

Rehabilitering i processindustrin

Samhället, fabriken och den anställda

*Margareta Torgén, Carin Stenlund, Kerstin Palm och Staffan
Marklund*



ARBETSLIVSRAPPORT NR 2007:13

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa

Enhetschef: Ewa Wigaeus Tornqvist

Förord

Med anledning av de höga sjuktalen i Sverige i början av 2000-talet och önskemål om att kunna behålla människor längre kvar i arbetslivet genomförde Arbetslivsinstitutet i samarbete med två av Stora Ensos företag en studie om rehabilitering.

De båda företagen bedriver högteknologisk produktion där de anställdas skicklighet och prestation är av största vikt. Av den anledningen är det också viktigt att de anställda har en god hälsa och att det finns bra rutiner och arbetsätt för rehabilitering om arbetsförmågan av någon anledning skulle svikta.

Studien avser att ta ett helhetsgrepp på företagens rehabiliteringsarbete genom att utgå från ett aktörsperspektiv där information inte bara inhämtas om individerna som var föremål för rehabilitering utan också om företagen som sådana och andra aktörer inbegripna i rehabiliteringsarbetet.

Stort tack riktas till ekonom Claes Malmquist som med sin unika kompetens möjliggjort den rehabiliteringsekonomiska delen av studien. Stort tack även till projektassistenterna Caroline Magnusson och Ulla-Kari Pontén som svarade för den lokala datainsamlingen och sist men inte minst tack till alla personer både på och utanför företagen som genom sin medverkan gett underlag till ovanstående rapport. Avslutningsvis tack också till VINNOVA som bidragit till studiens genomförande.

Stockholm och Uppsala i mars 2007

Författarna

Innehåll

Bakgrund	1
Rehabilitering	2
Arbetslivsinriktad rehabilitering	3
Utvärdering av rehabilitering	4
Typer av utvärdering	5
Studiens lokala förankring	5
Studiens syfte	6
Metod	7
Företagsstatistik	8
Frågeformulär	9
Dagbok	10
Rehabiliteringsekonomisk analys	10
Intervju	12
Projektorganisation	14
Statistik	14
Resultat	
Företagen under projekttiden	15
Studerade rehabiliteringsärenden	20
Rehabiliteringsekonomisk analys	36
Aktörer i rehabiliteringsarbetet	39
Diskussion	
Metodöverbäganden	50
Företagen under studietiden	51
Rehabiliteringsärendena	52
Rehabiliteringens lönsamhet	53
Aktörersperspektivet	55
Sammanfattning	57
Summary	58
Referenser	59
Bilaga A	

Bakgrund

Svenskt arbetsliv har under 90-talet ökat sin produktivitet mer än många andra jämförbara västländer (Nyman, 2005). Parallellt med de goda resultaten eller möjligen delvis som en sidoeffekt av strävan mot ökad produktivitet har det dock blivit svårare att finna arbetsuppgifter för personer med nedsatt arbetsförmåga och att anställa personer där man befarar risk för framtida sänkning av arbetsförmågan (Wikman, 2004). Tydliga flöden ses från yrkesarbete och anställning till sjukersättning och arbetslöshet särskilt bland personer med sänkt arbetsförmåga, äldre och lågutbildade.

Utifrån arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ett tydligt ansvar för den anställdes arbetsmiljö och anpassning av arbetsförhållandena till den anställdes förutsättningar. Arbetsgivarens ansvar innefattar även organiserad rehabiliteringsverksamhet exempelvis i form av ergonomisk anpassning av arbetsplatsen, utbildning och omplacering. I Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 1994:1 förtydligas anpassnings- och rehabiliterings- ansvaret i § 4 och 5 ”till krav på att fortlöpande undersöka vilka behov som finns och att påbörja rehabiliteringsarbetet så snart möjligt” (AFS 1994:1, 1994).

Sjukfrånvaron ökade kraftigt under senare delen av 90-talet. i stor utsträckning genom att sjukfallen blev längre samt i viss mån genom att antal nya sjukfall ökade (Lindvall et al., 2004). I offentlig sektor pekar man särskilt på det faktum att rehabiliteringsarbetet avsevärt försvårades vid denna tid vilket ledde till en stor ökning av de långa sjukfallen (Larsson et al., 2005). Utveckling sätter fokus på behovet av att utveckla rehabiliteringsarbetet och i utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” (HpH) poängteras arbetsplatsen som den viktigaste och ofta den enda arenan, för effektiva förebyggande och rehabiliterande åtgärder, för att minska sjukfrånvaron oavsett hur den uppstått (SOU 2002:5, 2002). Förekomst av långvarig sjukskrivning varierar avsevärt mellan olika yrken och verksamheter varför arbetsfaktorer med säkerhet kan antas ha betydelse för de anställdas hälsa (Wikman, 2000). Hög förekomst av långvarigt sjuka ses bland anställda inom vård och omsorg vilket är verksamheter där ffa kvinnor är anställda. Många långtidssjukskrivna återfinns dessutom i mansdominerade yrken inom bygg- och tillverkningsindustri och inom transportverksamhet. Sjukfrånvarostatistiken visar även en stark regional variation för anställda i samma typ av verksamhet vilket antyder att det finns viktiga externa bestämningsfaktorer för sjukskrivningarnas varaktighet vid sidan av individ- och yrkesfaktorer (Hemström, 2002). Både individegenskaper och arbetsförhållanden har befunnits korrelera till sjukfrånvaro men likafullt kvarstår ofta frågan om vilka de viktigaste orsakerna egentligen är. En typ av faktorer som sällan vägs in i analyserna är hur rehabiliteringskedjan fungerar, allt från arbetsplatsens rutiner till sjukvård och försäkringskassas och arbetsförmedlings arbetssätt. Kanske finns det avgörande skillnader i ”logistik” som kan härledas till exempelvis typ av arbetsplats, region eller till den anställdes kön och ålder.

I statistiken över sjukfrånvaro så dominerar de långa sjukfallen stort medan de korta fallen (sjuklöneperioden) sällan diskuteras. De korta sjukfrånvarofallen belastar dock i hög grad arbetsförhållandena på företag och arbetsplatser genom att vara oförutsägbara och planerad produktion kan därmed vara svårt att genomföra. Upprepade korta sjukfall kan vara en förvarning om hotande allvarliga hälsoproblem och arbetsplatsens förmåga att hantera upprepad korttidsfrånvaro är därför en viktig del i det preventiva hälsoarbetet. Ett problem med de korta sjukfallen är att uppgifterna kan vara svåra att få och rikstäckande sammanställningar saknas. Riksförsäkringsverket genomförde år 2001 i samarbete med Statistiska centralbyrån en sammanställning av den korta sjukfrånvaron bland privata arbetsgivare med färre än 50 anställda. I rapporten ses tendens till minskning av den korta sjukfrånvaron år 2001 jämfört med året innan samt inga tydliga könsskillnader, däremot har industrianställda mer korttidsfrånvaro jämfört med andra branscher (RFV Statistikinformation Is -I 2002:4, 2002).

Rehabilitering

Problem likväl som möjligheter i dagens rehabiliteringsarbete framkommer från en sammanställning av erfarenheter bland långtidssjuka och fd långtidssjuka som återgått i arbete (Göransson et al., 2002). Totalt ca 80 procent av personerna uppgav att det inte förekom, alternativt man visste inte om det förekom, någon rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen. Kontakter med sjukvård och försäkringskassa upplevdes som positiva men bara hälften av dem ansåg att dessa instanser varit till stöd för återgång i arbete. Däremot hade kortare arbetstid eller att byta yrke och/eller arbetsplats varit avgörande för många som kommit åter i arbete. Dessa resultat är samstämmiga med resultaten i en rapport från Riksförsäkringsverket där de försäkrades och rehabiliteringshandläggarnas syn på hur samrådet fungerat dem emellan har sammanställts (RFV redovisar 2002:5, 2002). Handläggarna uppgav att motivation för rehabilitering var helt avgörande för resultatet och motivationen i sin tur bestämdes av tillgång till ett arbete som den försäkrade kunde tänka sig att ta.

Många studier har undersökt metoder för rehabilitering av specifika sjukdomstillstånd men problemen finns ofta vid sidan av den medicinska individbehandlingen, exempelvis i att skapa praktiskt fungerande system som på tidigt stadium fångar upp tecken på ohälsa, handlägger åtgärder och följer upp resultaten. På stora arbetsplatser och i stora företag har arbetsgivarens ansvar ofta delegerats i organisationen till arbetsledare och personalansvariga som därmed har en central roll i det praktiska rehabiliteringsarbetet i samarbete med försäkringskassornas rehabiliteringshandläggare. Företagshälsovården anlitas i varierande grad i rehabiliteringsarbetet som en extern resurs särskilt för den medicinska delen av rehabiliteringen. Företagshälsovården föreslås i HpH få ökat inflytande i rehabiliteringsarbetet genom krav på obligatoriskt yttrande över alla sjukfall som överstiger 60 dagar (SOU 2002:5, 2002) och tankar om företagshälsovårdens tydligare roll utvecklas ytterligare i ett betänkande två år senare (SOU 2004:113, 2004). På många företag och arbetsplatser deltar

företagshälsovården redan i rehabiliteringsarbetet. Dessvärre saknar fortfarande ca 30 procent av alla arbetstagare tillgång till företagshälsovård (Statskontoret 2001:29, 2001).

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Rehabiliteringsåtgärder för sjukskrivna utvecklades under slutet av 80-talet då sjukfrånvaron var hög samtidigt som det var högkonjunktur och brist på arbetskraft, man ville ha de sjukskrivna tillbaka till arbetsplatserna (SOU 1988:41, 1988). Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering infördes i socialförsäkringen 1992 via den sk rehabiliteringsreformen som avsåg att minska sjukfrånvaron genom aktiva och tidiga rehabiliteringsinsatser (SOU 1990:49, 1990). Det innebar bland annat att försäkringskassorna gavs ett tydligt samordningsansvar för rehabiliteringsåtgärderna och att arbetsgivarens ansvar för att lämna underlag i form av en rehabiliteringsutredning och förslag till konkreta åtgärder förtydligades ytterligare. Försäkringskassorna fick också vissa medel för att kunna köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har dock inte gett de resultat som man avsåg. Arbetsgivarna levererar ofta inte underlag för en rehabiliteringsutredning och bara en minoritet av de långa sjukfallen erbjuder rehabiliterande åtgärder och den sker ofta efter lång tid och med begränsade insatser. Denna utveckling ledde fram till en ny rehabiliteringsutredning hösten 2000 där utredaren Gerhard Larsson belyser orsakerna till den negativa utvecklingen och föreslår en ny definition av arbetsinriktad rehabilitering (SOU 2000:78, 2000). Den nya definitionen betecknas som ”rehabilitering till arbete” och poängterar rehabiliteringsarbetet som en process där de olika aktörerna (arbetsgivaren, medicinskt ansvarig, försäkringskassan mfl) måste samarbeta mer effektivt än hittills tillsammans med den rehabiliterade och med hela dennes livssituation i blickfånget. Individens centrala roll för utfallet av rehabiliteringsåtgärder har påtalats av flera forskare varför individens synpunkter och upplevelser är nödvändiga element i studier av arbetsinriktad rehabilitering (Ekberg, 2000; Åsberg, 1998). Helhetssyn på rehabilitering kan dock försvåras i praktiken av den skärpning/renodling av rätten till sjukersättning och rehabiliteringsinsatser som infördes i mitten på 90-talet. Sjukförsäkringslagen ändrades så att medicinskt fastställd diagnos krävs för att arbetsförmågan ska värderas och rätt till sjukpenning och rehabilitering bedömas, vilket sker enligt en stegvis bedömning i sju etapper (SOU 1997:166, 1997). Tidigare hade exempelvis arbetsmarknadsskäl kunnat vägas in vid bedömning av rätten till sjukpenning och sjukbidrag. Tanken bakom den skärpta lagen är att sjukdom ska belasta sjukförsäkringen medan andra omständigheter som exempelvis arbetslöshet ska belasta arbetslöshetsförsäkringen osv. I praktiken är det dock svårt att avgöra vad som skall hänföras till vilken försäkring och i vilken ordning som eventuella åtgärder bör genomföras vilket ofta ställer försäkringskassans handläggare inför svåra beslut.

Utvärdering av rehabilitering

Det finns flera problem förknippade med utvärdering av rehabilitering. Ett av dessa har att göra med valet av och mätningen av utfallet. Även om målsättningen i allmänhet är återgång i arbete för den sjukskrivne måste man ta hänsyn till det faktum att många långtidssjuka som återgått i arbete, senare riskerar att återfalla i långa sjukfall. Dessa farhågor framkom också då man frågade personer som varit långtidssjukskrivna om hur de såg på framtiden. Många ansåg att de arbetade mer än vad de kommer att orka med i längden (Göransson et al., 2002). Detta kräver att värderingen av resultatet av rehabiliteringsinsatser bör ses över en längre tidsperiod. Ett annat problem är att man inte alltid kan betrakta exempelvis förtidspensionering som ett misslyckat rehabiliteringsarbete trots att det innebär ett avsteg från strävan att behålla den sk arbetslinjen. I själva verket kan det snarare tyda på att åtgärderna gett underlag för en bättre pensionsbedömning. I de flesta fall bör olika typer av utfall bedömas samtidigt (återgång i arbetet, fysisk funktionsförbättring, smärthantering, förändring av arbetsförmåga, trivsel osv.).

Ekonomiskt värde/nytta av rehabilitering kan vara svårt att beräkna eftersom värdet bygger på vad som skulle ha skett om rehabiliteringen inte hade genomförts. En annan svårighet vid tolkandet är att värdet kan vara positivt för individen själv eller för samhället men inte för arbetsgivaren. Från de ekonomiska undersökningar som genomförts framkommer dock överlag bilden av god lönsamhet om man betraktar den totala samhällsekonomin (Fölster, 2000). Lönsamhet ur arbetsgivarens synvinkel uppnås säkrast vid tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder och framför allt vid tidig återgång i arbete innan en ersättare blivit normalproduktiv. Den stora vinnaren vid återgång i arbete, oavsett om det sker tidigt eller inte är i allmänhet staten som har mycket att tjäna på lyckad rehabilitering (Aronsson et al., 2002). Värdet av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder är dock inte alls entydiga i studier där man följt resultat på individnivå. Vissa studier har kunnat visa goda resultat av tidiga åtgärder i form av ökad återgång i arbete jämfört med de personer som fått insatser på ett senare stadium (Infante-Rivard et al., 1996; Selander, 1999), medan andra studier inte har kunnat visa några säkra effekter av tidiga åtgärder (Ekberg et al., 1994; Marnetoft et al., 1999).

Ett annat problem i samband med utvärdering av rehabilitering gäller det faktum att det ofta är svårt att avgöra vad det är i rehabiliteringsarbetet som är framgångsrikt respektive mindre lyckat. Många av de utvärderingar som genomförts av olika rehabiliteringsaktörer tar inte hänsyn till hur valet av "klienter" påverkar utfallet och de innehåller sällan kontrollgrupper eller jämförelsegrupper (Eklund et al., 2005). För att det överhuvudtaget ska vara möjligt att genomföra en utvärdering är det nödvändigt att kunna jämföra de olika åtgärder som används. Även om idealet med ett fullständigt kontrollerat experiment där en del individer slumpas till åtgärder och andra inte får några åtgärder alls sällan är etiskt eller praktiskt genomförbart bör man sträva efter att jämföra verksamheter med olikartade åtgärder där man kan kontrollera skillnader i problembild och övriga individknutna faktorer. I en nyligen publicerad Svensk

studie kunde man dock följa rehabiliterade personer under flera år och fann att rehabiliteringsprogram var kostnadseffektiva om åtgärderna påbörjas efter högst två månaders sjukskrivning (Jensen et al., 2006).

Det största metodologiska problemet är sannolikt att få noggrann och detaljerad beskrivning av de rehabiliterande åtgärderna och kontroll över att dessa åtgärder inte förändras alltför mycket över tid. I verklighetens ”naturliga experiment” förändras ofta åtgärderna över tid genom influenser från andra verksamheter eller genom behovet att utveckla metoderna generellt. Det gör det dock svårt att avgöra vilken metod som är mest framgångsrik. Den enda möjliga lösningen på detta problem är att utvärderingen följer verksamheten och den process som den genomgår över tid. Det är alltså nödvändigt att komplettera en före- efter mätning med någon form av processtudie. Centrala frågor för utvärdering av rehabiliteringsarbete är: hur bestäms vad som ska göras, vad är målet för insatserna, vilka är aktörerna och hur arbetar dom, hur är rehabiliteringsprocessen uppbyggd, hur definieras ett nytt rehabiliteringsärende och hur avslutas ärendet (Duncan et al., 1997).

På grund av ovan nämnda svårigheter så finns relativt få studier av rehabilitering som innefattar arbetsplatsåtgärder i litteraturen. Från Canada finns dock studier med högt rankat vetenskapligt värde av arbetstagare sjukskrivna pga ryggbesvär. Studierna visar att individ- i kombination med arbetsplats- åtgärder gav bättre resultat i form av minskat antal sjukdagar och god lönsamhet jämfört med enbart traditionell sjukvård eller med individ- eller arbetsplats- åtgärder var för sig (Lemstra et al., 2004; Loisel et al., 1997; Loisel et al., 2002). Totalt sett så bedöms dock arbetsplatsens roll vid rehabilitering som underskattad och forskningsmässigt eftersatt (Ekberg, 2004).

Typer av utvärdering

Utvärderingsstudier kan grovt sett vara av två sorter. Antingen kan den beskrivas som summativ med objektiva utvärderare som inte själva deltar i rehabiliteringsarbetet, eller som formativ med utvärderare som själv deltar i processen och påverkar den. Den summativa utvärderingen har ofta ett ”före-efter” perspektiv med statistisk sammanställning och kvantitativ beskrivning av resultat, medan den formativa utvärderingen har ett ”under tiden” perspektiv med problem-identifiering, kvalitativ beskrivning och förändring som resultat (Menckel et al., 1999). Utifrån denna indelning kan föreliggande studie närmast beskrivas som ”summativ” när det gäller jämförelse före och efter genomförd rehabilitering, även om formativa inslag kan ha förekommit.

Studiens lokala förankring

Studien har initierats vid en av Stora Ensos anläggningar i Sverige och genomfördes av Arbetslivsinstitutet i samarbete med personalavdelning och företagshälsovård vid två av koncernens anläggningar (Företag A och Företag B). Projektet förankrades inledningsvis även i Stora Ensos koncernledning i Finland.

I studiens slutfas medverkade även enheten för Arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Företag A och B har både likheter och olikheter av betydelse för projektets genomförande och bearbetning av insamlat material. Gemensamt för de båda företagen är dock ett uttalat mål att bli bättre i sitt rehabiliteringsarbete med tonvikt på prevention och effektivt utnyttjande av olika rehabiliteringsåtgärder.

Båda anläggningarna ligger i bruksorter där företaget är den stora arbetsgivaren på orten och där många av innevånarna har sin försörjning. De båda anläggningarna har en likartad produktion, men med vissa skillnader exempelvis i hur det förebyggande och rehabiliterande arbetet bedrivs. Skillnaderna gäller bland annat företagshälsovårdens organisation, hur nya ärenden initieras och avslutas, hur samverkan med arbetsplatser, försäkringskassa och andra aktörer går till samt hur olika typer av rehabiliteringsåtgärder används.

Studiens syfte

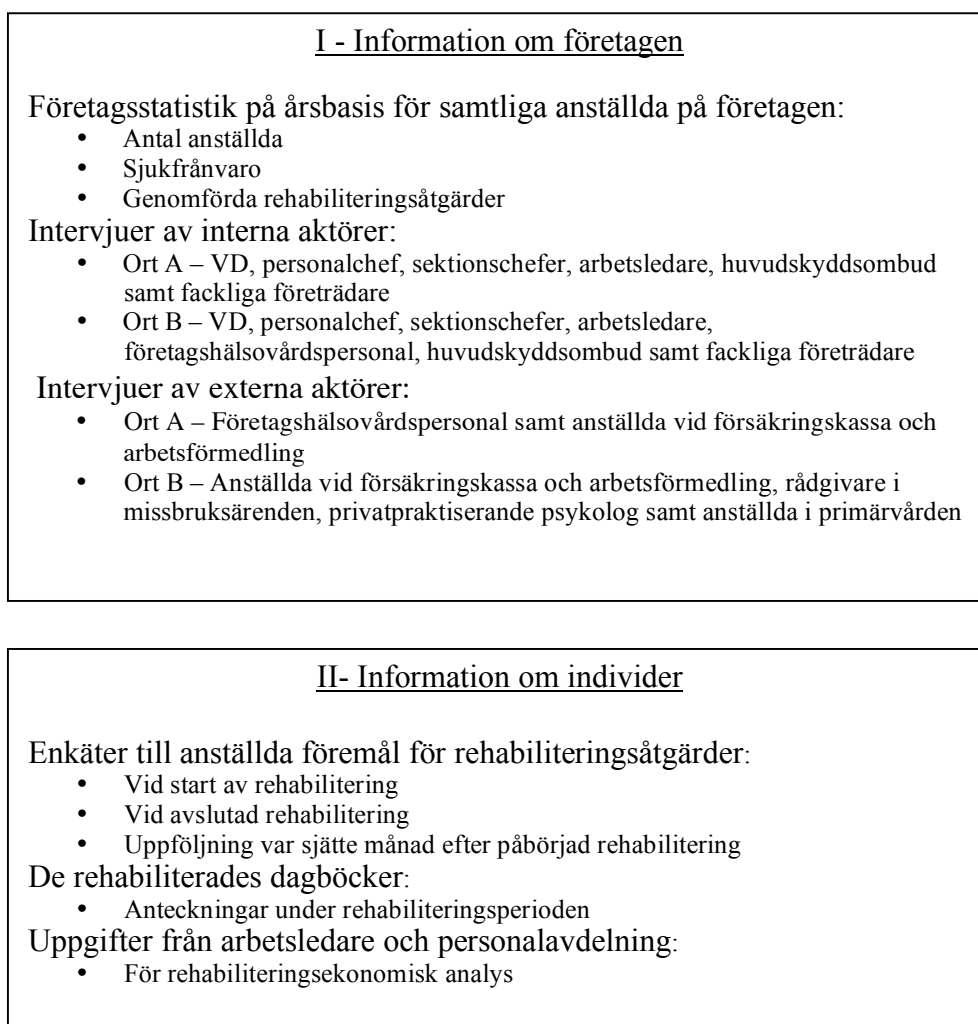
Studien avser att genom uppföljning och ekonomisk utvärdering av det normalt förekommande rehabiliteringsarbetet samt genom dokumentation av olika aktörers medverkan i rehabiliteringsprocessen få kunskap om hur rehabilitering går till ”i verkligheten” vid två av våra Svenska pappersbruk.

Den sammanställda informationen kan förhoppningsvis vara till nytta för de två företag som deltog i studien liksom för andra företag och arbetsplatser vid utveckling av sina rehabiliteringsrutiner.

Metod

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses vanligtvis åtgärder vid långvarig sjukskrivning och omfattar i mindre utsträckning åtgärder vid exempelvis upprepad korttidsfrånvaro eller förestående ohälsa. För att på ett tydligare sätt kunna beskriva rehabiliteringsarbetet på Företag A och B inkluderades därför även dessa typer av rehabiliteringsärenden i studien. De båda företagen bedrev även aktiviteter av främjande karaktär i syfte att upprätthålla de anställdas arbetsförmåga som ej behandlas i denna studie.

Studien planerades under hösten 2002 och våren 2003 och materialinsamling genomfördes våren 2003 till sommaren 2005. För att få kunskap om hur rehabiliteringsarbetet "gick till" insamlades information på både företags- och individnivå (Figur 1).



Figur 1. Schematisk bild över studiens informationsnivåer (I, II) och metoder.

Uppgifter för hela Företag A och B avseende antal anställda, sjukfrånvaro och genomförda rehabiliteringsåtgärder sammanställdes årsvis för åren 2002 tom 2005, för att ge bakgrund till de rehabiliteringsärenden som studerades närmare i denna studie.

Förutom den rehabiliterade själv och den närmsta arbetsledaren finns ett antal aktörer som kan vara mer eller mindre involverade i rehabiliteringsprocessen. För de två företag som studerades i denna studie utgjordes övriga rehabiliteringsaktörer främst av företagshälsovården, försäkringskassan, högre chefer samt fack- och skydds- organisationernas företrädare på företagen. Av praktiska skäl gjordes en uppdelning mellan aktörer ej anställda på företaget (externa aktörer) och aktörer anställda som hade sin anställning på företaget (interna aktörer). Intervjuer av externa aktörer genomfördes under våren 2004 och interna aktörer hösten 2004.

Ställningstagande till om rehabiliteringsåtgärder skulle genomföras (rehabiliteringsutredning) gjordes av arbetsledare eller annan av arbetsgivaren utsedd person tillsammans med den anställde vid sammanhängande lång sjukfrånvaro (över 28 dagar), upprepad korttidsfrånvaro (6 ggr eller fler under senaste året), på den anställdes/ annans begäran eller vid missbruk. Rehabiliteringsärenden i denna studie utgjordes av de ärenden där man vid denna rehabiliteringsutredning tagit beslut om att vidta någon åtgärd. Samtliga rehabiliteringsärenden som på detta sätt tillkom under en 12-månadersperiod, våren 2003 tom hösten 2004 tillfrågades om att delta i studien. När beslut tagits om att någon form av åtgärd för rehabilitering skulle påbörjas informerades den anställde av en lokal projektassistent och ombads att delta i studien. Att medverka innebar att den anställde skulle besvara ett antal frågeformulär vid bestämda tidpunkter samt att under rehabiliteringstiden föra dagbok över möten, aktiviteter mm av betydelse för rehabiliteringen.

Den lokale arbetsledaren var ofta direkt involverad i den anställdes rehabilitering och för att närmare undersöka arbetsledarnas arbetssituation och roll i rehabiliteringsarbetet genomfördes en separat enkätundersökning av samtliga anställda med arbetsledande funktion på de båda företagen. Denna undersökning beskrivs ej närmare i denna rapport utan redovisas som en separat del av studien (Stenlund et al., 2007).

Företagsstatistik

Årvis sammanställd personalstatistik erhöles från Företag A och B avseende antal anställda, typer av avgångar, sjukfrånvaro och antal personer som blivit föremål för någon form av rehabilitering. Informationen erhöles via personalavdelningarnas redovisningssystem i samarbete med lokalt rehabiliteringsansvariga.

Typ av avgångar från företaget som efterfrågades i denna studie var sjukpensionering/ sjukersättning, förtida uttag av ålderspension, personligt avtal med arbetsgivaren, egen uppsägning samt uppsägning genom arbetsgivaren.

Sjukfrånvaro anges i procent, beräknat som antal timmar med sjukfrånvaro under året i procent av årsarbetstiden.

Typ av besvär som orsak till långvarig sjukskrivning delades in i tre grupper (1: Sjukdom och besvär i leder, muskler och skelett, 2: Övriga kroppsliga sjukdomar och besvär, 3: Psykiska sjukdomar och besvär samt missbruk).

Typ av rehabiliteringsåtgärder delades in i fyra grupper (1: Arbetsträning på ordinarie avdelning, 2: Arbetsträning på annan avdelning eller i rehabiliteringspool, 3: Varaktigt byte av arbetsuppgifter eller förflyttning till annat arbetslag eller avdelning, 4: Utredning/ behandling/ terapi/ utbildning på hemorten eller på annan ort).

Frågeformulär

Information från anställda som blivit föremål för rehabilitering insamlades vid bestämda tidpunkter via frågeformulär. Det första frågeformuläret besvarades när man på företaget tagit beslut om inledande av åtgärder för rehabilitering (Enkät-före) och ett formulär i anslutning till att rehabiliteringen avslutades (Enkät-efter). För att få en uppföljning vid bestämda tidpunkter i relation till rehabiliteringens början besvarade de rehabiliterade även ett formulär 6 månader efter start av rehabiliteringen, ett efter 12 månader och ett 18 månader efter start av rehabiliteringen. Resultat från dessa tre enkäter redovisas ej i denna rapport.

Enkät-före

Detta frågeformulär omfattade 5 bakgrundsfrågor om kön och ålder o s v, 1 fråga om hur rehabiliteringen hade initierats, 2 frågor om förekomst och duration av de problem som föranlett rehabiliteringen, 1 fråga om förväntningar på den kommande rehabiliteringen samt frågor om den rehabiliterades hälsotillstånd (19 frågor). Förutom dessa frågor innehöll ”F-före” även frågor om arbetsförhållanden, utbildning och familjesituation vilka ej redovisas närmare i denna rapport.

Frågan om förväntningar på den kommande rehabiliteringen bestod av 18 delfrågor i form av påståenden där den rehabiliterade på en 5-gradig ordinalskala, (från ”ingen betydelse” till ”helt avgörande”) angav vilken betydelse som han/hon tillskrev dessa faktorer för att kunna fortsätta eller återgå i yrkesarbete.

Hälsofrågorna omfattade frågor om det upplevda hälsotillståndet, aktuell sjukskrivningsgrad, förekomst av kroppsliga och mentala besvär och medicinering samt värdering av aktuell arbetsförmåga med ett enkätbaserat instrument bestående av 10 delfrågor ”Work Ability Index” (Tuomi et al., 1998).

Enkät-efter

När den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedömdes vara avslutad ombads den rehabiliterade att besvara ett nytt frågeformulär. Frågorna omfattade 3 frågor om aktuell arbetssituation, 8 frågor om erfarenheter av den genomförda rehabiliteringen samt 6 hälsofrågor.

När det gällde själva rehabiliteringen ställdes frågor om vilka åtgärder som den rehabiliterade tagit del av, upplevd betydelse av olika faktorer för det resultat som uppnåtts (samma 18 faktorer som i ”Enkät-före”), förekomst av försvårande faktorer som t e x väntetider i sjukvården samt förekomst av kontakter under rehabiliteringstiden med arbetskamrater och andra personer och instanser på och utanför företaget.

Hälsofrågorna omfattade frågor om upplevt hälsotillstånd och arbetsförmåga, aktuell sjukskrivningsgrad, förekomst av kroppsliga och mentala besvär samt fråga om eventuell förändring av besvaren i jämförelse med hur det var då den arbetslivsinriktade rehabiliteringen påbörjades.

Dagbok

Via ett separat informationsblad blev de rehabiliterade ombudda att under den pågående rehabiliteringsperioden föra dagbok om olika möten, kontakter, såväl inom som utanför företaget, behandlingsprogram och/eller aktiviteter som de upplevde betydelsefulla för rehabiliteringen. Det kunde exempelvis röra sig om kontakter med arbetsplatsen, företagshälsovården eller försäkringskassan. Om kontakten skett via telefon eller vid personliga möten och vem som tog initiativet. Andra viktiga uppgifter kunde vara olika besök/behandlingar hos läkare, sjukgymnast, psykolog eller på någon institution, hur ofta/länge, väntetider osv. Vidare ombads de medverkande att notera eventuella förändringar i sjukskrivningsgraden eller arbetssituationen samt såväl positiva som negativa erfarenheter av de rehabiliteringsåtgärder de varit delaktiga i. Syftet med dagböckerna var att stärka huvudaktörens perspektiv (de rehabiliterade själva) genom att få deras beskrivningar av vad som varit betydelsefullt under rehabiliteringen.

Rehabiliteringsekonomisk analys

I ett ekonomiskt perspektiv är rehabilitering en investering som företaget, eller någon annan aktör gör. En sådan satsning görs normalt därför att den antas vara lönsam dvs att intäkterna av rehabiliteringen överstiger dess kostnader. Eftersom rehabilitering innebär att kompetensen återskapas är intäkterna av åtgärden sådana framtida kostnader som man undviker genom ett lyckat utfall av åtgärdena. Det är dessa intäkter som måste vara större än de kostnader som är relaterade till rehabiliteringsbeslutet, för att rehabiliteringen skall vara ekonomiskt lönsam. I utvärderingen genomfördes kalkyler separat för varje rehabiliteringsärende, en analys med fokus på företaget och en med samhällsperspektiv. Beräkningarna utgick från en tidigare beskriven metod (Aronsson & Malmquist, 2002), där uppgifter för att beräkna lönsamheten bygger på kartläggning av vad som skett i samband med individens funktionsnedsättning (faktisk eller hotande) inklusive kostnader och intäkter av de rehabiliteringsåtgärder som vidtagits. Kalkylen kräver att arbetsgivarens självkostnad för individen (arbetstidsvärdet) kan bestämmas vilket i denna studie gjordes utifrån en självkostnadskalkyl. För den

samhällsekonomiska kalkylen inhämtades även uppgifter om individens ålder samt huruvida denne konsumerat sjukvård och kommunal omsorg utöver det normala.

Företagsekonomisk analys

En anställds funktionsnedsättning belastar organisationen främst genom kostnader relaterade till lägre produktivitet, högre frånvaro, rehabiliteringsåtgärder och ökad personalomsättning. Den viktigaste kostnaden för organisationen vid funktionsnedsättning är produktionsbortfallet som beräknades genom att den procentuella minskningen av produktiviteten multiplicerades med värdet av arbetstiden. Den anställdes produktivitet kan i många fall sjunka under en längre tid innan det blir aktuellt att ta ställning till åtgärder för arbetslivsinriktad rehabilitering och ofta består ohälsan av flera komponenter som varierar över tid med exempelvis upprepade korta sjukperioder som följd. Antal sjukskrivningsdagar under en två-årsperiod före påbörjade åtgärder kan därför betraktas som en indikator på produktionsnedsättning som föregått beslut om rehabilitering.

För organisationen är intäkten av befattningen i de flesta fall betydligt större än dess kostnad för att ha personen i tjänst. Arbetstidsvärdet beräknades i studien baserat på organisationens självkostnad varvid värdet av arbetstiden knappast kan anses som överskattat. Självkostnaden för en befattning består främst av kostnad för lön och sociala avgifter men kostnader för fortbildning, lokaler, utrustning och administration räknas också in.

Rehabiliteringsåtgärdernas lönsamhet för organisationen beräknades som skillnaden mellan företagets intäkter och kostnader för rehabiliteringen och kräver att man i det enskilda ärendet gör en uppskattning av vad som skulle ha hänt om inga åtgärder genomförts (s k alternativscenario). Man utgår från att organisationen inte får några intäkter när en anställds funktion/prestation minskar eller helt upphör. Intäkter vid frånvaro kan dock förekomma i form av lägre kostnader för lön och sociala avgifter. Lönsamheten för organisationen beror bl a på när åtgärderna kan påbörjas. Tidig rehabilitering kan ge större intäkter för organisationen jämfört med sen rehabilitering, där sen rehabilitering definieras som den tidpunkt då ersättaren uppnått full produktivitet. I det läget har organisationen ingen ytterligare kostnad för produktionsbortfallet och kvarstående administrativa kostnader är förmodligen små. Möjligheten till en lönsam rehabilitering kan dock fortfarande finnas ifall exempelvis den rehabiliterade direkt kan gå in på en vakant tjänst eller om vikarien har högre lön än den sjukskrivne.

Ett alternativt sätt att beskriva rehabiliteringens lönsamhet för organisationen gjordes genom beräkning av payoff-tid som anger hur många sjukdagar som måste undvikas för att täcka organisationens kostnad för rehabiliteringsåtgärderna.

Samhällsekonomisk analys

Med samhällets kostnader avses alla kostnader som på ett eller annat sätt drabbar organisation, offentlig sektor och individ. Även här baseras analys av lönsamhet på ett alternativt scenario där rehabiliteringsåtgärderna ej har genomförts.

Samhällsekonomisk lönsamhet av rehabilitering beräknades genom att uppskatta samhällets intäkter av rehabiliteringen och jämföra dessa med samhällets kostnader för den. Den totalt dominerande intäkten för samhället är produktionstillskott som erhålls när individen arbetar i stället för att vara sjukskriven eller sjukpensionerad. Samhällets intäkt av en rehabiliteringsåtgärd blir då det förväntade produktionstillskottet. Det samhällsekonomiska värdet av marginellt sysselsättningstillskott kan schablonmässigt beräknas till ca 240 000 kr per år för en heltidsarbetande. Detta motsvarar arbetskraftskostnaden för en lågavlönad anställd plus indirekta skatter. En person som förlänger sitt arbetsliv med tio års heltidsarbete medför således en samhällsekonomisk intäkt på brutto ca 2,4 miljoner kronor.

Viktigt även för samhället ur lönsamhetssynpunkt är vilken produktivitet som individen har. Betalar arbetsgivaren personens lön trots att denne inte producerar något innebär det ingen vinst för samhället, bara att kostnaderna för funktionsnedsättningen flyttas från den offentliga sektorn till organisationen. Dock skulle man kunna tänka sig en situation med minskning av samhällskostnaden t ex i form av minskade kostnader för sjukvård och socialvård om yrkesarbetet stärker personens hälsa även om han/hon inte utgör något ekonomiskt tillskott för organisationen.

Intervju

Information från aktörer om deras roll i företagens rehabiliteringsarbete samt synpunkter på den egna och andra aktörers arbetssätt erhöles via strukturerade intervjuer. Avsikten var att få kunskap om hur rehabiliteringsarbetet genomfördes på Företag A och B, vilka aktörer förutom den rehabiliterade själv som var aktuella och deras arbetssätt i relation till varandra. Två grupper av aktörer definierades utifrån deras anställningsförhållande till företaget, en grupp ”inre aktörer” som var anställda på företaget och en grupp ”yttre aktörer” som ej tillhörande företaget. Urval av intervjupersoner gjordes av projektledningen i samarbete med rehabiliteringsansvariga på företagen. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från 21 frågor (Bilaga A) med möjlighet till kompletterande följdfrågor.

Förberedande provintervjuer genomfördes på Arbetslivsinstitutet där några rehabiliteringshandläggare från Försäkringskassan i Stockholm intervjuades. Syftet med provintervjuerna var att pröva intervjufrågornas relevans för personer som dagligen arbetade med denna typ av ärenden samt att säkerställa att intervjuerna genomfördes på likartat sätt oavsett intervjuare (3 intervjuare). Provintervjuerna spelades in på video och granskades under ledning av forskare väl förtrogen med forskningsintervjuer.

Intervjuerna avsåg i huvudsak att belysa:

- Den intervjuades egen roll avseende rehabiliteringsarbetet på företaget samt synpunkter på roll och arbetssätt.
- Mängden rehabiliteringsärenden på företaget som den intervjuade årligen var direkt delaktig i.
- Vilka rehabiliteringsaktörer den intervjuade hade mest kontakt med under sitt arbete med företagets rehabiliteringsärenden och vilka formerna var för samarbete mellan dessa aktörer.
- Den intervjuades synpunkter på olika aktörers medverkan i företagets rehabiliteringsarbete (exempelvis anställda som ska rehabiliteras, företagsledningen, företagshälsovården och försäkringskassan).
- Förekomst av förändringar under senaste åren i sättet att bedriva rehabilitering på företaget.
- Förslag på förändringar för att förbättra företagets rehabiliteringsarbete.

Totalt genomfördes 47 intervjuer, 21 avseende Företag A, 25 avseende Företag B samt en telefonintervju med en person från en rehabiliteringsanläggning i Spanien som nyttjades av bägge företagen. Intervjuernas längd varierade mellan 25 och 70 minuter med ett genomsnitt på ca 45 minuter.

På ort A intervjuades 14 interna aktörer (VD, personalchef, huvudskyddsombud, 3 arbetsledare, 3 personer från företagets rehabiliterings- och friskvårds- grupp och 5 fackliga företrädare) samt 7 externa aktörer (2 personer från Försäkringskassan, 1 person från Arbetsförmedlingen, 2 personer från den företagshälsovårdscentral som företaget samarbetade med och 2 personer från primärvården). På ort B intervjuades 16 interna aktörer (VD, personalchef, huvudskyddsombud, 6 arbetsledare, 3 personer från företagets inbyggda företagshälsovårdsenhet och 4 fackliga företrädare) samt 9 externa aktörer (2 personer från Försäkringskassan, 1 person från Arbetsförmedlingen, 2 rådgivare i missbruksärenden, 1 privatpraktiserande psykolog och 3 personer från primärvården).

De tilltänkta informanterna kontaktades i god tid av intervjuaren eller av den lokale projektassistenten och personerna ombads avsätta en timme för intervjun. Intervjuerna genomfördes i avskilt rum där endast intervjuaren och den intervjuade var närvarande. Intervjuerna inleddes med beskrivning av syftet med intervjuerna, hur intervjun skulle genomföras och hur informationen skulle bearbetas och publiceras. Intervjuerna spelades in i sin helhet på band eller med digital bandspelare.

Bearbetning och analys

Transkribering av samtliga intervjuer genomfördes av en person med vana av intervjumaterial. Talspråket återgavs ordagrant med viss reducering av pauser och återkommande utfyllnadsuttryck. Textfilen lästes därefter av forskarna under samtidigt avlyssnande av ljudfilen för korrigerande av felaktigheter i utskriften, överföring till skriftspråk och för komprimering av texten. Merparten av de transkriberade filerna bearbetades initialt av två personer parallellt i syfte att öka tillförlitligheten av utskriften.

Analysen grundade sig på en fenomenologisk föreställning om det undersökta fenomenet rehabilitering som en avsiktlig, meningsfull aktivitet i intervjupersonens dagliga liv (Kvale, 1997). Bearbetningen av intervjumaterialet utgick från upprepad genomläsning och komprimering av texterna för att nå fram till beskrivning av väsentligheter som hade med rehabiliteringsprocessen på de båda företagen att göra. Under analysen utkristalliserade sig vissa företeelser som centrala och viktiga ffa genom att de återkom under samma intervju eller att de beskrevs av flera personer med olika roller i rehabiliteringsarbetet. Redovisning av intervjumaterialet beskriver dessa företeelser utifrån typ av aktör.

Projektorganisation

Studiens projektorganisation bestod av två delar, fältdel och forskningsdel. Fältdelen innefattar dels de som inom respektive företagshälsovård och företag ansvarade för rehabiliteringsarbetet och dels en projektassistent från respektive ort som arbetade på deltid i projektet med den lokala datainsamlingen. Forskningsdelen bestod av en forskningsledare och två forskningsassistenter med uppgift dels att utforma enkäter och intervjuunderlag, genomföra intervjuer, och sammanställa/analysera insamlat material.

Den rehabiliteringsekonomiska analysen av avslutade rehabiliteringsärenden genomfördes av en konsult med erkänd kompetens på området. Konsulten erhöll som grund för analysen aidentifierade uppgifter om de rehabiliterades kön, ålder, lön, besvärduration och genomförda åtgärder mm från företagens personalavdelningar och lokalt rehabiliteringsansvariga.

Studien har bedömts och godkänts av forskningsetisk kommitté vid Karolinska Institutet och de rehabiliterades medverkan baseras på informerat samtycke.

Statistik

Kvantitativa data redovisas i huvudsak deskriptivt med angivelse av exempelvis antal, medelvärde, median och intervallet mellan lägsta och högsta värde (range). Resultaten redovisas ofta uppdelade på företag (A och B), kön, åldersgrupp eller typ av anställning (kollektivanställd, tjänsteman). Förekomst av statistisk skillnad avseende andel (exempelvis andel sjukskrivna) mellan två oberoende grupper analyserades genom beräkning av skillnad i procentuell differens med 95 % konfidensintervall (Gardner et al., 1989).

Resultat

Företagen under projekttiden

Anställda och avgångar

Antalet anställda hade under åren 2002 tom 2005 minskat med 64 personer (6 %) på Företag A men ökat med 167 personer (19 %) på Företag B. På Företag A var minskningen störst i grupperna kollektivanställda kvinnor samt i åldersgruppen 30-39 år medan anställda i åldersgruppen 40-49 år ökade (Tabell 1). På Företag B sågs en ökning av antalet anställda mellan åren 2002 och 2005 i samtliga grupper och relativt sett kan man särskilt notera kvinnorna som ökade från 135 anställda år 2002 till 203 anställda år 2005 (Tabell 1).

Tabell 1. Antal anställda för år 2002 och 2005 redovisat per kön, tjänstetyp och åldersgrupp, redovisat som antal och som procent (%) av alla anställda.

	Företag A				Företag B			
	2002	n=990	2005	n=926	2002	n=891	2005	n=1058
Totalt:	antal	(%)	antal	(%)	antal	(%)	antal	(%)
Kön och tjänstetyp								
Man								
Kollektivanställd	504	(51)	483	(52)	576	(65)	646	(61)
Tjänsteman	208	(21)	200	(22)	180	(20)	209	(20)
Kvinna								
Kollektivanställd	207	(21)	173	(19)	66	(7)	106	(10)
Tjänsteman	71	(7)	70	(7)	69	(8)	97	(9)
Åldersgrupp								
20-29	85	(9)	77	(8)	65	(7)	103	(10)
30-39	305	(31)	238	(26)	249	(28)	275	(26)
40-49	272	(27)	301	(33)	303	(34)	351	(33)
50-59	243	(24)	243	(26)	215	(24)	245	(23)
60-65	85	(9)	67	(7)	59	(7)	84	(8)

Om man betraktar de som slutat sin anställning på företagen under studietiden (2002 - 2005) så var egen uppsägning det vanligast förekommande sättet på båda företagen (Företag A 55 personer, Företag B 52 personer) och därefter genom personligt avtal (Företag A 33 personer, Företag B 20 personer). Åldersmässigt skedde merparten av avgångarna bland anställda som var under 50 år genom egen uppsägning medan sjukpensionering/sjukersättning var vanligast i åldersgruppen 50-59 år och förtida uttag eller avtalspensionering vanligast i åldersgruppen 60-65 år (Tabell 2).

Avgång genom förtida uttag av ålderspension utgjorde större andel av totala antalet avgångar på Företag A (20 %) än på Företag B (7 %) medan andelen av övriga typer av avgångar skiljde mindre mellan de båda företagen. Avgång

genom personligt avtal med arbetsgivaren återfanns bland både kollektivanställda och tjänstemän på Företag A men endast bland tjänstemän på Företag B. Uppsägning på grund av arbetsbrist uppgavs ej ha förekommit på de två företagen under åren 2002 tom 2005.

Tabell 2. Antal anställda som under åren 2002 tom 2005 avslutade sin anställning före normal pensioneringsålder, redovisat per anställningstyp och åldersgrupp.

Företag A	Kollektiv.	Tjänstem.	20-49 år	50-59 år	60-65 år	Totalt (%)
Sjukpension/sjukersättning	12	4	2	7	7	16 (12)
Förtida uttag av ålderspension (möjligt f o m 61 års ålder)	14	12	0	0	26	26 (20)
Personligt avtal med arbetsgivaren	23	10	0	0	33	33 (25)
Egen uppsägning	29	26	43	7	5	55 (42)
Totalt						130 (100)
Företag B	Kollektiv.	Tjänstem.	20-49 år	50-59 år	60-65 år	Totalt (%)
Sjukpension/sjukersättning	16	1	2	11	4	17 (18)
Förtida uttag av ålderspension (möjligt f o m 61 års ålder)	4	3	0	0	7	7 (7)
Personligt avtal med arbetsgivaren	0	20	0	0	20	20 (21)
Egen uppsägning	35	17	42	5	5	52 (54)
Totalt						96 (100)

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron låg på ungefär samma nivå på de båda företagen under åren 2002 tom 2005 med genomgående högre sjukfrånvaro bland kvinnorna jämfört med männen (Tabell 3). Vid jämförelse mellan företagen för åren 2002 tom 2005 framgår att sjukfrånvaron minskade bland kvinnorna på Företag A men varierade (kollektivanställda) eller ökade (tjänstemän) bland kvinnorna på Företag B, medan sjukfrånvaron bland männen visade en sjunkande tendens på båda företagen (Tabell 3).

Om man betraktar antalet personer som någon gång under året varit sjukskrivna mer än 28 dagar i följd (långa sjukskrivningar) så ses en likartad utveckling på de båda företagen (Tabell 4) och viss samvariation med företagets totala sjukfrånvarotal (Tabell 3). Förekomst av långa sjukskrivningar varierade i relation till tjänstetyp, kön och årtal på båda företagen, särskilt på Företag A där det skedde en signifikant minskning av andelen anställda med långa sjukfrånvaro-

Tabell 3. Sjukfrånvaro ^a i procent (%) per helår under åren 2002 tom 2005.

Företag A	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga anställda
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
2002	6,2	11,8	3,8	6,4	6,9
2003	4,9	9,9	2,8	4,0	5,4
2004	5,8	9,8	3,2	4,9	5,9
2005	5,3	7,8	1,8	4,3	4,9

Företag B	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga anställda
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
2002	6,2	8,9	3,9	3,9	5,7
2003	6,5	13,3	2,9	3,0	6,0
2004	5,9	11,3	2,4	4,0	5,6
2005	5,5	9,1	2,3	5,6	5,2

^a Sjukfrånvaro beräknades som de anställdas sjukfrånvarotimmar i relation till årsarbetstiden i timmar.

Tabell 4. Anställda som någon gång var sjukskrivna mer än 28 dagar i följd under åren 2002 tom 2005, redovisat som antal personer och som andel (%) av totala antal anställda i respektive grupp (Tabell 1).

Företag A	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2002	52 (10 %)	38 (18 %)	4 (2 %)	3 (4 %)	97 (10 %)
2003	55 (11 %)	49 (25 %)	8 (4 %)	7 (9 %)	119 (12 %)
2004	36 (7 %)	25 (13 %)	7 (3 %)	2 (3 %)	70 (7 %)
2005	36 (7 %)	24 (14 %)	0	5 (7 %)	65 (7 %)

Företag B	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2002	63 (11 %)	18 (27 %)	13 (7 %)	4 (6 %)	98 (11 %)
2003	75 (13 %)	20 (28 %)	12 (6 %)	4 (5 %)	111 (12 %)
2004	74 (11 %)	16 (16 %)	9 (5 %)	8 (8 %)	107 (10 %)
2005	62 (10 %)	12 (11 %)	8 (4 %)	8 (8 %)	90 (9 %)

perioder mellan år 2003 och 2004 bland kollektivanställda män och kvinnor samt bland kvinnliga tjänstemän. Huvudsaklig orsak till långa sjukskrivningar var ffa muskuloskeletal problem bland kvinnorna medan övriga kroppsliga sjukdomar och besvär var lika vanligt förekommande som de muskuloskeletal orsakerna bland männen. Sammanräknat bland alla anställda på Företag A under åren 2002 tom 2005 relaterades i storleksordningen 50 % av de långa sjukfallen till muskuloskeletal tillstånd, 40 % till övriga somatiska tillstånd och 10 % till psykiska tillstånd inklusive missbruk. Motsvarande tal för Företag B var 40 % muskuloskeletal, 40 % övriga somatiska tillstånd och 20 % psykiska tillstånd inklusive missbruk.

Förekomst av upprepad korttidsfrånvaro (5 gånger eller mer på 12 månader) minskade på Företag A från 6 % av de anställda år 2002 till som lägst 4 % år 2004 och därefter en ökning till 6 % igen under år 2005. På Företag B var förekomsten av upprepad korttidsfrånvaro delvis likartad med som högst 8 % under år 2003, 4 % under 2004 och under 2005 även här en ökning, till 5 % av de anställda.

Åtgärder för rehabilitering

Antal personer som deltagit i någon form av rehabiliteringsåtgärd varierade från år till år på bägge företagen från som lägst 26 personer år 2002 på Företag A till som högst 103 personer på Företag B år 2003. Under 2002 och 2003 deltog avsevärt färre personer vid företag A i åtgärder i jämförelse med Företag B varefter skillnaden minskade och för år 2005 var förhållandet det omvända med något fler personer från Företag A i jämförelse med Företag B (Tabell 5).

Den vanligaste typen av åtgärd var arbetsträning med ordinarie eller anpassade arbetsuppgifter på ordinarie arbetsplats följt av utredning/ behandling/ terapi (tex vistelse på behandlingshem eller rehabcenter) och arbetsträning på annan avdelning. Omplacering till andra arbetsuppgifter eller flytt till annat arbetslag/ avdelning förekom i några fall men endast på Företag A (Tabell 6). Yrkesutbildning som rehabiliteringsåtgärd (tex via Lernia, Arbetslivstjänster) förekom under år 2002 tom 2005 totalt endast 4 gånger vardera på Företag A och B.

Tabell 5. Anställda som blivit föremål för någon form av rehabiliteringsåtgärd under åren 2002 tom 2005, redovisat som antal personer och som andel (%) av totala antalet anställda i respektive grupp (Tabell 1).

Företag A	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga Antal (%)
	Män Antal (%)	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Kvinnor Antal (%)	
2002	13 (3)	8 (4)	4 (2)	1 (1)	26 (3)
2003	13 (3)	16 (8)	9 (5)	1 (1)	39 (4)
2004	22 (4)	19 (10)	2 (1)	3 (4)	46 (5)
2005	27 (6)	19 (11)	13 (7)	4 (6)	63 (7)

Företag B	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga Antal (%)
	Män Antal (%)	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Kvinnor Antal (%)	
2002	48 (2)	16 (24)	23 (13)	7 (10)	94 (11)
2003	66 (11)	13 (18)	17 (9)	7 (9)	103 (11)
2004	42 (6)	9 (9)	4 (2)	6 (6)	61 (6)
2005	33 (5)	16 (15)	3 (1)	5 (5)	57 (5)

Besvär i leder, muskler och skelett dominerade som bakomliggande orsak till rehabiliteringsåtgärderna på båda företagen, därefter kom psykisk ohälsa/missbruk och slutligen övrig kroppslig ohälsa. Därutöver deltog ett 40-tal anställda från Företag B under åren 2002 och 2003 i rehabiliteringsåtgärder p g a hotande ohälsa, många genom deltagande i ”kurs” på Rygginstitutets rehabiliteringsanläggning i Marbella.

Tabell 6. Totalt antal anställda som under åren 2002 tom 2005 blev föremål för någon av de vanligast förekommande rehabiliteringsåtgärderna.

Företag A	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga (%)
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Arbetsträning på ordinarie avdelning med samma eller nya arbetsuppgifter	24	25	7	3	59 (34 %)
Arbetsträning på annan avdelning eller i rehabpool	10	10	3	1	24 (14 %)
Varaktigt byte av uppgifter, eller flytt till annat arbetslag eller avdelning	8	3	4	1	16 (9 %)
Utredning, behandling/ terapi på hemorten eller på annan ort	31	23	13	4	71 (41 %)
Yrkesutbildning	3	1	0	0	4 (2 %)
Totalt:					174 (100 %)
Företag B	Kollektivanställda		Tjänstemän		Samtliga (%)
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Arbetsträning på ordinarie avdelning med samma eller nya arbetsuppgifter	88	24	17	6	135 (44 %)
Arbetsträning på annan avdelning eller i rehabpool	18	13	0	0	31 (10 %)
Varaktigt byte av uppgifter, eller flytt till annat arbetslag eller avdelning	0	0	0	0	0
Utredning, behandling/ terapi på hemorten eller på annan ort	70	17	29	19	135 (44 %)
Yrkesutbildning	2	2	0	0	4 (1 %)
Totalt:					305 (100 %)

Studerade rehabiliteringsärenden

Vid företag A blev 31 anställda föremål för rehabilitering, under 12-månadersperioden juni 2003 tom maj 2004 och av dessa accepterade 26 personer att medverka i studien 12 män och 14 kvinnor (Tabell 7). Av de 5 personer som avböjde medverkan hade merparten psykiska problem eller missbruk. Motsvarande siffror för Företag B var för 12-månadersperioden september 2003 tom augusti 2004 51 personer varav 49 accepterade att medverka i studien, 42 män och 7 kvinnor (Tabell 7). De två som avböjde medverkan var båda kollektivanställda med kroppsliga problem.

Vid jämförelse av antal rehabiliterade i relation till antal anställda framkom en överrepresentation av rehabiliterade från Företag B (49 personer) i jämförelse med Företag A (26 personer). På Företag A var gruppen rehabiliterade kollektivanställda kvinnor (13 personer) överrepresenterade i relation till antalet anställda, i motsats till signifikant underrepresentation av denna grupp (1 person) på Företag B (Tabell 7). Åldersfördelningen bland de rehabiliterade stod i proportion till totala antalet anställda på respektive företag förutom en underrepresentation från åldersgruppen 20-29 år (Tabell 7).

Tabell 7. Rehabiliterade som deltog i projektet samt totalt antal anställda vid de två företagen redovisat som antal och andel (%) per kön, tjänstetyp och åldersgrupp.

	Rehabiliterade som deltog i projektet		Totalt antal anställda ^a	
	Företag A n=26 (3 %)	Företag B n=49 (5 %)	Företag A n=969	Företag B n=1020
Kön och tjänstetyp				
Man				
Kollektivanställd	8 (2 %)	34 (5 %)	500	650
Tjänsteman	4 (2 %)	8 (4 %)	203	193
Kvinna				
Kollektivanställd	13 (10 %)	1 (1 %)	134	87
Tjänsteman	1 (1 %)	6 (7 %)	132	90
Åldersgrupp				
20-29	1 (1 %)	1 (1 %)	103	95
30-39	6 (2 %)	8 (3 %)	305	264
40-49	8 (3 %)	22 (6 %)	264	356
50-59	10 (4 %)	15 (6 %)	241	238
60-65	1 (2 %)	3 (5 %)	56	67

a. medelvärde av antal anställda under 2003 och 2004.

Situationen vid start av rehabilitering

På Företag A föregicks beslut om rehabilitering bland kvinnorna mestadels av muskuloskeletala besvär medan de rehabiliterade männen hade skiftande typer av besvär. På företag B dominerade muskuloskeletala besvär som grund för rehabilitering bland männen följt av psykiska besvär/missbruk och övriga

kroppsliga besvär. Muskuloskeletala problem som grund för rehabilitering återfanns i ungefär samma omfattning bland yngre och äldre medan övriga kroppsliga sjukdomar främst förekom i den äldre åldersgruppen (Tabell 8).

Tabell 8. De rehabiliterades problem som föregick arbetslivsinriktad rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Besvär i leder, rygg och muskler	4	10	6	8	14 (54 %)
Övriga kroppsliga besvär	4	2	1	5	6 (23 %)
Psykiska besvär eller missbruk	4	2	5	1	6 (23 %)
Företag B (antal personer)	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=49 (100 %)
Besvär i leder, rygg och muskler	28	3	16	15	31 (63 %)
Övriga kroppsliga besvär	4	0	0	4	4 (8%)
Psykiska besvär eller missbruk	10	4	6	8	14 (28 %)

På en öppen fråga i enkäten om orsaker till besvären angav de flesta antingen orsaker utanför arbetet eller orsaker som var relaterade till nuvarande eller tidigare yrkesarbete, medan endast ett fåtal angav en kombination av orsaker från yrkesarbete och fritid. Ca 1/5 av de rehabiliterade från båda företagen angav ingen orsak eller angav att de inte visste vad som kunde vara orsaken till problemen. De rehabiliterade från Företag A angav i högre utsträckning orsaker kopplat till yrkesarbete (54 %) jämfört med de rehabiliterade från Företag B (35 %).

Planering och önskemål inför rehabiliteringen

Som initiativtagare till planerade rehabiliteringsåtgärder angavs oftast den rehabiliterade själv, företagshälsovården eller närmaste chef. Den anställda själv tillsammans med företagshälsovården angavs ofta som initiativtagare av de rehabiliterade från Företag B medan eget initiativ främst angavs av de rehabiliterade från Företag A (Tabell 9). Bland de rehabiliterade från Företag A hade 4 personer angett ”annan person” som initiativtagare oftast med hänvisning till företagets rehabiliteringsgrupp, två personer var osäkra på varifrån initiativet kommit och tre avstod från att besvara frågan (Tabell 9).

Tabell 9. Initiativtagare ^a till planerade åtgärder, redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Den rehabiliterade själv	7	6	6	7	13 (50 %)
Närmaste chef	2	1	2	1	3 (12 %)
Företagshälsovården	1	3	3	1	4 (15 %)
Arbetskamrat	0	0	0	0	0
Familjemedlem	1	0	1	0	1 (4 %)
Annan person	1	3	0	4	4 (15%)
Vet ej	0	2	1	1	2 (8 %)
Ej svar	2	1	1	2	3 (12 %)

Företag B (antal personer)	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=49 (100 %)
Den rehabiliterade själv	16	2	10	8	18 (37 %)
Närmaste chef	10	2	6	6	12 (25 %)
Företagshälsovården	27	4	14	17	31 (63 %)
Arbetskamrat	0	0	0	0	0
Familjemedlem	0	1	0	1	1 (2 %)
Annan person	0	0	0	0	0
Vet ej	0	0	0	0	0
Ej svar	0	0	0	0	0

a. De rehabiliterade hade möjlighet att ange flera initiativtagare.

Hälsa vid start av rehabilitering

Cirka hälften av de rehabiliterade, ungefär lika stor andel på de bägge företagen, uppgav sitt hälsotillstånd som ganska dåligt eller mycket dåligt vid tiden för start av rehabiliteringen. På bägge företagen uppgavs dålig arbetsförmåga i större utsträckning av kvinnorna jämfört med männen medan ingen säker skillnad sågs vid jämförelse av rehabiliterade under respektive över 45 år (Tabell 10).

Tabell 10. Upplevt hälsotillstånd vid tiden för start av rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Mycket bra eller ganska bra	3	4	3	4	7 (27 %)
Varken bra eller dåligt	4	2	3	3	6 (23 %)
Ganska dåligt eller mycket dåligt	5	8	6	7	13 (50 %)

Företag B (antal personer)	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=49 (100 %)
Mycket bra eller ganska bra	11	0	5	6	11 (22 %)
Varken bra eller dåligt	14	1	5	10	15 (31 %)
Ganska dåligt eller mycket dåligt	17	6	12	11	23 (47 %)

Vid indelning av de rehabiliterades hälsostatus utifrån det enkätbaserade WAI-indexet återfanns 85 % av personerna från Företag A och 80 % av personerna från Företag B i kategorin ”medelmåttig” eller ”dålig” arbetsförmåga och ett fåtal i kategorin ”god” eller ”utmärkt”, utan större skillnad avseende kön eller ålder (Tabell 11).

Tabell 11. Arbetsförmåga mätt med arbetsförmågeindex (WAI) vid tiden för start av rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp. Bedömning av WAI-resultaten uppdelades i fyra kategorier^a.

Företag A (antal personer)	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Utmärkt	0	1	0	1	1 (4 %)
God	2	1	0	3	3 (11 %)
Medelmåttig	4	5	5	4	9 (35 %)
Dålig	6	7	7	6	13 (50 %)

Företag B (antal personer)	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=49 (100 %)
Utmärkt	3	0	1	2	3 (6 %)
God	6	1	1	6	7 (14 %)
Medelmåttig	16	4	11	9	20 (41 %)
Dålig	17	2	9	10	19 (39 %)

a. Utmärkt: WAI 44-49, God: WAI 37-43, Medelmåttig : WAI 28-36, Dålig : WAI 7-27

Många var sjukskrivna på hel eller deltid när beslut om rehabilitering togs. Här framkom dock en tydlig skillnad mellan företagen såtillvida att alla utom en av personerna från Företag A var sjukskrivna (96 %) medan endast 21 av personerna (43 %) från Företag B (Tabell 12).

Tabell 12. Sjukskrivningssituation vid tiden för start av rehabilitering redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Sjukskriven på heltid	5	7	5	7	12 (46 %)
Sjukskriven på deltid	7	6	7	6	13 (50 %)
Ej sjukskriven	0	1	0	1	1 (4%)

Företag B (antal personer)	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=49 (100 %)
Sjukskriven på heltid	11	1	3	9	12 (25 %)
Sjukskriven på deltid	7	2	6	3	9 (18 %)
Ej sjukskriven	24	4	13	15	28 (57 %)

Närvaror på arbetet trots att man känt att man borde ha sjukskrivit sig, sk sjuknärvaror, under året före start av rehabiliteringen uppgavs av 77 % av de rehabiliterade från bägge företagen. Av dessa personer uppgav 11 från Företag A (42 %) och 25 från Företag B (51 %) att de varit sjuknärvarande mer än 5 gånger (Tabell 13).

Tabell 13. Förekomst av sjuknärvaror under året före beslut om rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp.

	Män n= 12	Kvinnor n=14	26-45 år n=12	46-65 år n=14	Alla n=26 (100 %)
Företag A (antal personer)					
Ingen sjuknärvaro	2	2	1	3	4 (15 %)
Sjuknärvarande 1 gång	0	2	1	1	2 (8 %)
2-5 gånger	4	3	3	4	7 (27 %)
Mer än 5 gånger	4	7	6	5	11 (42 %)
Aldrig sjuk under sista året	2	0	1	1	2 (8 %)
	Män n= 42	Kvinnor n=7	26-45 år n=22	46-65 år n=27	Alla n=48 (100 %)
Företag B (antal personer)					
Ingen sjuknärvaro	6	2	1	7	8 (17 %)
Sjuknärvarande 1 gång	2	0	1	1	2 (4 %)
2-5 gånger	9	1	3	7	10 (21 %)
Mer än 5 gånger	22	3	14	11	25 (52 %)
Aldrig sjuk under sista året	2	1	2	1	3 (6%)

Situationen efter avslutad rehabilitering

Datainsamlingen i studien pågick under 2 år varvid nya rehabiliteringsärenden inkluderades under de första 12 månaderna och uppföljning gjordes under resterade del av studietiden. De rehabiliterades uppföljningstid kan därför variera mellan 12 och 24 månader. Av de 75 personer som påbörjade någon form av rehabilitering avslutade 21 personer av 26 från Företag A (81 %) och 40 av 49 från Företag B (82 %) sin rehabilitering under studietiden. På båda företagen var det relativt fler män (Företag A 92 %, Företag B 86 %) än kvinnor (Företag A 71 %, Företag B 57 %) som avslutat sin rehabilitering under studietiden. Ur ålderssynpunkt visade äldre rehabiliterade ungefär samma avslutandefrekvens som yngre (Tabell 14). Bland de rehabiliterade avslutades åtgärderna inom 12 månader från start, i cirka 2/3 av fallen (Tabell 14).

Bland de 21 personerna (11 män, 10 kvinnor) från Företag A som avslutat sin rehabilitering under studietiden var sysselsättningsgraden före rehabilitering i medeltal 87 % och sjönk till 83 % efter rehabiliteringens slut. Männerna uppvisade högre genomsnittlig sysselsättningsgrad med endast 2 deltidssysselsatta både före och efter rehabilitering i jämförelse med kvinnorna där 8 var deltidssysselsatta före rehabiliteringsstart och samtliga 10 efter avslutad rehabilitering. Bland de 40 personerna (36 män, 4 kvinnor) från Företag B som avslutat sin rehabilitering under studietiden hade samtliga full sysselsättningsgrad (100 %) både före och efter rehabiliteringen.

Tabell 14. Antal personer som avslutade rehabiliteringen under studietiden. Inom parentes anges antal personer som avslutat sin rehabilitering inom 12 månader från start.

	Företag A		Företag B	
	Påbörjade n=26	Avslutade n=21 (16)	Påbörjade n=49	Avslutade n=40 (33)
Kön och tjänstetyp				
Man				
Kollektivanställd	8	7 (5)	34	30 (25)
Tjänsteman	4	4 (3)	8	6 (5)
Kvinna				
Kollektivanställd	13	10 (8)	1	1 (1)
Tjänsteman	1	0	6	3 (2)
Kön och åldersgrupp				
Man				
Yngre (26-45 år)	6	5 (5)	19	17 (16)
Äldre (46-65 år)	6	6 (3)	23	19 (14)
Kvinna				
Yngre (26-45 år)	6	4 (3)	3	1 (1)
Äldre (46-65 år)	8	6 (5)	4	3 (2)

På Företag B saknas enkätinformation från 2 kollektivanställda och 1 tjänsteman efter avslutad rehabilitering varvid resultat från Företag B fortsättningsvis redovisas för 37 personer.

Efter avslutad rehabilitering jobbade de flesta kvar på sin tidigare avdelning och med samma arbetsuppgifter som före rehabiliteringen, rehabiliterade från Företag A dock i mindre utsträckning (57 %) än de från Företag B (73 %). Några rehabiliterade hade fått andra arbetsuppgifter och några hade dessutom bytt avdelning. Ändrade arbetsuppgifter förekom något oftare bland rehabiliterade från Företag A (43 %) jämfört med Företag B (27 %) (Tabell 15).

Tabell 15. Arbetssituation efter avslutad rehabilitering i jämförelse med hur den var före rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp.

	Män n= 11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21 (100 %)
Företag A (antal personer)					
Samma avdelning, samma uppgifter	6	6	3	9	12 (57 %)
Samma avdelning, ändrade uppgifter	3	1	4	0	4 (19 %)
Annan avdelning, ändrade uppgifter	2	3	2	3	5 (24 %)
Företag B (antal personer)					
	Män n=33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37 (100 %)
Samma avdelning, samma uppgifter	24	3	12	15	27 (73 %)
Samma avdelning, ändrade uppgifter	4	0	1	3	4 (11 %)
Annan avdelning, ändrade uppgifter	5	1	4	2	6 (16 %)

Genomförda åtgärder och erfarenheter från rehabiliteringstiden

Fysisk träning i någon form var den åtgärd som förekom oftast under rehabiliteringstiden (Företag A 62 %, Företag B 73 %), särskilt bland rehabiliterade kvinnor på Företag A där 9 av 10 hade fysisk träning som del i rehabiliteringen. Därefter kom på Företag A i fallande ordning arbetsträning (52 %), behandling/utredning på institut (29 %) och ändrade arbetstider (24 %) och för Företag B behandling/utredning på institut (51 %), mental träning (49 %) och ergonomisk anpassning av arbetsplatsen (16 %). Åtgärder som sällan förekom var arbetsträning på annan avdelning samt arbete i rehabiliteringspool. (Tabell 16).

Tabell 16. Åtgärder som genomfördes under rehabiliteringstiden, redovisat per kön och åldersgrupp. Observera att samma person kan ha tagit del av flera åtgärder för sin rehabilitering!

Företag A (antal personer)	Män n=11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21 (100 %)
Arbetsträning på egen avdelning	7	4	4	7	11 (52 %)
Arbetsträning på annan avdelning	1	0	0	1	1 (5 %)
Arbete i rehabpool	0	1	0	1	1 (5 %)
Behandling/utredning på institut/klinik	2	4	3	3	6 (29 %)
Fysisk träning	4	9	6	7	13 (62 %)
Mental träning (tex stresshantering)	3	1	3	1	4 (19 %)
Ergonomisk anpassning	2	1	2	1	3 (14 %)
Ändrade arbetstider	3	2	2	3	5 (24 %)

Företag B (antal personer)	Män n=33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37 (100 %)
Arbetsträning på egen avdelning	7	1	6	2	8 (22 %)
Arbetsträning på annan avdelning	2	0	1	1	2 (5 %)
Arbete i rehabpool	2	0	2	0	2 (5 %)
Behandling/utredning på institut/klinik	18	1	9	10	19 (51 %)
Fysisk träning	25	2	12	15	27 (73 %)
Mental träning (tex stresshantering)	16	2	8	10	18 (49 %)
Ergonomisk anpassning	4	2	1	5	6 (16 %)
Ändrade arbetstider	3	0	2	1	3 (8 %)

De rehabiliterade hade under sin rehabiliteringstid främst kontakt med arbetskamrater, arbetsledare på företaget samt personal från företagshälsovården. De rehabiliterade från Företag A uppgav något fler olika typer av kontakter under rehabiliteringstiden i jämförelse med de rehabiliterade från Företag B, exempelvis uppgav ingen från Företag B att de haft någon kontakt med chiropraktor/naprapat eller facklig representant (Tabell 17).

Tabell 17. Förekomst av personkontakter under rehabiliteringen (någon gång per månad eller mer), redovisat per kön och åldersgrupp. Observera att en person kan ha haft flera typer av kontakter!

Företag A (antal personer)	Män n= 11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21 (100 %)
Läkare/sköterska på FHV	6	5	6	5	11 (52 %)
Läkare sköterska på VC	1	3	1	3	4 (19 %)
Sjukgymnast/massör	4	7	4	7	11 (52 %)
Chiropraktor /naprapat	1	1	2	0	2 (10 %)
Representant från FK	1	2	0	3	3 (14 %)
Kurator/psykolog	1	0	0	1	1 (5 %)
Chef/arbetsledare	5	8	5	8	13 (62 %)
Arbetskamrat/er	9	9	7	11	18 (86 %)
Skyddsombud/ facklig representant	1	1	0	2	2 (10 %)

Företag A (antal personer)	Män n= 33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37 (100 %)
Läkare/sköterska på FHV	15	1	8	8	16 (43 %)
Läkare sköterska på VC	1	0	1	0	1 (3 %)
Sjukgymnast/massör	10	1	6	5	11 (30 %)
Chiropraktor /naprapat	0	0	0	0	0
Representant från FK	2	0	2	0	2 (6 %)
Kurator/psykolog	2	0	1	1	2 (6 %)
Chef/arbetsledare	22	3	12	13	25 (68 %)
Arbetskamrat/er	23	3	12	14	26 (70 %)
Skyddsombud/ facklig representant	0	0	0	0	0

Effektiv behandling, hjälp och stöd från arbetsplatsen och mer kunskaper om de besvär man hade var faktorer som många ansåg hade varit särskilt betydelsefulla för rehabiliterings resultat (Tabell 18). Faktorer som de rehabiliterade värderade högt efter avslutad rehabilitering överensstämde i stor utsträckning med de faktorer som man ansåg viktiga redan vid rehabiliteringens början (Tabell 18). En viss diskrepans i detta avseende sågs dock på Företag A där flera rehabiliterade värderade ”hjälp och stöd från arbetsplatsen” som avgörande vid rehabiliteringens början (81 %) jämfört med efter avslutad rehabilitering (48 %).

När de rehabiliterade i en öppen fråga angav vad som varit till mest nytta under rehabiliteringen, framkommer ”samma bild”, och man beskrev oftast positiva erfarenheter av olika former från behandling och träning medan betydligt färre nämnde förändring eller anpassning i anslutning till arbetsplatsen. Detta gällde särskilt Företag B, medan hjälp och stöd av arbetskamrater och chefer samt den egna viljan och förmågan i större utsträckning angavs som avgörande bland rehabiliterade från Företag A. Denna skillnad mellan företagen framkommer även då de rehabiliterade ombads ange vad som kunde ha gjorts på ett bättre sätt där personer från Företag B enbart nämner förbättringar avseende sjukvård, träning och behandling medan personer från Företag A också nämner förbättringar i anslutning till arbetsplatsen.

Tabell 18. Faktorer som de rehabiliterade efter rehabiliteringens slut ansåg hade haft stor eller avgörande betydelse, redovisat per kön och åldersgrupp. Inom parentes anges hur många av dem som tillmätte dessa faktorer stor betydelse för rehabiliteringsresultatet redan vid rehabiliteringens början.

	Män n=11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21
Företag A					
Effektiv behandling	7	8	6	9	15 (12)
Hjälp/stöd på arbetsplatsen	4	6	5	5	10 (17)
Ökade kunskaper om besvär	4	5	6	3	9 (13)
Hjälp för missbruksproblem	0	0	0	0	0 (0)
Bättre relation till närmsta chef	2	1	2	1	3 (2)
Bättre relation till arbetskamrater	4	4	5	3	8 (3)
Anpassning av arbetstider	4	6	7	3	10 (11)
Mindre kroppsligt belastande arbete	3	5	5	3	8 (8)
Mindre psykiskt belastande arbete	2	2	3	1	4 (6)
Byta arbete inom bruket	5	3	5	3	8 (4)
Byte till arbete utanför bruket	0	0	0	0	0 (0)
Vidarutbildning eller kompetensutv.	0	1	0	1	1 (2)
Byta yrke	0	2	1	1	2 (2)
Ökad arbetslust/motivation	3	3	3	3	6 (3)
Annat (öppen fråga)	2	0	0	2	2 (2)
	Män n=33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37
Företag B					
Effektiv behandling	20	1	10	11	21 (20)
Hjälp/stöd på arbetsplatsen	21	3	10	14	24 (19)
Ökade kunskaper om besvär	22	1	11	12	23 (18)
Hjälp för missbruksproblem	1	0	0	1	1 (3)
Bättre relation till närmsta chef	5	1	4	2	6 (6)
Bättre relation till arbetskamrater	5	0	2	3	5 (6)
Anpassning av arbetstider	4	1	3	2	5 (7)
Mindre kroppsligt belastande arbete	7	1	7	1	8 (7)
Mindre psykiskt belastande arbete	1	1	1	1	2 (3)
Byta arbete inom bruket	4	2	4	2	6 (5)
Byte till arbete utanför bruket	0	0	0	0	0 (0)
Vidarutbildning eller kompetensutv.	2	1	2	1	3 (3)
Byta yrke	3	1	3	1	4 (2)
Ökad arbetslust/motivation	8	1	3	6	9 (8)
Annat (öppen fråga)	4	0	3	1	4 (3)

Merparten av de rehabiliterade instämde i att deras önskemål under rehabiliteringen hade beaktats (Företag A 71 %, Företag B 86 %) och att de hade varit delaktiga i de beslut som tagits (Företag A 81 %, Företag B 96 %) (Tabell 19). Bra samarbete mellan företaget, sjukvården och försäkringskassan angavs i mindre utsträckning av rehabiliterade från Företag A (52 %) jämförelse med Företag B (81 %) medan bra eget stöd från försäkringskassan uppgavs i större utsträckning av de rehabiliterade från Företag A (43 %) än Företag B (16 %). Ungefär 1/3 av de rehabiliterade från bägge företagen uppgav att de hade haft goda möjligheter att prata med någon på jobbet då humöret sviktade (Tabell 19).

Tabell 19. Erfarenheter av stöd och delaktighet under rehabiliteringstiden, redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21 (100 %)
Man har lyssnat och tagit hänsyn till mina önskemål:					
Stämmer inte	0	1	1	0	1 (5 %)
Stämmer ibland	3	1	2	2	4 (19 %)
Stämmer bra	7	8	6	9	15 (71 %)
Ej relevant för min del	1	0	0	1	1 (5 %)
Jag har varit delaktig i alla beslut som tagits:					
Stämmer inte	0	0	0	0	0
Stämmer ibland	1	0	0	1	1 (5 %)
Stämmer bra	8	9	7	10	17 (81 %)
Ej relevant för min del	1	1	1	1	2 (10 %)
När jag känt mig ”nere” har jag alltid kunnat prata med någon på jobbet:					
Stämmer inte	3	1	3	1	4 (19 %)
Stämmer ibland	3	2	3	2	5 (24 %)
Stämmer bra	2	6	3	5	8 (38 %)
Ej relevant för min del	3	1	0	4	4 (19 %)
Jag har deltagit i olika aktiviteter som ordnats på min arbetsplats:					
Stämmer inte	2	1	2	1	3 (14 %)
Stämmer ibland	2	1	1	2	3 (14 %)
Stämmer bra	3	6	3	6	9 (43 %)
Ej relevant för min del	3	2	2	3	5 (24 %)
Jag har fått stöd och hjälp från försäkringskassa:					
Stämmer inte	3	2	3	2	5 (24 %)
Stämmer ibland	0	2	0	2	2 (10 %)
Stämmer bra	4	5	4	5	9 (43 %)
Ej relevant för min del	3	1	1	3	4 (19 %)
Samarbetet mellan min arbetsgivare, läkare och försäkringskassan har varit bra:					
Stämmer inte	0	0	0	0	0
Stämmer ibland	3	2	3	2	5 (24 %)
Stämmer bra	5	6	6	5	11 (52 %)
Ej relevant för min del	3	2	0	5	5 (24 %)

Tabell 19 forts.

Företag B (antal personer)	Män n= 33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37 (100 %)
Man har lyssnat och tagit hänsyn till mina önskemål:					
Stämmer inte	0	0	0	0	0
Stämmer ibland	3	1	3	1	4 (11 %)
Stämmer bra	29	3	14	18	32 (86 %)
Ej relevant för min del	1	0	0	1	1 (3 %)
Jag har varit delaktig i alla beslut som tagits:					
Stämmer inte	0	0	0	0	0
Stämmer ibland	0	1	1	0	1 (3 %)
Stämmer bra	33	3	16	20	36 (97 %)
Ej relevant för min del	0	0	0	0	0
När jag känt mig "nere" har jag alltid kunnat prata med någon på jobbet:					
Stämmer inte	4	1	4	1	5 (14 %)
Stämmer ibland	7	1	4	4	8 (22 %)
Stämmer bra	10	2	3	9	12 (32 %)
Ej relevant för min del	12	0	6	6	12 (32 %)
Jag har deltagit i olika aktiviteter som ordnats på min arbetsplats:					
Stämmer inte	5	0	4	1	5 (14 %)
Stämmer ibland	8	1	5	4	9 (24 %)
Stämmer bra	7	3	3	7	10 (27 %)
Ej relevant för min del	13	0	5	8	13 (35 %)
Jag har fått stöd och hjälp från försäkringskassa:					
Stämmer inte	6	0	5	1	6 (16 %)
Stämmer ibland	3	2	0	5	5 (14 %)
Stämmer bra	6	0	3	3	6 (16 %)
Ej relevant för min del	18	2	9	11	20 (54 %)
Samarbetet mellan min arbetsgivare, läkare och försäkringskassan har varit bra:					
Stämmer inte	1	0	1	0	1 (3 %)
Stämmer ibland	2	0	1	1	2 (5 %)
Stämmer bra	27	3	12	18	30 (81 %)
Ej relevant för min del	2	1	3	0	3 (8 %)

Hälsa efter avslutad rehabilitering

De flesta bedömde sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra efter avslutad rehabilitering och de flesta angav bättre arbetsförmåga efter avslutad rehabilitering jämfört med vad de svarade på samma fråga vid rehabiliteringens början (Tabell 20). På Företag A uppgav 10 personer (48 %) en högre grad av hälsa och ytterligare 10 (48 %) samma grad av hälsa efter rehabilitering. Motsvarande siffror för Företag B var 25 personer (68 %) bättre hälsa respektive 12 personer (32 %) samma hälsa. En person från Företag A uppgav sämre hälsa efter rehabiliteringen (före: "mycket bra" och efter: "ganska bra").

Tre personer var sjukskrivna efter avslutad rehabilitering, 2 deltidssjukskrivna på Företag A och en heltidssjukskriven på Företag B.

Tabell 20. Upplevt hälsotillstånd efter avslutad rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp. Inom parentes anges hur många av dem som angav motsvarande hälsotillstånd vid rehabiliteringens början.

	Män n=11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21
Företag A					
Mycket bra eller ganska bra	7	9	7	9	16 (7)
Varken bra eller dåligt	2	1	1	2	3 (6)
Ganska dåligt eller mycket dåligt	2	0	1	1	2 (8)
	Män n=33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37
Företag B					
Mycket bra eller ganska bra	24	3	12	15	27 (9)
Varken bra eller dåligt	7	1	3	5	8 (13)
Ganska dåligt eller mycket dåligt	2	0	2	0	2 (15)

Förekomst av besvär från rygg, leder och muskler flera gånger i veckan minskade något bland de rehabiliterade från Företag A men uppgavs i ungefär samma omfattning både före och efter rehabiliteringen bland rehabiliterade från Företag B (Tabell 21) vilket kan ställas i kontrast till bättre upplevd hälsa hos i stort sett samtliga av de rehabiliterade efter rehabiliteringen i jämförelse med vad de svarade före rehabiliteringen (Tabell 20). Känsla av fysisk och mental trötthet, nedstämdhet och sömnbesvär uppgavs i något mindre omfattning efter avslutad rehabilitering jämfört med svaren på motsvarande frågor före start av rehabiliteringen (Tabell 21).

Ökad arbetslust och vilja att arbeta angavs i något större utsträckning av de rehabiliterade från Företag A (67 %) jämfört med Företag B (51 %) (Tabell 22). Uttalad oro för att problemen skulle komma tillbaka angavs av ungefär en tredjedel av personerna på båda företagen medan i stort sett ingen ansåg sig ha återgått för snabbt i arbete (Tabell 22).

Tabell 21. Regelbunden förekomst (minst tre dagar per vecka) av vissa tillstånd och besvär under de senaste veckorna, redovisat per kön och åldersgrupp. Inom parentes anges hur många av de 21 (Företag A) respektive de 37 (Företag B) som angav motsvarande besvärsgrad vid rehabiliteringens början.

Företag A	Män n=11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21
Ont i:					
- bröstrygg eller nacke	2	4	3	3	6 (10)
- ländrygg	4	3	4	3	7 (8)
- axlar eller armar	4	4	2	6	8 (11)
- handleder eller händer	0	3	1	2	3 (4)
- höfter, ben, knän eller fötter	3	3	2	4	6 (4)
Känsla av att vara:					
- utvilad på morgonen ^a	2	1	1	2	3 (7)
- fylld av energi under hela dagen ^a	3	2	3	2	5 (8)
- kroppsligt trött på kvällen	7	7	5	9	14 (13)
- psykiskt trött på kvällen	2	2	2	2	4 (11)
Förekomst av:					
- känslomässig nollställdhet	2	2	2	2	4 (5)
- trötthet och håglöshet	3	1	2	2	4 (5)
- nedstämdhet pga enformighet	1	0	0	1	1 (3)
- störd eller orolig sömn	4	4	3	5	8 (10)
- för tidigt uppvaknande	3	3	2	4	6 (7)
- svårigheter att vakna	3	0	1	2	3 (2)
Företag B	Män n=33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37
Ont i:					
- bröstrygg eller nacke	10	1	7	4	11 (10)
- ländrygg	14	1	6	9	15 (13)
- axlar eller armar	9	2	8	3	11 (12)
- handleder eller händer	4	2	2	0	2 (3)
- höfter, ben, knän eller fötter	9	0	3	6	9 (8)
Känsla av att vara:					
- utvilad på morgonen ^a	7	2	6	3	9 (9)
- fylld av energi under hela dagen ^a	6	2	5	3	8 (12)
- kroppsligt trött på kvällen	22	1	10	13	23 (20)
- psykiskt trött på kvällen	11	2	5	8	13 (14)
Förekomst av:					
- känslomässig nollställdhet	6	1	4	3	7 (10)
- trötthet och håglöshet	8	1	5	4	9 (13)
- nedstämdhet pga enformighet	7	0	3	4	7 (6)
- störd eller orolig sömn	11	1	8	4	12 (15)
- för tidigt uppvaknande	5	0	2	3	5 (11)
- svårigheter att vakna	3	2	3	2	5 (6)

a. Högst en dag per vecka

Tabell 22. Frågor om personernas arbetsmotivation efter avslutad rehabilitering och eventuell oro för återkommande besvär, redovisat per kön och åldersgrupp.

Företag A (antal personer)	Män n= 11	Kvinnor n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21 (100 %)
Ökad lust och vilja att arbeta:					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	7	7	7	7	14 (67 %)
(Ja något)	4	2	2	4	6 (28 %)
(Nej inte alls)	0	1	0	1	1 (5 %)
Oro för att problemen ska återkomma:					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	2	6	4	4	8 (38 %)
(Ja något)	6	2	2	6	8 (38 %)
(Nej inte alls)	3	2	3	2	5 (24 %)
För tidig återgång till arbetet:					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	1	0	0	1	1 (5 %)
(Ja något)	2	2	1	3	4 (19 %)
(Nej inte alls)	8	8	8	8	16 (76 %)
Företag B (antal personer)	Män n= 33	Kvinnor n=4	26-45 år n=17	46-65 år n=20	Alla n=37 (100 %)
Ökad lust och vilja att arbeta					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	17	2	8	11	19 (51 %)
(Ja något)	10	2	5	7	12 (32 %)
(Nej inte alls)	6	0	4	2	6 (16 %)
Oro för att problemen ska återkomma					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	11	1	7	5	12 (32 %)
(Ja något)	14	2	4	12	16 (43 %)
(Nej inte alls)	8	1	6	3	9 (24 %)
För tidig återgång till arbetet					
(Ja absolut, Ja i stort sett)	0	0	0	0	0
(Ja något)	6	1	4	3	7 (19 %)
(Nej inte alls)	27	3	13	17	30 (81 %)

De rehabiliterades dagboksanteckningar

De rehabiliterade ombads att notera i dagboksform vad som hände under rehabiliteringstiden och 14 personer på Företag A (54 %) och 24 personer på Företag B (49 %) inkom någon form av noteringar från rehabiliteringsperioden. Majoriteten av dagböckerna var skrivna av personer med muskeloskeletala besvär. Innehållet i dagböckerna var fokuserat på behandling och beskrivning av symptom och i mindre grad på hur rehabiliteringsprocessen fortskred. Sex av dagböckerna från respektive företag innehöll endast tidpunkter för läkarbesök och/eller behandling hos sjukgymnast eller psykolog. De övriga dagböckerna från Företag A samt åtta från Företag B var skrivna i löpande text med tonvikt på egna besvär och/eller vissa händelser.

Kontakter med interna aktörer I tre av 14 dagböcker från Företag A fanns noteringar om att man deltagit i möten med rehabiliteringsgruppen och arbetsledaren och i ett fall var även försäkringskassans handläggare med. För övrigt framgick det inte från dagböckerna att man deltagit i några möten. Däremot betonades det i de flesta dagböcker att kontakten med personalen på företagets rehabiliteringsgrupp varit mycket bra. Vem som initierat till en kontakt eller ett möte framgick endast sporadiskt.

”Hade under tiden tre möten med företagets rehabavdelning och min personalman. De lyssnade mycket på vad jag tyckte.”

Möjligheten att arbetsträna från några timmar per dag till full återgång till ordinarie arbetstid uttrycktes som mycket positivt från flera håll.

”Jag tycker att företagets rehabiliteringsarbete fungerar bra. Jag tycker även att det var bra att kunna mjukstarta och sedan öka i den takt man orkade med.”

Dagböckerna från Företag B återspeglar i större utsträckning händelseförloppet under rehabiliteringsperioden. I hälften av dagböckerna från Företag B (14 st) angavs deltagande i ett eller flera rehabiliteringsmöten tillsammans med arbetsledare och olika personal från företagshälsovården. I ett fall deltog även försäkringskassans handläggare som också var sammankallade till mötet. I dagböckerna förekom också uppgifter om kontinuerliga besök på företagshälsovården för behandling eller samtal, kontakt med arbetsledaren och besök på arbetsplatsen. Kontakterna initierades oftast av personen själv men kunde vid speciella ärenden göras av den aktuella kontaktpersonen (personal på företagshälsovården eller arbetsledaren). För varje kontakttillfälle finns datum och vad ärendet gällde noterat. Att nedsatt arbetstid, ändrade arbetsuppgifter, arbetsträning eller omplacering upplevdes positivt framkom av 12 dagböcker.

”... var på rehabiliteringsmöte med arbetsledaren och FHV. Vi bestämde att jag skulle jobba halvtid. Det känns rätt bra”.

” ... samråd med förman så gör jag det jag kan, går och städar lite varje skift.”

Kontakt med externa aktörer Försäkringskassan, som har en central roll i rehabiliteringen, omnämndes av fem personer vid Företag A och av en person vid Företag B. I två fall var det handläggaren som hörde av sig per telefon, de övriga hade träffat handläggaren i samband med ett rehabiliteringsmöte. Bortsett från en dagbok beskrivs kontakten mycket positivt.

”... jag får inte glömma bort min handläggare på Försäkringskassan, som jag har mycket bra kontakt med.”

En person vid Företag A skrev om sina positiva erfarenheter av sin vistelse på Arbetslivstjänst.

” ... och Arbetslivstjänst som jag har gått hos och fått många goda råd om olika yrken ifall jag inte kan fortsätta på 'Bruket' ...”

Sjukvård och behandling Oavsett besvär förmedlade tre dagböcker från Företag A och elva från Företag B en positiv bild av det behandlingsprogram som företaget erbjudit vid olika behandlingshem. t.ex. för led- och muskelbesvär, kurser i stresshantering, livskvalité, missbruksproblem. Oftast har man varit hemifrån under 2-4 veckor och väl hemma igen har man varit starkt motiverad att fortsätta med den typ av fysisk eller mental träning som ingår i kursprogrammet. Förutom positiva effekter av behandlingen har insikten om de egna besvären/problemen påverkat möjligheten att återgå till ett bra arbetsliv.

”...för min kropp och själ var det bra. Man fick lära sig om smärta och stress och om hur kroppen fungerar. Det var en positiv lärdom”.

Personer med akuta besvär från båda företagen beskriver långa väntetider till olika sjukvårdsinstanser t.ex. ortoped och röntgen. Att inte få en relevant information om skador och ingrepp upplevdes dessutom mycket frustrerande och som ett hinder för en snabb återgång till arbetet.

”... träffade fyra ortopeder och en distriktsläkare på en vecka, alla hade olika åsikter om vilken åtgärd som var lämplig. Informationen var bristfällig. ...om informationen varit bättre hade troligen läkningen gått snabbare”

Rehabiliteringsekonomisk analys

Bland de 61 personer som avslutat sin rehabilitering under studietiden var antal sjukskrivningsdagar (arbetsdagar) under den närmaste 2-årsperioden innan rehabiliteringen påbörjades högre bland rehabiliterade från Företag A (medeltal 46 dagar) jämfört med i medeltal 37 dagar bland de rehabiliterade från Företag B (Tabell 23). På Företag A hade 3 personer färre än 10 sjukskrivningsdagar och 7 personer över 50 dagar och på Företag B hade 12 personer färre än 10 sjukskrivningsdagar och 9 personer över 50 dagar.

De rehabiliterade männen hade fler sjukskrivningsdagar än kvinnorna på både Företag A och B. Antal sjukskrivningsdagar i relation till åldersgrupp skilde sig även något åt mellan företagen såtillvida att antalet sjukskrivningsdagar var ungefär lika bland yngre och äldre på Företag A medan äldre rehabiliterade från Företag B i medeltal hade fler sjukdagar än yngre (Tabell 23).

Tabell 23, Antal sjukskrivningsdagar under den närmsta 2-årsperioden före påbörjad rehabilitering, redovisat per kön och åldersgrupp.

	Man	Kvinna	26-45 år	46-65 år	Alla
Företag A (dagar)	n=11	n=10	n=9	n=12	n=21
Medeltal	52	40	47	46	46
Median	36	27	37	31	36
Range	8 - 134	4 - 96	12 - 96	4 - 134	4 - 134
Företag B (dagar)	Man n=36	Kvinna n=4	26-45 år n=18	46-65 år n=22	Alla n=40
Medeltal	38	29	31	43	37
Median	28	18	25	28	25
Range	0 - 154	5 - 74	0 - 122	0 - 154	0-154

Företagens kostnader genom rehabiliteringen

Företagens kostnader för genomförd rehabilitering varierade mellan 10 000 kr upp till 117 000 kr och var högre för rehabiliterade från Företag B (ca 43 000 kr) än för rehabiliterade från Företag A (ca 27 000 kr). Variationen beror till stor del på vilken typ av åtgärder som genomförts och i vilken mån som kostnader även burits av andra aktörer än företaget själv, exempelvis landstinget eller försäkringskassan.

En kostnad på 10 000 kr innebär att företaget inte hade haft några kostnader utöver de basresurser som krävs vid alla rehabiliteringsärenden. Bland de rehabiliterade på Företag A återfanns 8 sådana rehabiliteringsärenden varav 5 var deltidssysselsatta kvinnor och på Företag B fanns 6 ärenden av denna typ varav en kvinna. Genomförda åtgärder bestod i dessa fall främst av arbetsträning på ordinarie plats i organisationen med ordinarie eller anpassade arbetsuppgifter. Den högsta kostnaden som noterades gäller en person som erhållit en längre öppenvårdsbehandling samt vidareutbildning.

För yngre rehabiliterade var företagens kostnader för rehabiliteringen i medeltal ca 35 000 kr på båda företagen medan kostnaderna för äldre rehabiliterade var lägre (ca 21 000 kr) på Företag A och högre (ca 50 000 kr) på Företag B (Tabell 24).

Företagens intäkter genom rehabiliteringen

Företagens intäkter som kunde relateras till den genomförda rehabiliteringen beräknades till mellan 0 och 220 000 kr och ungefär lika på de bägge företagen, Företag A i medeltal ca 75 000 kr och Företag B ca 74 000 kr (Tabell 24).

Beräknade intäkter för kvinnorna var lägre i jämförelse med männens på Företag A men omvänt högre än männens på Företag B. Avseende intäkter i relation till ålder beräknades intäkterna bland yngre överstiga de äldres på Företag A men omvänt avseende de rehabiliterade från Företag B (Tabell 24).

Tabell 24. Företagens kostnader och intäkter relaterat till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt beräknad lönsamhet, redovisat per kön och åldersgrupp. Som indikator på lönsamhet redovisas även payoff-tid som anger antal sjukdagar att undvika för att företagets kostnad för rehabiliteringen skall täckas.

Företag A	Man n=11	Kvinna n=10	26-45 år n=9	46-65 år n=12	Alla n=21
Kostnader (kkr) - medeltal	27	28	35	22	27
- median	20	10	27	10	13
- range	10 – 68	10 – 86	10 – 68	10 – 86	10 – 86
Intäkter (kkr) - medeltal	89	59	79	71	75
- median	74	49	56	65	56
- range	41 – 176	28 – 107	28 – 176	28 – 125	28 – 176
Lönsamhet (kkr) - medeltal	62	31	45	49	47
- median	62	21	32	41	36
- range	19 – 153	- 6 – 95	- 6 – 153	17 – 115	- 6 – 153
Payoff-tid (dagar) – medeltal	14	20	19	14	16
- median	9	8	11	8	8
- range	4 - 34	5 - 71	5 - 45	4 - 71	4 - 71
Företag B	Man n=36	Kvinna n=4	26-45 år n=18	46-65 år n=22	Alla n=40
Kostnader (kkr) – medeltal	42	50	33	50	43
- median	30	49	26	44	34
- range	10 – 118	40 – 61	10 – 83	10 – 118	10 – 118
Intäkter (kkr) - medeltal	68	121	56	88	74
- median	56	116	56	63	56
- range	0 – 176	56 – 220	10 – 176	0 – 220	0 – 220
Lönsamhet (kkr) - medeltal	26	71	23	38	31
- median	27	66	23	28	27
- range	- 73 – 166	16 – 170	- 73 – 115	- 65 – 170	- 73 – 170
Payoff-tid (dagar) – medeltal	26	18	18	30	25
- median	20	16	17	23	20
- range	4 - 75	8 - 33	5 - 63	4 - 75	4 - 75

Företagsekonomisk lönsamhet

Lönsamheten varierade mellan som lägst minus 73 000 kronor och som högst plus 170 000 kronor. Lönsamheten var i genomsnitt något högre för rehabiliterade från Företag A (medeltal 47 000 kr) jämfört med i medeltal 31 000 kr för rehabiliterade från Företag B (Tabell 24). Sammantaget var 51 (84 %) av de båda företagens avslutade 61 rehabiliteringsärenden lönsamma ur ett företagsekonomiskt perspektiv varav 18 ärenden (30 %) beräknades ge ”stor” (över 100 000 kr) eller ”god” (50-100 000 kr) lönsamhet. Ett rehabiliteringsärende på Företag A och 9 ärenden på Företag B beräknades som icke lönsamma. Rehabiliteringens lönsamhet var avsevärt högre bland männen på Företag A i jämförelse med bland kvinnorna medan skillnaden i lönsamhet mellan könen gick i motsatt riktning bland rehabiliterade från Företag B. Lönsamheten var något högre i den äldre gruppen jämfört med yngre på båda företagen.

Resultaten av beräknad payoff-tid följde i stort samma mönster som den beräknade lönsamheten med i genomsnitt 25 dagar bland rehabiliterade från Företag B och 16 dagar för rehabiliterade från Företag A (Tabell 24).

Samhällsekonomisk lönsamhet

Resultatet i form av samhällsekonomisk lönsamhet vid åtgärder för arbetslivsinriktad rehabilitering visade stor lönsamhet i nästan samtliga fall (55 av 61 > 100 000 kr) och varierade från 0 till 3,2 miljoner kronor. Lönsamheten var i medeltal 977 000 kronor bland rehabiliterade från Företag A och 723 000 kronor bland de rehabiliterade från Företag B (Tabell 25). Fyra av rehabiliteringarna från Företag B beräknades ej ge någon samhällsekonomisk lönsamhet beroende ffa på att risken för utslagning från arbetslivet bedömdes som mycket liten även om rehabiliteringsåtgärderna ej blivit genomförda.

Tabell 25, Samhällsekonomisk lönsamhet relaterat till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, redovisat per kön och åldersgrupp.

	Man	Kvinna	26-45 år	46-65 år	Alla
Företag A	n=11	n=10	n=9	n=12	n=21
Lönsamhet (kk):					
- medeltal	1 332	586	1 5496	547	977
- median	944	390	1 5880	386	632
- range	100 – 3 194	148 – 1 588	175 – 3 194	100 – 1 185	100 – 3 194
Företag B	Man n=36	Kvinna n=4	26-45 år n=18	46-65 år n=22	Alla n=40
Lönsamhet (kk):					
- medeltal	715	796	902	578	723
- median	584	279	660	415	573
- range	0 – 1 753	153 – 2 474	0 – 2 474	0 – 1 753	0 – 2 474

Aktörer i rehabiliteringsarbetet

Vissa aktörer kan beskrivas som direkt delaktiga i rehabiliteringsprocessen, exempelvis den anställde själv, företaget och försäkringskassan medan andra var delaktiga på uppdrag av de förstnämnda. Den senare typen av aktörer utgjordes exempelvis av anlitate företag/institutioner för utredning/behandling och privatpraktiserande psykoterapeuter. Bland de externa aktörerna hade försäkringskassan en aktiv roll i rehabiliteringsprocessen medan sjukvården och andra utredande och vårdande instanser var viktiga för rehabiliteringen men deltog oftast inte i de direkta besluten kring den rehabiliterade. På båda företagen fanns personal med särskild uppgift i rehabiliteringsarbetet på företaget, friskvårds- och rehabiliteringsgruppen på Företag A och företagshälsovården på Företag B.

Den rehabiliterade

Vid intervjuer av olika aktörer i rehabiliteringsarbetet angavs den rehabiliterade personens roll som central och till stor del beroende av hans eller hennes eget agerande ofta i termer av motivation och ansvar. Motivation, exempelvis i att arbeta trots besvär samt ansvar för att om möjligt undvika att komma i en situation där rehabilitering blev nödvändig och att ta ansvar för den egna hälsan.

Informations och utbildningsinsatser angavs som en väg att nå dessa mål och kunde ta sig uttryck exempelvis som friskvårdsaktiviteter på arbetstid eller kurser på Marbella rehabcenter. Chefer och andra rehabiliteringsansvariga underströk behovet av attitydförändring bland de anställda, från att ta för givet att - företaget tar hand om dig om problem uppstår till att - det är du själv som är ansvarig för din hälsa och att försöka hitta lösningar. Personer som under rehabiliteringsprocessens gång återfått motivation beskrevs exempelvis som att han/hon fått glimten tillbaka i ögonen, tog mer aktiv del i sin rehabilitering och upplevde mindre besvär. Berättelser om lyckade rehabiliteringsärenden handlade ofta om anställda som varit ”starka och drivande” och där man exempelvis kommit fram till lösningar innefattande utbildning och övergång till andra arbetsuppgifter på eller utanför företaget.

På företag B var den sjukskrivne med på rehabiliteringsmötena på företaget liksom arbetsledaren som sammankallade till mötet och ofta var ordförande och dokumenterade vad som beslutades. På dessa möten deltog förutom arbetsledaren och den anställde oftast någon från FHV-enheten samt handläggare från Försäkringskassan. På Företag A förekom ej denna form av möten och kontakten mellan den anställde och andra aktörer genomfördes på olika sätt allt efter behov.

Flera intervjuade hade erfarit att skiftgång var en försvårande faktor i rehabiliteringssituationen eftersom anställda som gått på skift oftast inte kunde acceptera att arbetsträna och än mindre arbeta stadigvarande dagtidsarbete främst av ekonomiska skäl. Av rättviseskäl var det ej heller acceptabelt att en tidigare skiftgående person på obestämd tid kompenseras för förlorat skifttillägg om han/hon stadigvarande övergick till dagtjänstgöring. Detta kunde i sämsta fall leda

till att arbetsträning/arbetsprövning avbröts och man återgick till att arbeta som tidigare med risk för ytterligare hälsoproblem och kanske till slut varaktig arbetsoförmåga och sjukersättning.

För företagets del fanns det alltså en strävan i att få den sjukskrivne tillbaka från sjukskrivning för man ville minska sina sjukskrivningstal och då var arbetsträning med rehabiliteringspenning ett bra sätt. För försäkringskassans del kunde ett arrangemang med successiv nedtrappning av sjukskrivningen te sig lika lämpligt och då kunde man under tiden göra en noggrann rehabiliteringsplan. För den anställdes del är numer ersättningsnivån 80 % både för sjukpenning och rehabiliteringspenning så ekonomiskt borde det inte spela någon roll. Rehabiliteringspenning förutsätter däremot att rehabiliteringsutredning har gjorts och att Försäkringskassan är aktivt involverad.

Företaget - (arbetsledare, högre chefer, mfl)

På bägge orter fanns tämligen nystartade grupperingar med deltagande från företagets högsta ledning där svårare rehabiliteringsärenden kunde dryftas på ett övergripande sätt för att hitta möjligheter till lösningar. På Företag B fanns sedan en tid ett partssammansatt personalråd som möttes kvartalsvis med personalchefen som föredragande. I detta forum kunde merparten av de svårare fallen lösas medan resterande ärenden avslutades av personalchefen i företagets rehabiliteringsråd. Till följd av senare tids slimmade bemanningsplaner var det inte längre möjligt att skapa extra tjänster för att bereda plats för personer med inskränkt arbetsförmåga utan det var i stor utsträckning turen som avgjorde om det råkade finnas någon lämplig tjänst då en anställd behövde byta arbetsuppgifter eller arbetsgrupp. Ena veckan kunde det finnas möjlighet men inte veckan därpå. De som var i rehabilitering hade numer mindre möjligheter att komma åter i arbete om de inte var helt arbetsföra. Företaget hade däremot som policy att hjälpa sina anställda till nytt arbete eller utbildning men arbetsmarknaden utanför företagen ville inte heller ha lågpresterande människor.

”Rehabarbetet har ökat men utbytet av detta arbete har minskat.”

Flera personer med högre chefsbefattningar uppgav att man jobbade hårt med att komma till så bra avslut som möjligt i rehabiliteringsärenden som pågått under lång tid och där man prövat olika alternativ utan framgång. Man uttryckte det exempelvis som att man måste bli bättre på ”att sätta ner foten” eller ”att komma till avslut då man kommit till vägs ände”. På de båda företagen hade man erfart problem med ärenden där Försäkringskassan beslutat om tidsbegränsad sjukersättning eftersom man i flera av dessa fall varit på det klara med att det inte heller i framtiden skulle finnas några lämpliga arbetsuppgifter på företaget. Perioden med tidsbegränsad sjukersättning kunde då innebära en onödig fördröjning av beslut om åtgärder exempelvis för yrkesarbete på annat håll och belastade dessutom företagets sjukfrånvarostatistik. Ingen av de intervjuade på de bägge företagen angav dock att det fanns någon vedertagen längsta tid för hur

länge ett rehabiliteringsärende kunde pågå men man hade börjat titta på andra företag som jobbade med tidsbegränsade steg i rehabiliteringsprocessen.

På Företag A skapades i början av 90-talet en ny sektion "Rehabgruppen" som av företagsledningen fick i uppgift att utveckla företagets rehabiliteringsarbete. Sedan några år tillbaka har gruppen bytt namn till "Friskvårds och Rehabgruppen" (FR-gruppen), som en markering av ökad satsning på förebyggande arbete och hälsopromotion. FR-gruppen består för närvarande av en företagsgymnast/ergonom och tre personer lokalt rekryterade och utbildade från företaget. Gruppen betraktar sig själva som ett konsultteam som samarbetade externt främst med företagshälsovården och Försäkringskassan och internt med företagsledningen, andra chefer, arbetsledare och anställda. FR-gruppen framstod därmed som spindeln i Företag A:s rehabiliteringsarbete och bedrev dessutom viss behandling och arbetsplatsanpassning vid belastningsergonomisk problematik (företagsgymnast/ergonom), bevakning och registrering av sjukfrånvaro, författande av rehabiliteringsutredningar samt höll kontakt med företagshälsovården och andra utförare av vård och rehabiliteringstjänster. Därtill bedrev FR-gruppen hälsofrämjande projekt och aktiviteter för de anställda både avseende arbetstid och fritid. Intervjuade personer på Företag A uttryckte uppskattning och förtroende för FR-gruppens arbete vilket man i stor utsträckning tillskrev det faktum att de tidigare under lång tid hade arbetat med andra arbetsuppgifter på företaget, att de var "handplockade".

På Företag A har rutinerna kring sjukskrivningar och arbetslivsinriktad rehabilitering ändrats en del under tiden för denna studie. En sådan sak var hur man går till väga för att sjukanmäla sig. Sjukanmälan gjordes tidigare till portvakten men från och med våren 2004 sjukanmäler man sig till sin närmsta chef varvid dialog kring eventuella behov av åtgärder direkt kan påbörjas. Arbetsledarens roll har därmed flyttats fram och FR-gruppen kan jobba mer övergripande. Som ett led i denna utveckling har även dokumentationen av rehabiliteringsarbetet utvecklats under senare år.

På företag B hade den inbyggda FHV-enheten, på motsvarande sätt som FR-gruppen på Företag A, en central roll i företagets rehabiliteringsarbete och här fanns ett flertal medarbetare som arbetat länge på bruket. Vid sidan av rehabiliteringsarbetet bedrev FHV-enheten även sjukvård för företagets anställda vilket upplevdes som en stor tillgång och möjliggjorde tidiga rehabiliteringsåtgärder.

Rutinerna för rehabiliteringsarbetet på Företag B var vid projektets början väl inrättade och rutinerna kring arbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har i princip inte förändrats under de år som studien pågått. Man har dock stramat upp tidpunkterna för kartläggning av rehabiliteringsbehov och utredning av arbetsförmåga och rehabiliteringsåtgärder samt instiftat ett rehabiliteringsråd på ledningsgruppsnivå.

På Företag A hade man möten varannan vecka för genomgång av en lista över alla som varit sjukskrivna över 7 dagar i följd medan man på Företag B hade kvartalsvisa avstämningsmöten och därutöver möten efter behov för enskilda ärenden. Företagen hade en särskild budget för rehabiliteringsåtgärder, på Företag

B var den central och på Företag A var det chefen för FR-gruppens ledare som hade hand om den. Dessa medel användes exempelvis till lönekostnader för de som började jobba under deltidssjukskrivning samt för andra åtgärder för rehabilitering som företaget bekostade.

Arbetsledaren beskrevs av de intervjuade på företagen som ansvarig för att rehabiliteringsbehoven bland de anställda identifierades och att åtgärder vidtogs. Detta uttrycktes vanligtvis som att ”rehabiliteringsansvaret ligger i linjen”. Många hade synpunkter på arbetsledarnas förmåga att axla detta ansvar och vilka orsakerna var till eventuella brister. Vissa uppgav att det av resursskäl, som exempelvis tid och utbildning, var svårt att kombinera arbetsledarens roll som chef för arbetslag och produktion med rollen som personalledare och andra menade att vissa arbetsledare inte var lämpliga för uppgiften.

”Det finns en del arbetsledare som man kan skicka på hur många kurser som helst. Hittills vet jag inget bättre sätt än att tvinga dom.”

Intervjuade personer med arbetsledande funktion på företagen uppfattades dock som väl införstådda med sina nuvarande uppgifter när det gällde att fånga upp behov av rehabilitering och att se till att åtgärder kom till stånd. På Företag A hade arbetsledarna stöd av FR-gruppen men uppfattades generellt sett mindre delaktiga i rehabiliteringsarbetet jämfört med arbetsledarna på Företag B. Arbetsledarna på Företag B hade dock på liknande vis, om än i annan form, stöd från den inbyggda FHV-enheten. Man hade insikt i de svårigheter som rehabiliteringsarbetet kunde innebära för arbetsledarna och tankar fanns kring införande av sektionsövergripande resurspersoner (personalmän, rehabiliteringscoacher).

Sammantaget pågick ständigt ett sökande efter hur rehabiliteringen bäst kunde skötas. Merparten av företagets rehabiliteringsärenden sköttes inom arbetslaget (i linjen) utan större problem men problem kunde däremot uppstå för ärenden som krävde åtgärder utöver detta. Här stod man ofta och stampade i brist på alternativ som samtliga berörda parter kunde acceptera. Företaget i detta sammanhang omfattar dessutom flera nivåer (t ex arbetslag, sektion, företagsledning) som även sinsemellan kunde ha olika synpunkter på hur en viss person skulle kunna fortsätta arbetsuppgifter på företaget och hur eventuella kostnader skulle fördelas.

”Även om vilja finns från företagets och den anställdes håll så kan laget vägra ta emot en som inte kan jobba på topp. Det finns en grymhet.”

Många berättar samtidigt om stor frustration över att behöva skiljas från medarbetare som jobbat länge och hårt och nu inte längre klarar av jobbet på fabriken och andra om unga som anställts på jobb som man på förhand kunde ha förutsagt att de inte skulle komma att klara av. Det kunde röra sig om unga personer som inte hade haft tillräckliga betyg för att studera vidare men ville stanna kvar på orten och bruket. Dessa berättelser gällde mestadels kvinnor där låg utbildningsnivå verkade vara starkare relaterat till ogynnsam fysisk arbetsbelastning än bland männen.

Försäkringskassan

Som en del i Försäkringskassans utveckling har man övergått från att en och samme handläggare sköter allt kring ett rehabiliteringsärende till en uppdelning av arbetsuppgifterna mellan rehabiliteringsutredare och rehabiliteringssamordnare. Genom detta arbetssätt får den anställde byta handläggare från utredare till samordnare om det blir aktuellt att göra en rehabiliteringsplan exempelvis inför start av arbetsträning eller någon annan form av åtgärd för arbetslivsinriktad rehabilitering. Vissa handläggare upplevde att det var negativt att bara få ett begränsat ansvarsområde, man såg inte varandras bitar och arbetet blev mer fragmentariskt och man antog också att det kunde vara besvärligt för den anställde att byta handläggare.

På ort A, var vid tiden för intervjun, arbetet kring rehabiliteringsärenden redan uppdelat mellan rehabiliteringsutredare och rehabiliteringssamordnare. Rehabiliteringsutredaren fick oftast kännedom om nya ärenden när den anställde ej hade tillfrisknat inom arbetsgivarperioden och gjorde då en första bedömning av rätten till fortsatt sjukpenning och om det fanns anledning att redan på detta stadium vidta åtgärder som exempelvis en SASSAM- utredning. Om arbetsträning eller andra former av åtgärder för rehabilitering blev aktuella överfördes ärendet till rehabiliteringssamordnaren som gjorde en rehabiliteringsplan baserat på vad som framkommit i arbetsgivarens rehabiliteringsutredning och det som överförts från kassans rehabiliteringsutredare. Rehabiliteringssamordnaren tog även beslut ifall någon rehabiliteringsåtgärd helt eller delvis skulle bekostas av Försäkringskassan exempelvis köp av extern utredning för bedömning av arbetsförmåga.

På ort B fanns en handläggare på Försäkringskassan som sedan lång tid hade skött ärenden avseende anställda på företaget som var bosatta på orten. Denne person skulle inom kort övergå till att enbart arbeta som rehabiliteringssamordnare och man befarade på Företag B att samarbetet kring företagets rehabiliteringsärenden skulle komma att försvåras. Handläggaren på ort B hade omfattande kännedom om arbetsförhållanden på företaget och var en person som alla på orten kände till och hade gott förtroende för. På Försäkringskassan ort B fanns även en lokal projektverksamhet kring missbruksfrågor sedan början av 80-talet. Projektledaren fungerade som koordinator av olika insatser kring missbruksärenden på orten en verksamhet som därmed även var till nytta för anställda på Företag B.

Intervjuade handläggare från Försäkringskassan på de bägge orterna upplevde alla en tilltagande arbetsbelastning under senare år särskilt genom en ökad mängd långvariga sjukskrivningsärenden. Detta hade minskat deras möjlighet till personligt deltagande i företagets rehabiliteringsmöten. Handläggarna kände sig pressade av debatten kring sjukskrivningarna i media och av Försäkringskassan som "jagade dem med blåslampa". Man upplevde dock att både Företag A och B hade bra rutiner kring sina sjukskrivna i jämförelse med många andra arbetsgivare på dessa orter vilket underlättade deras arbete samtidigt som Företag A och B också var mer krävande än andra arbetsgivare och krävde snabb handläggning från kassans sida exempelvis inför start av arbetsträning. På Företag A hade man

en uttalad målsättning att minska sina sjukskrivningstal och en väg till detta var snabbare övergång från sjukpenning till arbetsträning med rehabiliteringspenning. Ibland upplevde handläggarna att det gick lite för snabbt mellan läkarbesök och arbetsträning och tveksamhet uttrycktes för om man alltid kunde vinna något på att få ut de anställda i arbete så fort som möjligt.

”Den sjuke kan vara hos doktorn på torsdag som skriver på intyget att han kan börja arbetsträna på måndag. Det går ju lätt och bra att säga.”

Ett sätt som användes av bägge företagen för att få en mjukare övergång från sjukskrivning till arbete var att starta arbetsträningen med sjukpenning som en form av social träning för att personen skulle komma igång och regelbundet besöka arbetsplatsen. Handläggarna fick då även tid på sig för att göra en bra rehabiliteringsplan.

Under sommaren 2003 skärptes kravet på arbetsgivarna att genomföra rehabiliteringsutredning. Utredningen skulle från och med juli 2003 påbörjas vid 4 veckors sammanhängande sjukfrånvaro och skickas in till kassan inom 8 veckor. Försäkringskassan i sin tur var skyldig att göra en rehabiliteringsplan senast 2 veckor efter att rehabiliteringsutredningen inkommit till kassan. Detta medförde förändringar av företagets rutiner särskilt på Företag A där man tidigare ej hade genomfört rehabiliteringsutredningar i den omfattning som nu krävdes. De formaliserade kraven på rehabiliteringsutredning kunde bli en källa till irritation i samarbetet mellan Försäkringskassan och företaget exempelvis då Företag B fick ”hot” om besök av yrkesinspektionen ifall inte rehabiliteringsutredningen snarast skickades in till kassan i ett ärende där utgången av det medicinska förloppet efter 8 veckor fortfarande var oförutsägbart.

Företagshälsovården

Den organisatoriska formen för företagshälsovård skiljer mellan företagen. Företag A anlidade företagshälsovård från ett FHV-företag på orten medan Företag B hade inbyggd företagshälsovård. Företag A var den största delägaren i FHV-företaget vilket medförde att beroendet mellan företag och företagshälsovård i vissa avseenden kan antas vara minst lika stort vid Företag A som Företag B. Intervjuade på Företag A angav fördelar med externt organiserad företagshälsovård exempelvis i att det gav företaget möjlighet att ställa direkta krav på företagshälsovården och att de anställda kunde känna trygghet i kontakten med dess personal. Som en konsekvens av hur företagshälsovården var organiserad på de bägge orterna framstod möjligheterna till direktkontakt med företagets högsta ledning som mindre för FHV-företagets personal (Företag A) i jämförelse med personal på den inbyggda företagshälsovården (Företag B), där exempelvis företagsläkaren var föredragande i ledningsgruppen om hälsoläget på företaget.

Företag B ansåg att den inbyggda FHV-enheten inte skulle kunna motiveras ekonomiskt ifall man inte förutom hälsofrämjande och rehabilitering också gav sjukvård. Sjukskrivningar av anställda sköttes på båda orterna företrädesvis via

företagshälsovården oavsett typ av sjuklighet vilket var önskvärt för att kunna variera sjukskrivningsgraden i relation till möjliga arbetsuppgifter för exempelvis arbetsträning och i samband med andra rehabiliteringsåtgärder.

De intervjuade från Företag A:s FHV-enhet arbetade merparten av sin tid mot Företag A och deras kontakter med de anställda skedde mestadels genom mottagningsverksamhet i samband med hälsokontroller och vid arbetsrelaterad ohälsa. Det fanns en klar ambition att arbeta mer hälsofrämjande i syfte att minska sjukfrånvaro och behov av rehabiliteringsåtgärder och företagshälsovården gavs en viktig roll i att förverkliga detta i samarbete med rehabiliteringsansvariga på företaget. Företagshälsan hade vidare en viktig roll som koordinator för möten mellan olika rehabiliteringsaktörer. Möte för genomgång av lista över samtliga sjukskrivna över 7 dagar genomfördes regelbundet var annan vecka medan andra möten genomfördes vid behov. Problem med leder, muskler och skelett sköttes i stor utsträckning via företagshälsovården och var den besvärstyp som dominerade mottagningsverksamheten medan psykisk ohälsa och missbruk ofta engagerade flera aktörer. Systemet med en rehabiliteringsansvarig grupp på Företag A underlättade företagshälsovårdens arbete och man upplevde ett ömsesidigt beroende och balans mellan rehabiliteringsgruppen på företaget och företagshälsovården. Samtidigt kunde man dock se att det skulle kunna vara till fördel för anställda som var under rehabilitering om arbetsledarna var mer direkt delaktiga i rehabiliteringsprocessen. Exempelvis kunde man tänka sig att om arbetsledarna var mer involverade så kunde inställningen till anställda som skulle arbetsträna nyanseras och förbättras. För trots att den som arbetstränar ej belastade avdelningens budget så fanns ofta missnöje med att vissa i arbetslaget bara jobbade med exempelvis fysiskt lättare uppgifter. De praktiska svårigheterna och ”distansen” kan illustreras med citat från ett par personer som jobbat länge på Företag A.

”Svårigheten ligger i kollisionen mellan vår verksamhets bedrivande och det medicinska utlåtandet. Att få dom tegelstenarna att falla på plats är inte alltid så lätt.”

”Vi är ganska tuffa mot varandra ”kompisar” emellan, det finns egentligen väldigt lite förståelse för människor med problem.”

De intervjuade från Företag B:s FHV-enhet skötte en stor del av företagets rehabiliteringsarbete i samarbete med de rehabiliterade och deras arbetsledare, företagsledningen samt externa aktörer som exempelvis sjukvården och Försäkringskassan. Förutom rehabiliteringsarbete har FHV-enheten sjukvårdsuppgifter, är drivande i Företagets hälsofrämjande aktiviteter och utbildar i hälso- och rehabiliterings- frågor både internt inom FHV-enheten och för övriga kategorier på företaget. FHV-personalens arbete med sjukvård angavs av många på företaget som en värdefull grund för rehabiliteringsarbetet samt antogs även gynna produktionen eftersom de anställda fick snabb tillgång till rådgivning och sjukvård utan att behöva lämna företaget.

Företagshälsovårdens möjlighet att vara en oberoende expertresurs har ifrågasatts vid s k inbyggd företagshälsovård men problem kan förmodligen också uppstå vid extern företagshälsovård med starkt ekonomiskt beroende till ett kundföretag. FHV-personalen på Företag B ansågs ha en tydlig och klar hållning avseende individinformation och respekt uttalades från alla nivåer på företaget för FHV-enhetens integritet. Närheten till företagsledningen gav företagshälsovårdens personal möjligheter att ta del av rehabiliteringsarbetet på alla nivåer och flera förändringar avseende sättet att arbeta med rehabilitering hade drivits i företagsledningen via personer från FHV-enheten. Närheten till företaget medförde dock att FHV-enheten var involverade i nästan all rehabiliteringsverksamhet och man såg en fara i att rehabilitering blev en angelägenhet för företagshälsovården mer än för den anställde och företaget. För att råda bot på detta kunde man tänka sig en ny typ av befattning i form av personalman utanför FHV-enheten som direkt kunde bistå arbetsledare och enhetschefer i rehabiliteringsarbetet. Man kunde även tänka sig en satsning på internutbildning för anställda och chefer kring hur rehabilitering bäst kan skötas och här drogs parallell till en tidigare utbildningssatsning kring medarbetarsamtal som hade fallit väl ut inom alla kategorier på företaget.

Primärvården och andra genomförare av vård, behandling och utredning

Primärvården kom i kontakt med anställda som var bosatta på respektive ort främst när de sökte vård för infektioner och för s.k. ej arbetsrelaterade tillstånd. När det gällde sjukgymnastik fanns ett visst samarbete mellan företagen och primärvård där primärvårdens sjukgymnaster kunde ta hand om patienter snabbt för behandling och hjälpte till vid ledigheter mm. Sjukgymnasten på Företag A liksom sjukgymnasten på Företag Bs FHV-enhet arbetade alltmer med ergonomiska åtgärder på arbetsstället, rehabilitering och utbildningsaktiviteter varför primärvårdens sjukgymnaster under senare år hade noterat en ökad efterfrågan på sjukgymnastbehandlingar. På ort A fanns på vårdcentralen en öppen sjukgymnastmottagning dit man kunde komma akut utan remiss. Den verksamheten var uppskattad och möjliggjorde snabb bedömning och insättande av behandling. Sjukgymnasterna gjorde anteckningar som den sökande kunde få utdrag av men detta var sällan förekommande och i övrigt skedde ingen överföring av sjukgymnasternas information till företagen eller till deras respektive företagshälsovårdsenheter.

Jag har haft vissa som gått här mer än ett halvår upp till ett år, Personer med förslitningsskador behöver underhållas så att de klarar sig lite till. Då kommer de fem till tio gånger så klarar de sig kanske ett halvår upp till ett år och så kommer de igen.

Sjukgymnasterna önskade mer kontakt med företagshälsovården, främst med FHV-läkarna för utbyte av information kring patienter som de behandlade och som var anställda på de bägge företagen.

Det blir ju lite så att jag gör mitt och sedan försvinner de. Förhoppningsvis så tror man att de återgår i arbete, att det blir bra, men man vet ju aldrig. Det är bara när man återfår en patient som man får någon feedback på det man gjort.

På båda företagen jobbade man aktivt med behandling och rehabilitering av anställda med missbruksproblem. På Företag A tog man i stor utsträckning hand om missbruksproblematiken inom FR-gruppen och anlätade externa resurser som exempelvis behandlingshem när det behövdes. På Företag B nyttjades ofta ett företag på orten som erbjöd dagbehandling av missbrukare. Behandling genomfördes ofta parallellt med insatser från en lokal projektverksamhet som möjliggjorde samarbete i dessa ärenden mellan näringsliv, kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling. Personen i fråga genomgick först en åttaveckors primärbehandling med hemuppgifter på dagtid och var då oftast sjukskriven. Därefter hade man en tio månaders efterbehandling med träff en gång per vecka samt uppföljningssamtal med företagssköterska och eventuell facklig representant. Ett år ansågs vara ett minimum för behandling av en person med missbruksproblematik.

”Det finns ingen behandling som är så dyr som att ha en aktiv missbrukare på jobbet.”

Förutom primärvård och missbruksvård nyttjades även en del andra externa instanser i rehabiliteringssammanhang. Privatpraktiserande psykolog nyttjades för individuell samtalsbehandling för anställda på bägge företagen. Rygginstitutets rehabiliteringsverksamhet på Marbella användes sedan en längre tid främst för anställda från Företag B. På Marbella gavs rehabiliteringskurser, två eller fyra veckor långa med ca 14 personer per gång. Till behandling kommer man efter remiss av läkare till närmaste rygginstitut. Vanligtvis delade Arbetsgivaren och Försäkringskassan på kursavgiften och de rehabiliterade hade för det mesta rehabiliteringsersättning under vistelsen på Marbella. Kursdeltagarna får lära sig att hantera sina besvär på ett bättre sätt samt undervisning om hur leder och muskler fungerar, ett eget träningsprogram samt undervisning i kost och stresshantering. Motsvarande kursinnehåll finns på flera rehabcenter i Sverige men just att få möjlighet att fara iväg till sol och värme gav denna rehabiliteringsverksamhet en särskild status och anställda som deltagit kände sig värdefulla för företaget och därmed motiverade att jobba med sina problem. Ett problem kunde dock vara hur man skulle kunna lämna hus och hem flera veckor i streck.

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens (AF) uppdrag var att förmedla arbeten och att medverka i rehabilitering av personer som var sjukskrivna och arbetslösa och de kom därför sällan i kontakt med personer som var anställda på de bägge företagen. Arbetsförmedlingen kommer därmed mer i kontakt med personer som söker arbete på de bägge företagen än med personer som redan har anställning. Undantagen var anställda som ville pröva på annat arbete och uppsökte AF och anmälde sig som sk ombytessökande. Sporadiskt förekom även att AF tog del i

fortsatt rehabilitering av anställda ifall möjligheterna till rehabilitering var uttömda och personen blivit uppsagd men då var ju personen arbetslös och omfattades av AFs uppdrag.

Flera intervjuade på Företag A och B uttryckte önskan om möjlighet till kontakt med Arbetsförmedlingen även om den rehabiliterade var anställd för att på ett tidigare stadium kunna göra en adekvat planering när den anställde behövde byta arbete till något som låg närmare deras behov och möjligheter. Intervjuade från arbetsförmedlingarna uttryckte däremot ingen påtaglig önskan om delaktighet i företagets arbetslivsinriktade rehabilitering.

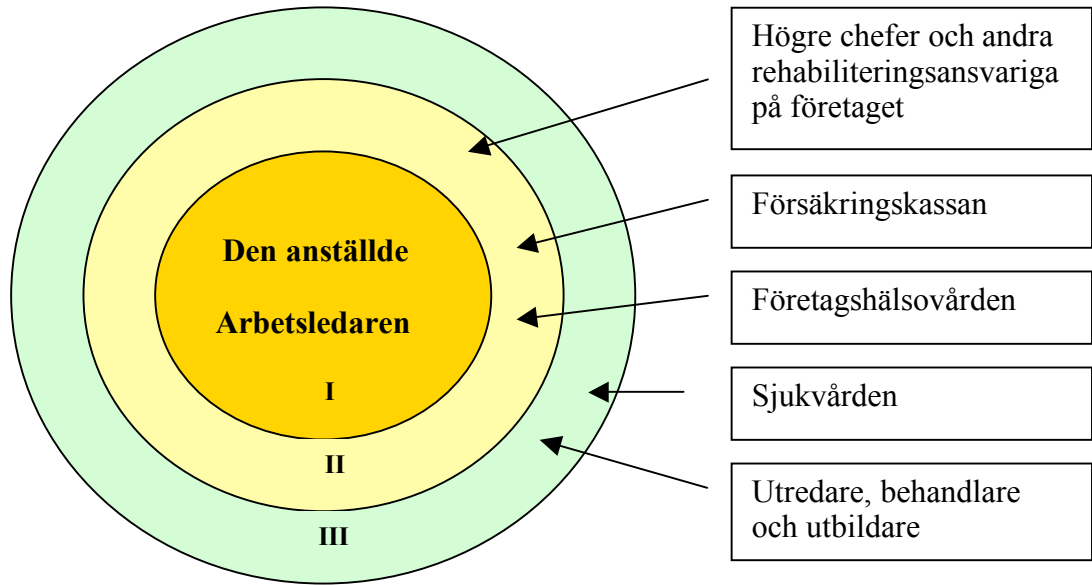
Arbetsförmedlingen ska jobba med arbetsförmedling, det tycker jag faktiskt. Jag har ingen önskan om att komma in och rota i företag och deras rehabiliteringsprocesser.

Företagets förväntningar på vad Arbetsförmedlingen skulle kunna hjälpa till med överensstämmer alltså knappast med vad man på AF anser sig kunna bidra med. Det verkar onekligen som om man inte har någon närmare kännedom om varandras resurser och arbetsformer även om man varit verksam på samma ort under lång tid.

Aktörer i samverkan

Kretsen av aktörer i företagets rehabiliteringsarbete kan te sig stor men i de flesta fall kunde rehabiliteringen genomföras med ett begränsat antal aktörer. Om man illustrerar rehabiliteringsarbetet med en bild bestående av 3 ringar så fanns i centrum (ring I) den anställde och arbetsledaren, i ring II försäkringskassan, högre chefer /andra rehabiliteringsansvariga på företaget samt företagshälsovården och i ring III offentlig sjukvård, leverantörer av utredningar, behandling och utbildning (Figur 2). Arbetsförmedlingen finns ej med i figuren eftersom den endast undantagsvis deltog i företagets rehabiliteringsarbete. Här fanns dock önskemål från företagen om att hitta former för samarbete med Arbetsförmedlingen som kunde nyttjas även under pågående anställningsförhållande.

Många åtgärder vidtogs i linjen (inom ring I) tex vid hotande ohälsa. Det var just dessa tidiga insatser som ansågs vara de bästa rehabiliteringarna dvs de som egentligen aldrig blev definierade som rehabiliteringsärenden. De mer omfattande ärendena vara ofta svåra och båda företagen vittnade om hur svårt det då kunde vara att komma till avslut.



Figur 2 Aktörer i företagets rehabiliteringsarbete

Diskussion

Metodöverväganden

Avsikten med studien var att på nära håll följa rehabiliteringsarbetet på de två företagen för att få insikt i hur rehabiliteringsarbetet går till ”i verkligheten”. I syfte att nå en bit på väg mot detta eftersträvades att rehabiliteringsarbetet skulle fortgå som vanligt under projekttiden. Ett tillstånd som ”som vanligt” innebär dock inte att det är lugnt och stilla eftersom rehabiliteringsverksamheten är under ständig förändring exempelvis beroende på nationella beslut, ändrade lokala förhållanden på orten eller beslut i företaget/på arbetsplatsen. En möjlighet att komma närmare verksamheten kunde ha varit sk deltagande observation men denna metod bedömdes resursmässigt för krävande för att ge något ytterligare tillskott till de valda metoderna.

Under de år som studien pågick (2002 tom 2005) kan den intensiva debatten kring sjukskrivningskostnaderna i samhället och det faktum att det pågick ett rehabiliteringsprojekt på företagen ha påverkat sättet att bedriva rehabilitering. Nya bestämmelser inom sjukförsäkringen och Försäkringskassans omorganisation kan också ha inneburit förändring av arbetssätt bland externa likväl som interna aktörer. Till sist så innebär företagets löpande skyddsarbete och systematiska arbetsmiljöarbete att arbetsrutiner för rehabiliteringsarbetet kan ha förändrats under projekttiden. För att få en uppfattning om detta dokumenterades förändringar i arbetsrutiner som förekom under projekttiden och utifrån dessa uppgifter beskrevs sättet att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering som mer stabilt under studietiden på Företag B i jämförelse med Företag A. Denna mer föränderliga situation på Företag A har förmodligen inneburit att studien i sig kan ha interagerat med utvecklingen av rehabiliteringsarbetet i större utsträckning på Företag A än vad den gjort på Företag B. Detta verifieras av företagets beskrivningar från projekttiden och i den lokala uppmärksamhet som projektet verkar ha rönt på respektive ort och företag. Genom att information om företagets rehabiliteringsarbete insamlades på samma sätt på de två orterna så bedöms denna skillnad avseende utveckling av rehabiliteringsarbetet mellan Företag A och B dock inte ha varit till något men för studiens genomförande, utan istället gett en mer nyanserad bild av verksamheten.

Intervjuerna framstår i efterhand som viktiga för att kunna sätta in de anställda som var föremål för rehabilitering i det nätverk av faktorer som var avgörande för hur rehabiliteringen genomfördes på de båda företagen. Frågorna arbetades fram baserad på befintlig kunskap bland forskarna och med hjälp av provintervjuer av personer verksamma inom rehabiliteringsområdet. När det gäller val av personer för intervju var det ganska uppenbart vilka som skulle intervjuas avseende vissa externa och interna aktörer medan det för vissa aktörer skedde ett urval av lämpligt antal personer. Totalt sett blev antalet intervjuer tämligen stort och en del

bedömdes i efterhand som mindre informativa. Å andra sidan kunde de ”magra” intervjuerna ge information på annat vis, nämligen om vilka aktörer som var mindre delaktiga i rehabiliteringsarbetet.

Företagen under studietiden

Företag A hade vid början av studien (2002) ca 100 personer fler anställda än Företag B men vid slutet av studietiden (2005) var situationen den omvända. Denna skillnad i utveckling förklarar troligen skillnader mellan företagen under samma tid avseende antalet avgångar där Företag A har fler avgångar genom förtida uttag av ålderspension. Förtida avgångar genom sjukpension/sjukersättning och egen uppsägning var däremot till antalet ungefär lika på båda företagen.

Företagen skiljde sig åt avseende könsfördelning bland de anställda där Företag A hade fler kollektivanställda kvinnor jämfört med Företag B. Denna skillnad minskade något mellan år 2002 och 2005. Antalet anställda tjänstemän skiljer ej nämnvärt mellan företagen eller från 2002 till 2005. Möjlig orsak till könsskillnaden på kollektivsidan kan ha sin grund i de två samhällenas karaktär där Företag A är det största företaget på orten medan Företag B ligger i en ort med många olika typer av verksamheter och möjligen ett större utbud av arbetstillfällen för kvinnor.

Sjukfrånvaron bland de anställda minskade totalt sett på båda företagen under studietiden men sänkt sjukfrånvaro angavs i större utsträckning som ett huvudmål på Företag A än på Företag B. Sjukfrånvaron kunde minskas exempelvis genom övergång från hel- till deltidssjukskrivning, från sjukersättning till arbetsträning med rehabiliteringsersättning eller genom övergång till en period med ”anpassad tjänstgöring” via företagets försorg. Skillnader i arbetssätt i detta avseende mellan företagen kan förmodligen delvis bero på vilka personer på företagen som skötte det löpande kring rehabiliteringsärendena. På Företag A sköttes arbetet av internutbildade personer rekryterade från produktionen medan uppgifterna på Företag B främst sköttes av den inbyggda företagshälsovårdens personal. Möjlighet till individuella snabba lösningar uppfattas därmed som goda på Företag A. Någon egentlig dokumentation om tagna beslut hanns dock ofta ej med varför möjligheter till uppföljning och utvärdering av genomförda åtgärder kan antas ha varit begränsade. Enligt uppgift har dock rutinerna för dokumentation och uppföljning utvecklats under de senaste åren möjligen delvis som en sidoeffekt av denna studie. På Företag B var rutiner för dokumentation av rehabiliteringsarbetet väl etablerade redan vid studiens början förmodligen genom att de personer som arbetade med detta hade stor vana från sjukvårdens dokumentationsrutiner.

Andelen av anställda på Företag A som blev föremål för rehabilitering fördubblades från ca 3 procent år 2002 till 7 procent år 2005. Utvecklingen var den omvända på Företag B där andelen minskade från ca 11 procent år 2002 till 5 procent år 2005. En bidragande orsak kan vara att man vid hotande ohälsa på Företag B särskilt under åren 2002 och 2003 ofta nyttjade sig av kurser vid Rygginstitutets rehabiliteringsanläggning i Marbella. En annan möjlighet kan vara

att dokumentationen av genomförda rehabiliteringsåtgärder på Företag A successivt blev allt bättre och att det från de första åren kan ha funnits en del åtgärder som inte kom med i sammanräkningen.

Rehabiliteringsärendena

Under en 12-månadersperiod (2003-2004) tillkom sammanlagt 82 nya rehabiliteringsärenden vid de två företagen. Antalet ärenden från Företag B var större än från Företag A beroende på att man på Företag B hade som rutin att för personer med hotande ohälsa rekommendera deltagande i rehabiliteringsprogram på annan ort. Dessa rehabiliteringsprogram genomfördes efter rehabiliteringsutredning och i samarbete med Försäkringskassan varför personerna definierades som rehabiliteringsärenden i studien. Personer med hotande ohälsa på Företag A deltog i stället troligen mestadels i företagets egna träningsprogram och identifierades därmed ej som rehabiliteringsärenden i studien. Upplevd hälsa, sjukskrivning under året före rehabilitering och förekomst av besvär vid rehabiliteringsstart skilde dock ej mellan rehabiliteringsärenden från Företag A och B, varför det inte bedömdes nödvändigt att särskilja rehabiliteringsärendena åt med avseende på om man var sjukskriven eller ej vid rehabiliteringens början.

Antal nya rehabiliteringsärenden speglar väl de båda företagens antal personer som under åren 2003 och 2004 haft långa sjukskrivningsperioder eller blivit föremål för rehabilitering. Om man ser till tjänstetyp (kollektivanställd, tjänsteman) och kön så sågs dock en tydlig underrepresentation bland studiepersonerna från gruppen kollektivanställda kvinnor från Företag B medan kollektivanställda kvinnor från Företag A snarast var överrepresenterade i relation till antal kollektivanställda kvinnor på företaget. En förklaring kan vara att de undersökta personerna i studien endast omfattar nya rehabiliteringsärenden medan sjukskrivningar och genomförda rehabiliteringsåtgärder för kollektivanställda kvinnor på Företag B under åren 2003 och 2004 kanske framförallt gällde långvariga rehabiliteringsärenden. Möjligt är också att man vid en del rehabiliteringsutredningar avvaktade med rehabiliteringsåtgärder vid förväntat "spontant tillfrisknande" eller väntade på att den medicinska bilden skulle klarna. Kanske var det för kollektivanställda kvinnor även svårt att hitta lämpliga rehabiliteringsåtgärder och ärendet stannade vid rehabiliteringsutredningen.

När det gäller gruppen kollektivanställda kvinnor kan det också vara värt att notera att de rehabiliterade från denna grupp på Företag A i stor utsträckning var deltidsanställda och att samtliga av dem som avslutade sin rehabilitering inom studietiden var deltidsanställda efter rehabiliteringens slut. Här kan man då undra om deltidsarbete var ett sätt att kunna arbeta i jobb som man i annat fall av hälsoskäl inte skulle klara av. Dessutom vet vi att många kvinnor önskar arbeta deltid av familjeskäl och eftersom arbetsutbudet för kvinnor kan ha varit något mer begränsat på ort A kan det vara en anledning till fler kollektivanställda kvinnor på Företag A. På Företag B var samtliga rehabiliteringsärenden heltidsanställda både före och efter avslutad rehabilitering.

Studiepersonerna rapporterade genomgående långvariga besvär, bristande subjektiv hälsa och nedsatt arbetsförmåga vid start av rehabiliteringen. Sådillvida kan man säga att dessa personer var i stort behov av åtgärder för att kunna fortsätta eller återgå i arbete. Merparten (65 %) av rehabiliteringsärendena från bägge orter avslutades inom 12 månader från beslut om start av rehabilitering. De flesta arbetade kvar på samma avdelning och med samma arbetsuppgifter som före rehabiliteringen, särskilt de från Företag B. Denna skillnad mellan företagen kan förmodligen bero på att många från Företag B blev föremål för rehabilitering pga hotande ohälsa och då var det kanske det just det man eftersträvade, nämligen att kunna fortsätta i samma arbete och med samma arbetsuppgifter.

Efter avslutad rehabilitering förbättrades hälsoläget avseende subjektiv hälsa och arbetsförmåga medan förekomsten av besvär däremot var tämligen oförändrad jämfört med före start av rehabiliteringen. Detta är kanske inte så förvånande om man beaktar att de flesta jobbar kvar i samma arbete som tidigare. Viktigt är här att påpeka att många av de besvär som föranlett beslut om rehabilitering förmodligen var av "kronisk" karaktär varför det inte var realistiskt att förvänta sig att den anställde skulle bli besvärsfri. Förhoppningsvis har dock rehabiliteringen lett till att arbetsuppgifterna bättre kunnat anpassas till de rehabiliterades förmåga parallellt med åtgärder för förbättring av fysisk förmåga och stresstålighet.

Rehabiliteringens lönsamhet

Det ekonomiska utfallet av de avslutade rehabiliteringsärendena kan sägas vara gott med tanke på att cirka 85 procent av de analyserade fallen bedömts vara lönsamma för arbetsgivaren. Genomsnittlig lönsamhet för samtliga fall var ca 37 000 kr med variation från minus 73 000 kr till plus 170 000 kr, dvs. en spridning på 243 000 kr. Att lönsamheten har en så pass stor spridning är inget ovanligt. Bra skött rehabilitering ger oftast mycket god lönsamhet, medan den dåligt handlagda oftast ger mer eller mindre stora underskott.

Påpekas bör också att den genomförda ekonomiska analysen med stor sannolikhet mer eller mindre genomgående underskattat intäktssidan. Den främsta anledningen till detta är att en personalomsättning idag tenderar att bli betydligt mer kostsam än gårdagens, som användes för beräkningarna i denna studie. Den kostnad som tillämpats i de genomförda analyserna erhöles från intervjuer med berörda chefer på de båda företagen. Dessa chefer har betonat att den rationalisering som pågår kontinuerligt skruvar upp kraven på de anställdas kompetens. I personalekonomiska termer innebär det att humankapitalet växer genom att såväl utbildnings- som rekryteringskapitalet successivt blir större. Det medför i sin tur att de personer som tvingas sluta, bl.a. pga. dålig hälsa och eftersatt rehabilitering, blir allt dyrare att ersätta. Då detta är en pågående process har vi – av försiktighets-skäl - valt att tillämpa den lägre, och "äldre", kostnaden på personalomsättning.

Den samhällsekonomiska lönsamheten kan också bedömas vara god med ett genomsnittligt värde liggande mellan 700 000 kronor och 1 milj. kr per individ.

Vid en liknande utvärdering i en tidigare studie låg värdet på den samhällsekonomiska lönsamheten på ungefär samma nivå (Malmquist, 2000; SOU 1997:64, 1997).

Huruvida den främsta orsaken till det goda utfallet, såväl vad gäller företag som samhälle, beror på att företaget hade en god "ohälsoorganisation" är dock inte en självklar slutsats. Studerar man alla tillgängliga data framgår sålunda att antalet "sjukfrånvarodagar före påbörjad rehabilitering" var ganska högt, mellan 38 och 46 dagar i snitt på de båda företagen. Detta indikerar att det genomsnittligt passerat en tämligen lång tid från det att de första tecknen på uppkommen funktionsnedsättning visat sig, till det att rehabilitering inletts. Sex fall har till och med långt över 100 sjukfrånvarodagar, med en topp på 154 dagar, före påbörjad rehabilitering. Det är lite förvånande att det företag som även uppvisar noll dagar i sjukfrånvaro i fem fall samtidigt är det företag som dominerar vad gäller långa sjukfall. Fem av de sex fallen med över 100 sjukfrånvarodagar tillhör således detta företag. Vilken policy/styrning ger utrymme för så olika kostnadsdrivande beteenden inom ett och samma företag?

Vad är då orsaken till att de genomförda rehabiliteringarna ändå i så stor utsträckning var lönsamma? Man kan notera att detta gäller även de rehabiliteringar som hade extra lång "startsträcka" där endast ett av de sex fallen uppvisar en rehabilitering som är olönsam. Jo, dels har insatta åtgärder säkerligen varit i hög grad adekvata och lett till avsedda effekter. Men dels, och i detta fall framför allt, bygger själva lönsamhetskalkylen på att kostnaderna för åtgärderna vägs mot de kostnader som kan undvikas när rehabiliteringen väl påbörjats. Det innebär att de kostnader som i tiden ligger före själva rehabiliteringen inte ingår i denna kalkyl. Att kalkylerandet är uppbyggt på detta sätt är inget tankefel utan beror helt enkelt på att rehabiliteringens lönsamhet helt logiskt bygger på "vad det har kostat" och "vad det har gett" och inget annat.

Den kostnad som ligger före själva rehabiliteringen återfinner vi i den ej genomförda beräkningen över vad hela funktionsnedsättningen kostat arbetsgivaren. Om då ett sjukfall har missköts/ej uppmärksamrats under kanske flera år kan kostnaden för lägre produktivitet och diverse frånvaroperioder utgöra ansevärd belopp, inte sällan överstigande många hundratusentals kronor. För den person i företag B som uppvisar 154 sjukfrånvarodagar före insatt rehabilitering har t.ex. kostnaden för företaget med all säkerhet överstigit 300 000 kr före påbörjad rehabilitering. Rehabiliteringsåtgärderna har för denna individ kostat ca 33 000 kr vilket gett intäkter, eller om man så vill, undvikta kostnader på ca 107 000 kr. Själva rehabiliteringen är således lönsam med ett överskott på ca 74 000 kr samtidigt som processen fram till rehabilitering med stor sannolikhet kostat över 300 000 kr. Liknande resultat gäller för de flesta av de rehabiliteringsfall som kommit igång sent, bara ett av dessa fall uppvisar röda siffror. Så mycket resurser som hade kunnat sparas om dessa rehabiliteringar kommit igång tidigare!

Detta exempel på rehabilitering är trots den långsamma handläggningen vad i rehabiliteringsekonomiska termer kallas för "tidig rehabilitering". Varför tidig när den genomfördes så sent? Jo, av den anledning att ingen ersättare eller vikarie sattes in för personen under sjukfrånvaron som föregick rehabiliteringen. OM så

hade varit fallet och denne ersättare hunnit bli normalproduktiv hade företaget inte haft så mycket att vinna på rehabiliteringen då de flesta kostnader redan tagits. Vad som kan påverka utfallet/lönsamheten är då givetvis företagets medfinansieringskostnad¹ samt om det fanns möjlighet att sätta in den rehabiliterade på andra arbetsuppgifter.

Genom att de båda företagen huvudsakligen agerat omvänt, dvs. inte tagit in ersättare/vikarie har den "tidiga" rehabiliteringen kunnat bli lönsam trots den i många fall långa, och kostsamma, handläggningstiden. De få "sena" rehabiliteringar som genomfördes har också, följandes det vanliga mönstret, varit olönsamma (Aronsson & Malmquist, 2002).

Intressant kan också vara att studera sambandet höga rehabiliteringskostnader och lönsamhet. Det visar sig då att av de totalt sju fall som har de högsta kostnaderna uppvisar fyra en lönsamhet över snittet. Den försiktiga slutsatsen av detta är att det inte tycks vara en felaktig strategi att satsa mycket resurser på rehabilitering. De minst lönsamma rehabiliteringarna hade i flera fall höga kostnader för insatta åtgärder. Av de nio olönsamma fallen har så många som sex (67 %) åtgärdskostnader som ligger över snittet.

Studerar man sambandet mellan kort sjukskrivningstid och lönsamhet finns ett visst samband som dock inte är så starkt som man kanske kan tro. Av de 11 personer med kortare sjukskrivningstid än sex dagar uppvisar sju en lönsamhet över genomsnittet.

Aktörsperspektivet

Företagens framgång i rehabiliteringsarbetet bestämdes av hur aktörerna i de två inre cirkelarna i Figur 2 fungerade (sid 49). Dels arbetsledarens kompetens och resurser, dels hans/hennes kontaktyta mot aktörerna i den mellersta cirkeln samt slutligen hur väl aktörerna i de två inre cirkelarna kunde samarbeta. Arbetsledaren gavs en central roll i rehabiliteringsarbetet men hade inte alltid kompetens och resurser att möta de krav som ställdes (Berg et al., 2006; Stenlund & Torgén, 2007).

Många av de intervjuade på företagen uttryckte frustration över hur arbetskrävande och svårt rehabiliteringsarbetet var och man upplevde att utbytet av arbetet med tiden blev allt mindre. De intervjuade angav flera orsaker som många handlade om tilltagande svårigheter att finna lämpliga arbetsuppgifter på företaget för en tids arbetsträning eller när någon hade drabbats av bestående nedsatt arbetsförmågan. Tillgången på alternativa arbetsuppgifter var inget som man lokalt uppfattade sig ha så stor möjlighet att påverka beroende på att organisationen blivit allt mer slimmad med begränsat utrymme för anställda som inte kunde arbeta på topp. Förändrade direktiv och resurser för aktörer utanför företagen uppgavs även ha bidragit till svårigheter även om exempelvis Försäkringskassans förändrade arbetssätt under dessa år förmodligen hade samma huvudmål, nämligen att anställda så snabbt som möjligt skulle kunna komma åter

¹ Då all rehabilitering skett före januari 2005 har inte medfinansieringen påverkat kalkylerna.

i arbete. Dessa något pessimistiska bedömningar om rehabiliteringsarbetets villkor stöds dock inte av de rehabiliteringsekonomiska beräkningar som gjordes. Här sågs som beskrivits ovan goda resultat i de flesta fall för anställda som avslutat sin rehabilitering och detta oberoende av den rehabiliterades ålder och åtgärdernas pris. Resultaten från denna studie står i god samklang med resultat från en studie från Karolinska institutet där man fann god lönsamhet över tid om rehabiliteringsprogrammet kunde påbörjas efter högst två månaders sjukskrivning (Jensen et al., 2006). I en nyligen utgiven bok ställer man sig dock kritisk till mycket av de rehabiliteringsåtgärder som genomförs och finner snarare att rehabilitering kan vara till men för den anställde avseende möjligheterna till återgång till yrkesarbete (Hetzler et al., 2005). Jämförbarheten mellan olika grupper av rehabiliterade kan dock inte så lätt såtillvida att personer med svårare tillstånd kanske får mer åtgärder utan att komma åter i arbete medan andra personer med ett mer gynnsamt "naturalförlopp" kunnat återgå i arbete utan rehabiliteringsinsatser.

De individuella rehabiliteringsärenden som undersöktes i studien kan anses ha varit en typ av ärenden som svårighetsmässigt befann sig mellan de ärenden som löstes snabbt i linjen och de mycket långvariga ("de gamla synderna"). Dessa personer gav i sina dagböcker överlag positiva omdömen över innehållet i rehabiliteringen och man såg goda möjligheter att fortsätta ett bra arbetsliv. Hinder och svårigheter som nämndes i dagböckerna handlade främst om långa väntetider inom sjukvården. Dock var det endast en mindre del av de rehabiliterade som inkom med dagboksanteckningar. Rehabiliterade som upplevde större svårigheter kanske avstod från att lämna in dagbok, vissa var kanske osäkra på hur informationen skulle redovisas eller så fann man inget att berätta exempelvis om rehabiliteringsperioden varit kort. Försäkringskassan har en viktig roll i rehabiliteringsarbetet men omnämndes endast av några få personer. Skälet till detta är troligen att kontakter med försäkringskassan främst skedde via de rehabiliteringsansvariga på företagen.

De rehabiliteringsansvariga, FR-gruppen på Företag A och företagshälsovården på Företag B, upprätthöll kommunikationen mellan inblandade aktörer och var centrala personer i rehabiliteringsarbetet. De rehabiliterade själva hade mestadels fokus inställt på sina egna besvär och behandling av dem och frågan kan ställas hur pass delaktig han eller hon var i rehabiliteringsprocessen. De anställda som kunde stå på sig under möten och komma med kreativa förslag framhölls som goda förebilder men det var förmodligen inte så lätt för alla beroende exempelvis på skillnader i kompetens (yrkeserfarenhet, befattning mm) och typ av hälsoproblem. När rehabiliteringen drog ut på tiden beskrevs ofta tillkortakommanden på aktörsnivå exempelvis hos den anställde, arbetsledaren eller handläggaren på Försäkringskassan. Kanske var det dock inte enbart enskilda aktörers fel utan mer en fråga om rehabiliteringsarbetets förutsättningar. Kanske har olika aktörernas rättigheter, skyldigheter och ekonomiska villkor blivit ett för svårt pussel att lägga? Denna komplexitet konstateras även i en skrift från den pågående Socialförsäkringsutredningen där man konstaterar att ingen aktör har

övergripande ansvar i rehabiliteringssituationen samtidigt som systemet utgår att alla aktörer tar sitt ansvar (Bergendorff, 2006).

Sammanfattning

Torgén M, Stenlund C, Palm K & Marklund S. Rehabilitering i processindustrin – samhället, fabriken och den anställde.

Rehabilitering är inget entydigt begrepp och oftast tänker vi på medicinska åtgärder när ordet kommer på tal. I en rehabiliteringssituation kan dock arbetsplatsåtgärder vara väl så betydelsefulla som de medicinska för att en person ska kunna komma tillbaka eller fortsätta yrkesarbete. Föreliggande studie avsåg att få kunskap om hur rehabilitering går till ”i verkligheten” på två av Stora Enso's företag i Sverige, samt att ekonomiskt värdera genomförda åtgärder.

Studien omfattade uppföljning av samtliga nya rehabiliteringsärenden som tillkom på dessa två företag under en ett-årsperiod, våren 2003 tom sommaren 2004. Totalt tillkom 82 nya ärenden och 75 personer accepterade att delta i studien. Data insamlades via företagets personalstatistik, frågeformulär och dagböcker från de rehabiliterade samt intervjuer med aktörer delaktiga i företagets rehabiliteringsarbete. För utvärdering av genomförda åtgärder gjordes rehabiliteringsekonomisk kalkyl för 61 ärenden som avslutades under studietiden.

Av de 75 ärenden som ingick i uppföljningen avslutades merparten (65 %) inom 12 månader från start och de flesta kunde återgå till sin tidigare arbetsplats och med samma arbetsuppgifter som före rehabiliteringen. Före rehabilitering rapporterade de flesta personerna uttalade ffa muskuloskeletala besvär och nedsatt arbetsförmåga. Efter avslutad rehabilitering var deras upplevda arbetsförmåga avsevärt förbättrad medan däremot besvärsförekomsten fortfarande var hög.

Den rehabiliteringsekonomiska analysen visade att cirka 85 procent av de avslutade ärendena var lönsamma för företaget och detta oberoende av den rehabiliterades ålder och rehabiliteringsåtgärdernas kostnad. Ur samhällsekonomisk synvinkel var samtliga avslutade ärenden lönsamma.

Kretsen av aktörer som deltog i företagets rehabiliteringsarbete var stor men i de flesta fall kunde rehabiliteringen genomföras i en trängre krets bestående av den rehabiliterade och arbetsledaren i samarbete med exempelvis företagshälsovården, högre chefer på företaget och Försäkringskassan. Rehabiliteringsarbetets resultat var avhängigt av samarbetet mellan den rehabiliterade och övriga aktörer, en process som enligt många med tiden dock blivit allt svårare att genomföra.

Nyckelord: Rehabilitering, industri, rehabiliteringsekonomisk analys, intervju, frågeformulär, arbetsförmåga.

Summary

Torgén M, Stenlund C, Palm K & Marklund S. Rehabilitation in the Process Industry – Society, the plant, and the employee.

Rehabilitation, not an unambiguous concept, usually makes us think of medical measures when we hear the word. In a rehabilitation situation, however, measures taken at the workplace to help someone come back to work or continue their professional life can be every bit as significant as medicine. The present study was aimed at gaining knowledge about how workplace-related rehabilitation takes place “in real life” at two companies in Sweden owned by Stora Enso.

The study consists of follow-ups of all the rehabilitation cases that arose during a one-year period, from spring 2003 up to and including summer 2004. A total of 82 new cases arose, of which 75 were willing to participate in the study. Data was collected via company personnel statistics, questionnaires, diaries kept by the rehabilitated, and interviews with participating actors in the companies’ rehabilitation work. To evaluate the implemented measures, rehabilitation analyses were made for 61 of the cases that ended during the study period.

Of the 75 rehabilitation cases included in the follow-up, a majority (65 %) were ended within 12 months after start and most employees could return to their previous workplace, with the same assignments as before rehabilitation. Before rehabilitation, most employees reported serious problems and reduced work ability. After completed rehabilitation, their experienced work ability was appreciably improved, while the occurrence of problems was still high.

The rehabilitation-economic analysis showed that about 85 percent of the completed cases were profitable for the company, regardless of the rehabilitated person’s age or the cost of the rehabilitation measures. From a societal point of view, all completed cases were profitable.

The group of actors who took part in the companies’ rehabilitation work was large but in most cases the rehabilitation could be undertaken in a narrower circle, consisting of the rehabilitated person and his or her superior in cooperation with for example the company’s occupational health service, higher superiors at the company, and the Swedish Social Insurance Office. The outcome of the rehabilitation depended on the cooperation between the rehabilitated person and other actors, a process that according to many became more and more difficult to implement as time went on.

Key words: Rehabilitation, industry, rehabilitation-economic analysis, interview, questionnaire, work ability

Referenser

- AFS 1994:1, 1994 Arbetsanpassning och rehabilitering. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Aronsson T & Malmquist C, 2002 Rehabiliteringens Ekonomi. (3 ed.). Stockholm: Bilda Förlag.
- Berg E & Bertrup C (2006) *Arbetsledarens betydelse i rehabiliteringsprocessen - ur fem långtidssjukskrivnas perspektiv*. Doctoral thesis, Mittuniversitetet. Östersund.
- Bergendorff S (2006) *Rehabilitering - ett långt lidandes historia*. Stockholm.
- Duncan P, Hoenig H, Samsa G & Hamilton B (1997) Characterizing rehabilitation interventions. In: Further M ed. *Assessing medical rehabilitation practices. The promise of outcomes research.*, Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.
- Ekberg K (2000) Bilaga 8, Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och forskningsbehov. *SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete - En reform med individen i centrum*. Pp 543-562, Stockholm: Fritzes.
- Ekberg K (2004) Arbetslivsinriktad rehabilitering. In: Gustafsson R & Lundberg I eds. *Arbetsliv och Hälsa 2004*. Pp 365-380, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ekberg K & Linton S (1994) Arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar. Tidig rehabilitering inte entydigt positivt. *Läkartidningen*, 91(10), 969-972.
- Eklund M, Lindvall U & Marklund S (2005) Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? In: Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T eds. *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar*. Pp 271-301, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Fölster S (2000) Bilaga 6, De ekonomiska konsekvenserna av fördjupad rehabilitering. *SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete - En reform med individen i centrum*. Pp 491-514, Stockholm: Fritzes.
- Gardner M & Altman D, 1989 *Statistics with confidence*. (First ed.). London: BMJ.
- Göransson S, Aronsson G & Melin B (2002) Vilja och villkor - en studie om långtidssjukskrivnas situation. Bilaga 2:3. *SOU 2002:5*. Pp 101-168, Stockholm: Fritzes.
- Hemström Ö (2002) Bilaga 2:4 - Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. *SOU 2002:5*. Pp 173-238, Stockholm: Fritzes.
- Hetzler A, Melén D & Bjerstedt D, 2005 *Sjuk-Sverige - Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm: Symposion.
- Infante-Rivard C & Lortie M (1996) Prognostic factors for return to work after first compensated episode of back pain. *Occup environ Med*, 53, 488-494.
- Jensen I, Bergström G, Bodin L, Ljungquist T & Nygren Å (2006) Effekter av rehabilitering efter sju år. Utvärdering av två rehabiliteringsprogram i Sverige. *Läkartidningen*, 103(23), 1829-1839.

- Kvale S, 1997 Den kvalitativa forskningsintervjun. (Torhell S-E, Trans.). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson T, Marklund S & Westerholm P (2005) *Den galopperande sjukfrånvaron. Sken, fenomen och väsen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lemstra M & Olszynski W (2004) The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in workers' compensation claims. *Spine*, 29(14), 1573-1579.
- Lindvall U, Marklund S & Skogman Thoursie P (2004) Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. In: Gustafsson R & Lundberg I eds. *Arbetsliv och Hälsa 2004*. Pp 173-193, Stockholm: Liber Idé förlag.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile J, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J & Lemaire J (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand P, Champagne F, Stock S & Diallo B (2002) Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*, 59, 807-815.
- Malmquist C (2000) *Samhällsekonomisk utvärdering av Åsa-projektet*. Samhall Resurs AB, Region Syd.
- Marnetoft S-U, Selander J, Bergroth A & Ekholm J (1999) Vocational rehabilitation - early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. *Int J Rehab Res*, 22, 161-170.
- Menckel E & Westerholm P eds. (1999) *Evaluation in Occupational Health Practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Nyman C, 2005 Produktivitet och löner till 2015. Specialstudie Nr 6, maj 2005. Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- RFV redovisar 2002:5, 2002 Samråd i rehabiliteringen. Samrådet mellan handläggare och de försäkrade 2001. Rapport från RFV:s tillsyn. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV Statistikinformation Is -I 2002:4, 2002 Sjuktalet, december 1998-juni 2002. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Selander J (1999) *Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation - a person-level study based on a national social insurance material*. Doctoral thesis, Karolinska Institute. Stockholm: Department of Rehabilitation Medicine.
- SOU 1988:41, 1988 Tidig och samordnad rehabilitering. Rehabiliteringsberedningens betänkande. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- SOU 1990:49, 1990 Arbete och hälsa. Betänkande av Arbetsmiljökommissionen. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- SOU 1997:64, 1997 Samhall: En arbetsmarknadspolitisk åtgärd slutbetänkande. Stockholm: Fritze.

- SOU 1997:166, 1997 Ohälsöförsäkringen. Trygghet och aktivitet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2002:5, 2002 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Mål, ansvar och åtgärder med utgångspunkt från ett övergripande mål för människor i arbete. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2004:113, 2004 Utveckling av god företagshälsovård - ny lagstiftning och andra åtgärder. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2000:78, 2000 Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum. Stockholm: Fritzes.
- Statskontoret 2001:29, 2001 Utnyttja företagshälsovården bättre. Stockholm.
- Stenlund C & Torgén M (2007) Arbetsledare i processindustrin. Arbetsuppgifter, förutsättningar, psykosocial arbetsmiljö och självskattad hälsa. *Arbete och Hälsa*, 2006:19, 34 sidor.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L & Tulkki A (1998) Work Ability Index. *Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki*, 1-30.
- Wikman A (2000) Arbetslivslängd i yrken. In: Marklund S ed. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Pp 81-90, Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Wikman A (2004) Arbetsliv och sjukfrånvaro. In: Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T eds. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Pp 123-153, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Åsberg J (1998) Bilaga 2, Rehabiliteringsteori och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittiotalen. *SOU 1998:104 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Pp 301-333, Stockholm: Fritzes.

Guide för intervju av aktörer delaktiga i rehabiliteringsarbetet

Bakgrundsinformation:

Dagens datum och tid på dagen

Intervju med

Arbetar som - Sedan:

Utbildning

Frågor:

1. Vilken är din nuvarande roll i företagets rehabiliteringsarbete?
2. Synpunkter på din nuvarande roll i rehabiliteringsarbetet?
3. Har det skett några förändringar av ditt sätt att jobba med anställda från företaget under de senaste åren?
4. Vad avgör om en person på företaget ska bli föremål för rehabiliteringsåtgärder?
5. Ungefär hur många rehabiliteringsärenden kommer du i kontakt med per år?
6. Vilka rehabiliteringsaktörer kommer du främst i kontakt med?
7. Hur ser du på företagshälsovårdens medverkan vid rehabilitering på företaget?
8. Hur ser du på försäkringskassans medverkan vid rehabilitering på företaget?
9. Hur ser du på den anställdes medverkan i rehabilitering?
10. Hur ser du på företagets medverkan vid rehabilitering på företaget?
11. Finns det andra rehabiliteringsaktörer som du vill nämna?
12. På vilka sätt samverkar dessa rehabiliteringsaktörer?
13. Vad ser du för fördelar/nackdelar med hur företaget idag arbetar med rehabilitering?
14. Vad skulle kunna göras annorlunda/bättre (bättre för vem och hur)?
15. Beskriv kund/ärende/patient som du nyligen arbetat med (anonymt):
 - ett fall där du upplevt att du gjorde en bra insats för att få personen åter i jobb.
 - ett fall där det krånglat.
16. Är det något mer som du vill berätta om som inte har framkommit i intervjun?

Extra frågor endast till interna aktörer:

1. Har Du erfarenhet av eller kännedom om hur man arbetar med rehabilitering vid något annat företag eller vid någon annan av koncernens anläggningar?
Om ja - Skiljer sig deras sätt att arbeta eller deras problem från hur det är ”här”?
2. Finns det någon rekommendation eller praxis här på företaget för hur länge en sjukskrivning kan pågå innan man försöker få ett avslut?
3. Vad tycker Du är rimligt?

Extra frågor endast till externa aktörer:

1. Hur kommer du i tjänsten i kontakt med anställda från företaget?
2. Ungefär hur många anställda från företaget kommer du i kontakt med per år?
3. Arbetar du med andra kunder/ärenden/patienter än med dem från företaget?
4. Har du några svårigheter och problem i arbetet med företagets kunder/ärenden/patienter?
Om ja - Skiljer dessa problem sig från problem du eventuellt har med andra kunder /ärenden /patienter?