
Arbetslivsinriktad rehabilitering

Kartläggning av Försäkringskassans och
Arbetsförmedlingens insatser för
arbetslösa sjukskrivna i Luleå

Sofia Reinholdt

Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, CUFS

2006:035 - ISSN: 1403-5294 - ISRN: LTU-CUFS-SKR--06/035--SE



**ARBETSLIVSINRIKTAD
REHABILITERING
– KARTLÄGGNING AV
FÖRSÄKRINGSKASSANS OCH
ARBETSFÖRMEDLINGENS INSATSER FÖR
ARBETSLÖSA SJUKSKRIVNA I LULEÅ**

Av

Sofia Reinholdt

Centrum för utbildning och forskning i samhällsvetenskap

Luleå tekniska universitet

2005

Förord

Sedan mitten av 1990-talet har antalet sjukskrivna ökat kraftigt. Förutom mänskligt lidande kostar det samhället miljarder, situationen är ohållbar både ur ett individperspektiv och ur ett samhällsperspektiv. Samverkan mellan myndigheter är ett sätt att bromsa utvecklingen. En positiv samverkan mellan myndighetsgränser, ökar förutsättningarna att nå framgång i en sammanhållen och individanpassad organisation, för att stötta arbetslösa sjukskrivna att snabbt återfå förmågan att försörja sig genom förvärsarbete.

Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden tilldelas årligen av regeringen särskilda medel att använda för arbetslivsinriktad rehabilitering till arbetslösa sjukskrivna. Från och med 2003 har också Försäkringskassan fått utökade möjligheter för samverkan med andra myndigheter. I syfte att förbättra samverkansformerna och effektivisera rehabiliteringen har regeringen avsatt högst 5 procent av sjukpenningsanslaget för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Samverkansmedlen är ett viktigt verktyg för att effektivisera rehabiliteringen och minska sjukskrivningarna. Ett av flera exempel på samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden är FAROS.

Våren 2003 träffade AMS och Försäkringskassan (dåvarande Riksförsäkringsverket) en överenskommelse om att samverka kring arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för att arbetslösa sjukskrivna skulle kunna återgå i arbete. Metoderna som numera används i samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är utprovade i en treårig pilotverksamhet (FAROS) som bedrivits i fem försöksområden i landet. Pilotverksamheten har visat goda resultat, den har också skapat en gemensam modell för samverkan lokalt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i rehabiliteringen av arbetslösa sjukskrivna. Modellen tillämpas nu i hela landet.

Länsarbetsnämnden och Försäkringskassan i Norrbotten gav CUFS (Centrum för Utbildning och Forskning i samhällsvetenskap) Luleå Tekniska Universitet uppdraget att kartlägga om och hur Länsarbetsnämnden och Försäkringskassan i Norrbotten använt de tilldelade resurserna och det resultat insatserna bidragit till under år 2003. Föreliggande rapport har författats av Sofia Reinholdt som också är ansvarig för innehållet. Rapporten är ett fullgott underlag för fortsatt dialog och samarbete mellan myndigheterna i syfte att ytterligare utveckla samverkansarbetet mellan myndigheterna.

Luleå 2005-10-11

Pekka Kairento

Länsdirektör
Försäkringskassan
Norrbottens län

Lena Liljebäck

Länsarbetsdirektör
Länsarbetsnämnden
Norrbottens län

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Definitioner och avgränsningar.....	8
1. Uppdrag.....	1
1.2 Syfte	1
2. Bakgrund	1
2.1. Arbetslösa sjukskrivna – en grupp och ett fenomen	1
2.2 Rehabilitering - begrepp, aktörer och utveckling	3
2.2.1 Rehabiliteringsbegrepp	3
2.2.2 Rehabiliteringens olika aktörer.....	4
2.2.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering för arbetslösa sjukskrivna – insatser och ansvar hos försäkringskassa och arbetsförmedling.....	6
3. Material och metod	9
4. Resultatdiskussion.....	12
4.1 Vem är den arbetslösa sjukskrivna?	12
4.1.1 Kön och ålder	12
4.1.2 Diagnos.....	13
4.1.3 Enskilda sociala faktorer.....	14
4.1.3.1 Civilstånd.....	15
4.1.3.2 Sociala krismarkörer.....	16
4.1.3.3 Psykiatrisk diagnos och missbruksnotering	16
4.2.1 Sammansatta sociala faktorer.....	17
4.3 Utbildning och yrkestillhörighet.....	22
5. Sjukhistorik.....	25
5.1 Systemövergångar	25
5.2 Ersättningsgrad under sjukfallet.....	26
6. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder försäkringskassan.....	29
6.1 Förekomst, typ och antal insatser.....	29
6.2 Längd på och tid till rehabilitering.....	31
6.3 Rehabiliteringsåtgärdens genomförande	32
6.4 Uppgivna hinder för rehabilitering	32
6.5 Resultat av rehabilitering.....	34
6.5.1 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 6, 12 och 24 månader	35
7. Arbetslöshetshistorik	39
7.1 Sökandekategoristatus vid inskrivning hos arbetsförmedlingen	39
7.2 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter sjukfallets start	45
7.3 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter sjukfallets start	46
7.4 Närhet till arbetsmarknaden 24 månader efter sjukfallets start	46
7.5 År för inskrivning och avaktualisering.....	47
7.6 Sökandekategori historiskt	48
8. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder arbetsförmedlingen	52
8.1 Förekomst, typ och antal insatser.....	52

8.2 Längd på och tid till rehabilitering.....	54
8.3 Rehabiliteringsåtgärdernas genomförande	54
8.4 Uppgivna hinder för rehabilitering.....	54
9. Resultatmätt.....	56
9.1 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter längsta rehabiliteringsinsats.....	56
9.2 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter längsta rehabiliteringsinsats.....	57
9.3 Närhet till arbetsmarknaden 24 månader efter längsta rehabiliteringsinsats.....	57
10. Slutdiskussion.....	59
11. Tack.....	61

<i>Figur 1. Urvalsprocess arbetslösa sjukskrivna hos Försäkringskassan Luleå.....</i>	<i>9</i>
<i>Figur 2 Civilstånd, kön och förekomst av psykiatrisk diagnos</i>	<i>18</i>
<i>Figur 3 Civilstånd, kön och förekomst av missbruksnotering</i>	<i>18</i>
<i>Figur 4 Civilstånd, kön och förekomst av missbruksnotering</i>	<i>19</i>
<i>Figur 5 Psykiatrisk diagnos, kön och förekomst av missbruksnotering.....</i>	<i>19</i>
<i>Figur 6 Civilstånd, kön och social krismarkör</i>	<i>20</i>
<i>Figur 7 Civilstånd, kön och social krismarkör</i>	<i>20</i>
<i>Figur 8 Missbruk, kön och social krismarkör.....</i>	<i>21</i>

Sammanfattning

Undersökningen har syftat till att ge en kartläggning av a) om, hur, när och i vilken omfattning resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering använts av försäkringskassan och arbetsförmedlingen i Luleå för de som varit inskrivna som arbetslösa sjukskrivna 2003, samt b) vad insatserna resulterat i och c) hur de fördelats mellan könen. Studien har också belyst de arbetslösa sjukskrivnas bakgrund och vilka motiv till eller hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering som funnits. Nedan sammanfattas studiens huvudsakliga resultat rörande (1) de arbetslösa sjukskrivnas bakgrund, (2) arbetslöshets/sjukhistorik (3) förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliterande insatser och dess resultat samt (4) hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering. Rapporten avslutas med en slutdiskussion som närmare fokuserar hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering.

1) *De arbetslösa sjukskrivnas bakgrund;*

- 60 % av de arbetslösa sjukskrivna är kvinnor.
- 72 % är under 50 år.
- Kvinnorna finns främst i åldrarna under 45 år, män i åldrarna över 45 år.
- 75 % av de arbetslösa sjukskrivna har sjukdomar i rörelseorganen (45 %) eller psykiska besvär och sjukdomar (30 %).
- 96 % av de arbetslösa sjukskrivna har hel nedsättning av arbetsförmågan vid sjukfallets början.
- 77 % av de arbetslösa sjukskrivna har högst gymnasial utbildning, 27 % uteslutande grundskola eller motsvarande.
- Merparten av de arbetslösa sjukskrivna har haft sin senaste anställning i förhållandevis lågkvalificerade arbetaryrken, kvinnor företrädesvis inom service-, omsorgs och försäljningsarbeten (50 %), för män är hantverksarbete inom bygg och tillverkning vanligast (27 %). Enskilt stora yrkesgrupper är för kvinnor t.ex. vårdbiträde, affärsbiträde, kontorister och lokalvårdare. Byggnadsarbetare, process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete är stora yrkesgrupper för män.
- Arbetslöshet och sjukskrivning kan inte ses som ett isolerat problem. I enlighet med tidigare studier förefaller problembilden för arbetslösa sjukskrivna vara mer sammansatt;
 - 30 % har en psykiatrisk diagnos, cirka 27 % av männen och 31 % av kvinnorna.
 - 22 %, cirka var fjärde kvinna och var femte man har minst en social krismarkör/stressfull livshändelse relaterad till privatlivet noterad i läkarintyg.
 - 12 % har en notering om missbruk i läkarintyg, vilket gäller cirka 23 % av männen och 5 % av kvinnorna.
 - 65 % är icke gifta, dvs. ogifta (40 %), frånskilda (22 %) eller änka/änkling (3 %), fler män än kvinnor.

Ovan nämnda enskilda faktorer samvarierar med varandra på olika sätt. Särskilt noterbart är den begränsade betydelse civilståndstatus har för kvinnor när det kommer till förekomst av sociala krismarkörer. För kvinnor förefaller civilståndstatus att vara gift inte ha samma funktion som socialt skydd eller buffert som för män när det gäller att minska sårbarheten för exponering av andra riskfaktorer. Kvinnor har sociala krismarkörer oavsett civilstånd, medan män bara har det när de är frånskilda eller ogifta.

2) Sjukhistorik/arbetslöshetshistorik

- 56 % av de arbetslösa sjukskrivna har uppburit ersättning för nedsatt arbetsförmåga 0-15 dagar året innan det aktuella sjukfallet, 20 % i 14-59 dagar och 24 % i 60-365 dagar.
- De arbetslösa sjukskrivna har en lång historik som kund hos arbetsförmedlingen innan det aktuella sjukfallet. Drygt 70 % har varit inskrivna hos arbetsförmedlingen i 5 år eller mer, 40 % i åtta år eller längre. Under den perioden har man ofta varit föremål för omfattande insatser inom en rad olika områden, 25 % har fått arbetslivsinriktad rehabilitering historiskt.
- Det förefaller finnas en rundgång av arbetslösa sjukskrivna mellan myndigheterna, perioder av sjukhistorik har varvats med perioder med arbetslöshet. 31 % av de arbetslösa sjukskrivna har gått direkt från aktivitetsstöd (arbetsförmedlingen) till aktuellt sjukfall. 65 % av de arbetslösa sjukskrivna har uppburit aktivitetsstöd historiskt.

3) Förekomst av arbetslivsinriktade rehabiliterande insatser/resultat

- 13 % har påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering via försäkringskassan under sjukfallet, fler kvinnor (16 %) än män (9 %). Ungefär var tredje insats har avbrutits i förtid av hälsoskäl. Resultatet av rehabiliteringen visar att de flesta inte är mer arbetsförmögna 6, 12 respektive 24 månader efter rehabiliteringen än vad de var vid rehabiliteringens början. Som mest hade 14 % en lägre ersättningsnivå 6 månader efter rehabiliteringsinsatsen än vid dess början, 86 % hade oförändrad eller högre ersättningsnivå.
- 6 % har påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsförmedlingen under sjukfallet, ungefär lika många kvinnor som män. Ungefär var tredje insats har avbrutits i förtid av hälsoskäl. Närheten till arbetsmarknaden är för flertalet försämrad 6, 12 och 24 månader efter rehabiliteringsinsatsen jämfört med vid inskrivningstillfället hos arbetsförmedlingen. Sammanfattningsvis är resultatet av arbetsmarknadsmyndighetens rehabiliteringsinsatser svagt. 24 månader efter rehabiliteringen är merparten av dem som fått rehabinsatser avaktualiserade från arbetsförmedlingen av hälsoskäl. Som mest hade 18 % en förbättrad arbetsmarknadsstatus 6 månader efter rehabiliteringsinsatsen, 82 % hade en oförändrad eller försämrad arbetsmarknadsstatus.
- Det är få som erhåller aktiva insatser från arbetsförmedlingen under sjukfallets löptid. Den absoluta majoriteten av de arbetslösa sjukskrivna står långt ifrån arbetsmarknaden, 6, 12 och 24 månader efter sjukfallets start, vanligen som passivt inskriven hos eller avaktualiserad från arbetsförmedlingen.

4) Hinder för rehabilitering

- Uppgivna hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering i akter hos försäkringskassan; fall där rehabilitering inte bedöms aktuellt överhuvudtaget (ca 6 %), fall där medicinska skäl utgör hindret (ca 75 %) och fall där det med ledning av akten är oklart varför rehabilitering inte aktualiseras (ca 19 %). I den senare kategorin framkommer brister i försäkringskassans samordningsfunktion av rehabiliterande insatser.
- Uppgivna hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering i akter hos arbetsförmedlingen; fall där rehabilitering inte bedöms aktuellt överhuvudtaget (ca 9 %), fall där medicinska skäl utgör hindret (ca 81 %) och fall där det med ledning av akten är oklart varför rehabilitering inte aktualiseras (ca 10 %). Av akterna framgår att den sökande i realiteten bör ha en

arbetsförmåga på minst 50 % för att aktiva insatser som arbetslivsinriktad rehabilitering ska vara aktuellt.

- Det finns en gemensam nämnare i form av passiv handläggning hos både försäkringskassa och arbetsförmedling av de arbetslösa sjukskrivna, hos arbetsförmedlingen genom att individerna tillhör passiva sökandekategorier (eller avaktualiseras), hos försäkringskassan genom en passivitet i samordningsansvar och långa handläggningstider med tonvikt på att fastställa arbetsförmåga, inte behov av rehabilitering.
- Genomgången av akterna visar också på generellt långa ledtider i förhållande till flera system parallellt. Arbetslivsinriktad rehabilitering är det sista steget i en process som karaktäriseras av långa ledtider, i förhållande till t.ex. hälso- och sjukvård och i förhållande till övriga myndigheter.

Definitioner och avgränsningar

Arbetslös

Definieras i den här studien som individer som saknade arbetsgivare vid sjukfallets början. Definieras av Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) som individer som är rapporterade som arbetssökande på arbetsförmedlingen som är redo att genast börja arbeta, i behov av vägledning/utredning eller väntar på arbetsmarknadsträning (Marnetoft 2000).

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Rehabiliterande insatser som syftar till arbetslivsinriktad anpassning fördelas hos försäkringskassan på åtgärderna *utredning, arbetsträning/prövning och utbildning*. Dessa åtgärder motsvarar inte sällan olika steg i en process mot målet, dvs. återgång i arbete efter avslutad rehabilitering.

Gränsdragningsproblem kan uppkomma när arbetslivsinriktade utredningar ska särskiljas från försäkringsmedicinska dito hos försäkringskassan. *Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning* syftar till att utreda vilken arbetsförmåga som föreligger eller kan åstadkommas, hur denna ska tillvaratas och hur man ska finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av utbildningar, arbetsinnehåll etc.

Dessa insatser syftar *inte* till att klarlägga den försäkrades *rätt till ersättning*, såsom en *försäkringsmässig utredning*. En försäkringsmässig utredning avser istället en medicinsk utredning som har en koppling till socialförsäkringens regler för att t.ex. kunna bedöma en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan och därmed rätt till ersättning eller slag av ersättning, dvs. sjukpenning, sjukbidrag eller pension. En försäkringsmedicinsk utredning gäller ofta försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för prognosen (Försäkringskassaförbundets debattskrift nr 1:99).

Medicinsk eller social utredning/rehabilitering (t.ex. behandlingshem) inbegrips inte heller i undersökningen dvs. medicinska/sociala åtgärder som t.ex. diagnostisering eller behandling, för att bota eller lindra besvär. Med medicinsk rehabilitering avses åtgärder vidtagna av aktörer inom hälso- och sjukvård eller motsvarande syftande till att ge patienter bästa möjliga fysiska och psykologiska kapacitet. Medicinsk rehabilitering syftar därför till att helt eller delvis bota/lindra eller reducera sjukdom, delvis förkorta perioder av sjukdom och konvalescens och på en och samma gång erbjuda/ge patienter bästa möjliga fysiska och psykologiska kapacitet. Innan arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas måste den sjukskrivne i princip vara fullt rehabiliterad medicinskt.

Gränserna mellan de olika rehabiliteringsåtgärderna är dock inte alltid helt entydiga i verkligheten. En del arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan t.ex. innehålla inslag av både medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder, t.ex. utredningar på Rygginstitut, som dock ändå kan klassificeras som en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Här har insatser klassificerats som arbetslivsinriktade om den försäkrade uppburit *rehabersättning* under insatsen, dock ej om individen uppburit fortsatt sjukpenning, då insatsen istället klassas som försäkringsmedicinsk.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hos arbetsförmedlingen handlar om *utredande (kartläggning, utredning), vägledande eller arbetsförberedande insatser* (t.ex. *arbetsträning/prövning, arbetsanpassning*), av olika slag. Undersökningen omfattar insatser för arbetssökande som är klassificerade i

sökandekategori 71 (arbetslivsinriktad rehabilitering) hos arbetsförmedlingen. Utbildningsinsatser faller inte in under sökandekategori 71, och omfattas sålunda inte av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering hos arbetsförmedlingen.

1. Uppdrag

Försäkringskassa och länsarbetsnämnd är myndigheter som båda använder särskilda resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna. Riksdag och regering anslår årligen resurser för att såväl försäkringskassa som länsarbetsnämnd ska arbeta aktivt för att stärka den enskilde så att försörjning genom arbete blir möjligt. I den här undersökningen genomförs en kartläggning av om och hur dessa båda myndigheter använt de tilldelade resurserna och det resultat insatserna bidragit till. Undersökningen omfattar individer som varit inskrivna som långtidssjukskrivna 2003 vid försäkringskassan i Luleå och som varit registrerade som arbetslösa vid sjukskrivningstillfällets början. Uppdraget att genomföra kartläggningen har givits åt CUFS (Centrum för Utbildning och Forskning i samhällsvetenskap) vid Luleå tekniska universitet av Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden i Norrbottens län.

1.2 Syfte

Undersökningens övergripande syfte är att (1) kartlägga hur resurserna för arbetslivsinriktad rehabilitering används hos de bägge myndigheterna för arbetslösa sjukskrivna i Luleå och (2) hur de fördelat resurserna mellan de undersökta kvinnorna och männen. Kartläggningen ska också ge svar på (3) vilken typ av åtgärd som har vidtagits, (4) vid vilken tidpunkt samt (5) de resultat som insatserna bidragit till. Studiens design ger också möjlighet att generera viss kunskap om (6) den arbetslösa sjukskrivnes bakgrund samt (7) motiv till/hinder för insatser hos myndigheterna. På så vis syftar undersökningen till att fungera som ett underlag och bidrag till dialogen myndigheterna emellan.

2. Bakgrund

2.1. Arbetslösa sjukskrivna – en grupp och ett fenomen

Cirka 20–25 % av de sjukskrivna beräknas också vara arbetslösa.¹ Andelen individer som är arbetslösa och sjukskrivna är klart överrepresenterade i förhållande till den totala andelen arbetslösa, i alla län i hela Sverige (RFV redovisar 2002:1). Studier har också visat att de arbetslösa sjukskrivna står för en större andel av ökningen av antalet sjukskrivna. En undersökning från Värmland visar t.ex. att antalet pågående sjukfall längre än 28 dagar ökat med 4 % från oktober 2002 jämfört med året innan, där gruppen arbetslösa sjukskrivna svarade för en ökning under motsvarande tid på 9,3 %. Från oktober 1998 till oktober 2002 ökade sjukfallen för arbetslösa sjukskrivna i Värmland med 120 % medan icke arbetslösa stött för en ökning på 97 % under samma tid (Lundberg 2003), vilket ska ställas i relation till att det totala antalet arbetslösa sjunkit under perioden samtidigt som antalet förvärvsarbetande varit förhållandevis stabilt. Orsakerna till denna ökning för arbetslösa är oklar. Det är möjligt att faktorer rörande tillträde till eller utstötning från arbetsmarknaden förändrats under 1990-talet och framåt för individer med sammansatt problematik. Här ser t.ex. Marklund

¹ RFV's register innehåller för närvarande inga uppgifter om sysselsättningsstatus. Samkörningar mellan Ams och RFV's register förutsätter avgränsningar som enbart kan ge approximativa uppskattningar av populationens storlek. Urvalsundersökningar av olika slag (t.ex. RFV-LS) kan därför ge en indikation på gruppens storlek och förändring över tid. För en närmare beskrivning av gruppen och beräkningar av dess storlek, se t.ex. RFV's och Ams förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering 2003.

och Wikman (2003) en tendens att människor med besvär får det allt svårare att stanna kvar i arbetslivet. Kraven på "friskhet" tycks öka i arbetslivet, fler människor med fysiska eller andra problem är sjukskrivna idag. Arbetslivets inverkan på sjukskrivningar inskränks på så vis inte bara till utsatthet för traditionella riskfaktorer i arbetsmiljön, utan det handlar också om i vilken omfattning människor med besvär eller handikapp bereds tillfälle att delta.² Helt klart är att arbetslösa har en större sannolikhet av vara långtidssjukskrivna än anställda, att de har längre sjukfall och löper större risk att bli förtidspensionerade, vilket kan tolkas som att arbetslösheten i sig har betydelse för utstötning från arbetslivet (RFV 1995, i Lindqvist 1997).

Utöver kopplingar av strukturell natur mellan sjukskrivning och arbetslöshet, finns det olika förklaringar rörande relationen mellan hälsoeffekter och arbetslöshet på individnivå. Tre typer av huvudförklaringar av sambandens riktning har fått stöd i olika studier. Den första tar sikte på att arbetslösheten i sig påverkar hälsan negativt. Att vara arbetslös kan leda till ett slags kroniskt stressstillstånd, vilket i sig kan få hälsomässiga effekter. Arbete har betydelse för individens identitet, självrespekt och möjligheten till social support och status (Adler, Hillhouse 1996). Det finns ett stort antal studier som stödjer en kausal relation av det här slaget (för ytterligare referenser, se Marnetoft 2000). Den andra ansatsen fokuserar istället de selektionsmekanismer som ovan beskrivits, individer med dålig hälsa har försämrade möjligheter att finna och behålla ett jobb. Också denna tämligen uppenbara koppling har funnit stöd i flertalet studier. En tredje ansats går ut på att arbetslöshet leder till försämrad ekonomi och fattigdom som i sin tur kan få negativa hälsoeffekter (Marnetoft 2000). Arbetslöshetens fördelning på främst lägre socioekonomiska grupper och den sammansatta riskbild (t.ex. utbildningsnivå, beteenden, livsstil) som förväntas följa därmed pekas också ut som en hälsorelaterad riskfaktor eller en hälsorelaterad "riskkarriär". Olika studier har också visat att gruppen arbetslösa sjukskrivna har en mer sammansatt problembild än de med anställning (RFV redovisar 1996:14, se närmare avsnitt 4.1.3). Oavsett sambandens natur på individuell och strukturell nivå, är arbetslösa sjukskrivna en växande grupp som anses vara mer svårrehabiliterad än sjukskrivna som har en anställning.

² Sjukskrivning och arbetslöshet nationellt följer generellt sett konjunkturen och har ett negativt samband, där sjukskrivningarna minskar vid högkonjunktur och ökar vid lågkonjunktur. Hypoteser rörande attraktions- eller utstötningmekanismer i relation till arbetsmarknaden brukar vara vanliga orsaksförklaringar till detta fenomen (se t.ex. Marklund 1995). Utsättningsmodellen har sin utgångspunkt i strukturomvandlingar och konkurrens på arbetsmarknaden, vilket gör att speciella grupper ofrivilligt kommer att hamna utanför arbetsmarknaden. En faktor som t.ex. kan antas ha betydelse för ökningen av sjukskrivningar under 1990-talet är genomgripande organisations- och verksamhetsförändringar under perioden som resulterat i kraftiga personalreduktioner och "magrare" typ av organisation, down-sizingvägar som förekommit i hela västvärlden som en effekt av globaliseringen (Lindgren 1999, Marklund, Wikman 2003). Företags strategier för den nya tidens organisering av arbetet har varit förhållandevis strömlinjeformade, där några huvudsakliga trender/inriktningar kan identifieras; fokus för kärnverksamhet, outsourcing och konkurrensättning av internverksamhet, multinationella värdekedjor, allianser och nätverk (von Otter 2003). För att bli ett effektivt och konkurrenskraftigt företag har en strategi med fokus på kärnverksamhet varit central. Sidofunktioner har i hög utsträckning sålts ut eller outsourcats, där underleverantörer fått svara för produktutveckling etc., internt eller externt. Wikman (2001) menar att företagens "lugna hörn" är borta, vilket särskilt kan få effekter för individer med svagheter av olika slag. Attraktionsmodellen, som har sin utgångspunkt i ekonomisk teori med rationella individer som aktörer, tar istället fasta på att vissa individer aktivt söker bidrag istället för att arbeta. Regelsystemens utformning och tillämpning är här central. Modellerna motsäger dock inte nödvändigtvis varandra, utan kan i viss mån vara kompletterande. Man kan t.ex. diskutera om regelsystemets tillämpning är en effekt av en förändring i socialpolitik, förändrade individuella värderingar, eller en effekt av arbetslivets ökade krav på arbetskraften (Lindqvist, Grape 1997).

2.2 Rehabilitering - begrepp, aktörer och utveckling

2.2.1 Rehabiliteringsbegrepp

Rehabilitering är ett ord med latinskt ursprung, som härstammar från Re (åter) och Hablis (duglig). Den ursprungliga definitionen utgår med andra ord från att en människa i någon omfattning förlorat sin duglighet eller förmåga att utföra aktiviteter som anses normala och vanliga i det samhälle man lever i, och att andra människor uppmärksammat detta och lägger ett värde i att människan återfår sin duglighet. Rehabilitering kan förutsätta ett antal aktiviteter eller åtgärder med specificerade mål, syftande till att återfå eller förbättra sin duglighet.

Definitionerna av rehabilitering är många. WHO har utarbetat ett försök till universell definition på rehabilitering "en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå och därigenom ge denne möjligheter att förändra sitt eget liv. Processen kan innefatta åtgärder avsedda att kompensera för en förlust eller inskränkning av funktionsförmågan (med tekniska hjälpmedel) och andra åtgärder som är ägnade att underlätta social anpassning eller återanpassning " Kerz, Werner, Wesser 1995).

Socialstyrelsen definierade rehabilitering som "ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv". Rehabilitering har därför både ett medicinskt och socialt mål (Socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering 1979:83, ref. i Kerz, Werner, Wesser 1995).

Ytterligare en definition har TNC (teknisk nomenklaturcentral) fastställt; "rehabilitering är planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art, som ska hjälpa människor med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och upprätthålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv". Definitionen tar liksom WHO's fasta på att den enskilde ska uppnå en så hög grad av självbestämmande och oberoende. Förvärvsarbete är här både ett naturligt och viktigt slutmål. Detta kommer också till uttryck i den sjukförsäkringsrättsliga definitionen av rehabilitering (22 kap. 2§ Lagen om allmän försäkring, AFL); "rehabilitering ska syfta till att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete" (RFV vägledning 2002:8).

Rehabiliteringsbegreppet har över tid utvecklats från att gå från en rent medicinsk definition och avvikelser av en fastställd norm till att i högre grad inbegripa sociala och psykologiska faktorer och fokusera individen och individens handlingsförmåga i en process (Ekblad 2002). Någon enhetlig definition av rehabiliteringsbegrepp saknas, och det är uppenbart att de olika definitionerna präglas av såväl olika tidsepoker och skilda synsätt. Detta gäller också olika myndigheters användande av begreppet, där definitionerna varierar med myndigheternas olika målsättningar med sin verksamhet.

2.2.2 Rehabiliteringens olika aktörer

Rehabiliteringsprocessen sker ofta i samverkan mellan ett flertal myndigheter och professioner med sinsemellan skild rehabiliteringspraxis. Rehabiliteringsutredningen (SOU 1988:41:163) uppmärksammade att olika aktörers annorlunda målsättningar kan vara problematisk; de olika målsättningarna för rehabilitering bland de olika ansvariga samhällsorganisationerna och bristen på samordning dem emellan försvårar en rationell användning av rehabiliteringsresurserna.”

Bäckström och Eriksson (1989, ref. i Kerz, Werner, Wesser 1995) har kategoriserat arbetsförmedlingen, försäkringskassans, sjukvårdens och socialtjänstens olika målsättningar liksom olika dimensioner och syn på begreppen sjukdom, arbete och rehabilitering, som av Kerz, Werner, Wesser (1995) sammanfattats enligt nedan;

Rehabiliteringsmålet	<i>för af:</i> Klienten ska få anställning <i>För fk:</i> Reducera sjukskrivningsbehov <i>För sjv:</i> Frisk i medicinsk bemärkelse <i>För soc:</i> Klientens välbefinnande; problemfri
Synen på arbete	<i>för af:</i> Människans mål, helst på den reguljära arbetsmarknaden <i>För fk:</i> Arbetet är grunden till sjukförsäkring <i>För sjv:</i> Arbetet har betydelse för hälsan <i>För soc:</i> Arbetet befrämjar välbefinnandet
Frågan inför sjukdom	<i>för af:</i> Står personen till arbetsmarknadens förfogande? <i>För fk:</i> Är personen arbetsför eller ej? <i>För sjv:</i> Är personen frisk eller sjuk? <i>För soc:</i> Vilken är personens försörjningsform vid sjukdom?
Hantering av fallet	<i>för af:</i> Byråkratisk <i>För fk:</i> Byråkratisk <i>För sjv:</i> Individuell hänsyn <i>För soc:</i> Individuell hänsyn

Olika måldimensioner kan både ses en effekt av ett utvidgat och förändrat rehabiliteringsbegrepp och som en effekt av att välfärdsstaten genom att olika myndigheter försöker stötta individer i ett flertal olika dimensioner i en livssituation. Självfallet ligger de olika måldimensionerna och den egna verksamhetens problemställningar i hög utsträckning till grund för organisationernas syn på rehabilitering och därmed utformningen av verksamheten (Kerz, Werner, Wesser 1995).

Kerz, Werner, Wesser (1995) beskriver några övergripande utvecklingslinjer som präglat välfärdsstatens utveckling inom rehabiliteringsområdet, som accentuerats under 1990-talet och framåt. Ett vidgat rehabiliteringsbegreppet har medfört en förskjutning av fokus från att undanröja ett fysiskt funktionshinder, till att undanröja andra hinder som rör individens totala livssituation. Begrepp som "helhetssyn", "individen i centrum" har myntats, med vilket man avsåg få ett större grepp om "verkliga" arbetshinder relaterade till individens totala livssituation och möjligheter/hinder i samhället, istället för somatiska symptoms påverkan på arbetskapaciteten. Övergången till en helhetssyn har präglat både synen på individen, samarbetet mellan myndigheter

och utvecklingen inom dessa myndigheter under senare år, nödvändigheten av att ta hänsyn till flera dimensioner av individens situation har medfört att man blivit mer benägen att se individens helhetsituation och inte enbart utifrån den egna verksamhetens delmålsättning. Det har i realiteten kommit att innebära att myndigheterna i olika stycken kommit in på varandras verksamhetsområden i högre utsträckning än tidigare och samarbetat på ett mer formaliserat, men för myndigheterna otraditionellt sett.

I förarbetena till rehabiliteringsreformen 1992 framgår att rehabilitering omfattar i vid mening *medicinsk, social och yrkesinriktad* rehabilitering. I stora drag svarar uppdelningen mellan myndigheter mot dessa olika typer av rehabilitering. Hälso- och sjukvården svarar för den medicinska rehabiliteringen vars syfte är att återställa funktionsförmågan hos klienter till det "normala" och så långt som möjligt bota eller förbättra sjukdomstillstånd eller en nedsatt funktion.³ Den sociala rehabiliteringen är framförallt ett ansvar kommunen har via socialtjänsten. Kommunen har ett särskilt ansvar för vård, behandling och stöd relaterad till drogmisbruk samt till psykiskt sjuka. För arbetsmarknadsmyndigheterna, som svarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen, är målet arbetskraftsdeltagande för individer som endera är utan arbete eller riskerar att bli utan arbete. Målsättningen är att individer med funktionsnedsättning ska kunna etablera sig på arbetsmarknaden, där arbetsförmedlingen kan hjälpa till att finna ett arbete eller bidra till att skapa förutsättningar för att få och behålla ett arbete i första hand på den reguljära arbetsmarknaden. Försäkringskassan har ett övergripande formellt samordnande ansvar för all rehabilitering av dem som är inskrivna eller har rätt till sjukpenning hos myndigheten, som initiativtagare och samordnare av samarbete mellan olika myndigheter och arbetsgivare. Försäkringskassan ansvarar för att man ska uppmärksamma vilka klienter som är i behov av rehabiliterande åtgärder, liksom man har att utreda orsaker till den nedsatta arbetsförmågan samt verka för att lämpliga åtgärder vidtas. Kassans arbete omfattar alltså rehabilitering av skilda slag. (Bäckström 1997, Larsson 1999).

I samband med rehabiliteringsreformen 1992 infördes begreppet *arbetslivsinriktad rehabilitering*. Med arbetslivsinriktad rehabilitering avsågs i vid bemärkelse åtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång i arbete för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension⁴. Genom rehabiliteringsreformen klargjordes tydligt att arbetsgivaren (i den mån sådan finns), är en viktig lagbunden aktör och huvudansvarig för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Av 22 kap. 3 § AFL framgår att "arbetsgivaren har i första hand ansvaret för att uppmärksamma och utreda sina anställdas behov av rehabilitering och är skyldig att, vid vissa givna tillfällen, utarbeta en rehabiliteringsutredning". Det innebär att arbetsgivarna har ett ansvar att uppmärksamma och utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos sina anställda, se till att åtgärderna kommer till stånd och finansiera dem (RFV vägledning 2002:8, Larsson 1999).⁵

³ Ytterligare en viktig funktion som hälso- och sjukvården har är att förse försäkringskassan med medicinska underlag som är central vid bedömning av t.ex. rätt till sjukpenning och rehabiliteringsbehov.

⁴ Larsson (1999) konstaterade att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering infördes sida vid sida och utan harmonisering av övriga begrepp, yrkesinriktad, medicinsk och social rehabilitering. Detta finner han olyckligt, bl. a eftersom de olika begreppen lever kvar parallellt och lämnar utrymme för olika sektoriella tolkningar, allt som görs för att återfå individen i arbetslivet kan kallas arbetslivsinriktad rehabilitering. För en närmare definition och operationalisering av arbetslivsinriktad rehabilitering hos de nu studerade myndigheterna, se inledande definitioner och avsnitt 2.3.4.

⁵ Ansvaret för finansiering begränsas till åtgärder som arbetsgivaren kan vidta inom eller i anslutning till den egna verksamheten, eller för insatser som kan vara avgörande för att den anställde kan vara kvar i verksamheten. Det kan t.ex. röra sig om att anpassa arbetsmiljön, arbetsprövning, utbildning eller omplacering. Arbetsgivarens

Den enskilde saknar dock ovillkorlig rätt till rehabiliteringsinsatser, utan är beroende av att huvudmannen, vare sig det är arbetsgivaren, försäkringskassan, sjukvården eller annan bedömer att behovet finns och väljer att finansiera insatsen. Även rätt till eventuell ersättning och typ av ersättning är beroende av de olika aktörernas bedömning. Den enskilde har också skyldigheter, försäkringskassan kan t.ex. ställa krav på att den försäkrade att delta i planering och aktiviteter runt rehabiliteringen, även om arbetet så långt som möjligt ska ske i nära samarbete. Man har också vissa sanktionsmyndigheter, den som inte medverkar till beslutade åtgärder, kan bli av med hela eller delar av sin ersättning. Formellt sett, har individen små möjligheter att påverka sin rehabiliterings vara eller icke vara, men större att påverka dess innehåll och utformning (RFV vägledning 2002:8, Larsson 1999).

2.2.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering för arbetslösa sjukskrivna – insatser och ansvar hos försäkringskassa och arbetsförmedling

Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Kort uttryckt har försäkringskassan ansvaret för att se till att de åtgärder som den försäkrade behöver och de olika myndigheterna ansvara för, fogas samman till en väl fungerande enhet. Kassan har ansvaret för att rehabiliteringsutredning görs för försäkrade som saknar arbetsgivare, dvs. arbetslösa, studerande, egenföretagare och uppdragstagare. I riktlinjerna framkommer att den tidsram som gäller för arbetsgivare också bör tillämpas av försäkringskassan, dvs. att en sådan ska vara upprättad inom 8 veckor från sjukanmälningsdatum. Försäkringskassan har genom sitt samordningsansvar uppdrag att ta initiativ till avstämningsmöten mellan berörda aktörer (exempelvis hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst), för att t.ex. belysa den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga, samt behov av och möjligheter till rehabilitering. Målet med ett sådant möte är att ett klarläggande som kan ligga till grund för en rehabiliteringsplan, om försäkringskassan bedömer att rehabiliteringsåtgärder behövs. Om mötet inte ger tillräcklig information för ett beslut kan försäkringskassan inhämta ett särskilt läkarutlåtande som komplement till mötet (RFV vägledning 2002:8, Larsson 1999).

Försäkringskassans målsättning med rehabilitering är att den försäkrades sjukskrivning ska upphöra genom återgång till förvärvsarbete. Kassans arbete med rehabilitering avser alla typer av rehabilitering, såväl arbetslivsinriktad som medicinsk och social. Arbetslivsinriktad rehabilitering hos försäkringskassan brukar hänföras till tre olika huvudgrupper, arbetslivsinriktad utredning, utbildning eller arbetsprövning (se inledande definitioner). Försäkringskassan har möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, fördelade på utredningar och aktiva tjänster hos olika producenter på arbetsmarknaden, t.ex. arbetslivstjänster (ALT) och Rygginstitut. För gruppen arbetslösa sjukskrivna har man i enlighet med regleringsbrev från 2002 och framåt inte möjlighet att köpa aktiva rehabiliteringstjänster längre, dvs. arbetsprövning eller utbildning, utan bara utredande tjänster ⁶.

rehabiliteringsansvar är inte knuten till orsaken till skada eller sjukdom, utan omfattar att återställa den enskildes arbetsförmåga oavsett detta (Larsson 1999).

⁶ Utredande arbetslivsinriktade tjänster i vilka arbetsprövning är den del har man dock möjlighet att köpa.

Arbetsförmedlingens främsta uppgift är att tillsätta lediga platser bland dem som saknar anställning⁷. Arbetsförmedlingens tjänster, metoder, insatser och program är lika för alla, oavsett om personen är arbetslös eller arbetslös sjukskriven. Kärnverksamheten kan sammanfattas inom verksamhetsgrenarna matcha, utbilda och aktivera. Matchning är förmedlingens främsta uppgift, vilket syftar till att medverka till att arbetsmarknaden fungerar effektivt genom att sökande får arbete och lediga arbeten snabbt blir tillsatta. Utbilda är en stöduppgift till att matcha, där den som är arbetslös och har bristfällig kompetens rustas med utbildning, främst mot bristyrken.⁸ Aktivera omfattar insatser som stärker, utvecklar och motiverar den arbetssökande, insatser som ska öka möjligheterna till jobb för dem med svagast ställning på arbetsmarknaden. Här kan t.ex. den sökande få ta del av förberedande utbildningar som Komvux. De tre kärnverksamheterna är fördelade på sju olika bastjänster som erbjuds arbetssökande.⁹ Inom Arbetsmarknadsverket bedrivs arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för dessa bastjänster. Målet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheten är att arbetslösa sjukskrivna med en arbets- eller funktionsnedsättning¹⁰ ska finna, eller bidra till att skapa förutsättningar för att få och behålla ett arbete på främst den reguljära arbetsmarknaden (Rönnerberg 2004, AMV 2001, AMS 2003, RFV vägledning 2002:8).¹¹ Målgruppen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är sökande med funktionshinder och/eller en svag ställning på arbetsmarknaden och de som har särskilda behov av service inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Svensson 2001). Specialkompetens finns inom arbetsförmedlingen för bastjänsterna ”klargöra arbetsförutsättningar” och ”anpassa arbetssituation”, där man exempelvis kan tydliggöra hur nedsatt arbetsförmåga eller andra svårigheter kan påverka möjligheten att hitta ett arbete (t.ex. arbetspsykologisk utredning, arbetsprövning), eller aktivt anpassa en arbets- eller utbildningssituation för den som har nedsatt arbetsförmåga (Rönnerberg 2004). Handläggaren på arbetsförmedlingen förfogar över ett antal instrument rörande arbetslivsinriktad rehabilitering och insatser för dem med funktionsnedsättning. En funktionsnedsättning medför dock inte per automatik behov av eller rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering, utan t.ex. platsförmedling eller vägledning kan bedömas vara adekvat service. Arbetsförmedlingen saknar till skillnad från försäkringskassan helt resurser för att köpa externa arbetslivsinriktade tjänster, undantaget utbildningsinsatser (som dock inte klassas som arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetsförmedlingen). Vidare är tillgången till en del av arbetsförmedlingens tjänster, som kan vara aktuella för målgruppen, villkorade, det krävs t.ex. att den sökande bedöms ha ett arbetshandikapp, tilldelats en handikappkod som han/hon samtyckt till för att komma ifråga för lönebidrag eller få arbetshjälpmedel.¹²

⁷ Ansvaret omfattar även de som har ett arbete, om de riskerar att förlora anställningen och rehabiliteringsinsatser bedöms kunna förhindra detta.

⁸ Utbildningsinsatser ska styras av efterfrågan på arbetsmarknaden och arbetsgivarnas kompetenskrav, de som t.ex. erhåller en arbetsmarknadsutbildning ska av arbetsförmedlingen bedömas kunna erhålla ett arbete efter insatsen (AMS styrdokument 2003).

⁹ De sju bastjänsterna omfattar söka arbete, förbättra ditt arbetssökande, vägledning till arbete, starta eget företag, utbildning till arbete, klargöra arbetsförutsättningar och anpassa arbetssituationen.

¹⁰ Funktionsnedsättning betyder att en persons funktionsförmåga är nedsatt p.g.a. skada eller sjukdom. Funktionsnedsättningen kan vara av fysisk, psykisk, social eller intellektuell art. Handikapp kan vara en konsekvens av funktionsnedsättning, där graden av handikapp ses som relaterad både till funktionsnivå och till omvärldsfaktorer. (AMS 2001).

¹¹ Möjligheterna att ”få och behålla ett arbete” ställs i relation till situationen på arbetsmarknaden, vilket innebär att strukturella förändringar i arbetslivet och hög arbetslöshet kan medföra att huvudmålet arbete måste kompletteras med delmål, som olika arbetsmarknadspolitiskt program.

¹² Handikappkoderna är i sin tur orienterade mot klara handikapp och inte mot dem som generellt sett har svag ställning på arbetsmarknaden.

Arbetsförmedlingen har tilldelats en kontrollfunktion i arbetslöshetsförsäkringen, där förmedlarna ska kolla att de som uppbär ersättning uppfyller grundvillkoret i arbetslöshetsförsäkringen och står till arbetsmarknadens förfogande. Den arbetssökande ska vara ”arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete” samt beredd att anta lämpligt arbete och söka arbete på ett aktivt sätt. Den sökande ska också vara inskriven vid arbetsförmedlingen och aktivt medverka till att upprätta en handlingsplan (AMS styrdokument 2003). Detta en central punkt när det kommer till gränsdragningsproblem mellan försäkringskassans och arbetsförmedlingens uppdrag och mål. Socialförsäkringens mål är att minska på ohälsan och arbetsmarknadspolitikens att säkra arbetskraftutbudet och se till att individer står till arbetsmarknadens förfogande, två uppdrag och mål som inte sällan visat sig svåra att förena (RFV/AMS (lägesrapport) 2003).

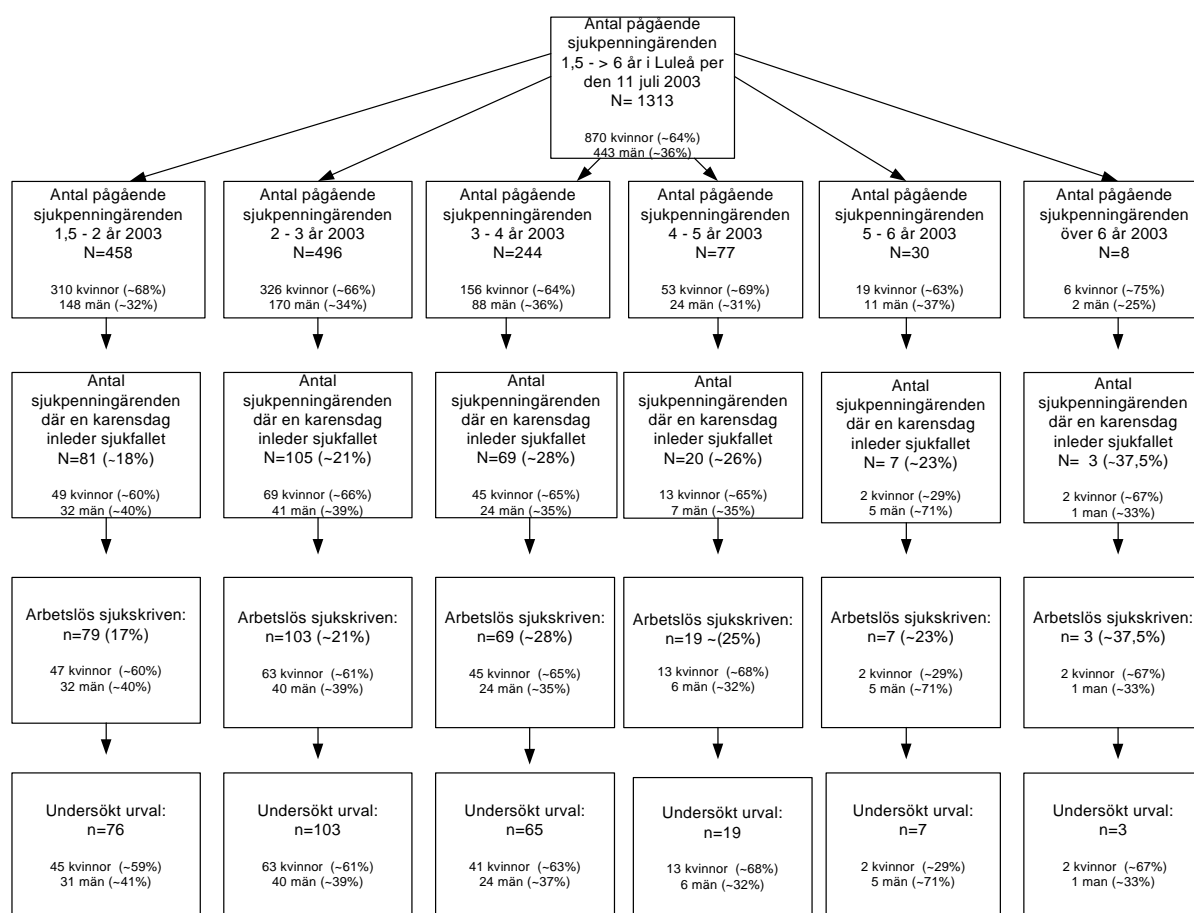
Det gäller inte minst gruppen arbetslösa sjukskrivna, som man uppmärksammat kommit i kläm mellan försäkringskassans och arbetsförmedlingens regelsystem när det kommer till arbetslivsinriktad rehabilitering. Istället för ”dubbla skyddsnät” har det inte sällan varit frågan om ”fritt fall”, relaterad till de gränsdragningsproblem som kan uppkomma mellan olika myndigheters ramverk. För att råda bot på detta har bl.a. regeringen (2001) uppdragit åt AMS och RFV att genomföra ett program med en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen under tre år, 2002-2004 med det övergripande målet att ”fler arbetslösa sjukskrivna ska återfå förmågan att arbeta och förmågan att försörja sig själv genom förvärsarbete” (RFV/AMS 2003). Man har också inom ramen för uppdraget initierat ett nationellt pilotprojekt, FAROS (förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering), för att utveckla samverkansformer och metodik inom arbetslivsinriktad rehabilitering mellan försäkringskassa och arbetsförmedling. Målsättningen med FAROS är att få en sammanhållen och individanpassad organisation för att stötta individer att snabbt återfå förmågan att försörja sig genom förvärsarbete. Utöver detta finns ytterligare exempel på formaliserad samverkan och samverkansprojekt mellan myndigheterna för gruppen arbetslösa sjukskrivna,¹³ i vilken denna undersökning kan ses som en del.

¹³ Här har man t.ex. slutit avtal på länsnivå i Norrbotten 2003 rörande samverkan mellan Länsarbetsnämnden och Försäkringskassan avseende insatser för arbetslösa sjukskrivna.

3. Material och metod

Urvalet till undersökningen baserades på en förteckning¹⁴ över samtliga pågående sjukpenningärenden per den 11 juli 2003 hos försäkringskassan i Luleå, som vid tidpunkten haft en varaktighet på 1,5 – 2 år, 2-3 år, 3-4 år, 4-5 år, 5-6 år samt över 6 år. Urvalsramen omfattade samtliga individer i dessa grupper.¹⁵ Totalt ingick 1313 sjukpenningärenden i urvalsramen, fördelat på 870 kvinnor och 443 män.

Figur 1. Urvalsprocess arbetslösa sjukskrivna hos Försäkringskassan Luleå



Källa: Försäkringskassans listor S-5295-L1 samt uppgifter från Försäkringskassans datorbaserade TP och ÄHS system.

¹⁴ Försäkringskassans listor S-5295-L1 (pågående sjukfall större än 59 dagar).

¹⁵ Individer med sjukfall i intervallet 0 - 1,5 år exkluderades, främst av tidsskal. Den tidsåtgång som krävdes för att kartlägga denna den största gruppen (drygt 1500 individer) bedömdes inte rimlig vare sig i förhållande till projekts tidsramar, och/eller i relation till andelen som skattades varit aktuella för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser i gruppen. Tidigare studier har visat att omkring 10-15 % av de långtidssjukskrivna varit föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser (Marnetoft 2000 m.fl.), insatser som aktualiseras allt senare i sjukfallet (Larsson 1999).

Genom att studera sjukhistorikbild 036 i Försäkringskassans datorbaserade TP system, var det möjligt att avgöra om personen var arbetslös eller inte vid sjukfallets början. Sjukfall för arbetslösa inleds med en karenstdag istället för sjukfall för anställda som istället startar med en sjuklöneperiod på 14 dagar. För säkerhets skull kontrollerades att karenstdagen inte gällde egna företagares sjukfall, vars sjukfall också inleds med en karenstdag. Av de 1313 sjukpenningärendena omfattade 280 sjukfall individer som var arbetslösa, dvs. 21 %, vilket förefaller vara en rimlig siffra relativt tidigare studier (jfr t.ex. Lundberg 2003).

Bland dessa 280 sjukfall exkluderades ytterligare sju personer efter genomgång av de datorbaserade personakterna i försäkringskassans ÄHS system. Det var individer som inte tillhörde urvalsramen längre, individer som flyttat under sjukfallet och bytt försäkringskassekontor och därmed inte fanns tillgängliga som registrerade i systemet. Totalt 273 individer uppfyllde samtliga urvalskriterier hos försäkringskassan och kom att omfattas av undersökningen.¹⁶

Undersökningen är en registerbaserad totalundersökning av en grupp i ett visst begränsat geografiskt område, resultaten besväras därför inte av problem med representativitet, inte heller bortfall. Undersökningen omfattar de arbetslösa sjukskrivna i Luleå, och resultatet är såtillvida representativt för just den gruppen. Kontrollgrupp saknas dock, vilket likafullt innebär en begränsning av möjligheterna att besvara frågor som t.ex. rör vem den arbetslösa sjukskrivna är. En förutsättning för att kunna besvara frågan är att den relateras till något, vilket i det här fallet varit andra studiers resultat om karaktäristiska drag för arbetslösa sjukskrivna, i synnerhet beträffande grundläggande variabler som ålder, kön och diagnos. På så vis kan man få en uppfattning om i vad mån denna grupp liknar eller skiljer sig från andra studier om arbetslösa sjukskrivna, vilket är värdefulla ingångsvärden när resultaten sedan ska tolkas.

Urvalsarbetet genomfördes under delar av oktober/november 2003 och datainsamling genomfördes under perioden 2004-01-20 – 2004-03-25, först vid försäkringskassans centralkontor och därefter vid Länsarbetsnämnden i Norrbottens län. Utgångspunkten för datainsamlingens systematisering var en enkät som utformats för uppdraget, med stöd av upplägg och/eller variabler från tidigare studier (t.ex. Marnetoft 2000, Riks-Ls 1995/RFV LS 2004, RFV Redovisar 1997:6). Datamaterialet inhämtades så långt det var möjligt genom respektive myndighets datorbaserade system, dvs. personakter i försäkringskassans ÄHS-databas respektive TP databas och i arbetsmarknadsverkets AIS-databas. Denna information fick dock emellanåt kompletteras med andra typer av data. Individer som fått förtidspension/sjukbidrag prövat/beviljat under sjukfallet saknade datorbaserade akter i ÄHS, varpå jag fick beställa personakter i pappersform direkt från lokalkontoret för att få tag på motsvarande information.

Hos arbetsmarknadsverket raderas en persons datorbaserade akt två år efter avaktualisering från arbetsförmedlingen, av sekretesskäl. Eftersom de sjukfall/arbetslöshetsfall som är aktuella i

¹⁶ Av dessa 273 individer var 42 inte inskrivna hos arbetsförmedlingen vid sjukfallets startdatum, 34 har aldrig varit inskrivna under sjukfallets löptid. De flesta av dessa har varit inskrivna tidigare men avaktualiserats från arbetsförmedlingen på grund av sjukfallet. Dessa individer är på riktiga grunder arbetslösa, men inte arbetssökande, eftersom de inte bedöms stå till arbetsmarknadens förfogande. Arbetsförmedlingens insatser under sjukfallet/arbetslöshetsfall är dock uteslutande relaterad till de individer som varit inskrivna under perioden, dvs. 239 istället för 273.

föreliggande studie inte sällan sträcker sig långt tillbaka i tiden, gjordes en kompletteringsbeställning via AMS händelsedatabasregister för 117 personer. Från denna händelsedatabas inhämtades information om de insatser en sökande varit föremål för, t.ex. om och när man varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering. Det var dock inte möjligt att få några närmare uppgifter om t.ex. typ av arbetslivsinriktad rehabilitering, i några fall kompletteringsbeställdes lagrade pappersakter från Landsarkivet i Härnösand.

Såväl urvalsprocess som datainsamling föregicks av introduktion och utbildning av mig som genomförare av studien av en handläggare vid respektive myndighet. Denna introduktion omfattade uppbyggnad och funktion av respektive myndighets datasystem, vilken typ av information som ska upprättas och var liksom redogörelser för arbetsätt, övergripande arbetsgång och respektive myndigheters processer i arbetet med arbetslösa sjukskrivna. För att borga för datas kvaliteter, samlade vi (rapportförfattare och handläggare) gemensamt in data till enkäten under första tiden, tills dess en överrensstämmelse i systematik och sökvägar uppstod. Vid försäkringskassan tog detta cirka en vecka, vid arbetsmarknadsmyndigheten var tiden ungefär halverad, där samlades en mindre del av materialet in och data och datasystem var mer självinstruerande och lättare att tolka. Handläggarna fanns därefter tillgängliga för att besvara frågor under hela datainsamlingens gång vid behov.

Analysen hänger på flera sätt nära samman med datainsamlingen. Förutom att söka svar på de uppställda frågorna tillät jag mig också att ställa nya frågor/reflektera över de spontana funderingar som datainsamlingsarbetet genererade. Parallellt med arbetet med datainsamlingen till enkäten förde jag därför bok, en slags "dagbok". I dagboken noterades reflektioner av mönster som framträtt, likheter/olikheter, oklarheter eller bara intressanta frågeställningar som väcktes i samband med datainsamlingen. Denna dagbok kom att bli välanvänd och ganska omfattande. Inte sällan var den utgångspunkt för diskussion med handläggarna för att reda ut eventuella oklarheter eller bara reflektioner över vidare frågeställningar som uppkommit. Att lyfta frågeställningar och reflektioner som uppkommit något vid sidan av eller utöver uppdraget, bedöms dock kunna vara värdefullt som diskussionsunderlag eller frågeställningar för framtida studier.

Det insamlade enkätadatamaterialet har sammanställts och bearbetats i programvaran SPSS och presenteras företrädesvis via enklare deskriptiva analyser i rapporten.

4. Resultatdiskussion

I följande kapitel 4-9 redovisas de huvudsakliga resultaten från undersökningen som bevarar studiens övergripande frågeställningar - vem är den arbetslösa sjukskrivna i Luleå, vilka arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser har han/hon varit föremål för, med vilket resultat samt vilka hinder för rehabilitering kan hittas? För att underlätta läsbarheten blandas resultat med en löpande diskussion av resultaten. Rapporten avslutas med en slutdiskussion i kapitel 10.

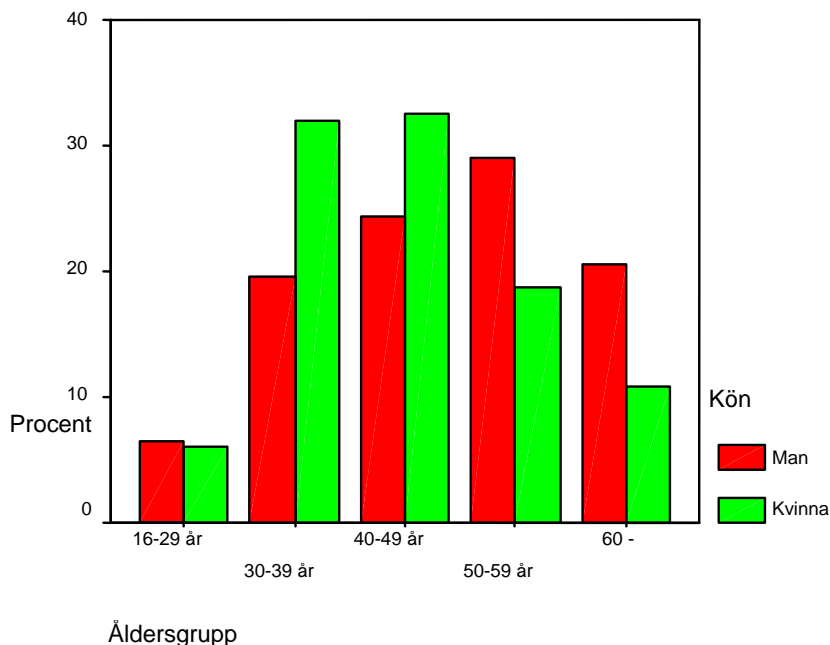
4.1 Vem är den arbetslösa sjukskrivna?

4.1.1 Kön och ålder

Kvinnor är överrepresenterade bland de arbetslösa sjukskrivna. Att kvinnor är överrepresenterade gäller generellt bland sjukskrivna, ofta i ungefär den storleksordning som framträder här, ca 60 % kvinnor mot 40 % män (AMS 2001). Den könsfördelning som framträder här skiljer sig därmed inte från andra studier om sjukskrivna, eller arbetslösa sjukskrivna.

Tidigare studier (t.ex. AMS 2001, Lundberg 2003) har också visat att arbetslösa sjukskrivna är yngre än sjukskrivna med anställning, liksom att andelen kvinnor är yngre än andelen sjukskrivna män. Det senare gäller också denna undersökning. Kvinnorna återfinns huvudsakligen i intervallet över 45 år, medan männen är i intervallet under 45 år. Drygt 70 % av kvinnorna återfinns i åldersintervallet 16-49 år, mot ca 50 % av männen.

Diagram 1 Andel arbetslösa sjukskrivna kvinnor och män, fördelat på ålder.



Källa: Försäkringskassans listor S-5295-L1.

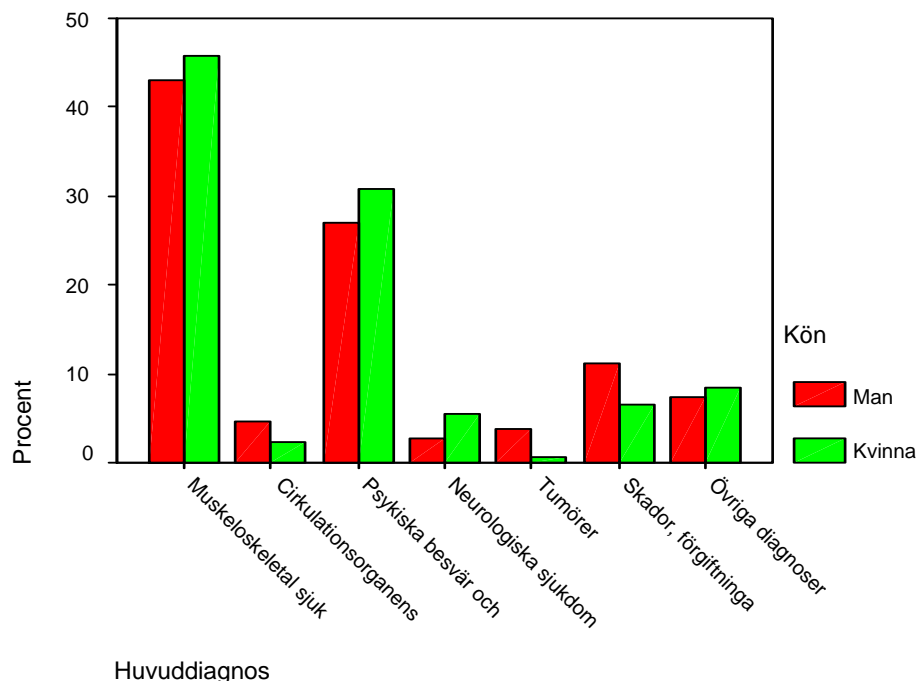
Noterbart är den höga andel som återfinns i intervallet 60 år och uppåt, där drygt 20 % av männen respektive 10 % av kvinnorna återfinns. I Lundbergs studie (2003) är motsvarande siffra drygt 12 respektive 7 %. Det är också påtagligt fler än som t. ex presenteras i samverkansrapporten "samarbete kring långtidsarbetslösa sjukskrivna" (Socialstyrelsen 2001) och AMS rapport om arbetsförmedlingens och försäkringskassans "gemensamma kunder" (2001). När andelen som förtidspensionerats/tilldelats sjukbidrag under sjukfallets löptid räknas bort föll större delen av det som framstod som en överrepresentation i åldersgruppen¹⁷. Den förhållandevis låga andel som funnits i denna ålderskategori i de övriga studierna har antagits bero på att många arbetslösa i de högre åldrarna pensionerats bort från arbetslivet efter en längre tids sjukdom, en hypotes som också får stöd här.

4.1.2 Diagnos

Nedan återges huvuddiagnos vid sjukfallets början enligt det senast utfärdade läkarintyget. Diagnoserna är fördelade på sex olika huvudgrupper som täcker drygt 92 % av diagnoserna. Muskelosketala sjukdomar är den största diagnosgruppen bland de arbetslösa sjukskrivna, ca 45 % har sjukdomar i rörelseorganen. Den näst största gruppen utgörs av psykiska besvär och sjukdomar som omfattar ca 30 % av diagnoserna. Tidigare studier har visat en klar överrepresentation av diagnoser inom kategorin psykiska störningar bland de arbetslösa jämfört med anställda (Lidwall 1997, Lundberg 2003). Ytterligare en skillnad är att den psykiska ohälsan bland arbetslösa är av annan karaktär än den hos anställda, stressrelaterade diagnoser (utmattningsdepression, utbrändhet m.m.) förekommer i avsevärt mer begränsad omfattning hos arbetslösa än hos anställda. I Lundbergs studie var 27 % av de psykiska diagnoserna hos arbetslösa sjukskrivna kopplade till andra än stressrelaterade problem, medan motsvarande siffra för anställda var 12 %. Som tendens betraktat är det min bedömning att detta också gäller i denna undersökning. Någon mer systematisk kartläggning av olika typer av psykisk ohälsa har inte genomförts i den här undersökningen, men väl medveten om Lundbergs resultat noterades vid datainsamlingen att stressrelaterade diagnoser förekom i begränsad utsträckning. Denna grupp har företrädesvis andra typer av psykiska besvär. För övrigt bjuder fördelningen över diagnoser inte på någon särskild överraskning, varken totalt eller när det kommer till fördelningen mellan könen. Möjligen kan man notera att andelen med skador och förgiftningar är något större än förväntat, vilket i synnerhet gäller bland män. Det är också rimligt att anta att behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering skiljer sig åt mellan diagnosgrupper. Individer med svårare sjukdomstillstånd och generellt sett mer varaktig nedsatt hälsa (t.ex. tumörer) kan antas ha en annan status när det kommer till rehabiliteringsbehov, än grupper med mindre allvarliga sjukdomstillstånd.

¹⁷ 18 % tilldelades hel eller partiell förtidspension/sjukpension någon gång under sjukfallet.

Diagram 2 Huvuddiagnos fördelat på kön.



Källa: Försäkringskassans datorbaserade system, TP och ÄHS.

Huvuddiagnosen förändrades i mycket liten utsträckning under sjukfallets löptid. Efter 6 månader hade cirka 98 % av de arbetslösa sjukskrivna samma diagnos som vid sjukfallets början, efter 12 månader 97 %. Efter 24 månader hade cirka 70 % samma diagnos som vid sjukfallsstart, för ytterligare 25 % hade sjukfallet inte varit så länge och 5 % hade ersättning för annan diagnos.¹⁸ Sammanfattningsvis skiljer sig den här undersökningen inte på något avgörande vis från andra studier beträffande grundläggande ingångsvärden som ålder, kön och diagnos för arbetslösa sjukskrivna. Gruppen kan såtillvida antas vara jämförbar med den arbetslöse sjukskrivne i gemen.

4.1.3 Enskilda sociala faktorer

Tidigare studier har visat att arbetslösa sjukskrivna oftare har en mer sammansatt problematik än personer med anställning (Lidwall 1997, RFV redovisar 1996:14). De har oftare psykiatriska diagnoser, i högre utsträckning missbruksproblem, och de har också en annan status när det kommer till civilstånd där de mer sällan lever i stabila parrelationer.¹⁹ Det innebär att arbetslöshet och sjukskrivning många gånger inte kan ses som ett isolerat problem, vilket också har betydelse när det kommer till behov och utformning av rehabiliterande insatser. Både försäkringskassans och arbetsförmedlingens handläggare har också vittnat om förekomst av ”tunga ärenden” rörande

¹⁸ Enbart huvuddiagnosen i läkarintyg har återgetts. Min bedömning är att flerdiagnosbilder med huvud- och bidiagnoser snarare var regel än undantag. Under datainsamlingen framgick också tydligt att det fanns en kombination av i synnerhet muskeloskeletal och psykiatriska diagnoser.

¹⁹ Arbetslösa sjukskrivna är oftare ogifta/frånskilda/änka/änkling än de med anställning (Lidwall 1996).

denna grupp (RFV redovisar 2002:1).

I den här undersökningen har förutom civilstånd och psykiatrisk diagnos, också förekomst av missbruksnotering och sociala krismarkörer kartlagts. Finns det någon notering om missbruk respektive sociala krismarkörer i läkarintygen i akten? Som sociala krismarkörer räknas händelser/tillstånd i företrädesvis i den egna familjen, t.ex. utsatthet för misshandel, missbruk hos make/maka, dödsfall i familjen, problem med egna barn (t.ex. handikapp/sjukdom/relationer/droger), men även i viss mån ”sociala ärr” relaterade till ursprungsfamiljen (vilket inte sällan omfattar samma typer av problem, uppväxtproblem relaterade till t.ex. misshandel, missbruk). Dessa händelser/tillstånd är inte tidsatta, utan kartläggningen omfattar kort och gott om denna typ av problematik har förekommit eller ej.²⁰

Nedan följer ett par enkla deskriptiva bilder, som beskriver hur fördelningen ser ut i materialet när det kommer till förekomst av dessa riskfaktorer, inledningsvis var för sig, därefter återges något om hur de samvarierar. Samtliga uppgifter är inhämtade från Försäkringskassan.

4.1.3.1 Civilstånd

Cirka 35 % av de arbetslösa sjukskrivna är gifta, 40 % ogifta, 22 % frånskilda och ca 3 % änka eller änkling. Tidigare studier har visat att det är vanligare att leva ensam bland långvarigt sjukskrivna utan arbete än långvarigt sjukskrivna med arbete (Lidwall1997). Fördelningen i den här studien följer inget annat mönster. Det brukar förklaras med (1) att selektionseffekter spelar in på så vis att människor med hälsoproblem tenderar att leva ensamma eller separerar i högre grad och/eller (2) att livet i ett parförhållande i sig fungerar som ett socialt skydd eller buffert som minskar risken att förtidspensioneras eller bli långvarigt sjukskriven. Den sociala situationen är alltså en faktor som anses fungera skyddande för hälsan, om inte direkt så i alla fall indirekt genom att minska sårbarheten för exponering av andra riskfaktorer (Höög, Stattin 1994). Det finns stora skillnader mellan könen, tabellen nedan visar att ca 40 % av kvinnorna är gifta mot 27 % av männen, följaktligen är 73 % av männen ogifta/frånskilda/änka eller änkling mot 60 % av kvinnorna.

Tabell 1 Civilstånd fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Civilstånd	Gift	27, 1%	40, 4%	35, 2%
	Ogift	43, 0%	38, 6%	40, 3%
	Änka/Änkling	, 9%	3, 6%	2, 6%
	Frånskild	29, 0%	17, 5%	22, 0%
Total		107	166	273
		100, 0%	100, 0%	100, 0%

Källa: Försäkringskassans datorbaserade system TP.

²⁰ Det centrala har inte varit att fastställa när i tid dessa sociala kriser förekommit, utan om de förekommit och noterats i läkarintygen.

4.1.3.2 Sociala krismarkörer

När det kommer till förekomst av sociala krismarkörer/stressfulla livshändelser relaterade till privatlivet, har ca 22 % av samtliga arbetslösa sjukskrivna minst en notering om det i läkarintyg sin akt. Nära på var fjärde kvinna och var femte man har en notering om en (eller oftare) flera sociala kriser i läkarintyg i sin akt. Psykosociala markörer av detta slag och missbruk har visat sig vara en mycket viktig faktor för utfallet av rehabilitering, inte minst för kvinnor (Kaiser 2001, ref. i Hyberg 2002). Vid utvärdering tre år efter avslutad rehabilitering i Kaisers studie hade kvinnorna med psykosociala markörer fyra gånger så stor risk att förtidspensioneras jämfört med männen som hade dubbelt så stor risk. Studien visade också att en betydligt högre andel kvinnor hade rapporterade psykosociala markörer relaterade till privatlivet än män.

Tabell 2 Social krismarkör fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Social krismarkör	Social krismarkör/markörer finns	17, 8%	24, 1%	21, 6%
	Social krismarkör/markörer saknas	82, 2%	75, 9%	78, 4%
Total		107	166	273
		100, 0%	100, 0%	100, 0%

Källa: Försäkringskassans datorbaserade system, ÄHS.

4.1.3.3 Psykiatrisk diagnos och missbruksnotering

Som tidigare nämnts, så har ungefär 30 % av de arbetslösa sjukskrivna en psykiatrisk diagnos, något fler kvinnor (30,7 %) än män (27,1 %). Ungefär 12 % har (minst en) missbruksnotering i sin akt. Hela 23,4 % av männen i gruppen har en sådan notering, mot 4,8 % av kvinnorna. Det ska i sammanhanget noteras att missbruk är en faktor som normalt sett anses vara underrapporterad. Det kan handla om att de sjukskrivna själv lyckas dölja sitt missbruk, dels att myndigheter eller läkare undviker att dokumentera dessa typer av förhållanden i akter i full utsträckning, då det är känsliga och tabubelagda områden som inte alltid är helt lätta att belägga (Lidwall 1996, se vidare t.ex. Upmark 1999).

Tabell 3 Psykiatrisk diagnos fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Psykiatrisk diagnos	Psykiatrisk diagnos	27,1%	30,7%	29,3%
	Ej psykiatrisk diagnos	72,9%	69,3%	70,7%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans datorbaserade system, TP och ÄHS.

Tabell 4 Missbruksnotering fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Missbruksnotering	Missbruksnotering finns	23, 4%	4, 8%	12, 1%
	Missbruksnotering saknas	76, 6%	95,2%	87,9%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Källa: Försäkringskassans datorbaserade system, ÄHS.

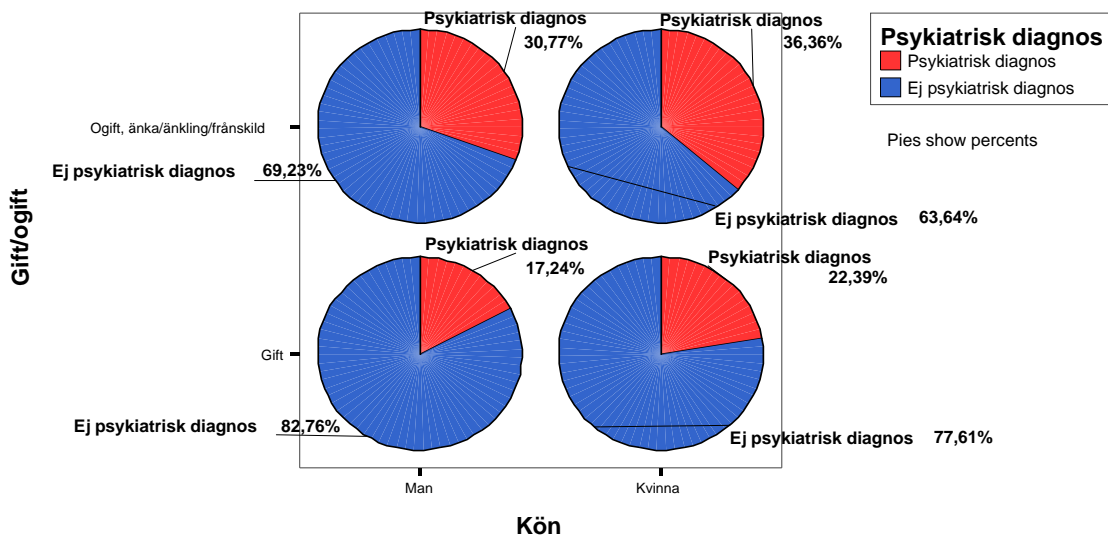
4.2.1 Sammansatta sociala faktorer

I föregående avsnitt återgavs förekomst av sociala faktorer var för sig. En fördjupad analys visar att det finns en tydlig samvariation mellan t.ex. missbruk och psykiatrisk diagnos, att vara icke gift och missbruk, psykiatrisk diagnos och ha en social krismarkör²¹. Dessa enskilda sociala faktorer kan tillsammans sägas bilda en sammansatt social faktor. Att drabbas av enstaka problem rörande relationer, sjukdom eller annat är normalt under ett livsförlopp. Om problemen däremot förekommer samtidigt finns risken att problemen förstärker varandra och blir svårare att hantera, både för den enskilde och för myndigheter. Från ett handläggarperspektiv kan man också notera att kraven på kompetens ökar för att hantera individer med en sammansatt problematik (Lidwall 1997). Det är också möjligt att det kan leda till gränsdragningsproblem mellan myndigheter om vad som är "huvudproblemet" (arbetslöshet, missbruk, sjukdom) och därmed vem som är huvudman mellan myndigheter rörande personer med denna typ av sammansatta problematik. Nedan illustreras några exempel på hur fördelningen av sammansatta sociala faktorer kan se ut, för män respektive kvinnor. Samtliga uppgifter är hämtade från Försäkringskassans databas ÄHS.

Fördelningen nedan visar (figur 2), att det finns en koppling mellan att vara icke gift och ha en psykiatrisk diagnos. 36 % av de icke gifta kvinnorna har en psykiatrisk diagnos, mot 22 % av de gifta, cirka 31 % av de icke gifta männen har en psykiatrisk diagnos, mot 17 % av de gifta. Det är däremot inte möjligt att uttala sig närmare om sambandets riktning, dvs. om man lever ensam på grund av att man har en psykiatrisk diagnos eller om ensamlevandet kan ha haft betydelse för att man fått en.

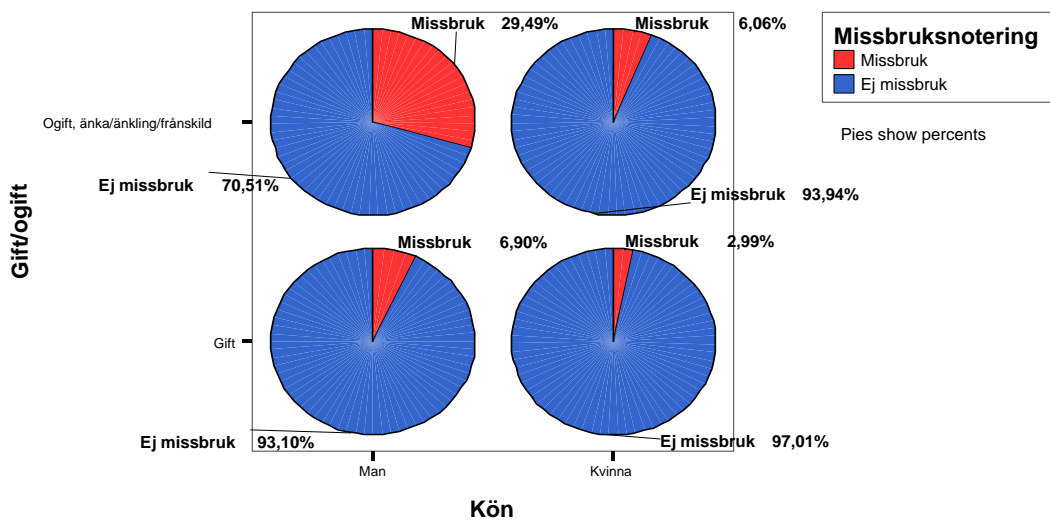
²¹ statistiskt signifikant ($p < 0,05$).

Figur 2 Civilstånd, kön och förekomst av psykiatrisk diagnos



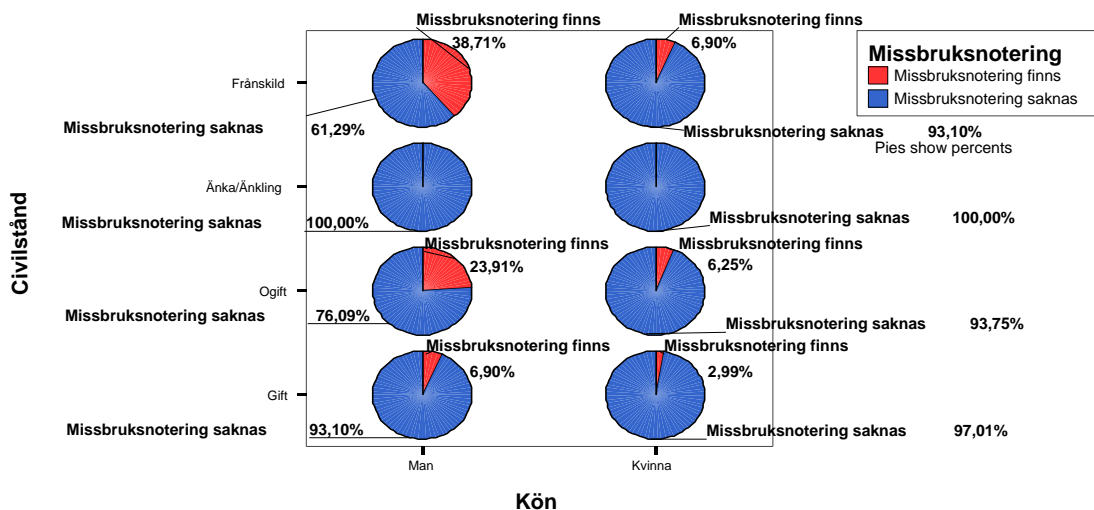
Nedanstående figur (3) visar att det finns ett samband mellan civilstånd (att vara icke gift) och missbruk, i synnerhet bland män. Nästan 30 % av de icke gifta männen har en missbruksnotering, mot knappt 7 % av de gifta. För kvinnor är sambandet mer blygsamt. Det är dubbelt så många icke-gifta kvinnor med missbruksnotering än gifta kvinnor, men problem med missbruk är förhållandevis ovanligt jämfört med hos män.

Figur 3 Civilstånd, kön och förekomst av missbruksnotering



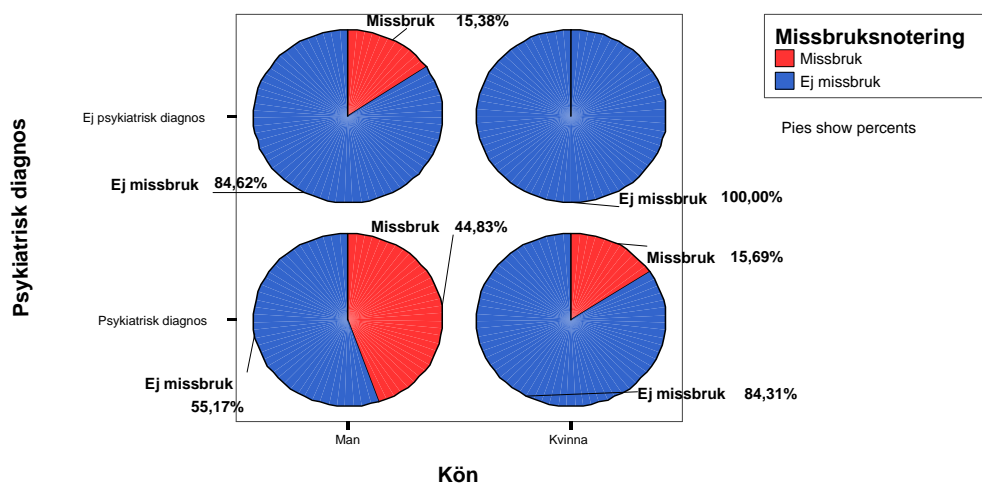
Nedan (figur 4) illustreras en ytterligare finare fördelning av civilstånd och missbruksnotering. 38 % av de fränskilda männen har en missbruksnotering, 24 % av de ogifta. 6 % av de gifta männen har en missbruksnotering, ingen änkling²². Mönstret ser likadant ut för kvinnor, den största andelen finns bland ogifta och fränskilda, inga hos änkor, en mindre andel hos gifta.

Figur 4 Civilstånd, kön och förekomst av missbruksnotering



45 % av männen med en psykiatrisk diagnos har också en missbruksnotering i sina läkarintyg, medan bara 15 % av männen som inte har en psykiatrisk diagnos har en motsvarande markering. 15 % av kvinnorna med psykiatrisk diagnos har en missbruksnotering, vilket inga kvinnor med andra diagnoser har.

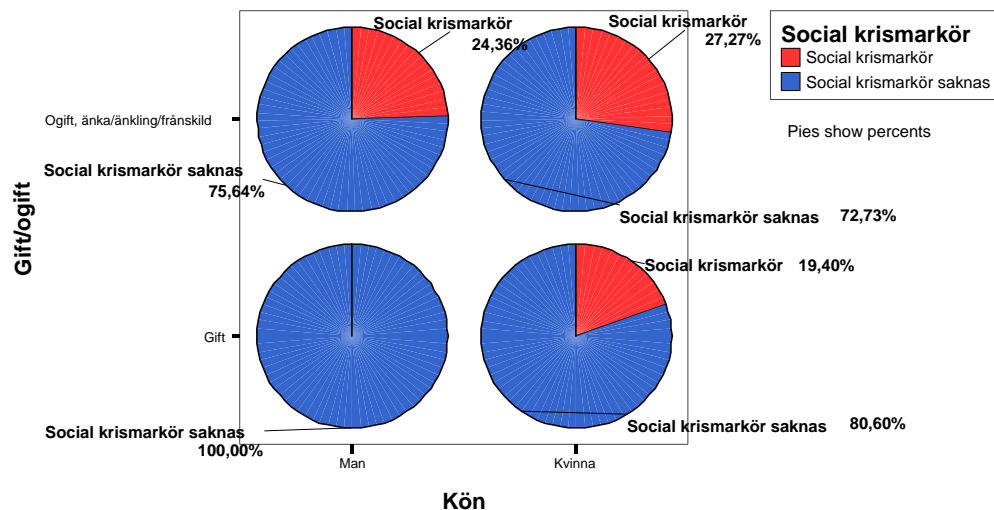
Figur 5 Psykiatrisk diagnos, kön och förekomst av missbruksnotering



²² änka/änkling n=1

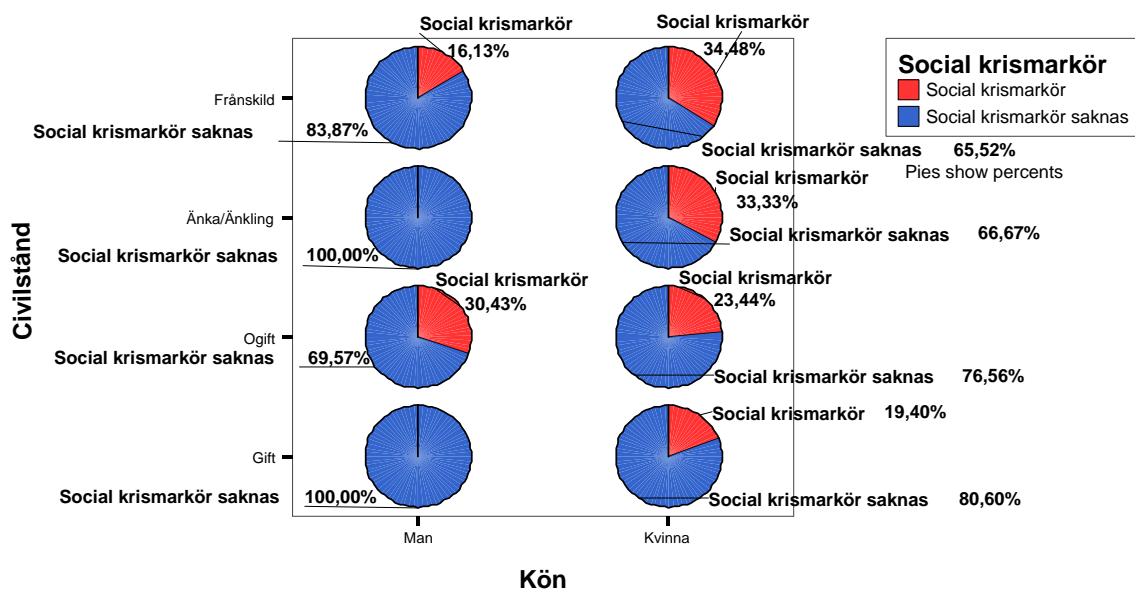
Social krismarkör är mer vanligt förekommande hos icke gifta än hos gifta, men det gäller i synnerhet för män. 24 % av de icke gifta männen har en social krismarkör, ingen av de gifta. Hos kvinnorna är bilden radikalt annorlunda, här förefaller civilstånd inte spela så stor roll. Även om andelen kvinnor med social krismarkör är högre bland icke gifta, är det en förhållandevis stor andel gifta kvinnor som också har en eller flera sociala krismarkörer.

Figur 6 Civilstånd, kön och social krismarkör



Skillnaderna mellan män och kvinnor framkommer ännu tydligare när fördelningen av civilstånd görs finare (se figur 7 nedan).

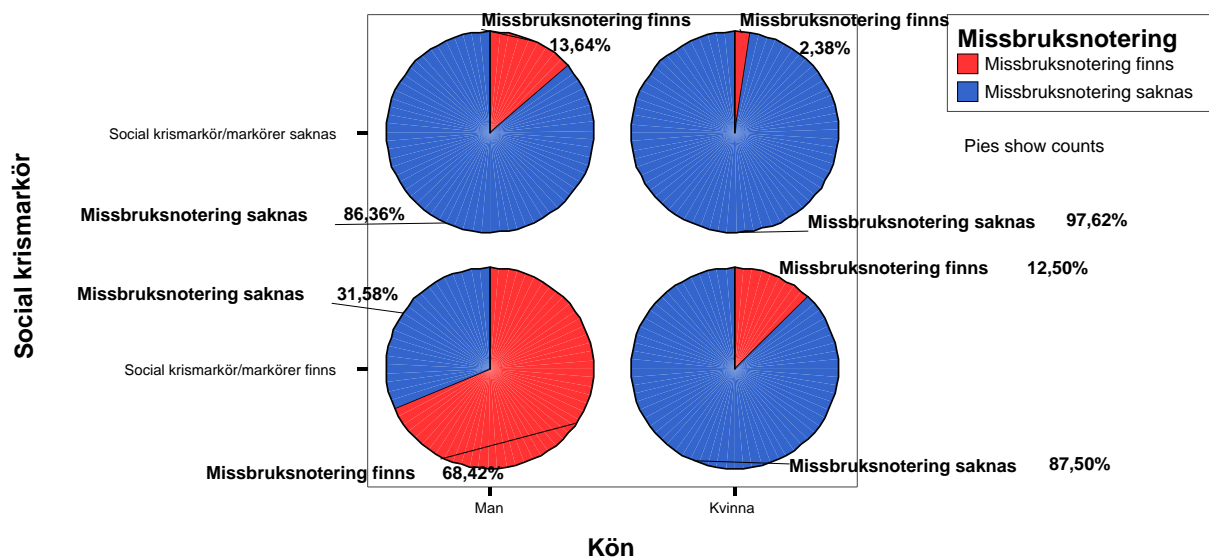
Figur 7 Civilstånd, kön och social krismarkör



34 % av de frångående kvinnorna har minst en social krismarkör, 33 % av änkorna²³, 23 % av de ogifta och 19 % av de gifta. Civilstånd verkar med andra ord ha en begränsad betydelse för kvinnor när det kommer till förekomst av sociala krismarkörer. Kvinnor har sociala krismarkörer oavsett civilstånd, medan män bara har det om de är icke gifta eller frångående. För kvinnor förefaller civilstånd inte ha samma funktion som socialt skydd eller buffert för kriser som för män, när det gäller att minska sårbarheten för exponering av andra riskfaktorer. Möjligen kan det vara ett uttryck för att kvinnor har och/eller förväntas ta ett större omsorgsansvar för t.ex. sina barn och sin familj. Förutom att kvinnor i högre utsträckning kan känna sig och vara ansvariga för privatrelaterade kriser, så kan det också handla om olika benägenhet att fråga om/berätta om dylik social problematik i interaktion med läkare/patient, där kön spelar roll. Ytterligare en hypotes är att kvinnor i högre utsträckning är direkta "offer" för sociala kriser, som t.ex. för misshandel och missbruk.

I tidigare nämnda studie av Kaiser (sid. 25), som omfattade 174 män och 198 kvinnor som varit föremål för rehabiliteringsinsatser, hade 48 % männen med en social markör också en missbruksnotering. I den här studien är tendensen densamma, 68 % av männen med en social krismarkör också en missbruksnotering, 12,5 % av kvinnorna, se figur 8 nedan.²⁴

Figur 8 Missbruk, kön och social krismarkör



Kaiser fann också att det fanns skillnader mellan män och kvinnor när det kommer till upplevd hälsa och ett mått på känsla av sammanhang, KASAM (Antonovsky 1991). Kvinnors upplevda hälsa var genomgående sämre än mäns, medan deras känsla av sammanhang (KASAM) var bättre. Hans slutsatser var att kvinnor har bättre copingstrategier, dvs. förmåga att hantera påfrestningar

²³ Änka/änkling mycket liten grupp, n=6

²⁴ Detta ska ses som en indikator och tolkas med försiktigt då antalet individer (n) är litet. Män med socialkrismarkör, n=19, kvinnor n= 40, av vilka andelen med missbruk återgavs.

och en bättre anpassningsförmåga till en förändrad situation. Kvinnor har totalt sett mer privat problematik, men bättre känsla av sammanhang och tar till skillnad från män inte till spriten för att hantera en socialt problemfylld situation.

Den sociala situationen kan sammanfattningsvis antas ha betydelse för den totala funktionsnedsättning en individ bedöms ha, där diagnosen inte är det centrala. Med en belastande situation socialt är det rimligt att anta att det är ännu svårare att återfå arbetsförmåga och slussas ut på arbetsmarknaden. Även om majoriteten i den här undersökningen varken har psykiska diagnoser, sociala markörer eller missbruksnoteringar, så har arbetslösa sjukskrivna oftare visat sig ha en annan problematik och mer sammansatta problem än anställda. Det är rimligt att anta att en sådan grupp kan vara svårare att rehabilitera, liksom att det många gånger krävs andra insatser än arbetslivsinriktade för grupper med denna typ av problematik (jfr Lidwall 1997).

4.3 Utbildning och yrkestillhörighet

Nedan återges de arbetslösa sjukskrivnas högsta utbildning vid sjukskrivningstillfället samt det yrkesområde som de befunnit sig i den senaste anställningen innan sjukfallet²⁵. Två saker bör noteras när det gäller kodning av utbildning. För det första innefattar den gymnasiala utbildningsnivån kursverksamhet *motsvarande* gymnasial kompetens, vilket t.ex. kan vara längre svetsutbildningar hos AMU, vårdutbildningar eller annat. Akterna hos arbetsförmedlingen visar att det inte är ovanligt att motsvarande gymnasiekompetens införskaffats under vuxen ålder. Andelen med uteslutande förgymnasial utbildning, dvs. grundskolekompetens eller motsvarande, hade varit avsevärt högre om inte de med annan typ av påbyggnadsutbildning²⁶ räknats in i gruppen med gymnasial utbildning. För det andra omfattar utbildningsnivå med högskolekompetens även högsta utbildning motsvarande enstaka kurser på högskolenivå, inte bara de som har en högskoleexamen av något slag. Totalt sett innebär det att de arbetslösa sjukskrivnas utbildningsnivå genomgående är något högt hållen.

Av tabell 5 framgår att cirka 63 % av de arbetslösa sjukskrivna har en utbildning på gymnasial- eller högskolenivå, 27 % har uteslutande grundskolekompetens och i ca 10 % av fallen saknas uppgift om utbildningsnivå. Vidare har en något högre andel män än kvinnor uteslutande förgymnasial utbildning, liksom det är färre män vars högsta utbildning är på högskolenivå. Tidigare studier har visat att personer med förgymnasial utbildning är överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna jämfört med samtliga inskrivna vid arbetsförmedlingen (gemensamma kunder 2001).

²⁵ Uppgifterna om senaste utbildning/yrkestillhörighet noterades primärt via Försäkringskassans datorbaserad akter och journaler i ÄHS, uppgifter som jämfördes/kompletterades med motsvarande information hos arbetsförmedlingens AIS-databas så långt det var möjligt.

Tabell 5 Utbildningsnivå fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Utbildningsnivå	Grundskola el. motsvarande	29,0%	25,9%	27,1%
	Gymnasium	53,3%	47,6%	49,8%
	Högskola	6,5%	17,5%	13,2%
	Uppgift saknas	11,2%	9,0%	9,9%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans ÄHS databas kompletterat med arbetsmarknadsverkets AIS databas.

Nedan återges det yrkesområde som den arbetslösa sjukskrivna tillhörde i sin senaste anställning innan sjukfallet. De flesta har ett förflutet i service- omsorgs och försäljningsarbete av något slag (ca 35 %) sedan är fördelningen förhållandevis jämn (runt 10-12 %) i ytterligare fem yrkesområden. Fördelas däremot yrkesområde på kön, blir genomslaget kraftigt. Att män och kvinnor befinner sig på olika delar av arbetsmarknaden framgår tydligt.

Tabell 6 Yrkesområde (senaste anställning) fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Yrkesområde (senaste anställning)	Ledningsarbete	,9%		,4%
	Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	3,7%	2,4%	2,9%
	Arbete som kräver kortare högskoleutbildning el. motsvarande	6,5%	11,4%	9,5%
	Kontors- och kundservicearbete	5,6%	15,1%	11,4%
	Service, omsorgs- och försäljningsarbete	10,3%	50,0%	34,4%
	Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	2,8%		1,1%
	Hantverksarbete inom bygg och tillverkning	27,1%	1,8%	11,7%
	Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m	26,2%	1,8%	11,4%
	Arbete utan krav på särskild utbildning	13,1%	12,7%	12,8%
	Uppgift saknas	3,7%	4,8%	4,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans ÄHS databas kompletterat med arbetsmarknadsverkets AIS databas.

Så många som hälften av kvinnorna har haft sin senaste anställning i service-, omsorgs- och försäljningsarbete, där vårdbiträde (ca 18 %), affärsbiträde (12 %), undersköterska (8,5 %) utgör de enskilt största yrkesgrupperna. Kontors- och kundserviceanställningar är de näst största

yrkesområdena för kvinnor följt av arbete utan krav på särskild yrkesutbildning, där den enskilt största yrkesgruppen är kontorister (ca 10 %) respektive lokalvårdare (11 %). Drygt 11 % av kvinnorna har haft sin senaste anställning i ett yrkesområde som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande, där förskollärare (ca 5 %) utgör den enskilt största gruppen. Ungefär 10 % av de arbetslösa sjukskrivna kvinnorna har haft sin senaste anställning inom barnomsorgen²⁷ som barnskötare, förskollärare eller dagbarnvårdare.

För männens del är hantverksarbete inom bygg- och tillverkning den vanligaste yrkestillhörigheten, som fler än var fjärde man har ett förflutet inom. Byggnadsarbetare utgör den enskilt största gruppen i yrkesområdet som ca 10 % av männen haft som senaste anställning. Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m. är det näst vanligaste yrkesområdet att tillhöra, ca 14 % har arbetat som chaufför av något slag i sin senaste anställning. Anställningar inom olika yrkesgrupper inom företrädesvis järnverksarbete och i viss mån verkstadsarbete är förhållandevis vanliga inom yrkesområdet, fördelade på många olika typer av yrkeskategorier.²⁸ I yrkesområdet arbete utan krav på särskild utbildning har ca 13 % av männen sin senaste anställning, som diversearbetare/grovarbetare (ca 5 %), vaktmästare/fastighetsskötare (ca 5 %), samt packare, tidningsbud, lager- och förrådsman.

Sammanfattningsvis har merparten av de arbetslösa sjukskrivna haft sin senaste anställning i förhållandevis lågkvalificerade arbetaryrken. Många har också en låg utbildning där motsvarande gymnasiekompetens införskaffats under vuxen ålder. Materialet bjuder inte på några särskilda överraskningar relativt andra studier när det kommer till vilka yrkesgrupper som är överrepresenterade vid långa sjukfall eller förtidspension (Reinholdt, Hörte 1998). De arbetslösa sjukskrivna har tidigare arbetat i högriskyrken och tillhör genom arbetslösheten en grupp som i tidigare studier visat sig ha klara överrisker för permanent utträde från arbetsmarknaden genom förtidspension i jämförelse med de med anställning (Lidwall 1996, RFV 1995, i Lindqvist 1997).

²⁷ Om än inom olika yrkesområden.

²⁸ Det finns fler AMSYKKoder för traditionellt manliga yrken än för kvinnliga, vilket framgår tydligt i spridningen på yrkesgruppsnivå mellan män och kvinnor.

5. Sjukhistorik

Tidigare sjukhistorik är ytterligare en faktor som kan vara av betydelse för den förväntade utvecklingen av sjukfall och sannolikheten att återkomma till arbete. Individer med långa återkommande sjukfall har sämre chanser att rehabiliteras tillbaka till arbetslivet (se t.ex. Marklund 1995). Tidigare studier har också visat, att arbetslösheten i sig påverkar sjukfallens längd, där arbetslösa sjukskrivna har längre sjukfall än anställda. Nedan återges den sjukhistorik som de arbetslösa sjukskrivna hade de 12 närmaste månaderna innan aktuellt sjukfall.

Tabell 7 Sjukhistorik 12 månader innan aktuellt sjukfall fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Sjukhistorik 12 månader innan aktuellt sjukfall	Inte uppburit ersättning, eller uppburit ersättning < 15 dgr	60,7%	53,0%	56,0%
	15-59 dagar	16,8%	22,3%	20,1%
	60-100 dagar	6,5%	8,4%	7,7%
	101-200 dagar	10,3%	7,8%	8,8%
	200-300 dagar	1,9%	4,2%	3,3%
	>300 dagar	3,7%	4,2%	4,0%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans TP och ÄHS databas.

Drygt hälften av de arbetslösa sjukskrivna har inte uppburit ersättning/uppburit ersättning mindre än 15 dagar (oberoende av förmånsslag) för nedsatt arbetsförmåga året innan det aktuella sjukfallet. 20 % har haft nedsatt ersatt arbetsförmåga under 15- 59 dagar året innan. Cirka 16 % har haft nedsatt arbetsförmåga 60 - 200 dagar och cirka 7 % har haft nedsättning av arbetsförmågan i intervallet 200 - 365 dagar. Kvinnors sjukfallshistorik är överlag längre än mäns.

5.1 Systemövergångar

Det är troligt att 12 månader är ett för kort intervall för att fånga sjukhistorik. Efter genomgången av akter hos försäkringskassan är min bedömning att dessa individer i långt högre utsträckning än vad som framgår här, har tidigare sjukhistorik, varvat med perioder av arbetslöshet. Det förefaller vara så, att man inte i obetydlig utsträckning vandrar mellan systemen och har gjort det under förhållandevis lång tid. Visst stöd för detta kan genereras genom att återge hur många av dessa individer som uppburit aktivitetsstöd. Aktivitetsstöd är en ersättningsform som utgår när man deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering anvisat och bekostat av arbetsförmedlingen²⁹, men som utbetalas av försäkringskassan. Här har noterats hur många av de arbetslösa sjukskrivna som (1) har minst en notering om utbetalning av aktivitetsstöd

²⁹ Vilket t.ex. kan vara aktiva insatser som arbetspraktik, starta eget, arbetsmarknadsutbildning, förberedande utbildning, ungdomsgaranti eller arbetsprövning/arbetsanpassning. Andra stödformer, som anställningsstöd eller lönebidrag faller dock utanför ramen, liksom eventuella perioder då man passivt uppbur arbetslöshetsersättning.

liksom (2) hur många som haft aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallet, vilket här definierats som att det aktuella sjukfallet har påbörjats inom två veckor från det att aktivitetsstödet avbrutits/avslutats.³⁰

65 % av de arbetslösa sjukskrivna har minst en notering om utbetalning av aktivitetsstöd, något fler kvinnor än män. 35 % har aldrig uppburit aktivitetsstöd. Så många som 31 % har gått direkt från aktivitetsstöd till aktuellt sjukfall.

Tabell 8 Förekomst av aktivitetsstödshistorik fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Aktivitetshistorik	Aktivitetsstöd	60,7%	66,9%	64,5%
	Ej aktivitetsstöd	39,3%	33,1%	35,5%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Tabell 9 Aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallet fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Aktivitetshistorik	Aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallet	31,8%	30,7%	31,1%
	Aktivitetsstöd saknas i direkt anslutning till sjukfallet	68,2%	69,3%	68,9%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

5.2 Ersättningsgrad under sjukfallet

Partiell sjukskrivning har i tidigare studier (t.ex. Lundberg 2003) visat sig förekomma mer sällan hos arbetslösa sjukskrivna än hos anställda. Frånvaron av ett arbete i sig liksom frånvaron av ett arbete att relatera arbetsförmågan till kan vara några tänkbara orsaker, då nedsättningen ska relateras till ett tänkt arbete. 96 % av de arbetslösa sjukskrivna har en hel nedsättning av arbetsförmågan vid sjukfallets början. Ingen har en trefjärdedels nedsättning och bara 4 % har en nedsättning som är mindre än så. Kvinnor bedöms vidare i något högre utsträckning ha en restarbetsförmåga än män, vilket också är i linje med tidigare undersökningar.

³⁰ Uppgifterna är hämtade från Försäkringskassans TP-system, historikbild 036. För att åskådliggöra frekvensen av systemövergångar bedömdes ett tvåveckors intervall som en rimlig gränsdragning. I de allra flesta fall avslutades aktivitetsstödet i verklig direkt anslutning till sjukfallet, dvs. aktivitetsstödet avbröts av hälsoskäl för att nästa dag övergå till ett sjukfall.

Tabell 10 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga vid sjukfallets början fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga vid sjukfallets början	1/1	98,1%	94,6%	96,0%
	1/2	1,9%	3,6%	2,9%
	1/4		1,8%	1,1%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Tabell 11 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 6 månader fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 6 månader	Lägre ersättningsnivå	2,8%	6,6%	5,1%
	Oförändrad ersättningsnivå	96,3%	90,4%	92,7%
	Högre ersättningsnivå	,9%	3,0%	2,2%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Tabell 12 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 12 månader fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 12 månader	Lägre ersättningsnivå	4,7%	6,0%	5,5%
	Oförändrad ersättningsnivå	94,4%	90,4%	91,9%
	Högre ersättningsnivå	,9%	3,6%	2,6%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Tabell 13 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 24 månader fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 24 månader	Lägre ersättningsnivå	5,6%	4,8%	5,1%
	Oförändrad ersättningsnivå	68,2%	67,5%	67,8%
	Högre ersättningsnivå	,9%	2,4%	1,8%
	Inte aktuellt	25,2%	25,3%	25,3%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Efter 6 månader har knappt 93 % oförändrad ersättningsnivå i relation till sjukfallsstarten. Förändringen är större hos kvinnor, varav de flesta har en lägre ersättningsnivå. Efter 12 månader är läget i stort sett oförändrat hos kvinnorna, medan något fler män (om än få) rört sig i riktningen mot en lägre ersättningsnivå. Även 24 månader efter sjukfallsstart kan mycket få förändringar noteras. Om man räknar bort de 25 % som inte är aktuella, på grund av att sjukfallet inte varat så länge, ser fördelningen ungefär likadan ut som vid mättidpunkten dessförinnan.

6. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder försäkringskassan

Vilka arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser har de arbetslösa sjukskrivna varit föremål för under sitt sjukfall? I följande avsnitt kommer arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som påbörjats av försäkringskassan under pågående sjukfall att sammanfattas. Förekomst av rehabilitering, typ och antal insatser, längd på och tid till rehabilitering, rehabiliteringsåtgärdens genomförande, resultatet av rehabiliteringen och hinder för rehabilitering återges. Som arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser räknas arbetsträning/prövning, utredning och utbildning. Förutom att insatserna ska ha påbörjats under pågående sjukfall så är ytterligare ett kriterium för att åtgärderna ska omfattas av undersökningen att rehabiliteringsersättning beviljats under åtgärderna.

6.1 Förekomst, typ och antal insatser

Cirka 13 % (n=36) av de arbetslösa sjukskrivna har påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering under sjukfallet, vilket ungefär är i linje med tidigare studier (jfr t.ex. Marnetoft 2000, 16,1 %). Allra vanligast är att ingen arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd påbörjats under sjukfallet, vilket gäller i 87 % av fallen. Trenden under senare år är att andelen som påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering har sjunkit samtidigt som tiden till rehabilitering förlängts, dvs. rehabilitering aktualiseras allt senare i sjukfallet (Larsson 1999).

Tabell 14 Arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser försäkringskassan fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser försäkringskassan	Ingen arbetslivsinriktad rehabåtgärd har påbörjats.	90,7%	84,3%	86,8%
	Arbetslivsinriktad rehabåtgärd har påbörjats	9,3%	15,7%	13,2%
Total		107	166	273
		100,0%	100,0%	100,0%

Källa: Försäkringskassans TP och ÄHS databas.

Andelen kvinnor som varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering är högre, 15,7 % (n= 26) än andelen män 9,3 % (n=10). Bland dem som fått rehabilitering, är den vanligaste förekommande insatsen arbetsträning/prövning följt av utredning och utbildning. I nedanstående tabell återges i vilken utsträckning utredning, utbildning respektive arbetsträning/prövning förekommit.³¹

³¹ Noterbart är att en och samma individ kan ha varit föremål för flera olika typer av insatser.

Tabell 15 Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - Utredning fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - utredning	Utredning förekommit	5 50,0%	10 38,5%	15 41,7%
	Utredning ej förekommit	5 50,0%	16 61,5%	21 58,3%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Tabell 16 Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - Utbildning fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - utbildning	Utbildning förekommit		4 15,4%	4 11,1%
	Utbildning ej förekommit	10 100,0%	22 84,6%	32 88,9%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Tabell 17 Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - Arbetsträning/prövning fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Fk - arbetsträning/prövning	Arbetsprövning/träning förekommit	7 70,0%	20 76,9%	27 75,0%
	Arbetsprövning/träning ej förekommit	3 30,0%	6 23,1%	9 25,0%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans ÄHS databas.

Tidigare studier har visat stora skillnader när det kommer till vilken sorts rehabilitering män och kvinnor erbjuds. Män får i högre utsträckning utredning och utbildningsinsatser, medan kvinnor i betydligt högre utsträckning erbjuds arbetsprövning (RFV redovisar 2001:5, ref. i Sennvall 2002). I den här undersökningen har också en högre andel kvinnor än män varit föremål för insatser i form av arbetsträning, liksom en högre andel män är föremål för utredning. Utbildning har dock ingen av männen beviljats, men fyra av kvinnorna. Tidigare studier (Sennvall 2002) har visat att diffusa diagnoser (relaterade till psyke och rörelseorgan), vilka kvinnor i högre utsträckning har, har varit associerade med en högre förekomst av arbetsprövning jämfört med övriga diagnoser. Som tendens betraktat gäller det också i detta material.³²

³² Med en så liten och könsmissigt snedfördelad population (10 män och 26 kvinnor) ska dock dessa resultat tolkas med försiktighet.

För att belysa om och i så fall hur gruppen som fått arbetslivsinriktad rehabilitering faktiskt skiljer sig från gruppen som inte fått rehabilitering har signifikantest genomförts med avseende på ett antal bakgrunds och historikvariabler i de bägge grupperna; ålder, kön, diagnos, civilstånd, utbildningsnivå, sjukhistorik, yrkesområde, sjukfallslängd, social krismarkör, missbruksnotering, aktivitetsstödshistorik respektive aktivitetsstöd i anslutning till sjukfallet. Den enda signifikanta skillnaden³³ rörde förekomst av aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallet, som var vanligare bland de som fått rehabilitering. I övrigt fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna med avseende på de undersökta variablerna.

Beträffande antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser har hälften av de arbetslösa sjukskrivna som fått rehabilitering en beslutad insats under sjukfallet, lika många har två till fyra beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering under sjukfallets löptid.

Tabell 18 Antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser försäkringskassan / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser försäkringskassan	1	6 60,0%	12 46,2%	18 50,0%
	2	3 30,0%	8 30,8%	11 30,6%
	3	1 10,0%	3 11,5%	4 11,1%
	4		3 11,5%	3 8,3%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans ÄHS databas.

Dessa insatser kan t.ex. omfatta en arbetsprövning på samma arbetsplats, men flera rehabersatta beslutsperioder relaterade till den. Kvinnor har relativt sett varit föremål för något fler insatser än män.

6.2 Längd på och tid till rehabilitering

I genomsnitt har rehabiliteringsinsatsen varit i 43 dagar (median). Till skillnad från andra studier (t.ex. Sennvall 2002, Marnetoft 2000) har mäns rehabiliteringsinsatser varit kortare än kvinnors. Genomsnittet (antal dagar) för den längsta arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatsen under sjukfallet har för män varit 28 dagar, medan det för kvinnor varit 74 dagar. Detta ska återigen ställas i relation till gruppens storlek, och sannolikt ses som en effekt av att kvinnor till skillnad från män varit föremål för utbildning (generellt sett förhållandevis långa insatser) liksom att andelen kvinnor som varit föremål för arbetsprövning också är högre, en insats som likaledes generellt sett är längre än utredningar.

Vid vilken tidpunkt i sjukfallen som kvinnor och män erbjuds arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser kan också vara av intresse, då tidiga arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser i

³³ p= 0,02

allmänhet bedöms vara mest framgångsrika.³⁴ Någon signifikant skillnad för resultatutfall relaterat till tidpunkten för rehabilitering framkommer inte här. I genomsnitt (median) påbörjas den längsta arbetslivsinriktade rehabinsatsen 842 dagar eller 2 år och 4 månader efter sjukfallets start, vilket i relation till andra studier får betraktas som ganska sena insatser (t.ex. Larsson 1999, Marnetoft 2000)³⁵. Mäns insatser startar något tidigare (797 dagar) än kvinnors (844 dagar).

6.3 Rehabiliteringsåtgärdens genomförande

Ungefär sex av tio arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har genomförts, tre av tio har avbrutits i förtid och en av tio pågår fortfarande. Fler män än kvinnor har genomfört rehabiliteringsåtgärden, sju av tio män jämfört med sex av tio kvinnor.

Tabell 19 Har rehabiliteringsåtgärden genomförts?

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Har rehabiliteringsåtgärden genomförts?	Har genomförts och är avslutad	7 70,0%	16 61,5%	23 63,9%
	Har avbrutits i förtid	3 30,0%	8 30,8%	11 30,6%
	Pågår fortfarande		2 7,7%	2 5,6%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans ÄHS databas.

Förhållandevis många insatser, drygt var tredje rehabiliteringsåtgärd, har alltså avbrutits i förtid. Det kan man ställa i relation till att gruppen som fått arbetslivsinriktad rehabilitering i signifikant högre utsträckning haft aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallets start.³⁶ Det kan tolkas som att 1) försäkringskassan och arbetsförmedlingen i grunden har en gemensam samsyn på vilka som bedöms vara rehabiliteringsbara/aktuella för insatser, 2) det är likaledes rimligt att anta att gruppen likafullt kan klassas som förhållandevis arbetsförmögen, då man i inte obetydlig utsträckning avbrutit såväl aktivitetsstöd som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.³⁷

6.4 Uppgivna hinder för rehabilitering

Varför har arbetslivsinriktad rehabilitering inte varit aktuellt under sjukfallet? En sammanställning av eventuella uppgivna hinder för att aktualisera arbetslivsinriktad rehabilitering har genomförts, baserat på de noteringar som finns i akten hos försäkringskassan. Underlagen har bestått av

³⁴ Resultaten är inte entydiga. Marnetoft och Selander (ref. Marnetoft 2000) kunde inte finna signifikanta skillnader när det kommer till resultatutfall för de som fått tidiga respektive sena insatser.

³⁵ Möjligen kan de sena insatserna förklaras av urvalets sammansättning, dvs. att det är förhållandevis långa sjukfall där man varit föremål för insatser tidigare.

³⁶ Cirka 48 %, av dem som påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering har också haft aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfallets start, jämfört med 28 % av dem som inte påbörjat någon rehabilitering.

³⁷ Som population betraktat har merparten av dem som avbrutit såväl aktivitetsstöd som arbetslivsinriktad rehabilitering gjort det av hälsoskäl, något som framgår av akterna. Vid en samkörning av variablerna på individnivå har samtliga män som avbrutit rehabiliteringen också haft aktivitetsstöd i direkt anslutning till sjukfalls start, tre av nio kvinnor.

dokument i akten som rör den aktuella sjukperioden, både utlåtanden från behandlande läkare och förtroendeläkare rörande behov av arbetslivsinriktad rehabilitering samt handläggarens försäkringsmässiga bedömning av desamma.

Uppgivna hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering kan grovt sett delas in i tre huvudkategorier³⁸, fall där rehabilitering inte bedöms aktuellt överhuvudtaget, fall där medicinska skäl utgör hindret och fall där det med ledning av akten är oklart varför rehabilitering inte kommer till stånd.

Den första kategorin omfattar fall där rehabilitering uttryckligen inte anses behövas, t.ex. för att den försäkrade anses bli arbetsför utan rehabiliterande insatser, eller där den försäkrade har en viss förankring på arbetsmarknaden t.ex. med en för arbetsförmågan anpassad deltidsanställning³⁹. Cirka 6 % av de uppgivna hindren för rehabilitering omfattas av kategorin.

Den andra kategorin omfattar fall där medicinska skäl i vid bemärkelse är orsaken till att rehabilitering inte är aktuell, t.ex. där den försäkrade väntar på operation, medicinsk behandling, har remisser till/genomgår funktionsutredningar eller tilldelas förtidspension/sjukbidrag under sjukfallet. Hela 75 % av hindren för arbetslivsinriktad rehabilitering är att hänföra till i akten uttalade medicinska skäl, eller behov av att närmare utreda funktionsförmåga. Ett exempel på kommentar är ”avvaktar operation, lång väntetid, försvårade medicinska besvär. Därefter försäkringsmedicinsk utredning, följt av eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering.” Genomgången av hinder för rehabilitering styrker att det rör sig om en grupp med uttalade besvär vars arbetsförmåga ofta varit och bedöms vara nedsatt under avsevärt tid. För cirka 18 % av de arbetslösa sjukskrivna har det formaliserats genom att förtidspension/sjukbidrag (hel eller partiell) beviljats under sjukfallet.⁴⁰ Det finns som tidigare nämnts även ett icke försumbart inslag av multiproblematik för delar av gruppen arbetslösa sjukskrivna, med psykosociala och inte sällan fysiska problem i kombination. Eventuell restarbetsförmåga hos dessa individer har primärt inte tillvaratagits på den reguljära arbetsmarknaden, utan den försäkrade t.ex. har varit föremål för arbetsvårdande/skyddade insatser via socialförvaltningens eller psykiatrins försorg. Arbetslivsinriktade åtgärder från försäkringskassans sida har därför inte varit aktuellt i dessa fall.

Den tredje kategorin, oklart, omfattar fall där det med ledning av underlagen i akten inte går att bedöma vad anledningen är till att arbetslivsinriktad rehabilitering inte aktualiserats. Cirka 19 % av fallen är att hänföra till kategorin oklart. Här förekommer t.ex. ett antal fall där behandlande läkare och förtroendeläkare upprepade gånger förordat arbetslivsinriktad rehabilitering men där ingen åtgärd initierats via försäkringskassan. Av akterna framgår att det är förhållandevis vanligt att behandlande läkare är den som initierar/markerar behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och uppmanar till rehabiliteringsträff mellan berörda myndigheter till försäkringskassan. Orsaken till att försäkringskassan, som är formellt ansvarig för att samordna rehabiliteringsinsatser, inte agerar trots upprepade påstötningar i läkarintyg, är oklar. En möjlig orsak kan vara tidsbrist, att man från försäkringskassans sida helt enkelt inte hunnit med som en effekt av den ökade arbetsbelastning kassorna haft under de senaste åren. Ett annat skäl kan vara att man helt enkelt gör en annan bedömning av rehabiliteringsbarhet och behov av samplanering runt rehabilitering. Den finns

³⁸ Alternativen var fler i enkäten, men dessa har skalats ned till dessa 3 huvudkategorier. Det ska också poängteras att i den här rapporten finns bara möjlighet att återge en grov översikt av ett omfattande datamaterial rörande hinder för rehabilitering.

³⁹ Den absoluta merparten är helt arbetslösa, men det finns individer i gruppen som är deltidsarbetslösa.

⁴⁰ 27 % av männen och 13 % av kvinnorna har tilldelats förtidspension/sjukbidrag.

dock inte uttryckt i akten. Det samlade intrycket är att det finns brister när det kommer till försäkringskassans uppdrag att samordna rehabiliteringsinsatser och målet att verka för att ”snarast upptäcka, utreda och klarlägga rehabiliteringsbehov” (försäkringskassans samordningsuppdrag 2004) /⁴¹ Om (förutsägbarhet) och när (tid) samordnad rehabilitering aktualiseras, liksom vad man faktiskt lägger i begrepp och uppdrag (när är samordnad rehabilitering aktualiserad) framgår inte tydligt.

Överlag när det gäller handlägningsprocessen förefaller det finnas en slagsida till förmån för att fastställa nedsättning av arbetsförmågan istället för mer aktiva, samordnande rehabiliterande insatser eller olika stödinsatser relaterade till att komma åter i arbete. Att fastställa arbetsförmågens nedsättning/rätten till ersättning är å ena sidan en nödvändig och helt central del av försäkringskassans uppdrag, men det måste också poängteras att det är en lång, tidskrävande och förhållandevis passiv del av sjukfallet som helhet. Den tid som läggs på att fastställa arbetsförmågan i ett sjukfall förefaller många gånger inte stå i rimlig proportion till andelen mer aktiva insatser, som t.ex. rehabilitering. Långa processer och väntetid i sjukfallen ska dock tillskrivas mer än handlägningsprocessen hos försäkringskassan. Arbetslivsinriktad rehabilitering är det sista steget i en process som karaktäriseras av långa ledtider genom flera system parallellt, inom hälso- och sjukvård och i förhållande till övriga myndigheter.

På ett vis är resultatet av hinder för rehabilitering något motsägelsefullt, en generell slutsats är att det rör sig om individer med en väl underbyggd, nedsatt arbetsförmåga, emellanåt av ganska komplex sammansatt natur. Det i sin tur indikerar å ena sidan att det är i grupp för vilken arbetslivsinriktad rehabilitering har ett begränsat värde eller åtminstone inte är aktuellt vid tillfället för undersökningen. Å andra sidan är brister i samordnad rehabilitering, de väntetider som är relaterade till sjukfallet uppenbara hinder för att arbetslivsinriktad rehabilitering ska kunna komma till stånd.

6.5 Resultat av rehabilitering

Vilket blev då resultatet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Som resultatmått har ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga 6, 12 respektive 24 månader efter rehabiliteringen använts, som jämförts med ersättningsnivå när rehabiliteringen startade. För att rehabiliteringen ska betraktas som lyckad, ska ersättningsnivån vara reducerad efter rehabiliteringsinsatsen jämfört med ersättningsnivå vid rehabiliteringens start.

⁴¹ Uppdraget om samordnad rehabilitering finns beskrivet i 22 kap. 5 § lagen om allmän försäkring. ”Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet i denna lag. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Av förarbetena till lagstiftningen framgår att Försäkringskassans initiativ och samordningsansvar ska utgå från den försäkrade med inriktning på rehabiliteringsbehov upptäcks tidigt och att initiativ till behövliga rehabiliteringsinsatser tas. Väsentliga inslag i den nya rehabiliteringsprocessen skall vara att den försäkrade med behov av rehabilitering uppmärksammas, att behoven klarläggs och att den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen”.

Tabell 19 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga vid rehabinsatsens början /kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga vid rehabinsatsens början	1/1	9 90,0%	21 80,8%	30 83,3%
	1/2	1 10,0%	5 19,2%	6 16,7%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Vid rehabiliteringsinsatsens början hade drygt 80 % hel ersättning för nedsatt arbetsförmåga, knappt 20 % halv ersättning, ingen hade en fjärdedels eller trefjärdedelsersättning. Kvinnor uppbar partiell ersättning i högre utsträckning än män.

6.5.1 Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga efter 6, 12 och 24 månader

Sex månader efter rehabiliteringen hade cirka 60 % en högre eller oförändrad ersättningsnivå, i 25 % av fallen hade inte sex månader förflutit sedan rehabiliteringsstart och i 14 % av fallen var ersättningsnivån lägre. Ingen var utan ersättning. Eftersom måttet på lyckad rehabilitering var att ersättningen skulle vara reducerad efter rehabiliteringsinsatsen, får resultatet anses vara blygsamt. Män hade i något högre utsträckning en lägre ersättningsnivå efter rehabiliteringen, men startade också på högre ersättningsnivå vid rehabiliteringens start.

Tabell 20 Förändring i ersättningsnivå 6 månader efter den längsta rehabinsatsen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Förändring i ersättningsnivå 6 månader efter den längsta rehabinsatsen	Lägre ersättningsnivå	3 30,0%	2 7,7%	5 13,9%
	Oförändrad ersättningsnivå	5 50,0%	15 57,7%	20 55,6%
	Högre ersättningsnivå		1 3,8%	1 2,8%
	6 månader har inte förflutit sedan rehabstart	2 20,0%	8 30,8%	10 27,8%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

Då merparten av dem som fått rehabilitering, fått insatsen förhållandevis sent i sjukfallet, är en utvärdering av insatsens effekt 12 respektive 24 månader i de flesta fall inte möjlig att genomföra inom sjukfallets ram. I 64 % av fallen har 12 månader inte förflutit sedan rehabiliteringsstart, 31 % har efter lika lång tid oförändrad ersättningsnivå och cirka 2,5 % har lägre ersättningsnivå, lika

många högre. 24 månader har inte förflutit sedan rehabiliteringsstart i 92 % av fallen. Resterande har endera oförändrad eller högre ersättningsnivå, ingen lägre.⁴²

Tabell 21 Förändring i ersättningsnivå 12 månader efter den längsta rehabinsatsen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Förändring i ersättningsnivå 12 månader efter den längsta rehabinsatsen	Lägre ersättningsnivå		1 3,8%	1 2,8%
	Oförändrad ersättningsnivå	6 60,0%	4 15,4%	10 27,8%
	Högre ersättningsnivå		1 3,8%	1 2,8%
	12 månader har inte förflutit sedan rehabstart	4 40,0%	20 76,9%	24 66,7%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Tabell 22 Förändring i ersättningsnivå 24 månader efter den längsta rehabinsatsen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Förändring i ersättningsnivå 24 månader efter den längsta rehabinsatsen	Oförändrad ersättningsnivå	1 10,0%	1 3,8%	2 5,6%
	24 månader har inte förflutit sedan rehabstart	9 90,0%	25 96,2%	34 94,4%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas.

En tänkbar orsak till att rehabiliteringen inte haft avsedd effekt, kan vara att den försäkrade har en annan huvuddiagnos 6, 12 och 24 månader efter rehabiliteringen jämfört med vid rehabiliteringens

⁴² En jämförelse (signifikantest) gjordes även mellan gruppen som fått arbetslivsinriktad rehabilitering och gruppen som inte fått rehabilitering med avseende på ersättningsnivå 6, 12, respektive 24 månader efter sjukfallets start, för att se om grupperna skilde sig åt. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna beträffande ersättningsnivå vid de tre mätillfällena. Det gick med andra ord inte att identifiera vilka som kunde vara aktuella för rehabilitering genom att uteslutande kontrollera för ersättningsnivå vid dessa tidpunkter.

början. Huvuddiagnos vid den längsta rehabiliteringsinsatsen början framgår nedan i tabell 24.

Tabell 23 Huvuddiagnos vid den längsta rehabiliteringsinsatsens början fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Huvuddiagnos vid den längsta rehabiliteringsinsatsens början	Muskeloskeletal sjukdom	4 40,0%	15 57,7%	19 52,8%
	Psykiska besvär och sjukdomar	1 10,0%	8 30,8%	9 25,0%
	Neurologiska sjukdomar		1 3,8%	1 2,8%
	Skador, förgiftningar etc	4 40,0%	1 3,8%	5 13,9%
	Övriga	1 10,0%	1 3,8%	2 5,6%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas/ÄHS.

Att den försäkrade har ersättning för en annan diagnos förefaller inte vara en anledning till att rehabiliteringen i så hög utsträckning misslyckats. Med reservation för de tillkortakommande som följer i analysen av att 12 och 24 månader sällan förflutit sedan rehabiliteringen inom sjukfallets ramar, så kan man konstatera att ersättning för en annan diagnos efter en tids rehabilitering är ovanligt. Efter sex månader har cirka 67 % ersättning för samma diagnos, 30 % har inte haft ett så långt sjukfall och bara ca 3 % har ersättning för en annan diagnos.

Tabell 24 Huvuddiagnos 6 månader efter rehabilitering fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Huvuddiagnos 6 månader efter rehabilitering	Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början	7 70,0%	17 65,4%	24 66,7%
	Ersättning för annan diagnos	1 10,0%		1 2,8%
	Sjukfallet har inte varat så länge	2 20,0%	9 34,6%	11 30,6%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas/ÄHS.

Tabell 25 Huvuddiagnos 12 månader efter rehabilitering fördelat efter kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Huvuddiagnos 12 månader efter rehabilitering	Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början	5 50,0%	6 23,1%	11 30,6%
	Ersättning för annan diagnos	1 10,0%		1 2,8%
	Sjukfallet har inte varit så länge	4 40,0%	20 76,9%	24 66,7%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Tabell 26 Huvuddiagnos 24 månader efter rehabilitering fördelat efter kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Huvuddiagnos 24 månader efter rehabilitering	Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början	1 10,0%	1 3,8%	2 5,6%
	Sjukfallet har inte varit så länge	9 90,0%	25 96,2%	34 94,4%
Total		10 100,0%	26 100,0%	36 100,0%

Källa: Försäkringskassans TP databas/ÄHS.

Sammanfattningsvis har merparten av de arbetslösa sjukskrivna, 87 %, inte varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering under det aktuella sjukfallet. Bland dem som fått rehabiliteringsinsatser har var tredje avbrutit insatsen i förtid av hälsoskäl. Resultatet av rehabiliteringen visar vidare att de flesta inte är mer arbetsförmögna sex månader efter rehabiliteringen än vad de var vid insatsens början, flertalet har fortsatt oförändrad hel nedsatt arbetsförmåga.

7. Arbetslöshetshistorik

I följande avsnitt sammanfattas de arbetslösa sjukskrivnas arbetslöshetshistorik baserat på sökandekategoristatus som inskrivna vid arbetsförmedlingen och förändringar av desamma över tid. Här redovisas hur många av de arbetslösa sjukskrivna som också varit inskrivna som arbetssökande vid sjukfallets start/under sjukfallet, vilken sökandekategoristatus de hade vid inskrivningstillfället, liksom hur länge de varit inskrivna i genomsnitt och vilka åtgärder de varit föremål för återges. Därefter redogörs också för de arbetslösa sjukskrivnas närhet till arbetsmarknaden och eventuella statusförändringar 6, 12 respektive 24 månader efter inskrivning.

7.1 Sökandekategoristatus vid inskrivning hos arbetsförmedlingen

Av de 273 individer som identifierades som arbetslösa sjukskrivna vid urvalet hos försäkringskassan, visade sig 42 eller 15 % inte ha varit inskrivna hos arbetsförmedlingen vid sjukfallets startdatum, 34 har aldrig varit inskrivna under sjukfallets löptid.⁴³ Utvärderingen av arbetsförmedlingens insatser är uteslutande relaterad till de individer som varit inskrivna under perioden, dvs. 239 personer, 97 män och 142 kvinnor.

Tabell 27 Är den försäkrade inskriven som arbetssökande hos Af vid det aktuella sjukfallets början?

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Ar den försäkrade inskriven som arbetssökande hos Af vid det aktuella sjukfallets början?	Nej	13 12,1%	29 17,5%	42 15,4%
	Ja	94 87,9%	137 82,5%	231 84,6%
Total		107 100,0%	166 100,0%	273 100,0%

Tabell 28 Om nej, har den försäkrade varit inskriven som arbetssökande någon gång under sjukfallets löptid?

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Om nej, har den försäkrade varit inskriven som arbetssökande någon gång under sjukfallets löptid?	Nej	10 76,9%	24 82,8%	34 81,0%
	Ja	3 23,1%	5 17,2%	8 19,0%
Total		13 100,0%	29 100,0%	42 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas.

⁴³ De flesta har varit inskrivna hos arbetsförmedlingen tidigare men avaktualiserats på grund av sjukfallet. Dessa individer är på riktiga grunder arbetslösa, men inte arbetssökande, eftersom de inte bedöms stå till arbetsmarknadens förfogande.

Vid inskrivningen hos arbetsförmedlingen placeras den sökande i en sökandekategori. Sökandekategorin kan säga något om statusen som en arbetssökande har och vilken den förväntade aktivitetsnivån är från arbetsförmedlingens sida. Sökandekategorin ”övriga inskrivna” omfattar t.ex. arbetssökande som för närvarande inte kan tillträda ett arbete, t.ex. på grund av pågående sjukskrivning eller förtidspension, värnplikt eller studier men som önskar få förmedlingens service även i fortsättningen. Det kan handla om individer som söker arbete i begränsad utsträckning eller på annat sätt har särskilda begränsningar i sitt arbetsutbud och som inte uppbär ersättning från arbetslöshetsförsäkringen, eller arbetssökande som trots omfattande insatser från arbetsförmedlingen inte kunnat få eller bedöms kunna få ett arbete men ändå vill stå som sökande, men som inte uppbär ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. (Kodningen är således av ”passivt slag” och indikerar att arbetsförmedlingen för tillfället inte arbetar aktivt med dem. Andra kodningar är att betrakta som mer ”aktiva”, t.ex. sökandekategorier som rör utbildningsinsatser. Nedan återges fördelningen av vilka inskrivningskategorier som de arbetssökande varit kodade i vid sjukfallets början. De allra flesta, cirka 37 %, har varit inskrivna i just gruppen ”övriga inskrivna/tillfällig kodning⁴⁴”, följt av ”arbetslösa” (18 %) och ”arbetslös vägledningsservice” (10 %), ”deltidsarbetslösa” (8 %) samt ”tillfälligt arbete” (cirka 5 %). Drygt 9 % samlar de mer aktiva sökandekategorierna ”arbetspraktik”, ”arbetsmarknadsutbildning” och ”arbetslösa slutförd beslutsperiod”. Resterande 13 % är förhållandevis jämnt fördelade på övriga sökandekategorier. Merparten av de arbetslösa sjukskrivna återfinns alltså i mer passiva sökandekategorier vid sjukfallets början. Inga särskilda könsskillnader finns att notera när det kommer till vilken sökandekategori den arbetslösa sjukskrivna befinner sig i vid sjukfallets start.

⁴⁴ Merparten i kodning ”övriga inskrivna”, tillfällig kodning omfattar ett fåtal.

Noterbart är också att samtliga (n=8) som inte varit inskrivna hos arbetsförmedlingen vid sjukfallets start men väl senare under sjukfallet tillhörde vid inskrivningstillfället gruppen ”övriga inskrivna”.

Tabell 29 Sökandekategoristatus vid sjukfallets början fördelat efter kön

Sökandekategoristatus vid sjukfallets början * kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Sökandekategori vid sjukfallets början	Arbetslösa	15 16,0%	27 19,7%	42 18,2%
	Arbetslös, vägledningsservice	12 12,8%	11 8,0%	23 10,0%
	Arbetslös, väntar på beslutat program	2 2,1%	4 2,9%	6 2,6%
	Övriga inskrivna vid Af	37 39,4%	49 35,8%	86 37,2%
	Deltidsarbetslösa	1 1,1%	17 12,4%	18 7,8%
	Timanställda	4 4,3%	7 5,1%	11 4,8%
	Tillfälligt arbete	2 2,1%	1 ,7%	3 1,3%
	Lönebidrag	1 1,1%	2 1,5%	3 1,3%
	Offentligt skyddat arbete, OSA	1 1,1%		1 ,4%
	Särskilt anställningsstöd inom aktivitetsgarantin	1 1,1%		1 ,4%
	Arbetslivsutveckling, ALU	1 1,1%		1 ,4%
	Arbetspraktik	3 3,2%	5 3,6%	8 3,5%
	Offentligt tillfälligt arbete, OTA	2 2,1%		2 ,9%
	Datortek	1 1,1%	1 ,7%	2 ,9%
	Arbetslivsinriktad rehabilitering	1 1,1%	3 2,2%	4 1,7%
	Aktiviteter vägledn./platsförmedling	1 1,1%	1 ,7%	2 ,9%
	Arbetsmarknadsutbildning	1 1,1%	6 4,4%	7 3,0%
	Förberedande utbildning		1 ,7%	1 ,4%
	Arbetslösa avbrott/ återkallande av beslut	2 2,1%	1 ,7%	3 1,3%
	Arbetslösa, slutförd beslutsperiod	6 6,4%	1 ,7%	7 3,0%
Total	94 100,0%	137 100,0%	231 100,0%	

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Tabell 30 Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 6 månader efter sjukfallets start/kön

Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 6 månader efter sjukfallets start* Kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 6 månader efter sjukfallets start.	Avaktualiserad - kontakten upphört, annan känd orsak	25 25,8%	28 19,7%	53 22,2%
	Avaktualiserad - kontakten upphört av okänd orsak	10 10,3%	3 2,1%	13 5,4%
	Avaktualiserad - till annan myndighet	5 5,2%	9 6,3%	14 5,9%
	Åter i arbete - i arbete med stöd	3 3,1%	5 3,5%	8 3,3%
	Åter i arbete - i arbete utan stöd	4 4,1%	11 7,7%	15 6,3%
	Arbetslös - öppet arbetslös	8 8,2%	9 6,3%	17 7,1%
	Arbetslös - i arbetsmarknadsp. program	2 2,1%	3 2,1%	5 2,1%
	Arbetslös - i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning	1 1,0%		1 ,4%
	Reguljär utbildning	1 1,0%	2 1,4%	3 1,3%
	I arbetslivsinriktad rehabilitering	2 2,1%	2 1,4%	4 1,7%
	Avaktar beslutad Af insats	1 1,0%		1 ,4%
	Övriga inskrivna	35 36,1%	70 49,3%	105 43,9%
	Total	97 100,0%	142 100,0%	239 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

För att systematisera och göra materialet mer överskådligt har den sökandes status baserat på sökandekategori brutits ned i 13⁴⁵ olika huvudgrupper som ovan anges, istället för dryga 30-talet enskilda sökandekategorikodningar. Därefter har den sökandes status 6, 12 och 24 månader efter sjukfallsstart kartlagts, för att se om och i sådana fall hur den förändrats över tid.

Sex månader efter sjukfallets start tillhör 44 % gruppen ”övriga inskrivna”, jämfört med 37 % vid sjukfallets start. 33 % är avaktualiserade från arbetsförmedlingen. Kodningen ”avaktualiserad av annan känd orsak”, sätts då den sökande inte längre önskar arbetsförmedlingens service, t.ex. vid barnledighet, militärtjänstgöring eller vid sjukskrivning. Av akterna framgår att i stort sett alla i gruppen som är avaktualiserade av annan känd orsak, är avaktualiserade av hälsoskäl då de inte för tillfället bedöms stå till arbetsmarknadens förfogande, men där man vid förbättring av hälsoläget ofta överenskommit om en förnyad kontakt mellan arbetsförmedling och den sökande. Kodningen

⁴⁵ Förutom ovan angivna kategorier fanns även alternativet ”åter i arbete – starta eget”, som dock ingen tillhörde vid tillfället.

”avaktualiserad av annan okänd orsak”, aktualiseras när den sökande inte längre kontaktar arbetsförmedlingen enligt plan. ”Avaktualiserad till annan myndighet” sätts för sökanden där ansvaret över- eller återtars av annan myndighet, vilket i dessa fall oftast är försäkringskassan men emellanåt också socialförvaltningen. Sammanfattningsvis har cirka 28 av de 33 % som avaktualiserats, en avaktualiseringsorsak som är direkt eller indirekt relaterat till hälsoskäl⁴⁶. Bara cirka 25 % av de arbetslösa sjukskrivna var 6 månader efter sjukfallsstart fortfarande aktuella för aktiva insatser hos arbetsförmedlingen. 10 % var i någon omfattning åter i arbete/med arbete, med eller utan stöd, 7 % var öppet arbetslösa, ungefär lika många var föremål för andra insatser av aktivt slag.

Några könsskillnader kan särskilt noteras, 6 månader efter sjukfallsstart är 49 % av kvinnorna mot 36 % av männen kodade i sökkategorin ”övriga inskrivna”. Fler män (36 %) än kvinnor (22 %) har också avaktualiserats då kontakten i högre utsträckning upphört både av såväl annan känd som okänd orsak.

Tabell 31 Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 12 månader efter sjukfallets start/kön

Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 12 månader efter sjukfallets start * Kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 12 månader efter sjukfallets start.	Avaktualiserad - kontakten upphört, annan känd orsak	36 37,1%	47 33,1%	83 34,7%
	Avaktualiserad - kontakten upphört av okänd orsak	10 10,3%	7 4,9%	17 7,1%
	Avaktualiserad - till annan myndighet	10 10,3%	16 11,3%	26 10,9%
	Åter i arbete - i arbete med stöd	5 5,2%	7 4,9%	12 5,0%
	Åter i arbete - i arbete utan stöd	2 2,1%	5 3,5%	7 2,9%
	Arbetslös - öppet arbetslös	7 7,2%	7 4,9%	14 5,9%
	Arbetslös - i arbetsmarknadsp. program	1 1,0%	2 1,4%	3 1,3%
	Arbetslös - i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning	1 1,0%		1 ,4%
	Reguljär utbildning	1 1,0%		1 ,4%
	Övriga inskrivna	24 24,7%	51 35,9%	75 31,4%
Total	97 100,0%	142 100,0%	239 100,0%	

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

12 månader efter sjukfallets start har andelen som avaktualiserats ökat ytterligare, cirka 50 % av dem som var inskrivna hos arbetsförmedlingen vid sjukfallets start är nu avaktualiserade. Gruppen ”övriga inskrivna” har minskat i ungefär motsvarande utsträckning och omfattar 31 % av de

⁴⁶ Avaktualiseringsorsak kontakten upphört av annan känd orsak, avaktualiserad till annan myndighet.

arbetslösa sjukskrivna. Könsskillnaderna som noterades efter sex månader med fler män än kvinnor i kategorin ”övriga inskrivna” och fler män som avaktualiserade består.

Tabell 32 Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 24 månader efter sjukfallets start/kön

Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 24 månader efter sjukfallets start * Kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Den sökandes status hos arbetsförmedlingen 24 månader efter sjukfallets start	Avaktualiserad - kontakten upphört, annan känd orsak	42 43,3%	59 41,5%	101 42,3%
	Avvaktualiserad - kontakten upphört, annan okänd orsak	14 14,4%	13 9,2%	27 11,3%
	Avvaktualiserad - till annan myndighet	18 18,6%	33 23,2%	51 21,3%
	Åter i arbete - i arbete med stöd	3 3,1%	4 2,8%	7 2,9%
	Åter i arbete - i arbete utan stöd	3 3,1%	4 2,8%	7 2,9%
	Arbetslös - öppet arbetslös	3 3,1%	4 2,8%	7 2,9%
	Arbetslös - i arbetsmarknadsp.	1 1,0%	1 ,7%	2 ,8%
	Arbetslös - i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning	1 1,0%		1 ,4%
	Reguljär utbildning	1 1,0%	1 ,7%	2 ,8%
	I arbetslivsinriktad rehabilitering		2 1,4%	2 ,8%
	Övriga inskrivna	11 11,3%	21 14,8%	32 13,4%
Total	97 100,0%	142 100,0%	239 100,0%	

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Två år efter sjukfallsstart är cirka 75 % av de arbetslösa sjukskrivna avaktualiserade från arbetsförmedlingen, varav 21 % är återremitterade till annan myndighet, 42 % avaktualiserade av annan känd orsak, 11 % är avaktualiserade av annan okänd orsak. 13 % tillhör gruppen övriga inskrivna. De som är åter i arbete, med eller utan stöd, bibehålls förhållandevis oförändrade över tid, cirka 6 %. Könsskillnaderna som tidigare beskrivits efter sex och tolv månader har jämnats ut.

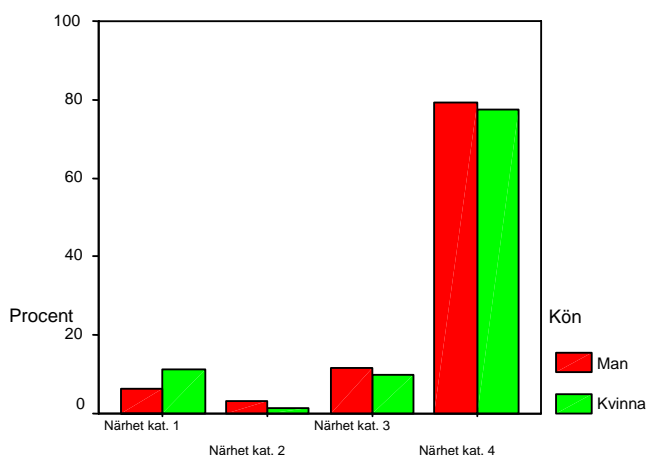
Sammanfattningsvis visar genomgången att det är få som erhåller arbetslivsinriktad rehabilitering eller aktiva insatser från arbetsförmedlingen under sin sjukskrivning. Resultaten är i linje med tidigare studier och har konstaterats bland annat i AMS och RFV's lägesrapport beträffande förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (2003). I den nu nämnda studien framkom att risken att bli avförd från arbetsförmedlingen legat på cirka 75 % för arbetslösa sjukskrivna i vissa delar av Sverige, medan icke sjukskrivna stannade på 10-15 % av samtliga sökanden under samma undersökta treårsperiod.

7.2 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter sjukfallets start

Ytterligare ett mått har skapats baserat på den sökandekategoriindelning med 13 huvudgrupper som presenterades i föregående avsnitt. Dessa 13 huvudkategorier har omformats i termer av närhet till arbetsmarknaden, där närhet till arbetsmarknaden kategori ett är den närmsta och kategori fyra längst ifrån. Närhet till arbetsmarknaden kategori ett omfattar gruppen ”åter i arbete, med stöd, utan stöd eller starta eget”. Närhet till arbetsmarknaden kategori två omfattar individer som endera är ”arbetslös – i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning⁴⁷ samt i reguljär utbildning”. Närhet till arbetsmarknaden kategori tre omfattar individer med kodning som endera ”öppet arbetslösa”, ”arbetslös i arbetsmarknadspolitiskt program”, ”avvaktar beslutad Af-insats” samt ”i arbetslivsinriktad rehabilitering.” Längst från arbetsmarknaden är man om man tillhör kategori fyra, då man är ”avaktualiserad av känd eller okänd orsak”, ”återremitterad till annan myndighet” eller tillhör gruppen ”övriga inskrivna/tillfällig kodning”.

Sex månader efter sjukfallsstart har 78 % en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori fyra, dvs. man är endera avaktualiserad av känd/okänd orsak, återremitterad annan myndighet eller tillhör gruppen övriga inskrivna. Åter i arbete är 10 % av gruppen, i någon form av aktiv insats är återstående cirka 12 %.

Diagram 5 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter sjukfallets start



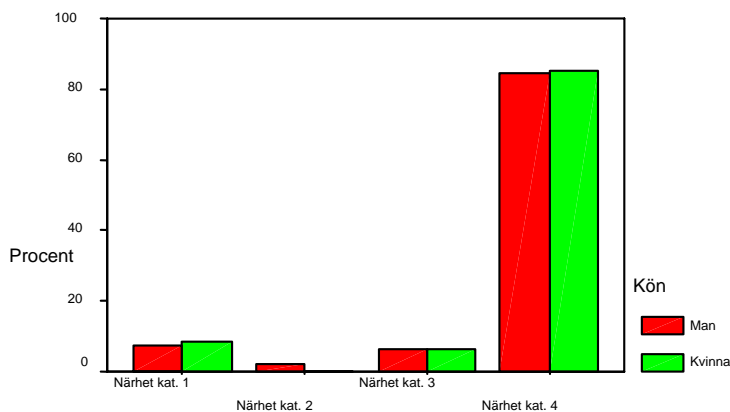
Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

⁴⁷ Yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning är starkt efterfrågestyrt, förutsätter i princip jobbgaranti efter genomgången utbildning och/eller syftar till att motverka arbetskraftsbrist för att beviljas.

7.3 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter sjukfallets start

Tolv månader efter sjukfallsstart står 85 % av gruppen arbetslösa sjukskrivna så långt från arbetsmarknaden man kan (kategori fyra), 8 % är i någon omfattning i arbete/har arbete, cirka 7 % har närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori två eller tre. Närheten till arbetsmarknaden är genomgående lika mellan könen i denna grövre kategorisering.

Diagram 6 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter sjukfallets start

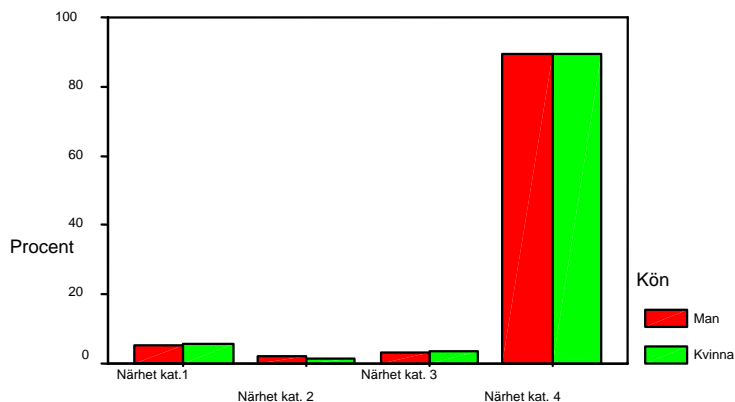


Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

7.4 Närhet till arbetsmarknaden 24 månader efter sjukfallets start

TVå år efter sjukfallets start har nästan 90 % en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori fyra. 5,5 % är i kategori ett, knappt 2 % i kategori två och resterande dryga 3 % i kategori tre. Sammanfattningsvis står de arbetslösa långt ifrån arbetsmarknaden vid de tre mättillfällena. Merparten är endera avaktualiserade från arbetsförmedlingen eller inskrivna i den passiva kodningen "övriga inskrivna" på grund av sjukskrivningen.

Diagram 6 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter sjukfallets start



Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

7.5 År för inskrivning och avaktualisering

I föregående avsnitt återgavs sökandekategoristatus som arbetslös sjukskriven och förekomst av passiva respektive aktiva insatser från arbetsförmedlingen under sjukfallet, i följande ska den arbetslöshetshistorik som föregår sjukfallet sammanfattas. När har man skrivits in som arbetsökande vid arbetsförmedlingen, när har man avaktualiserats? Hur länge har man varit inskriven och vilka insatser har man varit föremål för under inskrivningen?

I genomsnitt skrevs de arbetslösa sjukskrivna in 1995 hos arbetsförmedlingen och avaktualiserades 2001⁴⁸. Nedanstående tabell nyanserar måttet om tiden man varit inskriven hos arbetsförmedlingen ytterligare. Drygt 70 % av de arbetslösa sjukskrivna har varit inskrivna hos arbetsförmedlingen i fem år eller mer, 40 % i åtta år eller längre. Det är med andra ord en grupp som har en mycket långvarig historik hos arbetsförmedlingen redan innan aktuellt sjukfall.⁴⁹ Det är uppgifter som stämmer väl överens med motsvarande uppgifter i tidigare studier om arbetslösa sjukskrivna (AMS/RFV rapport 2003).

Tabell 33 Avaktualiseringsår Af minus inskrivningsår fördelat på kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Avaktualiseringsår Af - inskrivningsår	0	7 7,3%	2 1,4%	9 3,8%
	1	4 4,2%	6 4,3%	10 4,2%
	2	6 6,3%	10 7,1%	16 6,8%
	3	9 9,4%	3 2,1%	12 5,1%
	4	8 8,3%	15 10,6%	23 9,7%
	5	12 12,5%	14 9,9%	26 11,0%
	6	6 6,3%	10 7,1%	16 6,8%
	7	11 11,5%	19 13,5%	30 12,7%
	8	11 11,5%	29 20,6%	40 16,9%
	9	11 11,5%	25 17,7%	36 15,2%
	10	9 9,4%	6 4,3%	15 6,3%
	11	1 1,0%	2 1,4%	3 1,3%
	12	1 1,0%		1 ,4%
Total		96 100,0%	141 100,0%	237 100,0%

⁴⁸ Uppgifterna om år för inskrivning/avaktualisering hos arbetsförmedlingen har hämtats från två håll, från databasen AIS (n=121) eller från AMS händelsedatabasregister (n=117). I en del fall har individerna avaktualiserats och återaktualiserats till och från under tidsperioden, dvs. de har inte varit aktuella som inskrivna hela tiden. Individer som har varit avaktualiserade under kortare perioder och haft löpande noteringar årsvis hos arbetsförmedlingen har räknats som inskrivna från och med första inskrivningstillfället.

⁴⁹ I genomsnitt har den sökande varit inskriven drygt 5 år innan sjukfallsstart. 60 % av de arbetslösa sjukskrivna skrevs in på arbetsförmedlingen mer än 5 år innan aktuellt sjukfall. Ungefär 24 % har en historik som sträcker sig mer än 8 år tillbaka i tiden räknat från sjukfallsstart. I genomsnitt har man avaktualiserats drygt ett år från sjukfallsstart.

7.6 Sökandekategori historiskt

Genom data från AMS händelsedatabasregister har det varit möjligt att kartlägga sökandekategorier historiskt för 117 av de 239 arbetslösa sjukskrivna, dvs. vilka insatser gruppen varit föremål för hos arbetsförmedlingen under sin inskrivningstid som helhet.⁵⁰ Uppgifter rörande sökandekategorier för de 117 har kategoriserats i nio olika huvudgrupper av sökandekategorier, som tillsammans täckt drygt 92 % av samtliga enskilda sökandekategorier. Kategoriseringen omfattar om man *någon gång* under sin inskrivningstid varit inskriven i den aktuella sökandekategorigruppen eller inte.⁵¹

Nedanstående tabell visar att cirka 95 % har varit inskriven i sökandekategorin ”öppet arbetslös” någon gång under sin inskrivningstid, lika många kvinnor som män.

Tabell 34 Fördelning på typer av sökandekategorier under inskrivning hos Af, öppet arbetslös (11, 12) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Fördelning på typer av sökandekategorier under inskrivning hos Af, öppet arbetslös (11, 12)	Har varit inskriven i sökkategorin	50 94,3%	61 95,3%	111 94,9%
	Har inte varit inskriven i sökkategorin	3 5,7%	3 4,7%	6 5,1%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets händelsedatabasregister.

”Övriga inskrivna” eller ”tillfällig kodning” är som noterats tidigare också en vanligt förekommande inskrivningskod, knappt 90 % har varit inskriven i sökandekategorin under sin inskrivningstid hos arbetsförmedlingen, något fler kvinnor (94 %) än män (84 %).

Tabell 35 Övriga inskrivna/tillfällig kodning (14, 91, 96, 97, 98) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Övriga inskrivna/tillfällig kodning (14, 91, 96, 97, 98)	Har varit inskriven i sökkategorin.	45 84,9%	60 93,8%	105 89,7%
	Har ej varit inskriven i sökkategorin	8 15,1%	4 6,3%	12 10,3%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

⁵⁰ I 117 fall var man vid undersökningstillfället 2004-04 inte inskriven som sökande i arbetsförmedlingens databas (AIS), då individer som avaktualiserats från arbetsförmedlingen för minst 2 år sedan lyfts ut ur datasystemet av sekretesskäl. I samtliga dessa fall fick uppgifter om tidpunkter för inskrivning/avaktualisering och sökandekategorier kompletteringsbeställas från AMS händelsedatabas.

⁵¹ Det aktuella måttet fångar inte om den arbetslöse varit inskriven i en viss sökandekategori vid ett flertal tillfällen, vilket ofta varit fallet, utan bara om man varit inskriven i kategorin överhuvudtaget.

I sökandegruppen ”deltidsarbetslös”, ”tjänstställning”, ”tillfälligt arbete”, ”ombytessökande samhäll/ombytessökande” framgår könsskillnaderna tydligt. Hela 70 % av kvinnorna mot 38 % av männen har någon gång varit inskrivna i sökandekategorin, vilket sannolikt kan förklaras med att kvinnor i betydligt högre utsträckning har en relation till arbetsmarknaden som deltidsanställd. Totalt har 55 % varit inskrivna i någon av de kodningar som ingår i gruppen under sin inskrivningstid hos arbetsförmedlingen.

Tabell 36 Deltidsarbetslös/tjänstställning/tillfälligt arbete/ombytessökande samhäll/ombytessökande (21,22,31,35,41)/ kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Deltidsarbetslös/tjänstställning/tillfälligt arbete/ombytessökande samhäll/ombytessökande (21,22,31,35,41)	Har varit inskriven i sökkategorin	20 37,7%	45 70,3%	65 55,6%
	Har ej varit inskriven i sökkategorin	33 62,3%	19 29,7%	52 44,4%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

21 % har vid minst ett tillfälle uppburit ”lönebidrag”, varit aktuell för ”offentligt skyddat arbete” eller fått ”starta eget”, något fler män (24,5 %) än kvinnor (18,8 %). ”

Tabell 37 Lönebidrag/OSA/anställningsstöd/starta eget (42,43,44,45) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Lönebidrag/OSA/anställningsstöd/starta eget (42,43,44,45)	Har varit inskriven i sökkategorin	13 24,5%	12 18,8%	25 21,4%
	Har inte varit inskriven i sökkategorin	40 75,5%	52 81,3%	92 78,6%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Arbetspraktik”, ”beredskapsarbete”, ”arbetslivsutveckling”, ”invandrarpraktik”, ”arbetsplatsintroduktion” och ”offentligt tillfälligt arbete” (som i viss utsträckning kan ses som varianter på varandra över tid) har 75 % av gruppen varit föremål för någon gång under sin inskrivningstid, ungefär lika fördelat mellan kvinnor och män.

**Tabell 38 Arbetspraktik/beredskapsarbete/arbetslivsutveckling/utbildningsvik/
invandrarpraktik/arbetsplatsintroduktion/offentligt tillfälligt arbete (51,52,53,54,55) /kön**

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Arbetspraktik/beredskapsarbete/arbetslivsutveckling/utbildningsvik/invandrarpraktik/Arbetsplatsintroduktion/offentligt tillfälligt arbete (51,52,53,54,55)	Har varit inskriven i sökandekategorin	41 77,4%	47 73,4%	88 75,2%
	Har inte varit inskriven i sökandekategorin	12 22,6%	17 26,6%	29 24,8%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Utbildningsinsatser ("arbetsmarknadsutbildning", "datortek", "förberedande utbildning", "IT-satsning") har hälften av de arbetslösa varit föremål för vid minst ett tillfälle under inskrivningen, också det med en förhållandevis jämn könsfördelning.

Tabell 39 A-utbildning, datortek, förberedande utbildning, IT-satsning (81,82,83) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
A-utbildning, datortek, förberedande utbildning, IT-satsning (81,82,83)	Har varit inskriven i sökandekategorin	26 49,1%	30 46,9%	56 47,9%
	Har inte varit inskriven i sökandekategorin	27 50,9%	34 53,1%	61 52,1%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Nästa sökandekategori, som i den här undersökningen är särskilt intressant, visar att var fjärde arbetslös sjukskriven (25 %) har varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering vid minst ett tillfälle någon gång under sin inskrivningstid hos arbetsförmedlingen, lika många kvinnor som män.

Tabell 40 Arbetslivsinriktad rehabilitering (71) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Arbetslivsinriktad rehabilitering (71)	Har varit inskriven i sökandekategorin	13 24,5%	16 25,0%	29 24,8%
	Har inte varit inskriven i sökandekategorin	40 75,5%	48 75,0%	88 75,2%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Aktiviteter inom vägledning/platsförmedling har bara drygt 8 % varit föremål för, övriga sökandekategorier som fallit utanför någon av de sammanfattade huvudgrupperna omfattar ytterligare 7,7 %.

Tabell 41 Aktiviteter inom vägledning/platsförmedling (73, 74) / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Aktiviteter inom vägledning/platsförmedling (73, 74)	Har varit inskriven i sökandekategorin	7 13,2%	3 4,7%	10 8,5%
	Har inte varit inskriven i sökandekategorin	46 86,8%	61 95,3%	107 91,5%
Total		53 100,0%	64 100,0%	117 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Sammanfattningsvis visar genomgången att det är få som varit föremål för aktiva insatser eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder hos arbetsförmedlingen under sjukfallets löptid, (se vidare i nästa avsnitt). Den absoluta majoriteten av de arbetslösa sjukskrivna står långt ifrån arbetsmarknaden 6, 12 och 24 månader efter sjukfallets start, vanligen som passivt inskriven hos eller avaktualiserad från arbetsförmedlingen. Genomgången visar vidare att gruppen arbetslösa sjukskrivna har en lång historik som kund hos arbetsförmedlingen. Drygt 70 % av de arbetslösa sjukskrivna har varit inskrivna hos arbetsförmedlingen i fem år eller längre, 40 % i åtta år eller längre. Trots att man inte varit föremål för många/aktiva eller arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsatser under sjukfallet, har man under de år som föregått sjukfallet ofta varit föremål för omfattande insatser inom en rad olika områden, även arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i inte obetydlig omfattning.

8. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder arbetsförmedlingen

I följande avsnitt beskrivs de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som påbörjats av arbetsförmedlingen under pågående sjukfall. Precis som i motsvarande kapitel rörande försäkringskassans insatser (kapitel 6) återges förekomst av rehabilitering, typ och antal insatser, längd på och tid till rehabilitering, rehabiliteringsåtgärdens genomförande, resultatet av rehabiliteringen och hinder för rehabilitering. Som arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser räknas arbetsträning/prövning och utredning. Utbildning är en fristående insats och omfattas inte per definition av det arbetsförmedlingen kallar arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser⁵², vilket får ses som ett tillkortakommande i studien när det kommer till möjligheterna att göra jämförelser mellan myndigheterna. Någon separat kartläggning över utbildningsinsatser från arbetsförmedlingens sida under tiden för det aktuella sjukfallet har inte genomförts. Min bedömning är att de är sällsynta, men att målgruppen som helhet historiskt sett under sin inskrivningsperiod varit föremål för omfattande utbildningsinsatser, inte sällan flera⁵³.

8.1 Förekomst, typ och antal insatser

Som tidigare noterats är arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som påbörjats för arbetslösa sjukskrivna under sjukfallet sällsynt förekommande. Drygt 6 % (n=15) av de arbetslösa sjukskrivna (N=239) har påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsförmedlingen under tiden för sjukfallet, ungefär lika många kvinnor som män.⁵⁴

Tabell 42 Arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser arbetsförmedlingen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser arbetsförmedlingen	Ingen arbetslivsinriktad rehabåtgärd har påbörjats.	92,8%	94,4%	93,7%
	Arbetslivsinriktad rehabåtgärd har påbörjats	7,2%	5,6%	6,3%
Total		97 100,0%	142 100,0%	239 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Någon fullständig bild av typ och antal insatser är inte möjlig att ge, då dataunderlaget varit bristfälligt för fyra av de femton arbetslösa sjukskrivna som fått beviljad arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsförmedlingen under perioden. Femton fått insatser, för elva vet vi också

⁵² Enligt sökkategori 71.

⁵³ Hälften av de arbetslösa sjukskrivna har vid minst ett tillfälle fått utbildningsinsatser under sin totala inskrivningstid hos arbetsförmedlingen.

⁵⁴ Det bör noteras att en del individer beviljats arbetspraktik, som varit av arbetsprövande slag men som inte kodats som arbetslivsinriktad rehabilitering och därför inte räknats.

vilka.⁵⁵ Bland dessa är den vanligast förekommande insatsen utredning, följt av arbetsträning/prövning. I nedanstående tabeller återges i vilken utsträckning utredning, respektive arbetsträning/prövning förekommit.⁵⁶ Insatserna är förhållandevis jämt fördelade mellan könen.

Tabell 43 Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Af - Utredning / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Af-utredning	Utredning förekommit	3 75,0%	6 85,7%	9 81,8%
	Utredning ej förekommit	1 25,0%	1 14,3%	2 18,2%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Tabell 44 Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Af - Arbetsträning/prövning / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Typ av arbetslivsinriktad rehabilitering Af - arbetsträning/prövning	Arbetsprövning/träning förekommit	2 50,0%	3 42,9%	5 45,5%
	Arbetsprövning/träning ej förekommit	2 50,0%	4 57,1%	6 54,5%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Beträffande antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser har åtta av de elva arbetslösa sjukskrivna som beviljats rehabilitering fått en beslutad insats under sjukfallet, de resterande tre har fått två till tre anvisningar till arbetslivsinriktad rehabilitering under sjukfallets löptid.

Tabell 45 Antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder arbetsförmedlingen? / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Antal arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder arbetsförmedlingen?	1	3 75,0%	5 71,4%	8 72,7%
	2		2 28,6%	2 18,2%
	3	1 25,0%		1 9,1%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

⁵⁵ Data från AMS händelsedatabasregister visar att dessa fyra fått arbetslivsinriktade insatser, men händelsedatabasen avslöjar inget om vilka typer av insatser. En beställning från Landsarkivet syftande till att få kompletterande arkiverad information gav inget ytterligare.

⁵⁶ En och samma individ kan ha varit föremål för flera olika typer av insatser.

8.2 Längd på och tid till rehabilitering

I genomsnitt har den längsta rehabiliteringsinsatsen pågått i 7 dagar och den har inletts 289 dagar (median) efter sjukfallets start.⁵⁷

8.3 Rehabiliteringsåtgärdernas genomförande

Ungefär lika stor andel arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som dito initierade via försäkringskassan är också genomförda hos arbetsförmedlingen, sju av tio. Cirka var tredje insats har avbrutits i förtid, ingen pågår fortfarande vid undersökningstillfället.⁵⁸ En förhållandevis hög andel av de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärderna avbryts med andra ord i förtid, precis som vid försäkringskassans insatser avbryts de av hälsoskäl.

Tabell 46 Har rehabiliteringsåtgärden genomförts? / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Har rehabiliterings- åtgärden genomförts?	Har genomförts och är avslutad	4 100,0%	4 57,1%	8 72,7%
	Har avbrutits i förtid		3 42,9%	3 27,3%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

8.4 Uppgivna hinder för rehabilitering

Varför har arbetslivsinriktad rehabilitering inte varit aktuellt under tiden den arbetssökande varit inskriven hos arbetsförmedlingen? I enlighet med avsnitt 6.4 har en sammanställning av eventuella uppgivna hinder för att komma vidare med arbetslivsinriktad rehabilitering genomförts, baserat på de noteringar som finns i akten hos aktuell myndighet. Underlagen har bestått av noteringar i akten som rör den aktuella sjukperioden, samtliga skrivna är handläggaren i fallet.

Uppgivna hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering kan som i tidigare avsnitt grovt sett delas in i tre huvudkategorier, fall där rehabilitering inte bedöms aktuellt överhuvudtaget, fall där medicinska skäl utgör hindret och fall där det med ledning av akten är oklart varför rehabilitering inte kommer till stånd.

Cirka 9 % av de uppgivna hindren för rehabilitering omfattas av fall där rehabilitering uttryckligen inte anses behövas, t.ex. för att den försäkrade anses bli arbetsför utan rehabiliterande insatser, eller där den försäkrade har en viss förankring till arbetsmarknaden t.ex. med en för arbetsförmågan anpassad deltidsanställning. Det kan exempelvis vara en individ som har en deltidsanställning men som är heltidssjukskriven, och som räknar att kunna återgå i tidigare arbete/arbetsområde efter sjukskrivningens slut, utan behov av rehabiliterande insatser.

⁵⁷ Jämförelser mellan kvinnor (n=7) och män (n=4) i en så liten grupp har förstås inget värde som generell information, men bland just dessa individer kan man notera att kvinnor fått något längre och framförallt tidigare insatser (median 195 dagar efter sjukfallsstart) än män (median 561 dagar).

⁵⁸ Tre av sju kvinnor har avbrutit sina insatser i förtid, samtliga fyra män har genomfört sina.

81 % av hindren omfattar fall där medicinska skäl i vid bemärkelse är orsaken till att rehabilitering inte är aktuell, vanligen på grund av att den försäkrade är heltidssjukskriven och inte bedöms att stå till arbetsmarknadens förfogande.⁵⁹ I många av dessa fall önskar den försäkrade kvarstå som sökande (t.ex. genom att tillhöra sökandekategorin övriga inskrivna) men är inte aktuell för insatser förrän arbetsförmågan är förbättrad. Av handläggarnas kommentarer att döma bör den försäkrade ha en arbetsförmåga på *minst* 50 % för att insatser ska vara aktuella. De allra flesta insatser eller åtgärder som arbetsförmedlingen förfogar över är heltidsinsatser, och med en arbetsförmåga som är mindre än 50 % bedöms det inte rimligt att delta och klara av åtgärderna. Den försäkrade ska med andra ord bedömas stå till arbetsmarknadens förfogande med en viss arbetsförmåga för att arbetsförmedlingen ska ta över det ekonomiska ansvaret och erbjuda olika typer av åtgärder. Exempel på kommentar; ”Sjukskriven sedan två år tillbaka. Väntar på behandling sedan två år tillbaka och bedömer själv att det i dagsläget inte kan bli aktuellt med praktik/arbete förrän den är genomförd.” Genomgången av akterna styrker att det rör sig om en grupp som varit föremål för omfattande insatser hos arbetsförmedlingen under lång tid. En del individer med en multiproblematik har varvat insatser hos socialförvaltning, försäkringskassa och arbetsförmedling, i samverkan eller separat över tid. Noteringar i akterna styrker också att ett sådant samarbete förväntas återupptas, när den försäkrade bedöms vara arbetsför i rimlig omfattning.

Cirka 10 % av fallen är att hänföra till kategorin oklart, där det inte med ledning av akten går att bedöma vad anledningen är till att arbetslivsinriktad rehabilitering inte aktualiserats. Det gäller framförallt individer som avaktualiserats från arbetsförmedlingen av ”annan okänd orsak”. Det kan röra sig om individer som av en eller annan anledning slutat att höra av sig till arbetsförmedlingen enligt överenskommelse.

⁵⁹ I några fall är det inte tydligt utskrivet i akten att medicinska skäl är hinder för rehabilitering. I en del av dessa fall har jag dock med rimlig säkerhet antagit att medicinska skäl är orsaken, i fall där den sökande varit inskriven i sökandekategorin ”övriga inskrivna” och avaktualiserats från arbetsförmedlingen för att man ”återremitterats till annan myndighet” (försäkringskassan) eller avaktualiserats av ”annan känd orsak” (sjukskrivning).

9. Resultatmått

Vilket blev då resultatet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Som resultatmått har närhet till arbetsmarknaden⁶⁰ använts, 6, 12 respektive 24 månader efter rehabiliteringsinsatsen. För att rehabiliteringen ska betraktas som lyckad ska den närheten till arbetsmarknaden vara förbättrad i jämförelse med vara den var vid inskrivningstillfället.

9.1 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter längsta rehabiliteringsinsats.

Sex månader efter den längsta rehabiliteringsinsatsen står cirka 45 % av dem som fått rehabilitering så långt ifrån arbetsmarknaden man kan komma med en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori fyra⁶¹. Lika många, 45 % har en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori tre.⁶² Därutöver har en individ en närhet till arbetsmarknaden kategori två genom att befinna sig i reguljär utbildning. Drygt 70 % är 6 månader efter rehabiliteringsinsatsen avaktualiserade eller i passiv kodning, knappt 30 % har en mer aktiv sökandekategori kodning hos arbetsförmedlingen. En jämförelse över tid visar att bland de elva individer som fått rehabilitering har 55 % (n=6) en försämrad arbetsmarknadsstatus 6 månader efter rehabiliteringsinsatsen jämfört med vid inskrivningstidpunkten, 27 % (n=3) har en oförändrad arbetsmarknadsstatus och 18 % (n=2) har en förbättrad status.

Tabell 47 Närhet till arbetsmarknaden 6 månader efter längsta rehabiliteringsinsatsen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Närhet till arbetsmarknaden	Närhet till arbetsmarknaden kategori 2		1 14,3%	1 9,2 %
	Närhet till arbetsmarknaden kategori 3	3 75,0%	2 28,6%	5 45,4%
	Närhet till arbetsmarknaden kategori 4	1 25,0%	4 57,1%	5 45,4%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

⁶⁰ Se sidan 54 och 58 för en beskrivning av kategoriseringen.

⁶¹ 36,4 % (n=4) är avaktualiserade till annan myndighet, 9,1 % (n=1) tillhör kodningen övriga inskrivna.

⁶² 27,3 % (n=3) öppet arbetslös, 9,1 % (n=1) är i arbetsmarknadspolitiskt program, 9,1 % (n=1) i arbetslivsinriktad rehabilitering.

9.2 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter längsta rehabiliteringsinsats

12 månader efter rehabiliteringsinsatsen är 55 % avaktualiserade från arbetsförmedlingen.⁶³ Knappa 64 % har en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori fyra, dvs. står så långt från arbetsmarknaden man kan. Två individer har en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori tre genom att befinna sig i ett arbetsmarknadspolitiskt program, i 2 fall har 12 månader inte förflutit sedan rehabiliteringsinsatsen. Bland de resterande nio är 78 % avaktualiserade eller i passiv kodning, 22 % har en mer aktiv sökandekategorikodning hos arbetsförmedlingen. 55 % (n=6) har en försämrad arbetsmarknadsstatus 12 månader efter rehabiliteringen jämfört med vid inskrivningstillfället, 18 % (n=2) har oförändrad status, 9 % (n=1) har förbättrad status, för resterande 18 % (n=2) har 12 månader inte förflutit sedan rehabiliteringsinsatsen.

Tabell 48 Närhet till arbetsmarknaden 12 månader efter längsta rehabiliteringsinsatsen / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Närhet till arbetsmarknaden	Närhet till arbetsmarknaden kategori 3	2 50,0%		2 18,2%
	Närhet till arbetsmarknaden kategori 4	1 25,0%	6 85,7%	7 63,6%
	Inte aktuellt	1 25,0%	1 14,3%	2 18,2%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

9.3 Närhet till arbetsmarknaden 24 månader efter längsta rehabiliteringsinsats

24 månader från rehabiliteringstillfället har drygt 80 % en närhet till arbetsmarknaden motsvarande kategori fyra⁶⁴. I de resterande tjugo procenten eller två fallen har 24 månader inte förflutit sedan rehabiliteringsinsatsens genomförande. Bland de aktuella fallen är samtliga avaktualiserade eller i passiv kodning 24 månader efter rehabiliteringen, ingen har en mer aktiv sökandekategorikodning hos arbetsförmedlingen. 64 % (n=7) har en försämrad arbetsmarknadsstatus 24 månader efter rehabiliteringsinsatsen jämfört med vid inskrivningstidpunkten hos arbetsförmedlingen, 18 % (n=2) har en oförändrad status, för 18 % (n=2) har 24 månader inte förflutit sedan rehabiliteringsinsatsen.

⁶³ 45,5 % (n=5) är avaktualiserade till annan myndighet, 9,1 % (n=1) är avaktualiserad av annan känd orsak.

⁶⁴ Som avaktualiserad till annan myndighet 63,6 %, (n=7), avaktualiserad av annan känd orsak 9,1 % (n=1) eller genom att befinna sig i sökandekategorin övriga inskrivna 9,1 % (n=1).

Tabell 49 Närhet till arbetsmarknaden 24 månader efter längsta rehabiliteringsinsats / kön

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Närhet till arbetsmarknaden	Närhet till arbetsmarknaden kategori 4	3 75,0%	6 85,7%	9 81,8%
	Inte aktuellt	1 25,0%	1 14,3%	2 18,2%
Total		4 100,0%	7 100,0%	11 100,0%

Källa: Arbetsmarknadsverkets AIS databas samt händelsedatabasregister.

Sammanfattningsvis är resultatet av arbetsmarknadsmyndighetens rehabiliteringsinsatser svagt. Närheten till arbetsmarknaden är för flertalet försämrade 6, 12 och 24 månader efter rehabiliteringsinsatsen jämfört med vid inskrivningstillfället. Precis som de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som genomförts via försäkringskassans försorg, avbryts ungefär var tredje insats under rehabiliteringen av hälsoskäl. 24 månader efter rehabiliteringen är merparten av dem som fått rehabinsatser avaktualiserade från arbetsförmedlingen av hälsoskäl. Resultatet får med andra ord betraktas som nedslående ur arbetsförmåge- och arbetsmarknadssynpunkt. Trots att gruppen utgör de få bland de arbetslösa sjukskrivna som bedöms vara rehabiliteringsbara, är det en grupp med mycket svag arbetsmarknadsstatus.

10. Slutdiskussion

Undersökningen har syftat till att ge en kartläggning av a) om, hur, när och i vilken omfattning resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering använts av försäkringskassan och arbetsförmedlingen i Luleå för de som varit inskrivna som arbetslösa sjukskrivna 2003, samt b) vad insatserna resulterat i och c) hur de fördelats mellan könen. Studien har också belyst de arbetslösa sjukskrivnas bakgrund och vilka motiv till/hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering som funnits i fallen. Studiens huvudsakliga resultat sammanfattas i början av rapporten och detta avsnitt ägnas åt en slutdiskussion rörande hinder för arbetslivsinriktad rehabiliteringsverksamhet.

Myndigheternas mål, uppdrag och tolkning av centrala begrepp; Olika mål, uppdrag, roller och regelverk kan leda till att arbetslösa sjukskrivna riskerar att komma i kläm mellan försäkringskassans och arbetsförmedlingens olika ramverk. Försäkringskassan har att bedöma den försäkrades arbetsförmåga och reducera sjukskrivningsbehov. Arbetsförmedlingen har att bedöma om den försäkrade är arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete samt beredd att anta och söka arbete på ett aktivt sätt, dvs. stå till arbetsmarknadens förfogande. Myndigheternas tillämpning och definition av begreppen arbetsförmåga och att vara arbetsför framstår som centrala att uppmärksamma vid hinder för arbetslivsinriktad rehabiliteringsverksamhet. Det verkar finnas en diskrepans mellan myndigheterna, där man utifrån sitt uppdrag inte kan ställa likhetstecken mellan de bägge begreppen, eller använder sig av samma typ av underlag för bedömandet av dem. Försäkringskassans utlåtande baseras på ett försäkringsmedicinskt underlag som fastställer arbetsförmåga i relation till ett tänkt arbete, medan arbetsförmedlingen i högre utsträckning också tar hänsyn till hur den enskilde själv bedömer sin arbetsförmåga, samt ställer arbetsförmågan i relation till den reella arbetsmarknaden, inte en tänkt dito. Tidigare studier har visat att en entydig definition av arbetsförmågebegreppet saknas och att det kan vara svårt att skilja *arbetsförmåga* från *funktionsförmåga* liksom om och i så fall i vilken grad *anställningsbarhet* ingår i bedömningen (Alexanderson et al 2005). Tolkningen av arbetsförmågebegreppet är med andra ord nära sammanknutet med respektive myndighets mål och uppdrag. Att ha teoretiskt bedömas ha en viss arbetsförmåga (hos försäkringskassan) behöver därför inte nödvändigtvis vara liktydigt med att bedömas vara arbetsför (hos arbetsförmedlingen), eller tillräcklig arbetsför för att stå till arbetsmarknadens förfogande. Tillämpningen av centrala begrepp relativt respektive myndighet mål och uppdrag, framkommer som försvårande omständigheter för en lyckad och rationell rehabiliteringsverksamhet.

Passiv handläggning/långa ledtider; En av flera tänkbara konsekvenser av ovanstående beskrivna oförenlighet i mål och uppdrag, är passiv handläggning. De genomgångna ärendena visar att det finns en gemensam nämnare i form av passiv handläggning hos både försäkringskassa och arbetsförmedling av gruppen arbetslösa sjukskrivna. Hos arbetsförmedlingen manifesteras det genom att individerna tillhör passiva sökandekategorier (eller avaktualiseras), hos försäkringskassan genom en passivitet i samordningsansvar och långa handläggningstider med tonvikt på att fastställa arbetsförmåga, inte behov av rehabilitering. Tidigare studier har visat att tidsfaktorn kan vara en central framgångsfaktor i arbetslivsinriktad rehabiliteringsverksamhet, fördröjd rehabilitering kan försämra utsikterna för en lyckad rehabiliteringsinsats. Genomgången av akterna visar också på generellt långa ledtider i förhållande till flera system parallellt. Arbetslivsinriktad rehabilitering är

det sista steget i en process som karaktäriseras av långa ledtider, i förhållande till t.ex. hälso- och sjukvård och i förhållande till övriga myndigheter.

Arbetsmarknaden; Ytterligare en problematiserande bild är arbetsmarknaden och det behov av arbetskraft som finns idag. Hetzler, Melén, Bjerstedt (DN debatt 2004) konstaterade att, den långtidssjuka individen många gånger inte har den arbetsförmåga/kapacitet som krävs i en numer globalt konkurrenskraftig produktion. De menar att de flesta arbetsgivare saknar vilja att permanent bereda arbete för individer med nedsatt arbetsförmåga. Hetzler, Melén, Bjerstedt (2004) beskriver att långtidssjukskrivna i mångt och mycket håller på att sorteras ut från den svenska arbetskraften. Samma sak noteras av Svensson (2001), där arbetsförmedlare beskriver att det finns en svårighet att få arbetsgivare intresserade av individer med nedsatt kapacitet och svag ställning på arbetsmarknaden. Under lågkonjunktur finns det inte något att göra för de med nedsatt arbetsförmåga, under högkonjunktur vill man ha en medarbetare som "funkar". Hinder för framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering samspelar således med en förändrad arbetsmarknad. Det finns en uppenbar risk att de arbetslösa sjukskrivna tillhör och kommer att tillhöra en strykclass på arbetsmarknaden. För de arbetslösa sjukskrivna som har en långvarig och omväxlande historik hos olika myndigheter i denna undersökning, är detta i någon mening redan fallet.

En förändrad arbetsmarknad, liksom, oförenlighet i uppdrag och mål på hos myndigheterna är några av de hinder som framträder för att lyckas med uppdraget arbetslivsinriktad rehabilitering. Att ha god kunskap om målgruppen och dess problem är också av betydelse för behov, utformning och utfall av rehabilitering. Genom en god kännedom om målgruppen och den problematik som finns, ökar möjligheten till att erbjuda riktade insatser och därmed sannolikt chansen till förbättrade rehabiliteringsresultat. Den multiproblematik gruppen uppvisar talar för att det finns anledning att arbeta i nära samarbete mellan myndigheterna med denna målgrupp. Det finns också erfarenheter av lyckad samverkan på projektnivå att ta till sig. Lyckade samverkansverksamhet mellan försäkringskassa och arbetsförmedling i Luleå har gett resultat där nära hälften av deltagarna kommit åter till arbetsmarknaden/i utbildning sex månader efter rehabiliteringsinsatser (Rönnerberg 2004). Det finns inom ramen för den här undersökningen inte någon möjlighet att fastställa framgångsfaktorerna i dessa projekt, inte heller att fastställa om det är arbetssätt, metodik och/eller urval av individer som står bakom det lyckade resultatet. Men här finns sannolikt mycket att lära som kan överföras till större volymer och ordinarie verksamhet.

11. Tack

Tack i allmänhet till personal vid Försäkringskassans centralkontor och Länsarbetsnämnden i Norrbotten för god support i samband med datainsamling, särskilt tack till Ulrika Rönnerberg och Cathrin Risén. Många tack också till Sven-Uno Marnetoft, Mitthögskolan, för visat intresse och kloka synpunkter i samband med enkätutformning.

Referenser

- Adler, C.M, and J.J Hillhouse (1996). *Stress, health, immunity. A review of the literature. Theory and assessment of stressful life events.* T.W Miller.Madison, International universities press.
- Alexanderson, K., M Brommels et al. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning.* Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management, LIME Karolinska Institutet, Stockholm.
- Arbetsmarknadsverket (2001). *Arbetslivsinriktad rehabilitering inom Arbetsmarknadsverket .* AMS 2001-09-10 Stockholm
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2001) *Arbetsförmedlingens och försäkringskassans "gemensamma kunder" under år 2000.* Utredningsenheten AMS, Stockholm
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2003) *Tillämpning av sökandekategorier 2003-10-07.* Statistikenheten AMS, Stockholm
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2003) *Styrdokumentet Arbetsförmedlingen i Sverige.* AMS, Stockholm
- Bäckström, I. (1997). *Att skilja agnarna från vetet: om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män.* Umeå, Studier i socialt arbete, Umeå universitet.
- Ekblad, S. (2002). *Rehabilitering från tyst kunskap till profession.* Rapport nr 39. Stockholm, Försäkringskassan i Stockholms län.
- Grape, O., R Lindqvist (1997) *Förtidspensioneringens dynamik. Medikalisering, professionalisering och hälsa. Ett sociologiskt perspektiv.* R. Lindqvist. Lund, Studentlitteratur
- Hyberg, B (2003) *Rehabiliteringsköp – framgångar och hinder.* Socialmedicinsk tidskrift 2003 80:e årg.häfte 2.
- Höög, J and M. Stattin (1994) *Förtidspensionering, yrke, arbetsmarknad och social situation.* Umeå, Sociologiska institutionen, Umeå universitet
- Kaiser, P-O (2001) *The impact of psychosocial markers on the outcome of rehabilitation,* Disability and Rehabilitation 2001 vol. 23
- Kerz, J., M Werner et al. (1995) *Vad vet vi om rehabilitering? Svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993.* Lund, Bokbox Förlag
- Larsson, G. (1999) *Individen i centrum? En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen.* Utredning om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08). Stockholm, Fritzes offentliga publikationer.
- Lindgren, G. (2001) *Klass, kön och kirurgi.* Stockholm, Fritzes offentliga publikationer

Lindqvist, R. Ed. (1997). *Medikalisering, professionalisering och hälsa. Ett sociologiskt perspektiv*. Lund, Studentlitteratur

Lidwall, U (1997). *Friskskrivning, förtidspensionering och sammansatta riskfaktorer. Risk och friskfaktorer*. Marklund, S. (Ed.) RFV redovisar 1997:6 Stockholm, Riksförsäkringsverket

Lidwall, U (1996) RFV redovisar 1996:14 *Långvarigt sjukskrivna - Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Lidwall, U (1997), RFV redovisar 1997:6. *Risk och friskfaktorer*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Lundberg, T. (2003) *Arbetslösa sjukskrivna – en orimligt stor grupp i sjukfrånvarostatistiken?* Karlstad, Värmlands läns allmänna försäkringskassa

Marklund, S. Ed. (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund, Studentlitteratur

Marnetoft, S-U. (2000) *Vocational Rehabilitation of Unemployed Sick-listed People in a Swedish Rural area. An individual-level study based on social insurance data*. Stockholm, Karolinska University Press

Riksförsäkringsverket (2002), RFV redovisar 2002:1. *Karaktäristiska hos personer som är sjukskrivna och arbetslösa*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (1995), RFV redovisar 1995:10. *Arbetslöshetens betydelse för friskskrivning och förtidspensionering*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (1995), RFV redovisar 1995:20. *RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (1996), RFV redovisar 1996:14. *Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (1997), RFV redovisar 1997:6. *Risk och friskfaktorer*. Marklund, S. (Ed.) Stockholm, Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (2001), RFV redovisar 2001:5. *Kvinnor, män och sjukfrånvaro – om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*. Stockholm, Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (2002), RFV vägledning 2002:8. *Sjukförsäkring och rehabilitering*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket (2004), *Enkät RFV-LS*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverket/Arbetsmarknadsstyrelsen (2003). *RFV's och Ams förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering*. Uppdrag enligt regeringsbeslut III 6 2003-01-23 N2003/459/A, Stockholm

Riksförsäkringsverket/Arbetsmarknadsstyrelsen (2003). *Lägesrapport beträffande uppdraget förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen uppdrag 3 – pilotverksamhet*. Uppdrag enligt regeringsbeslut III 6 2003-01-23 N2003/459/A, Stockholm

Rönnberg, U. (2004) *Arbetsdokument rörande Af Sverige*. Luleå, Länsarbetsnämnden i Norrbottens län.

Sennvall, P-O (2002) *Socialförsäkring, kön och agenda. Formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa*. Rapport nr 37. Stockholm, Försäkringskassan i Stockholms län.

Socialstyrelsen (1978:3) *Principprogram för medicinsk rehabilitering*. Stockholm, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2001) *Samverkan inom rehabiliteringsområdet. Samarbete kring långtidsarbetslösa sjukskrivna*. Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket. Socialstyrelsen, Stockholm

Svensson, I. (2001) *Arbetslivsinriktad rehabilitering i Västra Götaland. En kvalitativ intervjustudie om integreringen av AMI-AF*. Falköping, Rapport 2001:5 Forskningsstation Mösseberg

Von Otter, C. (2003) *Låsningar och lösningar i svenskt arbetsliv – slutsatser från en trendanalys*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet

Upmark, M. (1999) *Alcohol, sickness absence, and disability pension – a study in the field of disease, illhealth, psycosocial factors, and medicalisation*. Department of public health sciences, division of social Medicine, Stockholm, Karolinska institutet.

Wikman A and S Marklund. (2003) *Tolkning av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige. Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete*. C. Von Otter. Stockholm, Arbetslivsinstitutet

Wikman, A (2001) *Internationalisering, flexibilitet och förändrade företagsformer. En statistisk analys av arbetsställets utveckling under 90-talet*. Arbetsliv i omvandling 2001:8. Stockholm, Arbetslivsinstitutet

Uppgifter från AMS händelsedatabas

Fälten i filen omfattar;

PNR	Personnummer
SJUKTID	Sjukdomstid
KÖN	Kön, baserat på näst sista siffran i PNR
INLNR	Inskrivningslöpnummer
AKTDM	Inskrivningsdatum
AVORS	Avaktualiseringsorsak
AVDM	Avaktualiseringsdatum
SOKATLNR	Sökandekategorilöpnummer
SKAT	Sökandekategori
INSKADM	Startdatum för sökandekategorin

Grunddata

(personnr) =

1. Födelseår

De två sista siffrorna i året anges.

2. Kön

1. Man
2. Kvinna

3. Civilstånd vid sjukfallets början

1. Gift
2. Ogift
3. Änka/änkling
4. Frånskild

4. Faktisk sjukpenninggrundande inkomst (SGI) vid sjukfallets början

xxxx SGI anges i hundratal kronor.
9999 Vet ej.

5. Högsta utbildning vid sjukfallets början.

1. Grundskola eller motsvarande
2. Gymnasium
3. Högskola
4. Annat

6. Yrkestillhörighet (senaste anställning) innan sjukfallets början.

1. Yrke=
2. Klassificering (6-siffernivå)=
3. Yrkesområde;
 1. Ledningsarbete
 2. Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens
 3. Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper
 4. Kontors- och kundservicearbete
 5. Service- omsorgs- och försäljningsarbete
 6. Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske.
 7. Hantverksarbete inom bygg och tillverkning
 8. Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.
 9. Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning.
 10. Militärt arbete

7. Sjukfallets hittillsvarande längd;

1. 1,5- 2 år
2. 2-3 år
3. 3-4 år
4. 4-5 år
5. 5-6 år
6. över 6 år

8. Datum för sjukfallets början

X = år, månad, dag.

9. Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga (oberoende av förmånsslag) vid sjukfallets början

1. 1/1
2. $\frac{3}{4}$
3. $\frac{1}{2}$
4. $\frac{1}{4}$

10. Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga (oberoende av förmånsslag) i sjukfallet efter;

1. 6 månader:

1. Ingen ersättning
2. Lägre ersättningsnivå
3. Oförändrad ersättningsnivå
4. Högre ersättningsnivå

2. 12 månader:

1. Ingen ersättning
2. Lägre ersättningsnivå
3. Oförändrad ersättningsnivå
4. Högre ersättningsnivå

3. 24 månader:

1. Ingen ersättning
2. Lägre ersättningsnivå
3. Oförändrad ersättningsnivå
4. Högre ersättningsnivå
5. inte aktuellt, sjukfallet har inte varat så länge

11. Huvuddiagnos vid sjukfallets början

1. Muskeloskeletal sjukdom (M00-M99)
2. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)
3. Psykiska besvär och sjukdomar (F00-F99)
4. Neurologiska sjukdomar (G00-G99)

5. Tumörer (C00-D48)
6. Skador, olyckor (S00-T98)
7. Övriga

12. Huvuddiagnos efter sjukfallet varat i;

1. 6 månader
 1. Ersättning för samma diagnos som vid sjukfallets början.
 2. Ersättning för annan diagnos.
2. 12 månader
 1. Ersättning för samma diagnos som vid sjukfallets början
 2. Ersättning för annan diagnos
 3. Sjukfallet har inte varat så länge.
3. 24 månader
 1. Ersättning för samma diagnos som vid sjukfallets början
 2. Ersättning för annan diagnos
 3. Sjukfallet har inte varat så länge.

Rehabiliteringsåtgärder Försäkringskassan

13. Har någon/några arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder initierats/påbörjats av Fk under pågående sjukfall?

1. Nej. Ingen arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats.
2. Ja, arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats.

14. Om ja, vilken typ/er av arbetslivsinriktad rehabilitering? Markera alla rehabiliterande insatser som förekommit under sjukfallet.

1. Utredning
2. Utbildning
3. Arbetsträning/prövning

15. Totalt antal Fk initierade arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser under sjukfallet;
=

16. Datum för påbörjande av den *längsta* rehabiliteringsåtgärden

År, månad, dag=

17. Datum för avslutande eller avbrytande av den *längsta* rehabiliteringsåtgärden?

År, månad, dag=

18. Typ av rehabiliteringsåtgärd?

1. Utredning
2. Utbildning
3. Arbetsträning/prövning

19. Har rehabiliteringsåtgärden genomförts?

1. Har genomförts och är avslutad
2. Har avbrutits i förtid3. Pågår fortfarande

20. Vem bekostade rehabiliteringsinsatsen?

1. Arbetsförmedlingen
2. Försäkringskassan
3. Arbetsgivaren
4. Både försäkringskassa och arbetsgivare
5. Socialtjänsten

21. Vad kostade rehabiliteringsinsatsen?

1. 1000 – 29 999 kronor
2. 30 000 – 49 999 kronor
5. 50 000 – 100 000 kronor
6. Över 100 000 kronor

22. Finns det något uppgivet hinder som gjorde att man inte kunde komma vidare med arbetslivsinriktad rehabilitering (om flera hinder föreligger, ange det viktigaste hindret.)?

1. Nej, rehabilitering inte aktuellt i fallet (d.f. behöver ingen rehabilitering för att tillfriskna).
2. Nej, inga hinder förelåg.

Ja, hinder förelåg;

3. Medicinska skäl (t.ex. väntan på behandling eller på förbättring av hälsotillståndet för att rehabilitering ska vara aktuell)
4. Utbildningsskäl (t.ex. bristfällig utbildning, svaga kunskaper i svenska)
5. Personliga skäl (t.ex. skilsmässa, sorgearbete, mår psykiskt dåligt av sin sociala situation)
6. Familjesskäl (t.ex. barntillsyn, vård av gamla föräldrar)
7. Sociala skäl (t.ex. pågående missbruk, saknar bostad)
8. Den försäkrade anser sig vara för dålig/sjuk för att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering.
9. Andra skäl. Vilka –

Resultatmätt rehabilitering

23. Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga (oberoende förmåns slag) vid den längsta rehabiliteringsinsatsens början;

1. 1/1
2. $\frac{3}{4}$
3. $\frac{1}{2}$
4. $\frac{1}{4}$

24. Förändringar i ersättningsnivå 6, 12, 24 månader efter den längsta avslutade rehabiliteringsinsatsen jämfört med nivå på ersättning när rehabiliteringen startade. Ersättningsgrad för nedsatt arbetsförmåga;

1. 6 månader efter rehabiliteringen:
 1. Ingen ersättning,
 2. Lägre ersättningsnivå
 3. Oförändrad ersättningsnivå
 4. Högre ersättningsnivå

5. 6 månader har inte förflutit sedan rehabiliteringsstart

2. 12 månader:

1. Ingen ersättning
2. Lägre ersättningsnivå
3. Oförändrad ersättningsnivå
4. Högre ersättningsnivå
5. 12 månader har inte förflutit sedan rehabiliteringsstart

3. 24 månader:

1. Ingen ersättning
2. Lägre ersättningsnivå
3. Oförändrad ersättningsnivå
4. Högre ersättningsnivå
5. 24 månader har inte förflutit sedan rehabiliteringsstart

25. Huvuddiagnos vid den längsta rehabiliteringsinsatsens början;

1. Muskeloskeletal sjukdom (M00-M99)
2. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)
3. Psykiska besvär och sjukdomar (F00-F99)
4. Neurologiska sjukdomar (G00-G99)
5. Tumörer (C00-D48)
6. Skador, olyckor (S00-T98)
7. Övriga

26. Huvuddiagnos efter 6, 12, 24 månaders rehabilitering;

1. 6 månader

1. Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början.
2. Ersättning för annan diagnos.

2. 12 månader

1. Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början
2. Ersättning för annan diagnos
4. Sjukfallet har inte varat så länge.

3. 24 månader

1. Ersättning för samma diagnos som vid rehabiliteringens början
4. Ersättning för annan diagnos
5. Sjukfallet har inte varat så länge.

Arbetslöshetsdata

27. Är den försäkrade inskriven som arbetssökande vid arbetsförmedlingen vid det aktuella sjukfallets början?

1. Nej.
2. Ja.

28. Har den försäkrade varit inskriven som arbetssökande någon gång under sjukfallets löptid?

1. Nej.
2. Ja

X= Inskrivningstidpunkt (år, månad, dag);

29. Vilken status har den sökande 6,12, 24 månader efter inskrivning hos arbetsförmedlingen?

a) efter 6 månader:

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 - 2.1 i arbete med stöd
 - 2.2 i arbete utan stöd
 - 2.3 starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande
 - 3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning
4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats

b) efter 12 månader

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 - 2.1 i arbete med stöd
 - 2.2 i arbete utan stöd
 - 2.3 starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande
 - 3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning
4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats

c) efter 24 månader

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 1. i arbete med stöd
 2. i arbete utan stöd
 3. starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande

3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning

4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats

Rehabiliteringsåtgärder Arbetsförmedlingen

30. Har någon/några arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder påbörjats hos Af under pågående sjukfall/arbetslöshetsfall?

1. Nej. Ingen arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats.
2. Ja, arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd har påbörjats.

31. Om ja, vilken typ/er av arbetslivsinriktad rehabilitering? Markera alla rehabiliterande insatser som förekommit under sjukfallet.

1. Utredning
2. *Utbildning*
3. Arbetsträning/prövning

32. Totalt antal Af initierade arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser under sjukfallet
=

33. Datum för påbörjande av den *längsta* rehabiliteringsåtgärden?

År, månad, dag=

34. Datum för avslutande eller avbrytande av den *längsta* rehabiliteringsåtgärden?

År, månad, dag=

35. Typ av rehabiliteringsåtgärd?

4. Utredning
5. *Utbildning*
6. Arbetsträning/prövning

36. Har rehabiliteringsåtgärden genomförts?

1. Har genomförts och är avslutad
2. Har avbrutits i förtid
3. Pågår fortfarande

37. Vem bekostade rehabiliteringsinsatsen?

1. Arbetsförmedlingen
2. Försäkringskassan
3. Arbetsgivaren
4. Både försäkringskassa och arbetsgivare
4. Socialtjänsten

38. Vad kostade rehabiliteringsinsatsen?

1. 1000 – 29 999 kronor
2. 30 000 – 49 999 kronor

3. 50 000 – 100 000 kronor
4. Över 100 000 kronor

39. Finns det något uppgivet hinder som gjorde att man inte kunde komma vidare med rehabilitering (om flera hinder föreligger, ange det viktigaste hindret)?

1. Nej, rehabilitering inte aktuellt i arbetslöshetsfallet. (df behöver inga insatser för att förbättra sin anställningsbarhet)
2. Nej, inga hinder förelåg.

Ja, hinder förelåg:

3. Medicinska skäl (t.ex. väntan på behandling eller på förbättring av hälsotillståndet)
4. Utbildningsskäl (t.ex. bristfällig utbildning, svaga kunskaper i svenska)
5. Personliga skäl (t.ex. skilsmässa, sorgearbete, mår psykiskt dåligt av sin sociala situation)
6. Familjeskäl (t.ex. barntillsyn, vård av gamla föräldrar)
7. Sociala skäl (t.ex. pågående missbruk, saknar bostad)
8. Den försäkrade anser sig vara för dålig/sjuk för att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering.
9. Andra skäl. Vilka –

Resultatmått rehabilitering

40. Vilken status har den sökande vid arbetsförmedlingen 6, 12, 24 månader efter den längsta rehabiliteringsinsatsen?

a) efter 6 månader:

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 - 2.1 i arbete med stöd
 - 2.2 i arbete utan stöd
 - 2.3 starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande
 - 3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning
4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats

b) efter 12 månader:

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 - 2.1 i arbete med stöd
 - 2.2 i arbete utan stöd
 - 2.3 starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande
 - 3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning
4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats

c) efter 24 månader:

1. Återremitterad Försäkringskassan, el. annan myndighet
2. Åter i arbete
 - 2.1 i arbete med stöd
 - 2.2 i arbete utan stöd
 - 2.3 starta eget
3. Arbetslös
 - 3.1 öppet arbetslös
 - 3.2 i arbetsmarknadspolitiskt program el. motsvarande
 - 3.3 i yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning
4. Reguljär utbildning
5. I arbetslivsinriktad rehabilitering
6. Avvaktar beslutad Af-insats