i attityder som rör socialförsäkringen och dess klienter. Även om det inte kan visas här så kan detta vara en förklaring till skillnaden i prioritering av klienter på de olika kontoren och därmed skillnaden i utfall.

De största skillnaderna gick att finna i frågan att om man inte är alltför sjuk är det bara att bita ihop. Skillnaden i åsikt kan skapa en risk att beslut beträffande rätt till ersättning skiftar beroende av vilken handläggare som

handlägger ärendet.

En majoritet av handläggarna, 86.7% stödjer påståendet att det är lätt att få sjukersättning. Detta ligger i linje med en tidigare studie där 87% av patienterna hade fått en sjukskrivning beviljad där den allmänpraktiserande läkaren ej hade rekommenderat sjukskrivning (15).

Handläggarnas syn på rehabilitering

Handläggarna nämner sin egen arbetssituation som ett hinder för effektiv rehabilitering, speciellt med den eftersläpning i ärendehantering som minskar möjligheterna att ta tidiga kontakter med klienterna.

Handläggarna uttrycker även en önskan till förbättrat samarbete med övriga aktörer inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I enkäten fick arbetsförmedlingen lägst omdöme, den anledning man uppgav var svårigheter med att överföra klienter, som ansågs ha en arbetsförmåga, till arbetsförmedlingens åtgärder. Detta problem kan bero på att olika myndigheter har olika mål och synsätt när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och när en klient kan stå till arbetsmarknadens förfogande.

När det gäller arbetsgivarna anser flera av handläggarna att en grundläggande faktor för en framgångsrik rehabilitering är arbetsgivarens attityder gentemot sina anställda. Här framhålls vikten av att arbetsgivaren får den anställde att känna sig välkommen tillbaka och att man behåller en kommunikation under sjukskrivningstiden.

Slutsats

Det finns en motsägelse i processen av klienter som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt 22 kapitlet 2 § 1 stycket, lagen om allmän försäkring, AFL ska man möjliggöra för klienten att återgå i arbete och uppnå självförsörjning (16). I förarbetarna (6) framhålls sedan att alla rehabiliteringsåtgärder ska vara uttömda innan pensionsförmån beviljas. Det innebär att två grupper av klienter riskerar att konkurrera om samma, begränsade, resurser. Utfallet av rehabiliteringen riskerar då att reflektera resultatet av den selektion som sker än de åtgärder som beviljats.

Det finns därmed en risk att mäta en lyckad rehabilitering utifrån utfallsmåttet "återgång i arbete" om det är oklart vilket av uppdragen rehabiliteringen syftar till att uppfylla. Eftersom alla sjukskrivna inte beviljas arbetslivsinriktad rehabilitering blir selektionen av klienterna viktigt att ta hänsyn till vid tolkningen av resultatet.

Referenser

1. SOU. Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. Report No.: SOU 2000:78.
2. Ds. Den svenska sjukan II – regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder. Socialdepartementet: Regeringskansliet; 2003.
3. Ahlgren A, Broman L, Bergroth A, Ekholm J. Disability pension despite vocational rehabilitation? A study from six social insurance offices of a county. *Int J Rehabil Res* 2005;28(1):33-42.
4. Riksförsäkringsverket. Att förhindra sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2003. Analyserar 2003:16.
5. Gerner U. De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter. Stockholm: Stockholms universitet; 2005.
6. Regeringens proposition om förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet. 2002/03.
7. Lipsky M. Street level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
8. Soderberg E, Alexanderson K. Sicknes certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health* 2005;33(4):314-20.
9. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering. [Monography]. Umeå, Sweden: Umeå universitet; 2001.
10. Haldorsen EM, Grasdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 2002;95(1-2):49-63.
11. Eklund M, Lindwall U, Marklund S. Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? In: Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, red. Den höga sjukfrånvaron- problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005. p. 269-301.
12. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *Eur J Public Health* 2005;15(5):470-4.
13. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1997;6:301-9.
14. Carling K, Richardson K. The relative efficiency of labor market programs: Swedish experience from the 1990s. *Labour Economics* 2004;11(3):335.
15. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-6.
16. SFS. Lag (1962:381) om allmän försäkring, AFL. Socialdepartementet; 1962.

Vocational rehabilitation, work resumption and disability pension

A register-study of cases granted vocational rehabilitation by social insurance offices in a Swedish county

In Sweden, the patterns of sick-listing and vocational rehabilitation (VR) show great regional differences. Yet, there seems to be no simple answer or single reason for these differences. The social insurance legislation stipulates equal access to rehabilitation measures regardless of domicile within the country. Still, VR is not a general "citizen's right" but an opportunity offered after a prioritisation among other sick-listed, where some are offered VR.

The overall **objective** of the research underlying the thesis was to evaluate the outcome after VR in terms of work resumption after completed rehabilitation including a two-year follow-up. A further objective was to investigate whether social insurance officers (SIO's) shared coherent values among themselves with respect to issues related to VR and the process of sick-listing. **Method:** The thesis is a register study over all clients granted VR during 1998-1999 at six local social insurance offices in Sweden, n= 832. **Conclusions:** Since rehabilitation measures function as means for SIO's to fulfil their twofold tasks, clients examined for the labour market on the one hand and clients tried for a pension grant on the other hand, compete over the same, limited resources. Hence, there is a risk that the outcome of rehabilitation measures reflects a selection of clients rather than the granted measures.