

# Rehabiliteringsrådets delbetänkande

*Delbetänkande av Rehabiliteringsrådet*

*Stockholm 2010*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2010:58

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23435-8  
ISSN 0375-250X

# Missiv

Vid sammanträde den 21 december 2009 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2009:131) som gav en särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet. Utredningen har antagit namnet Rehabiliteringsrådet.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Cristina Husmark Pehrsson 11 januari 2010 professor Åke Nygren att vara särskild utredare. Som huvudsekreterare i utredningen har Bodil Ljunghall tjänstgjort sedan den 22 februari 2010 .

Den 23 februari 2010 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen

- Birgitta Bernspång, arbetsterapeut, professor, Umeå universitet.
- Roger Henriksson, överläkare (onkologi), professor, Karolinska sjukhuset.
- Irene Jensen, beteendevetare, professor, Karolinska Institutet.
- Ingemar Petersson, överläkare (reumatologi), docent, Universitetssjukhuset i Lund.
- Eva Vingård, överläkare (arbets- och miljömedicin), professor, Uppsala Akademiska sjukhus.
- Marie Åsberg, överläkare (psykiatri), professor, Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus.
- Birgitta Öberg, sjukgymnast, professor, Linköpings universitet.

Till Rehabiliteringsrådets möten har följande personer ständigt adjungerats

- Kristian Borg, överläkare, professor, rehabiliteringsmedicin och neurologi, Danderyds sjukhus och Karolinska Institutet
- Karin Rudling, överläkare (rehabiliteringsmedicin), Danderyds sjukhus.

Rehabiliteringsrådet överlämnar härmed sitt delbetänkande SOU 2010:58.

Stockholm i augusti 2010.

Åke Nygren

/ Bodil Ljunghall

# Innehåll

<b>Utredningens uppdrag och arbetsformer .....</b>	<b>7</b>
<b>Sammanfattning och förslag .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Utredningsresultat – en lägesrapport .....</b>	<b>13</b>
1.1 Största förändringen i sjukförsäkringens historia.....	13
1.2 Tidigare statliga utredningar inom rehabiliteringsområdet.....	14
1.3 Begreppet rehabilitering .....	16
1.4 Arbetsförmåga.....	18
1.5 Diagnosspecifik rehabilitering .....	19
1.5.1 Psykisk ohälsa.....	19
1.5.2 Besvär från rörelseorganen.....	23
1.5.3 Tumörsjukdomar .....	28
1.5.4 Trauma och neurologisk sjukdom.....	31
1.6 Implementering.....	34
1.6.1 AHA studien.....	34
1.6.2 HAKUL projektet.....	36
1.7 Samråd med myndigheter och organisationer.....	37
1.7.1 Redovisning av möten med ”avnämare” av rehabilitering .....	38
1.7.2 Behov av insatser på arbetsplatsen.....	38
1.7.3 Erfarenheter från rehabiliteringskedjans tidsgränser .....	40
1.7.4 Erfarenhet av rehabiliteringsgarantin .....	42

<b>2</b>	<b>Det framtida arbetet i Rehabiliteringsrådet.....</b>	<b>45</b>
	<b>Appendix.....</b>	<b>49</b>
	<b>Referenser.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bilaga 1 Kommittédirektiv.....</b>	<b>59</b>

# Utredningens uppdrag och arbetsformer

Kommittén som antagit namnet Rehabiliteringsrådet har i uppdrag att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Rådet ska vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen, t ex när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Rådet får också föreslå hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas, och ska lämna förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010.

Enligt regeringens direktiv ska uppdraget avrapporteras i två steg, dels i ett delbetänkande senast 16 augusti 2010, och dels i ett slutbetänkande senast 10 december 2010.

Rehabiliteringsrådet ska vid genomförandet av sitt uppdrag hämta information från organisationer och myndigheter som man bedömer har sådana kunskaper och erfarenheter som behövs för att rådet ska kunna fullfölja sitt uppdrag att vara uppdaterad beträffande utvecklingen inom området.

Rådet påbörjade sitt arbete i slutet av februari 2010 och har under sitt första halvår haft sex sammanträden. Sekretariatet har därutöver haft ett antal möten med berörda myndigheter och organisationer.

Rådets arbete bedrivs i huvudsak i form av fyra arbetsgrupper som inom respektive område gör en sammanställning av aktuell forskning. Till varje arbetsgrupp har knutits ett antal specialister inom området. Arbetsgrupperna har följande inriktning

- Besvär från rörelseorganen
- Lättare psykisk ohälsa
- Onkologi
- Trauma och neurologisk sjukdom

I detta delbetänkande redovisas ett första översiktligt resultat av rådets analys.



# Sammanfattning och förslag

Rehabiliteringsrådet har under sina inledande litteraturstudier kunnat konstatera att det är svårt att på vetenskaplig grund rekommendera några särskilda rehabiliteringsinterventioner med avseende på återgång i arbete. Detta innebär dock inte att de insatser som för närvarande omfattas av rehabiliteringsgarantin skulle sakna betydelse för att förkorta sjukskrivningstiden utan att det endast finns ett fåtal evidensbaserade studier med arbetsåtergång som effektvariabel.

Enligt den SBU rapport<sup>1</sup> som presenterades i juni förbättrar multimodal rehabilitering förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå i arbete jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i detta avseende.

Effekterna av arbetsplatsåtgärder för återgång i arbete efter sjukskrivning är i liten omfattning vetenskapligt belysta. Två svenska nationella studier har dock visat att åtgärder tidigt och i nära anslutning till arbetsplatsen ger resultat<sup>2</sup>.

## **Förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen**

1. Det är mycket bra att en omfattande utvärdering av garantins effekter kommer att göras och redan har påbörjats. Det är dock än så länge för tidigt att definitivt ta ställning till de olika åtgärdernas effekt eftersom endast den allra första tiden med rehabiliteringsgarantin utvärderats.

---

<sup>1</sup> Rehabilitering vid långvarig smärta, SBU rapport 198, 2010

<sup>2</sup> Bergström et al, 2008

2. Ett nationellt kvalitetsregister bör inrättas för rehabiliteringsåtgärder. Anmälan till registret ska vara en förutsättning för ersättning enligt den statliga rehabiliteringsgarantin. En ekonomisk koppling av rapporteringen till registret säkerställer sannolikt följsamheten. Registret kommer på sikt att kunna ge mycket värdefull kunskap om vilka åtgärder som ger effekt på återgång i arbete.
3. Den stora grupp individer som under året förbrukat sina dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning och därefter erbjuds att delta i Arbetsförmedlingens arbetslivsintroduktion är en unik grupp och värdefull kunskap skulle kunna erhållas genom att den gruppen studeras närmare.
4. Det är viktigt att ytterligare belysa primärvårdens roll i rehabiliteringen under sjukskrivningstiden och inom rehabiliteringsgarantin. Effekterna av vårdvalsreformen på rehabiliteringsgarantin bör studeras och utvärderas.
5. Eftersom kompetens och resurser är otillräckliga inom rehabiliteringsområdet är det viktigt att ta tillvara den kompetens som finns oavsett huvudman.
6. Företagshälsovården är en instans som bör utnyttjas mer och bättre inom rehabilitering och rehabiliteringsgarantin. Den traditionella vården har liten erfarenhet av rehabilitering i nära anknytning till arbetsplatsen. Företagshälsovården har en unik kunskap om arbetsplatsen som måste tillvaratas. Metoder för evidensbaserat rehabiliteringsarbete inom företagshälsovården behöver utarbetas.
7. Bedömning av rehabiliteringsbehov och -potential samt initiering av rehabilitering bör ske inom 6 veckor efter första vårdkontakten. Erfarenheten från de två nationella projekten HAKUL och AHA ska tas till vara. Utformningen av olika åtgärder kommer att diskuteras i slutbetänkandet liksom kopplingen till det nationella kvalitetsregistret.
8. Det behövs förbättrade möjligheter till utbildning för den som efter sjukskrivningstiden måste skaffa sig en ny inriktning i arbetslivet. Dagens studiestödsystem behöver ses över för att möta behoven för denna grupp.

9. Även om arbetsbyte för många kan vara en bra lösning finns det också tillfällen, till exempel då den anställde endast har ett fåtal år kvar till ålderspensionering, då det är önskvärt att det går att finna lösningar på den befintliga arbetsplatsen. Lönebidrag eller annan form av lönesubvention bör då kunna erbjudas. Rehabiliteringsrådet ämnar återkomma till denna fråga i sitt slutbetänkande.
10. Trots att lagstiftningen ger utrymme för personer med svåra progressiva sjukdomstillstånd att undantas från tidsgränserna i rehabiliteringskedjan tycks det fortfarande som om enskilda personer bedöms och hanteras på ett sådant sätt att det upplevs som otillfredsställande. I den mån detta beror på kompetensbrister hos Försäkringskassan eller andra aktörer bör dessa åtgärdas.
11. Internetadministrerad KBT har på senare tid utvecklats med lovande resultat. Studier pågår i Sverige angående hälsoekonomiska data gällande arbete och arbetsåtergång. Rehabiliteringsrådet följer utvecklingen och återkommer om detta i slutbetänkandet.

### **Förslag om hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas**

Det är uppenbart att det behövs ytterligare utvärderingar, uppföljningar samt välgjorda vetenskapliga studier där återgång till arbete eller bibehållande av arbete utgör en effektvariabel. Forskningen på rehabiliteringsinterventioner och kopplingen till arbetsåtergång måste intensifieras. En gruppering av forskare och kliniker liknande Rehabiliteringsrådet bör få ansvar att kontinuerligt följa forskningen på detta område och initiera och genomföra strategiska forskningsprojekt.

### **Förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010**

1. De insatser som för närvarande omfattas av rehabiliteringsgarantin bör tills vidare ingå i garantin. Den framtida utformningen av rehabiliteringsgarantin bör vidareutvecklas och

- fördjupas genom kontinuitet och samverkan med sjukvårdshuvudmän och andra aktörer.
2. För att bringa rehabiliteringsgarantin i bättre samklang med vetenskaplig konsensus och klinisk praxis bör den utvidgas till att omfatta multimodal behandling vid psykisk ohälsa. Multimodal rehabilitering innebär en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder. Vårdpersonalen arbetar i team där också patienten ingår. Åtgärderna ska vara samordnade och pågå under längre tid.
  3. Ytterligare medicinska tillstånd bör troligen på sikt omfattas av rehabiliteringsgarantin såsom hjärt- kärlsjukdomar, kroniska neurologiska sjukdomar, reumatiska sjukdomar, missbruk, cancersjukdomar, osv. Rehabiliteringsrådet avser att återkomma till dessa diagnoser i samband med sitt slutbetänkande. Vid vissa specifika tillstånd som svår hjärnskada behövs nationella riktlinjer som styr intensiv tidig rehabilitering och sedan uppföljande arbetsinriktad rehabilitering. Vid lättare hjärnskada ska behov av specialistbaserade multidisciplinära öppenvårdsprogram övervägas i kombination med uppföljande arbetsinriktad rehabilitering.
  4. Ytterligare typer av insatser bör troligen på sikt omfattas av rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsrådet återkommer till detta i sitt slutbetänkande.
  5. Rehabiliteringsrådet ämnar i sitt slutbetänkande återkomma till frågan hur ansvarsfördelningen ska se ut mellan landstingen och staten (rehabiliteringsgarantin) vad gäller kostanden för olika rehabiliteringsinsatser.

# 1 Utredningsresultat – en lägesrapport

## 1.1 Största förändringen i sjukförsäkringens historia

Sedan den 1 juli 2008 har vi i Sverige en helt ny situation när det gäller långtidssjukskrivningar och rehabilitering. Det är den mest omfattande förändringen under hela socialförsäkringens historia. Vi har fått ett nytt begrepp – rehabiliteringskedjan. Det innebär att kraven skärpts på hur man ska bestämma arbetsförmågan, och tiden för hur länge man kan få ersättning begränsas.

Förberedelserna för denna genomgripande förändring har varit omfattande men med betydande tidsbrist. De förändringar som skett har påverkat arbetssituationen för ett stort antal människor och organisationer, framför allt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men också de sjukskrivande läkarna. Nya begrepp och definitioner har införts, vilket inte sällan lett till tolkningsproblem och missförstånd. Detta är sannolikt orsaken till de problem och tillkortakommanden som bl.a. Riksrevisionen påpekar i sin rapport RiR 2010:9.

Ett antal positiva aktiviteter har genomförts. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har t.ex. utarbetat ett så kallat försäkringsmedicinskt beslutstöd för att möjliggöra en enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Detta tillsammans med rehabiliteringskedjans utformning har underlättat sjukskrivningsförfarandet för läkarna, men det har också betytt att en del patienter har kommit i kläm med uteblivna ersättningar och ekonomiska problem.

En överenskommelse mellan staten och SKL har tecknats om en rehabiliteringsgaranti, som innebär ersättning för medicinsk rehabilitering från staten till landstingen. Rehabiliteringsgarantin omfattar s.k. multimodal behandling för smärttillstånd i rörelseorganen (MMR) samt kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med lättare psykisk ohälsa.

Regeringen har gett Socialstyrelsen respektive Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera olika aspekter av rehabiliteringsgarantin. Detta är en förutsättning för att de införda förändringarna i sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringen ska bli hållbara och uthålliga.

Vidare har regeringen utsett ett rehabiliteringsråd av oberoende experter som ska bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Denna rapport är det första delbetänkandet från Rådet. Upprinnelsen till detta råd var ett antal seminarier som kliniker och forskare genomförde i samband med att rehabiliteringsgarantin inrättades. Man visste att forskningen på rehabilitering med återgång i arbete som utfallsvariabel var begränsad. Detta gjorde att seminariedeltagarna föreslog inrättandet av en organisation som skulle hjälpa myndigheter och organisationer som har ansvar för rehabilitering. Organisationens experter skulle följa forskningen på rehabiliteringsområdet och därigenom kunna ge råd om vilken rehabilitering som har bäst förutsättningar att fungera. Socialförsäkringsminister Kristina Husmark Pehrsson uppvaktades och den 21 december inrättade regeringen ett rehabiliteringsråd.

## **1.2 Tidigare statliga utredningar inom rehabiliteringsområdet**

Rehabilitering av långtidssjukskrivna har varit föremål för ett stort antal statliga utredningar under de senaste 20 åren. Det har varit välgjorda och omfattande arbeten som har presenterats. Merparten av utredningarna har som utgångspunkt haft frågan om hur rehabiliteringen ska finansieras och organiseras.

Utredningen ”Tidig och samordnad rehabilitering” som presenterades i slutet av 1980-talet är den första utredningen som på ett genomgripande sätt ägnades både rehabiliteringens innehåll och dess finansiering. Utredningen ledde till att Försäkringskassan fick i uppdrag att finansiera den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ungefär samtidigt inrättades Arbetslivsfonden som fick disponera 16 miljarder, bl.a. för att förbättra arbetsmiljön och motverka arbetsrelaterad ohälsa.

Ingen av dessa satsningar har blivit ordentligt utvärderad. Bristen på utvärdering har medfört att senare utredningar inte har kunnat använda erfarenheterna från dessa satsningar för att åstadkomma förbättringar inom rehabiliteringsområdet. De

initiativ som tagits kan i och för sig ha varit utmärkta, men eftersom man inte utvärderat deras effekter har de inte överlevt när nya försök att lösa sjukskrivningsproblemen har initierats.

Vår övergripande bedömning av alla rehabiliteringsutredningar och satsningar som gjorts är således att hållbara och uthålliga effekter har uteblivit, till stor del beroende på att de genomförda åtgärderna inte blivit utvärderade. Därför är det glädjande att rehabiliteringsgarantin utvärderas både av tillsyningsmyndigheten och akademien. Socialstyrelsen ska följa hur landstingen genomför rehabiliteringsgarantin. I uppdraget ingår bl.a. att bedöma om de insatser som genomförs motsvarar de överenskomna kraven på evidens och kvalitet. Karolinska institutet ska fokusera på vilken effekt den givna rehabiliteringen har haft på arbetsförmåga och arbetsåtergång.

Båda instanserna har lämnat delrapporter. Socialstyrelsen redovisar i sin delrapport att landstingen har god kompetens att utföra sitt uppdrag. Behovet av rehabilitering har kartlagts och det uppskattas att den behandling som skett motsvarar 60 % av behovet. Landstingen har i stor utsträckning utfört vården själva och inte anlitat det privata utbud av rehabilitering som finns.

Karolinska Institutet konstaterar i sin delrapport att det finns en tendens till minskad sjukfrånvaro under uppföljningstiden. Effekten är mest påtaglig när insatsen sätts in under sjukfrånvarons två första månader.

Båda rapporterna visar att majoriteten av dem som fått rehabilitering inte har någon sjukfrånvaro. Det är 10 procent av de sjukskrivna med de aktuella diagnoserna som fått åtgärder inom ramen för garantin och 50 procent har inte någon sjukskrivning alls. Om det är bara 10 procent av de sjukskrivna som fått rehabilitering torde det finnas många som inte erhållit den hjälp som de borde fått. Socialstyrelsens uppskattning att 60 procent av dem som behöver också får vård förefaller en aning överskattat.

Ett annat observandum är att elva procent av dem som helt saknade sjukfrånvaro halvåret innan behandlingen får sjukfrånvaro efter rehabiliteringen.

### 1.3 Begreppet rehabilitering

Begreppet rehabilitering är brett och innefattar åtgärder som kan riktas till individ eller omgivning för att möjliggöra ett optimalt fungerande för en individ i dagligt liv och i arbete. Rehabilitering genomförs både parallellt med och efter avslutad medicinsk behandling. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering avser när åtgärderna fokuserar på återgång i arbete och involverar då bl.a. arbetsgivare och/eller arbetsledare. Oavsett hur behovet av rehabilitering uppstått så är insatserna generella i bemärkelsen att de syftar till att förbättra och återställa funktion och förstärka det friska hos individen, med respekt för de skillnader som finns mellan olika sjukdomsgrupper.

Insatserna kan även utgöras av åtgärder som anpassar omgivningen så att individen kan utföra arbetet. De kan vara ergonomiska eller innebära förändringar av organisation och arbetsinnehåll.

Ansvar för rehabilitering är fördelat på olika aktörer; Den medicinska rehabiliteringen är hälso- och sjukvårdens ansvar, den sociala kommunernas och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är en angelägenhet för såväl arbetsgivare som Arbetsförmedling och Försäkringskassa.

Motivation till arbetsåtergång under en rehabiliteringsprocess kan påverkas av många olika faktorer – individuella, arbetsrelaterade eller faktorer relaterade till rehabiliteringsprocessen. För att uppnå en hög motivation till arbetsåtergång är det viktigt att ha individuella mål, positiva förväntningar inför framtiden och tilltro till sin egen förmåga.

Särskilt inom smärtområdet har det framförts att bedömning av dessa faktorer bör ske tidigt. Det är mycket som talar för att detta skulle kunna spara in resurser i form av lägre sjukfrånvaro. Effekterna av interventioner och arbetsplatsåtgärder för återgång i arbete efter sjukskrivning är dåligt vetenskapligt belyst men fördelen med åtgärder tidigt och i nära anslutning till arbetsplatsen är bl.a. belyst av två nationella studier som är genomförda av försäkringsbolaget AFA i samarbete med Karolinska Institutet (mer om dessa senare).

I en studie av olika experters bedömning av rehabiliteringspotential för patienter med ryggbesvär visades att den enda som kunde förutsäga utfallet med någon grad av säkerhet var patienten själv<sup>1</sup>. Vad som fällde avgörandet var patientens tro på att det fanns

---

<sup>1</sup> Jensen, Bodin, Ljungqvist, Gunnar Bergstrom, & Nygren, 2000)



en effektiv behandling, och uppfattningen om sin egen möjlighet att lära sig att bemästra sina besvär. Patientens motivation påverkar utfallet av rehabilitering och även dess kostnadseffektivitet på kort och på lång sikt<sup>2</sup>.

Vi har inte lyckats hitta någon motsvarande studie vid andra diagnoser, men det förefaller högst sannolikt att även vid andra sjukdomar så kan patientens motivation och tro på sin egen förmåga vara avgörande i rehabiliteringen, och det finns en del vetenskapliga belägg för att så är fallet.

Rehabiliteringstanken bör genomsyra hela vårdkedjan ända från det att diagnosen ställts, och rehabilitering bör utgöra en parallell process till medicinsk behandling. Vi anser att det behövs tydligare fokus på bedömning av faktiska rehabiliteringsbehov och med en utgångspunkt från att identifiera rehabiliteringspotentialen från individens och omgivningens förutsättningar.

En rehabiliteringsprocess som ska vara effektiv ställer höga krav på olika professioners och aktörers rehabiliteringskompetens och samordning. Det saknas en enhetlig nationell rehabiliteringsstruktur och insatserna varierar kraftigt runt om i landet. Kunskap och resurser för rehabilitering och psykosocialt stöd för patienter är också ojämnt fördelade över landet.

Den traditionella vården har liten erfarenhet av preventivt arbete och ju senare i sjukskrivningsförloppet åtgärder sätts in desto svårare är det att nå resultat. Företagshälsovården är här en instans som borde kunna utnyttjas mer och bättre.

Rehabiliteringsmedicin som enskild medicinsk specialitet har funnits i drygt 50 år. Under den första tiden var dess inriktning i första hand traumatiska skador. Så småningom kom rehabiliteringsmedicin att omfatta även andra funktionshinder än de neurologiska och posttraumatiska. I dag är vanligt förekommande diagnosgrupper inom rehabiliteringsmedicinen långvariga smärttillstånd på grund av muskuloskeletala problem (smärtor i rygg och nacke, reumatoid artrit, kronisk artros).

Ämnet rehabiliteringsmedicin omfattar kunnande inom problemområdena funktionshinder, arbetsförmåga och rehabilitering. I rehabilitering ingår samordnade åtgärder av medicinsk, social, psykologisk och pedagogisk art med syfte att eliminera eller minska allvarliga nedsättningar i funktions- och aktivitetsförmåga förorsakade av sjukdom eller skada för att kunna bryta långtids-

---

<sup>2</sup> B. Grahn, Ekdahl, & Borgquist, 2000; B. E. Grahn, Borgquist, & Ekdahl, 2000, 2004

sjukskrivning och återskapa livskvalitet. Rehabilitering är alltså en specialitet som omfattar ett flertal områden och för att genomföra optimal rehabilitering behövs både utbildning och möjlighet till stöd och handledning. Det behövs också uppdatering och tillämpning av nya forskningsrön både vad beträffar diagnostik och behandling.

## 1.4 Arbetsförmåga

Vid all sjukskrivning och bedömning av rehabiliteringsbehov är prövning av arbetsförmågan viktig. Detta accentueras av rehabiliteringskedjan, med dess krav på bedömning av arbetsförmåga för andra uppgifter på den egna arbetsplatsen efter tre månader och arbetsförmåga på den öppna marknaden efter sex månader.

Förmåga till arbete, förmåga att sörja för sig själv och sina nära är i varje given situation en fråga som inte går att besvara på individnivå utan att samtidigt se på det kontextuella sammanhang individen befinner sig i.

En funktionsnedsättning som en individ med långvarig smärta drabbas av som en konsekvens av en sjukdom är en medicinsk fråga och bör bedömas av medicinsk expertis. Funktionsnedsättningen kan leda till en aktivitetsbegränsning som i sin tur kan skapa en nedsatt möjlighet till arbetsförmåga hos individen, där fel belastning kan förvärra situationen.

Huruvida aktivitetsbegränsningen leder till att individens förmåga att arbeta är nedsatt är däremot inte enbart en medicinsk fråga. Här är det även avgörande vilka arbetsuppgifter individen har och vilka möjligheter till anpassning som arbetsplatsen kan erbjuda.

Arbetsförmågeutredningen (SOU 2009:89) fäste fokus på DFA-kedjan (Diagnos-Funktionsnedsättning-Aktivitetsbegränsning) som en viktig del i bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

DFA-kedjan har bidragit till Försäkringskassans utformning av de medicinska underlag som i dag utfärdas av läkare inför beslut om ersättning från sjukförsäkringen. För personer som drabbas av långvarig smärta och funktionsnedsättning finns i dag vetenskapligt utvecklade evidensbaserade metoder för att mäta graden och arten av funktionsförmåga som emellertid behöver utvecklas ytterligare. Den utvecklingen bör ske i samarbete mellan hälso- och sjukvårdens personal och Försäkringskassan samt forskare inom området.

Forskningen och utvecklingsarbetet bör ansluta till DFA-kedjan. En viktig detalj är att sjukintygen måste göras användarvänliga eftersom behandlande läkare har en begränsad tid för varje patient. Även annan kompetens utnyttjas för bedömning av arbetsförmåga och funktionsbedömning.

## 1.5 Diagnosspecifik rehabilitering

Den nu gällande rehabiliteringsgarantin omfattar medicinsk rehabilitering av två stora sjukdomsgrupper, nämligen lättare psykisk ohälsa och smärttillstånd i rörelseorganen. Här nedan följer kortfattade slutsatser på bas av en genomgång av den internationella forskningslitteraturen på båda dessa områden. En mer detaljerad redovisning kommer att lämnas i slutbetänkandet.

Rehabiliteringskedjans tidsbegränsningar av sjukpenningtiden har inneburit svårigheter vid vissa sjukdomstillstånd som till sin natur är mycket långvariga, och/eller har en dålig prognos. Det gäller framför allt neurologiska sjukdomar och resttillstånd efter skador, och cancersjukdomar. Vi har därför också gjort genomgångar av forskningslitteraturen på dessa områden.

### 1.5.1 Psykisk ohälsa

Den största sjukdomsgruppen bakom lång sjukskrivning är psykisk ohälsa. Ju längre sjukskrivning, desto större blir andelen psykisk ohälsa. Rehabiliteringskedjans tidsbegränsning av sjukpenningen ställer ökade krav på rehabilitering vid psykisk ohälsa.

Lättare psykisk ohälsa är ett heterogent begrepp som inrymmer ett antal psykiatriska sjukdomstillstånd med olika grad av nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivningsbehov, med varierande prognos.

De vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden som leder till längre sjukskrivning är depression, ångest och vissa typer av stressrelaterad psykisk ohälsa.

#### Depression

För egentlig depression finns effektiva evidensbaserade behandlingsmetoder. Vid lätta och medelsvåra depressioner är läkemedelsbehandling och psykoterapi likvärdiga vid vetenskapliga

jämförelser. Vid djupa depressioner är evidensbasen otillräcklig för psykoterapi, medan läkemedel och framför allt elektrokonvulsiv behandling har säkerställt goda effekter. Den bäst utprovade psykoterapin är kognitiv beteendeterapi (KBT), som dock i stora skala metanalyser ej visat sig vara mer effektiv än annan psykoterapi (i första hand psykodynamisk psykoterapi)<sup>3</sup>.

Många länder har skapat riktlinjer för behandling av depression, och dessa riktlinjer skiljer sig mycket litet åt<sup>4</sup>. Det finns en internationell konsensus kring depression och dess behandling<sup>5</sup>. Mot denna bakgrund av konsensus kring effektiv depressionsbehandling kan det kanske te sig förvånande att depression är en så vanlig orsak till långtidssjukskrivning. Det finns emellertid kvarstående problem. Ett är att många depressioner aldrig får lämplig behandling, eftersom de inte identifierats. En internationell meta-analys omfattande mer än 50 000 deprimerade primärvårdspatienter visade att mindre än hälften diagnosticerades, och ännu färre fick korrekt behandling<sup>6</sup>.

Ett annat problem är att behandlingen inte alltid leder till återställd arbetsförmåga trots god symtomlindring. Vid egentlig depression liksom vid bipolärt syndrom (tidigare kallat manodepressiv sjukdom) är ambitionen att behandla till återställd hälsa, eftersom det finns stark vetenskaplig evidens för att ofullständigt tillfrisknande kan medföra låg livskvalitet och nedsatt arbetsförmåga, och öka återfallsrisken. Eftersom tillfrisknande och återställd arbetsförmåga inte alltid är kopplade till varandra, kan rehabilitering inriktad specifikt på att återställa arbetsförmågan vara indicerad i tillägg till sedvanlig behandling.

## Ångestsjukdomar

Vid ångesttillstånd gäller likaledes att de kan behandlas framgångsrikt. Även här finns riktlinjer för behandlingen som kan vara läkemedel och/eller psykoterapi, vanligen KBT. Huruvida

---

<sup>3</sup> SBU: Behandling av depressionssjukdomar. Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B, Henriksson F, Jönsson B, Karlsson I, et al., editors. Stockholm: SBU; 2004.

<sup>4</sup> Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl E1:e04.

<sup>5</sup> Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalioglu O, et al. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl E1:e08.

<sup>6</sup> Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-19.

KBT befördrar återgång i arbete efter sjukskrivning för ångest är inte känt. Arbetsförmågan är erfarenhetsmässigt mindre påverkad vid ångesttillstånd än vid depression.

På senare tid har KBT utvecklats för Internetadministration med lovande resultat<sup>7</sup>. Studier pågår vid enheten för Internetpsykiatri, Karolinska sjukhuset, där hälsoekonomiska data samlas in gällande arbete och arbetsåtergång. Internet-förmedlad KBT reducerar sannolikt kostnader med bibehållna effekter i jämförelse med terapeutledd individuell behandling<sup>8</sup>. Det samma gäller KBT i grupp. Men ännu saknas övertygande studier som visar att KBT och andra psykologiska behandlingar leder till arbetsåtergång vid psykisk ohälsa.

### Stressrelaterad psykisk ohälsa

För stressrelaterad psykisk ohälsa är evidensbasen för behandlingseffekter otillräcklig.

Det finns ett stort antal olika rehabiliteringsmodeller som används för stressrelaterad psykisk ohälsa. Vanligen används flera olika rehabiliteringstekniker tillsammans (multimodal behandling). Ingen av dessa behandlingsmodeller har acceptabel vetenskaplig evidens från randomiserade kontrollerade studier. Inte heller de ingående komponenterna har ett acceptabelt evidensunderlag vad gäller återgång till arbete. Detta innebär absolut inte att rehabilitering skulle sakna effekt, utan endast att utvärderingarna är få och inte alltid av hög kvalitet. Man kan också se att det först är på senare år som man över huvud taget intresserat sig för återgång i arbete som ett effektkriterium. Det finns anledning att se fram mot resultat av pågående och planerade studier inom ytterligare några år.

De utvärderingar som hittills gjorts av olika multimodala rehabiliteringsprogram har i allmänhet använt före-efterteknik och saknar således acceptabla kontroller. Jämfört med det fåtal longitudinella populationsstudier av långtidssjukskrivning för psykisk ohälsa som gjorts, är resultaten av sådana före-efterstudier goda, med i allmänhet 60–70 procentig återgång i arbete. Pågående jämförelser med matchade populationskontroller kan förväntas ge säkrare data.

---

<sup>7</sup> Alert-rapport. SBU, 2007.

<sup>8</sup> Bergström J, Andersson G, Ljotsson B, Ruck C, Andreewitch S, Karlsson A, et al. BMC Psychiatry. 2010;10:54.

På grund av bristen på randomiserade kontroller är det inte möjligt att uttala sig om dessa till synes goda resultat beror på selektionsfaktorer (t.ex. högre motivation eller större självförtroende hos dem som vill delta i ett rehabiliteringsprogram) eller på programmens effekt.

För att bringa rehabiliteringsgarantin i bättre samklang med vetenskaplig konsensus och klinisk praxis, bör den utvidgas till att omfatta multimodal behandling vid psykisk ohälsa.

Det finns ett mycket stort behov av ytterligare väldefinierade randomiserade kontrollerade studier på området. Eftersom forskningsaktiviteten på fältet accelererar och ett antal studier pågår bör en ny litteraturgenomgång göras inom något år.

Randomiserade kontrollerade studier tar i allmänhet 3–5 år innan de genererar resultat. I avvaktan på sådana resultat bör man initiera studier med kvalitetsregistreringsteknik, som visat sig vara en framgångsrik väg för att sätta bort behandlingsmetoder som inte medför önskat utfall.

Vi föreslår därför att ett nationellt kvalitetsregister inrättas för rehabilitering. Anmälan till registret ska vara en förutsättning för ersättning enligt den statliga rehabiliteringsgarantin. Registret ska omfatta alla diagnoser som faller under rehabiliteringsgarantin.

Registret ska använda sjukskrivningstid som utfallsvariabel. Det ska innehålla uppgifter om patientens arbetsförhållanden, tidigare sjukskrivning, diagnos enligt detaljerad ICD-kod samt behandlingar, kodade enligt en lista som görs upp av registerhållaren.

Vår genomgång kan läggas till grund för vissa rekommendationer om hur utredningen av lättare psykisk ohälsa bör ske för att underlätta rehabilitering. Vid *första besöket* som vanligen sker i primärvården är diagnostik essentiellt, eftersom detta är en förutsättning för att kunna initiera behandling (läkemedel och/eller psykoterapi, beroende på typ av tillstånd och dess svårighetsgrad). Vid symtom som talar för ångest, depression eller stress bör symtomskattningsskalor användas.

Vid depression resp. ångesttillstånd ska specifik behandling initieras. Behandlingsmålet ska vara full hälsa. Vid stressrelaterad psykisk ohälsa (med undantag för PTSD<sup>9</sup> som behandlas enligt ovan) finns ännu ej specifik behandling. Dessa patienter behandlas initialt med avlastning och livsstilsråd.

---

<sup>9</sup> Posttraumatiskt stressyndrom (Posttraumatic Stress Disorder)

Inom 6–8 veckor efter första besöket bör rehabiliteringsåtgärder initieras för de patienter som trots symtomlindring ännu ej kunnat återgå i arbete. Detta innebär bl.a. samarbete med arbetsplatsen i form av avstämningmöte syftande till att etablera stöd från arbetsplatsen och möjliggöra gradvis återgång.

Multimodal rehabilitering bör initieras. Behandlingen kan gärna innefatta gruppsamtal syftande till att återupprätta patientens självförtroende. I dag finns inga belägg för att någon specifik kombination av rehabiliteringsåtgärder skulle vara överlägsen alla andra, varför lokal tillgång och patientens preferens blir viktiga i valet mellan olika möjligheter.

### 1.5.2 Besvär från rörelseorganen

Långvarig smärta som orsak till sjukskrivning betingas huvudsakligen av smärttillstånd i rörelseorganen. Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är symtomdiagnoser där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen. Utöver detta kan finnas långvariga smärttillstånd som huvudvärk, buksmärtor samt neurologiskt betingade smärttillstånd.

### Aktuell nationell forskning om smärta och återgång i arbete

För att peka på pågående eller nyligen genomförda forsknings-satsningar (senaste fem åren) inom området långvarig smärta och återgång i arbete har en informell inventering gjorts. Sammanställningen antyder att det finns satsningar, både kort- och långsiktiga men att intrycket blir att satsningarna är små i relation till områdets storlek och kostnader.

Långvarig smärta är ett vanligt problem hos den svenska befolkningen<sup>10</sup> i alla åldrar, inte minst personer i arbetsför ålder. Smärtan leder i många fall till påverkan på funktion och hälso-relaterad livskvalitet<sup>11</sup> och leder också till betydande sjukskrivning och arbetsfrånvaro<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Bergman 2001, Lindell 2000

<sup>11</sup> Bergman, 2004

<sup>12</sup> Lidwall, 2009

Inom området långvarig smärta finns stora erfarenheter av bedömningar av rehabiliteringspotential och arbetsförmåga men detta behöver ytterligare belysas och utvecklas. En rehabiliteringsprocess bör utformas från individens behov. Dessa behov förändras kontinuerligt och behöver omprövas och målrelateras med samtidigt anpassning av adekvata åtgärder på rätt nivå. De olika bedömningar och insatser som görs bör underställas samma kvalitets- och säkerhetskrav som i dag ställs på andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. De aktörer inom hälso- och sjukvården som bär huvudansvaret för rehabilitering av personer med långvarig smärta är bl. a. primärvården, företagshälsovården samt specialiserad vård inom rehabiliteringsmedicin, ortopedi, reumatologi.

Ytterligare forskning behövs framför allt för att belysa

- bedömning av rehabiliteringspotential i relationen till arbetsåtergång vid långvarig smärta
- särskilda gruppers behov av rehabilitering till arbetsåtergång vid långvarig smärta
- utveckling och utvärdering av metoder för tidiga insatser via primärvården och företagshälsovården vid långvarig smärta
- implementeringsstrategier för kostnadseffektivt införande av evidensbaserade metoder
- undersökning av samband mellan och påverkan av samtidig psykisk ohälsa vid rehabilitering till arbetsåtergång vid långvarig smärta

### Redovisning av aktuell kunskap

För att i praktisk sjukvård och rehabilitering utveckla och förstärka kvalitén på omhändertagandet av patienter med långvarig smärta kan olika angreppssätt användas utifrån den evidens som för närvarande finns.

#### *Tidig bedömning av smärtan och dess konsekvenser*

Det finns ett stort antal publicerade guidelines, internationella och nationella, där man sammanfattat evidensläget för olika diagnosgrupper.



När det gäller smärta och muskuloskeletala problem som rygg- och nackproblem konstateras att det är av största vikt att tidigt och specifikt identifiera problemet. Utgångspunkten är att först bedöma om smärtan är ospecifik, är utlöst från en definierad struktur, eller är ett symptom på en allvarlig sjukdom.

Majoriteten av rygg- och nackbesvär är så kallade icke-specifika besvär. Vid denna typ av besvär är rekommendationen att göra bedömning av faktorer som har betydelse för prognos och risk för utveckling av långvarig smärta. Dessa utgörs av ett antal psykosociala och arbetsrelaterade faktorer, förekomst av psykisk ohälsa, speciellt depression, upplevelsen av smärta och dess konsekvenser, varaktighet av symptom samt patientens egen inställning och förväntningar. Det poängteras att det finns ett stort behov av att en individuell screening genomförs och att detta bör ske i ett tidigt skede med ett tidsfönster på 4–12 veckor.

Om tillståndet varat längre är möjligheten att påverka processen betydligt mindre och tillståndet mera komplext. Tillgängliga och aktuella rekommendationer indikerar att det finns ett behov av tidig tillgång till korrekt bedömning även om det finns få studier som påvisat effekter i randomiserade studier.

Effekten av vissa screeningmetoder har validerats i svensk kontext. Ytterligare forskning behövs dock för att klargöra på vilket sätt såväl smärta, funktionsnedsättning som arbetsförmåga påverkas.

#### *Interventioner vid långvariga muskuloskeletala smärttillstånd*

Det finns en samstämmig rekommendation, att när besvären i rygg och nacke leder till längre funktionsnedsättning och sjukfrånvaro så bör kombinerade insatser påbörjas.

Kombinerade och multimodala insatser ska innehålla både fysiska och psykiska komponenter för att öka den fysiska funktionsförmågan med handledd träning samt insatser som syftar till att ändra individers beteende och förhållningssätt (guidelines SBU samt European guidelines).

Det finns dock ingen evidens för vilken typ av kombinerad behandling som är effektiv. Den senaste tidens forskning visar att beteendeorienterade modeller med kombinerad träning kan genomföras i primärvården (SBU). Vissa studier indikerar att tidigt insatt träning och aktivitet påverkar långtidsutfallet.

*Arbetsplatsrelaterade åtgärder*

Effekter av interventioner och specifika arbetsplatsåtgärder för återgång i arbete efter sjukskrivning är dåligt vetenskapligt belyst.

Det finns moderat evidens för att kombinationen multimodal rehabilitering och arbetsplatsåtgärd ger effekt på återgång i arbete. Det finns även viss evidens för att ergonomiska insatser där den sjukskrivne själv är med och identifierar problemet och föreslår åtgärder (s.k. participatory ergonomics) ger effekt på arbetsåtergång<sup>13</sup>.

Det preventiva arbetet inklusive insatser nära arbetsplatsen och med god kännedom om densamma kan bidra till att skapa förutsättningar för en god arbetshälsa. Företagshälsovården är här en instans som borde kunna utnyttjas mer och bättre. Den traditionella vården har liten erfarenhet av preventivt arbete via arbetsplatsen och ju senare i sjukskrivningsförloppet åtgärder sätts in desto svårare är det att nå resultat.

En svensk systematisk litteraturgenomgång från 2010 har som syfte att beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten<sup>14</sup>. Det som undersöktes var dels effekterna av rehabilitering, dels effekterna av förhållanden i arbetsmiljön. Vetenskapliga studier mellan åren 1 jan 1990–31 augusti 2009 är medtagna i översikten.

Sammanfattningsvis visar litteratursammanställningen att förvånansvärt få studier har på ett vetenskapligt korrekt sätt undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsåtgärder när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och säkert finns åtgärder som har god effekt men som inte har kunnat vetenskapligt beläggas. Detta är beklagligt och fler välgjorda studier där möjligheten till generaliserbarhet finns bör göras.

Granskningen har funnits ett visst stöd för att multidisciplinär rehabilitering som innehåller komponenter av fysisk aktivitet och psykologisk intervention, eller t.ex. lösningsfokuserad KBT är positivt för personer som är sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. Resultatet gäller bara personer med sjukskrivningstider på 1–6 månader.

---

<sup>13</sup> Oostrom et al, Jensen et al

<sup>14</sup> Holm et al Arbete och Hälsa under publicering

Det finns även stöd för att koordinerad vård och coachning för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader).

Det finns mycket begränsat stöd för psykologiska interventioner som ensam behandlingskomponent. När det gäller den typen av behandling för sjukdomar i rörelseorganen, fann man endast några enstaka studier med positiv effekt på vissa grupper av sjukskrivna.

### **Primärvårdens roll i rehabilitering av patienter med långvarig smärta**

I det svenska sjukvårdssystemet utgör primärvården, numera inom vårdvalsmodellen, första linjens sjukvård för alla patienter inkluderande dem med långvarig smärta. Primärvårdens roll i den tidiga rehabiliteringen av dessa är oklar i dag. Detta betingas bland annat av att förutsättningarna för de samarbeten mellan läkare och sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt med psykologer, beteendevetare och i förekommande fall kuratorer som sedan många år varit etablerat nu ändrats genom nya ersättningssystem. Konsekvenserna av detta bör analyseras i detalj. Modeller bör utarbetas och utvärderas med vetenskaplig metodik för att förbättra tidiga rehabiliteringsinsatser i primärvården för patienter med långvarig smärta.

### **Företagshälsovårdens roll i rehabilitering av patienter med långvarig smärta**

Företagshälsovården har under mycket lång tid haft en central och sammanhållande roll i rehabilitering av de patienter med långvarig smärta som har ett arbete. Genom strukturella förändringar och förändringar i uppdrag och ersättningssystem har förutsättningarna ändrats under senare år. Nya modeller bör utarbetas och utvärderas med vetenskaplig metodik för att förbättra tidiga rehabiliteringsinsatser samt samverka mellan företagshälsovården och andra aktörer för patienter med långvarig smärta.

### 1.5.3 Tumörsjukdomar

Cancerpatienter är en mycket heterogen grupp, med avseende på hur tumörsjukdomen yttrar sig, behandling och reaktion på behandling. Diagnosen väcker fortfarande mångfacetterade känslomässiga reaktioner hos de drabbade.

De krävande behandlingarna med operation, strålbehandling och mediciner nedsätter allmäntillståndet med trötthet och andra fysiska men (t.ex. lymfödem, inkontinens, nervskador, sexuella biverkningar, muntorrhet, gap-sväljsvårigheter, kognitiva biverkningar) under behandling och en varierande lång tid efter att den aktiva medicinska behandlingen upphört. De kan även bli bestående. Operation av larynxcancer kan medföra förlust av en adekvat talförmåga och omöjliggöra arbete där krav ställs på kommunikationsförmåga. Påverkan av hjärtfunktion efter långvarig cytostatikabehandling kan minska möjligheten att återuppta ett fysiskt krävande arbete.

För flera av tumörsjukdomarna är behandlingen mångårig som vid antihormonell behandling av bröstcancer vilket kan påverka vissa patienters livskvalitet påtagligt. Rädslan och den faktiska risken för återfall efter en primärbehandling leder till existentiella frågor. Det kan ta lång tid att få tillvarons alla dimensioner att hamna rätt efter att tumörsjukdomen är övervunnen. Forskning talar även för att sjuklighet hos närstående till cancerpatienten ökar<sup>15</sup>. Detta medför att rehabiliteringsbehovet/insatserna alltid måste individanpassas.

Det saknas i dag en solid vetenskaplig grund för att kunna rekommendera någon särskild rehabiliteringsintervention med avseende på återgång i arbete, vilket också framgår i förarbetet till en internationell genomgång inom ramen för The Cochrane Collaboration där nu en systematisk genomgång med titeln ”Interventions to enhance return to work for cancer patients” nyligen påbörjats. Därför behövs det välgjorda studier där återgång till arbete eller bibehållande av arbete utgör en effektvariabel.

Med dagens kunskapsläge är det med andra ord mer eller mindre omöjligt att utifrån ett forskningsevidensbaserat perspektiv rekommendera någon enskild åtgärd eller något åtgärdsprogram för gruppen cancerpatienter som helhet<sup>16</sup>. Den bristfälliga kunskapen visar sig också i den stora variationen i hur man bedömer behovet

---

<sup>15</sup> Sjövall 2009

<sup>16</sup> Johnson 2008

av sjukskrivning mellan olika delar av landet och mellan olika kontor inom Försäkringskassan. Detta kan nog till stor del bero på skillnader i kunskapen om tumörsjukdomar och om cancerpatienten mellan olika handläggare. Dessutom varierar även hur läkare beskriver patienten i sjukskrivningsintygen. I denna diskussion bör man också beakta aspekter runt ett värdigt slut på livet.

Rehabilitering är aktuellt under hela vårdprocessen från det patienten får sin diagnos och framåt, och involverar alla de delar av vården som patienten kommer i kontakt med. Enligt tillgänglig (nota bene ej vetenskapligt solid) litteratur<sup>17</sup> och gruppens egen erfarenhet finns ett stort antal faktorer som har betydelse för återgång i arbete:

*Arbetsrelaterade faktorer* (t.ex. tillmötesgående arbetsgivare, flexibilitet i arbetsförhållanden, öppenhet om cancerdiagnosen på arbetsplatsen).

*Demografiska faktorer* ( yngre ålder, högre utbildningsnivå, manligt kön).

*Faktorer relaterade till cancer och behandling* (icke kirurgisk behandling, tumörform, färre fysiska symptom, kortare sjukfrånvaro, vårdkontinuitet).

Förutsättningen för en optimal rehabilitering med återgång till arbete tycks också enligt studier i Sverige handla mycket om läkarens och sjukvårdspersonalens allmänna förmåga att tidigt förhålla sig på ett sådant sätt att den sjuke känner sig upptagen i en ”hjälpande plan”, att en struktur visar sig för den sjuke så att personen inte känner sig utlämnad<sup>18</sup>. I detta finns många aspekter att beakta såsom information, kompetens och respekt. Om den sjuke blir bemött på ett genomtänkt sätt finns inte behov av lika mycket remitterande av patienter till olika delar av vården<sup>19</sup>.

Vi har under de senaste decennierna sett en ökad möjlighet att upptäcka och behandla cancer vilket bidragit till bot men framför allt till en förlängd överlevnad för patienter drabbade av en mångfald olika tumörsjukdomar. I dag är femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar över 50 procent och för de vanligaste tumörformerna hög; bröstcancer 90 procent, prostatacancer 85 procent. Vi ser även att patienterna genomgår mer avancerade och krävande behandlingar både vad gäller intensitet och tid. Det har också blivit vanligare att cancerbehandlingar ges inom

---

<sup>17</sup> Mehnert 2010

<sup>18</sup> Liljehorn et al 2010

<sup>19</sup> Bondesson 2010

öppenvård. Med denna positiva utveckling har behovet ökat av olika stödjande åtgärder, inte minst hur patienterna ska komma tillbaka och återupprätta vardagstillvaron i stort. Det inkluderar också att hitta vägar som kan bidra till att patienten åter ska kunna komma in i arbetslivet där sjukdomen och biverkningar av behandlingen försvårar detta. Många av de 50 000 patienter som årligen får en cancerdiagnos har någon form av stöd- och rehabiliteringsbehov.

Rehabiliteringsresurserna för cancerpatienter är mycket begränsade och det finns som inom övrig cancervård stora regionala och sociala skillnader i vad som kan erbjudas. Tillgång till starka patientföreningar som exempelvis erbjuds de som drabbas av bröstcancer och prostatacancer saknas för andra cancerformer vilket bidrar till skillnader i stöd mellan olika patientgrupper. Det saknas i många fall vårdprogram och genomtänkta kliniska riktlinjer. Under de senaste åren har vi sett lovande insatser varav kan nämnas att i det pågående arbetet rörande nationella riktlinjer för lungcancer har bland annat ett preliminärt förslag tagits fram på hur man kan bedöma patienter drabbade av lungcancer avseende arbetsförmåga och behov av sjukskrivning.

Sammantaget medför den ökade cancerincidensen och prevalensen behov av mer utvecklade rehabiliteringsinsatser. Bättre behandlingar har förbättrat överlevnaden (cancer ses som en kronisk sjukdom) men till priset av längre behandlingstider och i många fall mer uttalade biverkningar. Detta bidrar också till ett ökat behov av rehabiliteringsresurser.

Samtidigt är dagens kunskap och resurserna avseende rehabilitering för cancerpatienter bristfälliga och ojämnt fördelade över landet<sup>20</sup>. Det behövs ökade direkta insatser från samhället och sjukvården men också ökat intresse från exempelvis akademien för att öka kunskaperna vad gäller behov och typ av insatser för att öka möjligheterna för patienterna att återgå i vardagen och arbetslivet.

Tankarna runt rehabilitering bör genomsyra hela vårdkedjan ända från diagnos för att förbereda patienten för livet efter diagnos och behandling. Det är mycket som talar för att detta skulle kunna spara in resurser i form av lägre sjukfrånvaro.

---

<sup>20</sup> Internationell enkät 2004, Cancerfonden 2009.

### 1.5.4 Trauma och neurologisk sjukdom

Inom området neurologisk sjukdom finns ett ansevärt antal artiklar publicerade om rehabilitering. Tyvärr saknas dock studier som tydligt beskriver åtgärder och utfall i återgång till arbete. Det finns åtskilliga metoder och åtgärder inom rehabilitering som ger goda resultat, men vanligt är att det är resultat på funktions- och aktivitetsnivå, men inte så många studier beskriver resultat på delaktighetsnivå. Vi vill därför förtydliga att rehabilitering fungerar väl för flera av de grupper som belyses i denna genomgång, genom att underlätta vardagen för de olika individerna. Däremot behövs flera studier som använder återgång i arbete som utfallsmått för att vi ska kunna uttala oss om det finns metoder som tydligt visar att de underlättar återgång i arbete. Flera studier pekar på vikten av flerprofessionella team och behov av stöd i vardagen, vilket för de i arbetsför ålder även inbegriper stöd för återgång i arbete.

#### Traumatisk hjärnskada

Traumatisk hjärnskada uppkommer vid yttre våld mot huvudet. Vid lätta trauma utan kvarstående påvisbara skador i hjärnan uppkommer i de flesta fall ej några kvarstående symtom och ej heller någon påverkan på personens funktion eller aktivitet. Vid medelsvår och svår hjärnskada, dvs. när strukturell skada kan påvisas i hjärnan, har personen ofta påverkan på högre hjärnfunktioner inklusive kognitiva funktioner vilket innebär en funktionsnedsättning som ofta påverkar delaktighet inte minst i form av svårighet att återgå i arbete. Aktuella evidensöversikter har visat att tidig och intensiv rehabilitering ger en snabb funktionsförbättring och poliklinisk rehabilitering är viktig för att upprätthålla funktion. Stark evidens rapporteras för effekten av specialiserade rehabiliteringsprogram inkluderande arbetslivsinriktad rehabilitering.

Av en litteratursökning framkom att arbetsåtergången efter medelsvår – svår hjärnskada varierar mellan 12–70 procent och i de flesta studier låg frekvensen runt 50 procent. Faktorer som är viktiga för möjligheten till att återgå till arbete är motivation, attityder, kön, ålder, etnicitet, psykosocial miljö innan olyckan, inklusive om personen hade arbete eller var arbetslös, medicinska och ekonomiska förhållanden samt möjlighet till anpassning av arbete och arbetsplats.

## Stroke

I de senaste nationella riktlinjerna (2009) utgivna av Socialstyrelsen finns en genomgång av litteratur och evidens för olika rehabiliteringsåtgärder efter stroke. Dessa åtgärder är rangordnade efter bästa evidens och där framgår att följande två åtgärder framför allt har visat på god evidens efter stroke:

- ADL-träning i hemmet efter utskrivning
- Träning med sjukgymnastik

Övriga åtgärder gavs lägre ranking i Socialstyrelsens rekommendationer. Det underlag som användes för de nationella riktlinjerna har inte haft 'återgång i arbete' som utfallsvariabel, varför någon mer information inte kunnat hämtas där.

En sammanställning av forskningslitteraturen ger vid handen att fler studier visar på vilka funktionstillstånd som är relaterade till återgång i arbete än på beskrivning av åtgärder som kan leda till återgång i arbete. En svensk studie visar att externt stöd från andra och positiva attityder till återgång i arbete var faktorer av betydelse. Samtidigt redovisas att kognitiva faktorer och självständig ADL inte var associerade till återgång i arbete men däremot bättre fysisk funktion<sup>21</sup>. Samtliga studier visar på behov av mera kunskap inom detta område.

## MS

Även för MS gäller att få studier har 'återgång i arbete' som utfallsmått. Flera studier påtalar behovet att fokusera på arbetsåtergång och att få tillgång till ett multimodalt team, men studierna är få och inga tydliga åtgärder för arbetsåtergång kan tas fram.

För personer med Multipel Scleros finns ett konsensusdokument framtaget av Svenska MS-sällskapet, som påtalar behovet och vikten av att personer med MS får tillgång till rehabilitering.

---

<sup>21</sup> Lindström, Röding, Sundelin, 2009



## Parkinsons sjukdom

Personer som drabbas av Parkinsons sjukdom har en genomsnittlig insjuknandeålder på ca 70 år och det finns följaktligen mycket få studier med utfallsmått återgång i arbete. Parkinsonförbundet i Sverige har givit ut ett dokument med målbeskrivning för rehabilitering vid Parkinsons sjukdom (2008). Där påtalas att den sjuke bör ha tillgång till ett team med fokus på rehabilitering. Eftersom Parkinson kan debutera hos personer i yrkesverksam ålder, påtalas att även att arbetslivsinriktad rehabilitering ska övervägas.

## Övriga neurologiska sjukdomsgrupper

En sökning har även genomförts för framtagning av litteratur vid andra neurologiska sjukdomar, där resultaten vad gäller utfallsmått tyvärr liknar de övriga grupperna.

## Förslag på åtgärder och behandlingar som främjar återgång i arbete och som bör omfattas av rehabiliteringsgarantin

Inom stroke, MS, Parkinson och övriga neurologiska sjukdomsgrupper finns inga tydliga förslag på åtgärder för återgång i arbete. Man talar i samtliga dokument om vikten av team av flera yrkeskategorier för att rehabiliteringen ska bli så effektiv och framgångsrik som möjligt. Eftersom ålder för insjuknande i särskilt stroke och Parkinson är hög finns inte arbetslivsinriktad rehabilitering med som en självklar del i behandlingen. Utifrån ovanstående resonemang om rehabilitering som är betydligt vidare än enbart resultatet ”återgång i arbete”, kan vi konstatera att för flera av de neurologiska grupperna påbörjas rehabiliteringen direkt efter insjuknandet. Initialt har det fokus på återtagande av grundläggande funktioner, aktiviteter och delaktighet i den takt och i den mån det är möjligt för individen. För de individer som är i yrkesverksam ålder, påbörjas även arbetslivsinriktad rehabilitering när de grundläggande funktionerna och förmågorna återtagits. Flera studier pekar på behovet av fler yrkesgrupper inom rehabiliteringen, samt tydlig fokus på återgång i arbete. Man måste fokusera både på individens resurser och på arbetsplatsen möjligheter att anpassa arbetsuppgifter och miljö.

## 1.6 Implementering

Vid vår litteraturgenomgång har vi funnit många studier som beskriver förbättrad livskvalitet och välbefinnande som utfallsmått efter rehabilitering, men förvånansvärt få studier som på ett vetenskapligt korrekt sätt undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och för att ta fram åtgärder som går att generalisera och rekommendera behövs studier där rehabiliteringsstrategierna implementeras i stor skala. Det behövs också studier som kombinerar individinriktade och arbetsplatsinriktade åtgärder.

Karolinska Institutet har i samarbete med AFA försäkring bedrivit forskning inom rehabiliteringsområdet sedan 1985. Genom att använda AFA försäkrings databas har studier kunnat genomföras på sjukskrivna dels inom den landstingskommunala sektorn och dels inom LO kollektivet. Studierna har alltså varit nationella och har omfattat ett stort antal arbetsplatser och yrken. Projekten har kallats AHA studien (arbete och hälsa i process och verkstads industri) och HAKUL studien (Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting).

Bägge projekten startade med en omfattande enkätundersökning som kartlade hälsoläget bland de anställda samt de anställdas uppfattning om sin arbetsplats. Med utgångspunkt från dessa enkäter gjordes interventioner som bedömdes lämpliga både från individsynpunkt och arbetsplatssynpunkt.

Bägge projekten har redovisats i ett antal internationella publikationer och ett antal doktorsavhandlingar.

### 1.6.1 AHA studien

AHA-studien startade i början av år 2000<sup>22</sup>. Målsättning med studien har varit att utveckla kostnadseffektiva metoder för organisationer att arbeta med att vidmakthålla hälsa och förebygga ohälsa. Studien utfördes på ett antal stora företag. Dels kartlades dels hälsoläget bland de anställda och dels arbetssituationen. I samarbete med företagshälsovården genomfördes de åtgärder som behövdes både ur individsynpunkt och från arbetsmiljöperspektiv.

---

<sup>22</sup> Bergström et al, 2008  
Loheda Karlsson, 2010

Sammanfattningsvis gav AHA-studien stöd för att investeringar i hälsa och arbetsmiljö enligt den utvecklade metodiken leder till

- förbättrad livsstil och hälsa,
- förbättrad arbetsmiljö,
- minskad sjukfrånvaro och
- ökad produktivitet.

AHA-metoden har tillämpats och tillämpas fortfarande framgångsrikt i olika företag och organisationer. Förutom de fyra företag<sup>23</sup> som deltog i AHA-studien har många andra organisationer valt att tillämpa denna metod i sitt arbete med både hälsa och arbetsmiljö, eftersom det är en metod som möjliggör att arbeta strategiskt och kvalitetsmässigt med dessa frågor. Ett av syftena med AHA-metoden är att företagen själva ska kunna använda den på egen hand, vilket innebär att den primära uppgiften för forskarna på Karolinska Institutet är att utbilda, stödja och handleda de organisationer som valt att implementera denna metodik. Manualer har även utformats för att inlärningsprocessen för organisationen ska förbättras.

I början av 2000-talet fick AFA försäkring uppdrag att utforma ett program för ökad hälsa i arbetslivet. I detta program ingick AHA-metoden som en viktig del i programmet. Karolinska Institutet verkade som stöd och experter till personal vid AFA Försäkring och utbildare till de företagshälsovårder och aktörer som deltog i programmet. Genom AFA-programmet har AHA-metoden implementerats i ett stort antal landsting och kommuner runt om i Sverige ( och omfattar ca 160 000 anställda).

AHA-projektets resultat har bl.a. presenterats i ett antal internationella publikationer samt i en doktorsavhandling från Karolinska Institutet som visade att företag som aktivt arbetar med hälsofrämjande insatser på både organisations- och individnivå kan förbättra de anställdas arbetsförmåga med upp till 10 procent.

---

<sup>23</sup> Volvo personvagnar, Sandvik Steel, Värö bruk och Stora Enso

### 1.6.2 HAKUL projektet

HAKUL-projektet (Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Lands-ting) pågick mellan 1999 och 2004. I projektet ingick en enkätstudie som kartlade hälsa, livsstil, arbetsförhållanden och arbetslust bland cirka 9 000 medarbetare i sex kommuner och fyra landsting. Det är en av de största longitudinella studierna inom offentlig sektor i Sverige.

HAKUL hade den dubbla målsättningen att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna oavsett diagnos, och att implementera tidigare utprovade multidisciplinära rehabiliteringsmetoder vid långtidssjukskrivning på grund av smärta i nacke/skuldra och ländrygg, vid hjärt/kärlsjuklighet och vid lungsjukdomar.

En klar struktur för rehabiliteringsarbetet saknades på de flesta ställen vid HAKUL-projektets start. Att arbetsledaren har mandat och ansvar vid rehabiliteringen med stöd uppifrån i organisationen samt att företagshälsovården fungerar snabbt i rehabiliteringsarbetet är väsentligt för att långtidssjukskrivna ska återgå i arbete.

HAKUL-modellen för rehabilitering har inneburit att arbetsledaren har aktualiserat personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd hos företagshälsovården. I många fall hade dessa tidigare lämnats åt sitt öde, och ibland visste arbetsledaren inte ens om att vederbörande ingick i arbetslaget.

Företagshälsovården i HAKUL-modellen kontaktade den sjukskrivne, gjorde en första bedömning och där det behövdes kallades till teambedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Med den sjukskrivne i centrum och i samverkan med företrädare från företagshälsovården, arbetsledaren, representant från Försäkringskassan, facklig företrädare och behandlande läkare togs en rehabiliteringsplan fram och rehabilitering genomfördes. Uppföljning av rehabiliteringen har skett under minst ett år.

Av de 60 procent som anmäldes till företagshälsovården fick drygt hälften någon form av rehabilitering och en tredjedel deltog i andra rehabiliteringsprogram. Av hela gruppen återgick så mycket som 80 procent i arbete.

Både AHA och HAKUL projekten omfattade också preventionsstrategier för de individer som fortfarande arbetade men bedömdes vara i riskzon för sjukskrivning. För individens del genomfördes förebyggande arbete i livsstilsfrågor, främst motion och rökning. Friskvårdarbetet i de ingående kommunerna och

landstingen gjordes i samråd med arbetsgivare, företagshälsovård och HAKUL. Den kommun som satsade mest införde ledarledd friskvård på arbetstid. Satsningen hade en positiv effekt på motionsvanor och påverkade den självskattade hälsan positivt. Rökavvänjning ingick också och man noterade en nedgång i dagligrökningen för både män och kvinnor. Andelen rökare i HAKUL gruppen var lägre än Sverige i stort.

Stresshantering infördes också som ett komplement till den ursprungliga friskvården. Det förebyggande arbetet med arbetsplatsen baserades på erfarenhet från den inledande enkäten. Bland de rekommendationer som presenterades kan nämnas vikten av ledarskapet, och speciellt vikten av kontinuerlig ledarskapsutbildning. Betydelsen av återhållsamhet när det gäller omorganisationer noterades samt att vara uppmärksam på mobbing.

Både AHA projektet och HAKUL projektet har visat att olika övergripande åtgärder kan påverka hälsan på ett positivt sätt. Ofta är det åtgärder som kan tyckas vara självklara men projekten har visat att strukturering och systematisering underlättar genomförande av både friskvårdssatsningar och organisationsförändringar. En fungerande företagshälsovård bedöms vara en viktig del i detta arbete.

Eftersom forskning på rehabilitering med arbetsåtergång som målsättning är sällsynt bedömer vi att AHA studien och HAKUL studien innehåller komponenter som går att generalisera. Vi återkommer med detta i slutbetänkandet.

## **1.7 Samråd med myndigheter och organisationer**

Rehabiliteringsrådet har som en av sina uppgifter att ge förslag på hur rehabiliteringsprocessen kan effektiviseras. Inledningsvis har vi valt att lyssna på olika berörda organisationer och myndigheter för att få deras bild av hur processen fungerar i dag och kommer i vårt slutbetänkande att komma tillbaka med förslag till förbättringar som kan bidra till att underlätta för den som efter en längre eller kortare tids sjukskrivning ska återgå i arbetslivet.

### 1.7.1 Redovisning av möten med "avnämare" av rehabilitering

Vi har än så länge hunnit ha möten med såväl de centrala myndigheterna Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Socialstyrelsen som de stora fackliga organisationerna (LO, SACO, TCO) arbetsgivarorganisationerna (Sveriges kommuner och landsting, Arbetsgivarverket, Företagarna, Svenskt Näringsliv), Styrelsen för PRiMA (privata rehabiliteringsproducenter inom medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering), Sveriges läkarförbund, Föreningen svensk företagshälsovård, Förbundet sveriges arbetsterapeuter, Psykologförbundet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Reumatikerförbundet.

Vi har i våra kontakter valt att fokusera på följande frågeställningar:

- Behov av insatser på arbetsplatsen för att rehabiliteringsprocessen ska bli mer effektiv
- Erfarenheter av rehabiliteringskedjans tidsgränser
- Utformning av den framtida rehabiliteringsgarantin.

### 1.7.2 Behov av insatser på arbetsplatsen

Sjukdomar och skador som medför nedsättning av arbetsförmåga kommer alltid att drabba människor i yrkesverksam ålder, oavsett om arbetet är orsaken eller inte.

Arbetet, närmare bestämt bristande arbetsanpassning och rehabilitering, får dock inte tillåtas vara orsaken till att återgång i arbete försenas, försvåras eller förhindras.

Det är viktigt att arbetsgivare har goda kunskaper om sitt ansvar och sin roll, samt de medel som står till buds. Från fackligt håll har man ett intryck av att arbetsgivare många gånger har bristande kunskaper om hur det nya regelverket inom sjukförsäkringen är utformat. De känner inte till de tidsgränser som finns och att en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden vid dag 180 kan leda till att ersättningen till den anställde upphör trots att denne inte kan återgå till arbete hos arbetsgivaren.

Chefer behöver mer kunskap kring arbetsmiljöfrågor men även fackliga förtroendevalda behöver ökad kunskap för att kunna delta i arbetet. Att arbetsgrupper görs delaktiga i beslut om arbetets

organisering när detta sker i syfte att möjliggöra kvarstående eller återgång i arbete för personer med nedsättning i arbetsförmåga kan inte nog betonas. Strävan måste vara ett arbetsliv där alla kan delta utifrån sina förutsättningar. Chefer måste även ha befogenheter och resurser att bedriva kvalificerat arbetsmiljö- och anpassningsarbete, annars betyder ökade kunskaper mycket lite.

Från flera håll betonas vikten av att arbetsplatsen har en beredskap att ta emot den som återvänder efter en längre tids sjukfrånvaro. Den vakans som uppstod då den anställda blev sjuk kan ha fyllts eller arbetet organiserats om så att det inte längre finns en självklar placering av den anställda. Om kontakten med arbetsplatsen mer eller mindre upphört under sjukskrivningstiden kan det upplevas som en rejäl uppförsbacke att komma tillbaka. Det är utan tvekan så att detta är en svag länk i rehabiliteringskedjan och att insatser behövs på området.

Svenskt Näringsliv påpekar att många arbetsgivare under lång tid har arbetat aktivt med förebyggande och rehabiliterande arbete och byggt upp en struktur kring detta. Variationen är stor men exempel på aktiva åtgärder är deltagande i arbetsgivarringar, rehabiliterings- och omställningsprogram i egen regi, avtal med företagshälsovård, rehabiliteringsavtal med privata försäkringsbolag, avtal med andra rehabiliteringsaktörer och sjukvårdsförsäkringar. Kännetecknande för dessa insatser är att de upphandlats av arbetsgivaren mot bakgrund av ett inventerat behov.

Det är viktigt att dessa aktörer får fortsatt möjlighet att utföra sina uppdrag. Detta innebär bland annat att det är viktigt att den anställda under sådan tid och inom bestämda ramar ges rätt till rehabiliteringspenning eller i förekommande fall under förutsättning att villkoren är uppfyllda; arbetslöshetsersättning. I de fall arbetsförmedlingen anser att det finns behov av rehabiliteringsinsatser är det av största vikt att den enskilde individen ges möjlighet att själv välja utförare anser Svenskt Näringsliv.

Föreningen Svensk Företagshälsovård har vid möte med Rehabiliteringsrådet föreslagit att de skulle kunna ha en roll som länk mellan primärvården och arbetsgivaren. Man skulle med utgångspunkt från den anställdes funktionsnedsättning kunna föra en dialog med arbetsgivaren om kortsiktigt eller bestående ändrade arbetsuppgifter ska kunna kvarstå i arbete. Man skulle också kunna ha en roll då den som varit sjukskriven en längre tid ska återgå i arbete igen. Det man beskriver som en möjlig uppgift är i stora

delar en roll som mentor eller coach. Det finns givetvis även andra sätt att lösa övergången från sjuk till åter i arbete.

Det har många gånger tidigare påpekats att det bör finnas rimliga möjligheter att skaffa sig en ny utbildning då arbetsförmågan på grund av sjukdom försämrats så att en återgång i tidigare arbete inte längre är möjlig eller önskvärd. Som exempel har nämnts frisörer som fått problem med nacke och axlar. Det handlar alltså om personer som redan har en utbildning men där problem med hälsan nu förhindrar fortsatt arbete. För den som kanske har tjugo år kvar i arbetslivet skulle en ny utbildning vara en klok men för den enskilde omöjlig investering. Detta är som sagt inte en ny fråga men den har inte fått någon lösning och vi väljer därför att aktualisera den på nytt då den framförts i många av de samtal vi haft.

Av både samhällsekonomiska och sociala skäl är det viktigt är Samhalls verksamhet har tillräckliga resurser. Samhall är bra på att tillvarata arbetshandikappades produktionsförmåga, samtidigt som arbetet där stärker individen genom rehabilitering och arbetsutbildning.

Även om arbetsbyte för många är en bra lösning finns det också tillfällen, till exempel då den anställde endast har ett fåtal år kvar till ålderspensionering, då det är önskvärdt att det går att finna lösningar på den befintliga arbetsplatsen. Arbetsmarknaden är ytterst begränsad för den som har nedsatt arbetsförmåga, kanske låg utbildning och dessutom åldern emot sig. Alla ska ha rätt att få stöd att finna ett lämpligt nytt arbete men det bör också skapas möjlighet att med subvention till arbetsgivaren kunna arbeta kvar på den tidigare arbetsplatsen. Kanske behövs någon form av lönebidrag eller liknande för att detta ska gå att lösa? Rehabiliteringsrådet återkommer till frågan i sitt slutbetänkande.

### 1.7.3 Erfarenheter från rehabiliteringskedjans tidsgränser

Vid kontakt med de fackliga organisationerna och arbetsgivarorganisationerna har vi genomgående diskuterat erfarenheter av rehabiliteringskedjans tidsgränser. Vi har då också frågat om det uppstått problem i samband med att Försäkringskassan vid dag 180 gjort bedömningen att en person klarar ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden.



Saco anser att de olika aktörer som är involverade i rehabiliteringsprocessen – t.ex. Försäkringskassan, sjukvården, företagshälsovården, arbetsgivaren och den sjukskrivne – behöver samarbeta betydligt bättre med varandra, så att rehabiliteringsarbetet blir mer aktivt och effektivt. Eventuellt behövs bättre ekonomiska incitament för att få till denna samverkan. I dag blir den sjukskrivne allt för ofta ”hängande mellan” de olika aktörerna, vilket kan försena tillfrisknandet och försämra individens möjligheter att kunna återvända till arbetslivet. I dagsläget finns för få ”morötter och piskor” för de olika aktörerna som ingår i rehabiliteringsarbetet. Om kedjan inte håller ihop är det individen som kommer i kläm och om den sjukskrivne av olika anledningar inte har möjlighet att återvända till den gamla arbetsplatsen är samverkan och överlämningen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen oerhört viktig.

Arbetsgivarverket har under våren genomfört en enkät riktad till sina medlemsorganisationer för att få deras syn på hur rehabiliteringskedjan fungerar. I de allra flesta fall ser man inga problem med de nya tidsgränserna. Man ger dock flera exempel på när anställda hellre begär partiellt tjänstledigt än man anmäler sig till Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. Man uppger att några av dessa planerar att på nytt ansöka om sjukpenning så snart detta är möjligt (87 dagar efter senast ersatta dagen) och att man i avvaktan på detta hellre går ner i lön. Ett sådant agerande kan dock på sikt vara till nackdel för den anställde genom att underlaget för beräkning av sjukpenning och ålderspension påverkas negativt. Dessutom finns det inget underlag där arbetsförmågan prövats om den anställde på nytt ansöker om sjukpenning. Arbetsgivarverkets medlemmar anger att man i det stora hela har ett gott samarbete med Försäkringskassan även om det givetvis kan variera. Det som efterlyses är en gemensam kontaktperson på Försäkringskassan för alla anställda oberoende av den anställdes hemort.

Svenskt Näringsliv anser att arbetsförmågebedömningen ska utvidgas till att förutom ett mått för rätt till ersättning också ge en uppfattning om vilka insatser som är relevanta. I ett sådant instrument bör även vissa sociala faktorer liksom ålder inkluderas. Kring de olika kategorier av sjukfall som arbetsförmågebedömningen leder till bör vissa åtgärds paket kopplas. Dessa åtgärder bör som regel erbjudas betydligt tidigare än dag 180. För de kategorier som bedöms svårare att få tillbaka i arbete bör mer omfattande åtgärder erbjudas. Där så bedöms erforderligt bör

åtgärderna omfatta såväl medicinsk som social, arbetsplats- eller arbetsmarknadsinriktad rehabilitering. Alternativa, privata aktörer bör kunna upphandlas eller (efter lagändring) anlitas med stöd av LOV (Lagen om valfrihetssystem) såsom har öppnats för när det gäller arbetsmarknadspolitiska åtgärder och försöksvis avseende rehabilitering av personer som varit sjukskrivna mycket lång tid.

#### 1.7.4 Erfarenhet av rehabiliteringsgarantin

Psykologförbundet har vid möte med Rehabiliteringsrådet framfört att man anser det mycket angeläget att staten fortsätter med ekonomisk styrning för att stimulera tillgängligheten till rehabiliteringsåtgärder i form av evidensbaserad psykologisk behandling inom hälso- och sjukvården. Men den kommande rehabiliteringsgarantin efter 2010 måste enligt förbundet innehålla betydligt högre krav på behandlarnas kompetens. Rehabiliteringsgarantin bör också kompletteras med krav på att behandlingen ska föregås av en kvalificerad utredning och diagnostik av patientens hälsotillstånd.

FSA<sup>24</sup> har i olika sammanhang påtalat behovet av fler arbetsterapeuter i primärvården. De arbetsterapeuter som i dag är verksamma i primärvården är oftast väldigt överbelastade. Det är ett välkänt faktum att gruppen äldre växer påtagligt och detta kommer att accelerera de kommande åren. Deras stora behov av vård och stöd från primärvården gör att arbetsterapeuterna oftast inte har utrymme i sina tjänster att också erbjuda behandling till de grupper som i dag ryms inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Av de rapporter som presenterats av Socialstyrelsen och Karolinska Institutet framgår inte om det medelstillskott som rehabiliteringsgarantin medfört inneburit ett faktiskt tillskott av resurser eller endast en omfördelning av de befintliga resurserna så att andra delar av vården således fått mindre tillgång till rehabilitering. Detta bör uppmärksammas i den fortsatta uppföljningen.

PRiMA har i möte med Rehabiliteringsrådet framfört att man är besvikna över att en så liten del av rehabiliteringsgarantins uppdrag hamnat utanför landstingen. Man anser att man har lång erfarenhet och god kapacitet att tillhandahålla insatser men att landstingen valt att i bygga upp egen verksamhet i stället för att utnyttja de befintliga resurserna inom PRiMA.

---

<sup>24</sup> Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Rehabiliteringsrådet anser att en fråga man kan ställa sig är om de befintliga resurserna inte borde tagits tillvara bättre, åtminstone initialt, eftersom efterfrågan av insatser tydligen varit större än tillgången. I Socialstyrelsen rapport gör man bedömningen att de genomförda behandlingarna motsvarar cirka 60 procent av behovet.

Anmärkningsvärt är också att de åtgärder som genomförts av de privata aktörerna har handlat om personer med lång sjukskrivning vilket inneburit mer omfattande åtgärder men till en lägre ersättning än de av landstingen utförda behandlingarna.

Svenskt Näringsliv påpekar att starka skäl talar för att åtminstone delar av vården inom ramen för rehabiliteringsgarantin bör konkurrensutsättas så att privata leverantörer får möjlighet att göra sig gällande och möjligheterna till jämförelser och effektivitetsutveckling förbättras.

### Omfattar rehabiliteringsgarantin ”rätt” diagnoser?

I stort sett verkar man från fack- och arbetsgivarsidan vara nöjd med den omfattning som rehabiliteringsgarantin har i dag. Det som ibland nämns som en brist är att missbruksvård inte omfattas.

Sveriges Läkarförbund ställer sig dock tveksamma till den utformning garantin har och vidhåller det man tidigare sagt i sitt remissvar<sup>25</sup> nämligen att hälso- och sjukvårdens insatser ska ges till alla på lika villkor efter behov, och inte ha återgång i arbetslivet som mål. Den nya rehabiliteringskedjan bygger delvis på att den försäkrade/patienten får tillgång till tidiga medicinska rehabiliteringsinsatser. Beslut om huruvida en patient ska få det måste dock inom hälso- och sjukvården avgöras inom ramen för prioriteringsprinciperna. Patienten kan inte utkräva ”sin rätt” till medicinsk rehabilitering då hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslagstiftning utan en skyldighetslagstiftning. Med rehabiliteringsgarantin går statsmakterna in och påverkar sjukvårdens prioriteringar genom att stimulera hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder. Resursförstärkningen är nödvändig. Men det grundläggande problemet att hälso- och sjukvården saknar ekonomiska motiv för att prioritera sjukskrivningsprocessen behöver man fortsatt arbeta med. Resurser från staten till sjukvårdshuvudmännen bör enligt Läkarförbundet knytas till måluppfyllelse snarare än till vissa utpekade åtgärder.

<sup>25</sup> SOU 2009:49 – ett delbetänkande av utredningen om Patientens rätt

Den medicinska professionen är rimligen bäst på att välja de åtgärder som är bäst för att nå målet, vilka kompetenser som behöver rekryteras, vilken kompetensutveckling som behövs, osv. Förutom ett mål för återgång i arbete bör landstingen redogöra för vilka förstärkningsåtgärder landstinget vidtagit och som bidragit till återgång i arbete.

Om garantin dessutom utökas med ett antal diagnoser anser man att det finns en risk att den blir exkluderande så att den som behöver insatser som inte omfattas av garantin får stå tillbaka även om det är uppenbart att insatser skulle ha effekt.

Svenskt Näringsliv påpekar att man bör förutsättningslöst överväga vilka diagnoser som ska omfattas av garantin, där kösituationen bör ha stor tyngd.

Svenskt Näringsliv vill också peka på några åtgärder man finner angelägna. För det första bör all arbetsgivarefinansierad vård behandlas skattemässigt lika. I dag är företagshälsovård en avdragsgill kostnad för företagen, i vart fall det som är förebyggande. Dessutom är företagshälsovården subventionerad av staten (under vissa villkor). Privata sjukvårdsförsäkringar är däremot inte avdragsgilla trots att de precis som företagshälsovården syftar till att hålla arbetskraften frisk och sjuktalen nere (och därmed vara till nytta för företagen). Företagshälsovård och sjukvårdsförsäkring kan dessutom många gånger komplettera varandra. Privata sjukvårdsförsäkringar, åtminstone sådana som omfattar alla på arbetsplatsen, bör således vara avdragsgilla för företagen anser Svenskt Näringsliv.

## 2 Det framtida arbetet i Rehabiliteringsrådet

Arbetet i Rehabiliteringsrådet fortsätter under hösten och nedan ges en kortfattad presentation av några av de frågor rådet önskar arbeta med.

### **Nationellt kvalitetsregister**

Den granskning Rehabiliteringsrådet gjort av effekterna av olika rehabiliteringsprogram ger vid handen att inte någon enda specifik behandlingsmodell har ett acceptabelt vetenskapligt evidensunderlag. De undersökningar som gjorts före och efter en intervention saknar obehandlade kontroller, och de mycket få studier som jämfört olika behandlingar lyckas inte i något fall visa någon övertygande skillnad mellan behandlingarna. Detta innebär att vi i dag saknar underlag för att rekommendera någon viss typ av intervention, eller någon viss kombination av metoder.

I dagens kliniska rehabiliteringsverksamhet används ett brett spektrum av olika interventioner. Det finns ett behov av att rensa upp i denna ganska vildvuxna flora av behandlingar, samtidigt som det är viktigt att inte stoppa en kreativ utveckling av nya verksamheter. Detta skulle troligen kunna åstadkommas genom att skapa ett kvalitetsregister för rehabilitering.

Kvalitetsregister har använts i 25 år i Sverige. För närvarande finns c:a 70 sådana register och ytterligare ett antal är under uppbyggnad. I registrens databaser samlas individuppgifter om sjukdomskaraktäristika, behandling, förlopp och utfall, olika för olika specialiteter. Med jämna mellanrum tas rapporter ut från registren och återrapporteras till vården. Med denna teknik har man t.ex. lyckats optimera valet av höftledsprotoser, så att vi i Sverige i dag har exceptionellt goda resultat av höftledsoperationer.

Registren initieras vanligen inifrån professionen, och registerhållaren ansvarar för skötsel och uppföljning. Sveriges Kommuner och Landsting hjälper till med finansiering efter särskild ansökan. Det finns fyra kompetenscentra i landet som får finansiering från SKL för att stödja kvalitetsregistren vad gäller start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys.

Registren står och faller med att de olika vårdenheterna vinnlägger sig om att mata in data fullständigt och korrekt. Detta förutsätter ett väl genomtänkt val av uppgifter som samlas in, en användarvänlig utformning av inmatningsmallar antingen de finns på papper eller på webben, och en mycket god förankring i professionen. Men även så har det visat sig svårt att få en bra täckning och god kvalitet på inmatade uppgifter, med mindre än att det också finns ett tydligt incitament för merarbetet.

Med ett kvalitetsregister för rehabilitering kan ett sådant ekonomiskt incitament ges, om registret kan kopplas till ersättning enligt den statliga rehabiliteringsgarantin. Hur detta ska kunna läggas upp i praktiken, hur registrets uppgifter ska kunna länkas till Försäkringskassans register och hur de patientetiska problemen ska kunna lösas, planerar vi att återkomma till i ett senare skede.

En förutsättning för att registret ska kunna ge svar på frågan om vilka åtgärder som ger effekt på återgång i arbete är att en koppling görs till sjukskrivningsdata. Diskussioner har nyligen förts med SFAM<sup>1</sup> och arbetsgruppen för översyn av nationella kvalitetsregister.

Rehabiliteringsrådet återkommer till denna fråga i sitt slutbetänkande.

## **Uppföljning av de personer som inte längre uppbär förmån från sjukförsäkringen**

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har under senare delen av våren presenterat de första resultaten av den nyligen etablerade arbetslivsintroduktionen. Cirka 44 000 personer beräknas under året ha förbrukat sina dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning och ska därmed erbjudas att delta i Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. Av de knappt 13 000 personer som hittills (under årets första fyra månaderna) gått igenom programmet har cirka 1 700 kunnat börja arbeta eller studera och cirka 5 000 på nytt

---

<sup>1</sup> Svensk förening för allmänmedicin

sökt ersättning från sjukförsäkringen. Övriga deltar fortfarande i olika insatser på Arbetsförmedlingen. Utan tvekan är det ett bra resultat att så många kunnat återgå i arbete men en fråga man kan ställa sig är om det kunde ha skett tidigare och vilka insatser som i så fall hade krävts.

Rehabiliteringsrådet anser att denna grupp individer med en sjukskrivningstid på minst två och ett halvt år är en mycket intressant grupp om man vill veta hur rehabiliteringsprocessen fungerar i praktiken. Vilka insatser har de fått? Vilka insatser skulle individerna ha önskat? Vilka insatser har haft/skulle ha haft betydelse för att underlätta återgång i arbete? Hur har kontakten med hälso- och sjukvård, arbetsgivare, Försäkringskassa och Arbetsförmedling fungerat?

Vid kontakter med Arbetsförmedlingen framhålls att de personer som aktualiserats via introduktionsprogrammet kan delas in i tre grupper. En består av personer som omedelbart kan gå ut i arbetslivet, en annan grupp av dem som högst sannolikt inte går att hjälpa till ett arbete och den allra största gruppen av personer som behöver en längre eller kortare tids utredning.

Samtliga tre grupper är av utomordentligt stort intresse att studera närmare och Rehabiliteringsrådet anser att en omfattande studie skulle kunna ge mycket värdefull kunskap om hur den framtida rehabiliteringsprocessen bör utformas. Rådet önskar därför att tillsammans med berörda myndigheter och hälso- och sjukvården genomföra en studie som ska innehålla såväl registerstudier som enkäter och djupintervjuer.

Som en förberedande pilotstudie har Rehabiliteringsrådet fått möjlighet att bifoga ett antal frågor till de enkäter som Försäkringskassan riktar till personer som inte längre har ersättning i form av sjukpenning och sjukersättning.

Målgruppen i undersökningen som ska göras hösten 2010 är individer som avslutat ett sjukfall endera därför att ersättning inte begärts för längre tid eller efter att Försäkringskassan beslutat att ersättning inte längre ska betalas ut efter 90 eller 180 dagar. Eventuellt ska även en målgrupp av individer som haft tidsbegränsad sjukersättning inkluderas i undersökningen. Det huvudsakliga syftet i enkäten är att kartlägga hur personerna försörjer sig efter avslutad period med ersättning från sjukförsäkringen men den kommer även att ha ett antal frågor om vilka insatser som erbjudits, genomförts eller efterfrågats.

Resultat och analys från denna enkät kommer att redovisas i slutbetänkandet.





# Appendix

Rehabiliteringsrådet har till stor del bedrivit arbetet i fyra arbetsgrupper.

Nedan följer en redovisning av de olika arbetsgrupperna och deras arbetssätt.

## Grupp 1 Onkologi

Roger Henriksson, professor, verksamhetschef , Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, ordförande, medlem i rehabiliteringsrådet

Mia Bergenmar, Med Dr, sjuksköterska – huvudansvar litteraturgranskning, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Pia Dellson, specialistläkare i onkologi och psykiatri, överläkare, Skånes onkologiska klinik, ordförande Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering (Swedpos)

Maria Hellbom, Fil Dr, psykolog, sektionschef Rehabilitering och Stöd, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus, vice ordf Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering.

Aina Johnsson, Med Dr, kurator, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Pär Salander, professor socialt arbete, Med Dr, psykolog, onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus och Umeå Universitet, Umeå

Lena Sharp, Med Dr, sjuksköterska, Områdeschef Vård, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

*Arbetsätt*

En omfattande litteraturgenomgång av rehabiliteringsinsatser inkluderande frågeställningen "återgång till arbetet" vid cancersjukdomar pågår och arbetsgruppens medlemmar har via sin egen forskning och sina professionella nätverk erhållit information om kunskapsläget och ambitionsnivån inom landet och internationellt. En prospektiv studie kommer också att genomföras under hösten 2010 tillsammans med försäkringskassan och SLL hur sjukskrivningsmönster av cancersjuka ser ut.

**Grupp 2 Lättare psykiska ohälsa**

Marie Åsberg (ordf), professor em. i psykiatri, överläkare.,  
Verksam vid Institutionen för Institutionen för kliniska  
vetenskaper vid Karolinska institutet/Danderyds sjukhus,  
Stressrehab

Gerhard Andersson professor i klinisk psykologi, psykoterapeut  
med KBT-inriktning. Verksam vid Linköpings universitet,  
Institutionen för beteendevetenskap och lärande, och Karolinska  
institutet

Birgitta Bernspång, professor, arbetsterapeut. Verksam vid  
Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå  
universitet.

Mona Eklund professor, arbetsterapeut, verksam vid Institutionen  
för Hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet

Tom Grape, distriktsläkare, verksam vid vårdbolaget Tiohundra i  
Norrtälje

Åke Nygren, professor em. i personskadeprevention, överläkare.  
Verksam vid Institutionen för Institutionen för kliniska  
vetenskaper vid Karolinska institutet/Danderyds sjukhus,  
Stressrehab

Björn Mårtensson universitetslektor, överläkare i psykiatri.  
Verksam vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska  
institutet/Karolinska sjukhuset i Solna

Margareta Rodhe överläkare i rehabiliteringsmedicin, Danderyds  
sjukhus AB

Maria Wiklander leg psykolog, verksam vid Institutionen för Institutionen för kliniska vetenskaper vid Karolinska institutet/Danderyds sjukhus, Stressrehab.

#### *Arbetsätt*

Arbetsgruppen har haft sex sammanträden. Systematisk litteratursökning har genomförts av Maria Wiklander. Relevanta arbeten har granskats av minst 2 gruppdeltagare.

#### **Grupp 3 neurologi trauma/stroke**

Birgitta Bernspång,

Kristian Borg, professor, överläkare. Institutionen för kliniska vetenskaper, avd för rehabiliteringsmedicin Karolinska Institutet Danderyds sjukhus och Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Stockholm

Jörgen Borg, överläkare. Institutionen för kliniska vetenskaper, avd för rehabiliteringsmedicin Karolinska Institutet Danderyds sjukhus och Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Stockholm

Jan Lexell, professor, överläkare, Rehabiliteringsmedicin, Universitetssjukhuset i Lund

Eva Månsson Lexell, Med Dr, Rehabcentrum Lund-Orup, Universitetssjukhuset i Lund

#### *Arbetsätt*

Arbetsgruppen har kommunicerat via mail. Litteratursökning har genomförts av Birgitta Bernspång och Kristian Borg. Relevanta arbeten har granskats av minst 2 gruppdeltagare.

#### **Grupp 4 Besvär från rörelseorganen**

Ingemar Petersson, docent, överläkare, reumatologi. Verksam vid Ortopediska kliniken, Skånes Universitetssjukhus

Birgitta Öberg, professor, sjukgymnast. Verksam vid Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Eva Vingård, professor, överläkare, yrkesmedicin. Verksam vid Arbets- och miljömedicinska kliniken vid Uppsala Akademiska Sjukhus

Irene Jensen, professor, beteendevetare. Verksam vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

Karin Rudling Överläkare Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm, Danderyds Sjukhus

#### *Arbetsätt*

Då det finns en omfattande vetenskaplig dokumentation inom området inkluderande vetenskapliga systematiska översikter samt väl dokumenterade riktlinjer har en redovisning av dessa bildat basen i arbetsgruppens arbete.

# Referenser

Referenserna är ordnade enligt de olika avsnitten i kapitel 1. De ska ses som ett axplock av den litteratur som studerats. En utförlig referenslista kommer att bifogas slutbetänkandet.

## Psykisk ohälsa

Bergström J, Andersson G, Ljotsson B, Ruck C, Andreewitch S, Karlsson A, et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry*. 2010;10:54

Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl E1:e04

Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-19

Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalioglu O, et al. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl E1:e08

SBU: Behandling av depressionssjukdomar. Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B, Henriksson F, Jönsson B, Karlsson I, et al., editors. Stockholm: SBU; 2004

SBU Alert-rapport. Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Stockholm: SBU, 2007

## Besvär från rörelseorganen

- Lindell, L., S. Bergman, I.F. Petersson, L.T. Jacobsson, and P. Herrstrom, Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care*, 2000. 18(3): p. 149-53
- Bergman, S., L.T.H. Jacobsson, P. Herrstrom, and I.F. Petersson, Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain*, 2004. 108: p. 115-123
- Airaksinen, O., et al., Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*, 2006. 15 Suppl 2: p. S192-300
- Bergman, S., P. Herrstrom, K. Hogstrom, I.F. Petersson, B. Svensson, and L.T. Jacobsson, Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol*, 2001. 28(6): p. 1369-77
- Bergstrom, G., et al., A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: the AHA study. *Work*, 2008. 31(2): p. 167-80
- Burton, A.K., et al., Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J*, 2006. 15 Suppl 2: p. S136-68
- Jensen, I.B. and A. Alipour, Arbetslivsinriktad rehabilitering – att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen SOU 2009:93
- Jensen, I.B., et al., Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine (Phila Pa 1976)*, 2000. 25(21): p. 2816-23.
- Lohela Karlsson, M., Healthy workplaces – Factors of importance for employee health and organizational production, in Department of Public Health Sciences. 2010, Karolinska Institutet: Stockholm
- Lohela Karlsson, M., et al., The effects of psychosocial work environment factors on production loss, and the mediating effect of employee health. Submitted
- Lidwall U. Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work, and Family. Karolinska Institutet (Stockholm) 2010

- SBU: Rehabilitering vid långvarig smärta En systematisk litteraturöversikt, SBU 2010
- Timpka S, Petersson IF, Englund M. The grade in physical education in adolescence as predictor for musculoskeletal pain diagnoses three decades later. *Pain* (2010 in press), doi:10.1016/j.pain.2010.03.035
- van Tulder, M., et al., Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*, 2006. 15 Suppl 2: p. S169-91

## Tumörsjukdomar

- Bondesson , 30 p uppsats, 2010, Karolinska Institutet Återgång till arbete vid bröstcancer – Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och dess relation till aktuell arbetssituation
- Johnson, The rehabilitation process after breast cancer diagnosis, avhandling 2008, Karolinska Institutet
- Sjövall , Influence on the health of the partner affected by tumor disease in the wife or husband based on a population-based register study of cancer in Sweden. 2009 *J Clin Oncol* 27(28):4781-6
- Lilliehorn Hamberg, Kero Salander, Admission into a helping plan: A watershed between positive and negative experience in breast cancer, *PsychoOncology*, 2010;19;806-13
- Mehnert, Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol/Hematol*, 2010. Under tryckning
- Internationell enkät 2004, Cancerfondens rapport 2009

## Neurologisk sjukdom

- Andelic N, Hammergren N, Bauz-Holter E, Sveen U, Brunborg C, Roe C. Functional outcome and health-related quality of life (HRQL) 10 years after moderate-to-severe traumatic brain injury (TBI). *Acta Neurol Scand* 2009;120:16-23
- Bartfai, A., Thorstensson, P., Norlin-Bagge, E., Arserius, E., Lorenzen, N., Hellberg-Edström, G. & Karlstedt, D. Group

- treatment program for patients with long-term sequelae of mild brain injury. SCR Society for Cognitive Rehabilitation NewsBulletin, August, 2000
- Borg J, Tengvar C, Enblad P. Traumatisk hjärnskada. I Rehabiliteringsmedicin (red Borg J, Gerdle B, Grimby G, Stibrant-Sunnerhagen K). Studentlitteratur, Denmark, 2006:255-263
- Borg J et al. Trends and challenges in the rehabilitation of patients with traumatic brain injury – a Scandinavian perspective. Invited “focus article” , Archives Physical Medicine and Rehabilitation. I manuskript planerat för publikation 2010). Under tryckning
- Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW. Outcomes from milieubased neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. Brain Inj 2001;15:413-428
- Johansson U, Tham K. The meaning of work. Am J Occupational Therapy 2006;60:60-69
- Lindström B, Röding J, Sundelin G. Positive attitudes and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: a national survey. J Rehabil Med 2009 Sep;41(9):714-8
- Murphy L, Chamberlain E, Weir J, Berry A, Nathaniel-James D, Agnew R. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. Brain Inj 2006;20:1119-1129
- Olver JH, Ponsford JL, Curran CA. Outcome following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. Brain Inj 1996;10:841-848
- Rudolfsson A, Forsgren R, Holmlund B & Sojka P. Effekter av kognitiv rehabilitering i grupp för personer med lätt förvärvad hjärnskada. Läkarstämman, 2009
- Sander AM, Roebuck TM, Struchen MA, Sherer M, High WM Jr. Long-term maintenance of gains obtained in postacute rehabilitation by persons with traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 2001;16:356-373
- SBU Hjärnskakning övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? En systematisk litteraturgenomgång. Uppdatering av SBU rapport nr 153:2006



- Sörbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, Blomqvist M, Svensson S, Emanuelson I. Outcome after sever brain damage, what makes the difference? *Brain Inj* 2005;19:493-503
- Turner-Stokes L. Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury:A synthesis of two systematic approaches. *J Rehabil Med* 2008;40:691-701
- Turner-Stokes K, Nair A, Sedki I, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*2005, issue 3. Art no.:CD004170.DOI10.1002/14651858.CD004170.pub2.
- Wehman P, Kregel J, Keyser-Marcus L, Sherron-Targett P, CampbellL, West M et al. Supported employment for persons with traumatic brain injury: a preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:192-196

### **Arbetsplatsrelaterade åtgärder**

- Bevan, S et al. 2009. Fit for Work, Fit for work Europe. The work foundation
- Jensen I, Alipour A. Arbetslivsinriktad rehabilitering – att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen. SOU 2009:93
- Holm L et al. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekterna av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. *Arbete och Hälsa* 2010;44(3)
- Van Oostrom SH et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of systematic reviews* 4; 2009

## Övrigt

Riksrevisionens rapport 2010:9 En förändrad sjukskrivningsprocess

KUTAR - Karolinska Institutets utvärdering av rehabiliteringsgarantin, Delrapport Juni 2010

Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin dnr 6839/2010

SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete

# Kommittédirektiv



**Följa och föreslå förbättringar inom  
rehabiliteringsområdet**

**Dir.  
2009:131**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 21 december 2009.

## Sammanfattning

En särskild kommitté ska

- vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen i sjukskrivningsprocessen kan förbättras,
- lämna förslag till en fortsatt utformning av rehabiliteringsgaranti efter 2010 samt
- stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 10 december 2010.

## Bakgrund

### *Rehabilitering*

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för en mängd olika åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art för att hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga för ett normalt liv. Hälso- och sjukvården har ansvar för medicinsk rehabilitering och kommunernas socialtjänst har ansvar för social rehabilitering. Arbetsgivaren har en central roll när det gäller den anställdes arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren har en skyldighet att klarlägga den enskildes behov av rehabilitering, och ansvar för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Arbetsförmedlingen har ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering inom

arbetsmarknadspolitiken. Försäkringskassans roll är att samordna och ha tillsyn över hela rehabiliteringsprocessen. Den enskilde har ett ansvar för att aktivt medverka i rehabiliteringen.

Den 1 juli 2008 trädde den nya sjukförsäkringsreformen, den s.k. rehabiliteringskedjan, i kraft. Reformen innebär fasta tidsgränser för prövning av arbetsförmågan och rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Regeringens intentioner med reformen är att de nya tidsgränserna ska leda till att såväl individen som de andra aktörerna i sjukskrivningsprocessen, arbetsgivaren, Försäkringskassan, läkare, Arbetsförmedlingen m.fl. agerar tidigare i sjukfallet.

Regeringen har under senare år vidtagit flera åtgärder för att genom ekonomiska incitament stötta landstingen att sätta i gång tidiga insatser och utveckla sitt arbete med att minska sjukfrånvaron bl.a. genom den s.k. sjukvårdsmiljarden. Vissa åtgärder har bidragit till att samordna grunderna för beslut inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, medan andra har stimulerat hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder som t.ex. rehabiliteringsgarantin.

### *Rehabiliteringsgarantin*

Regeringen genom Socialdepartementet har tecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är preciserat i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan. I takt med att nyare forskning kommer fram ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering enligt nyaste evidens inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som behöver rehabilitering eller behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Personer i åldern 16–67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Landstingen får ersättning per patient som påbörjat rehabiliterings- eller behandlingsinsatser. Rehabiliterings- eller behandlingsinsatserna kan genomföras antingen i egen regi i landstingen eller av privata leverantörer.

## Uppdraget

Rehabilitering är i många fall avgörande för att åstadkomma en snabb återgång i arbete. Regeringen har därför vidtagit åtgärder för att förstärka insatserna tidigt i sjukskrivningsprocessen. Genom rehabiliteringsgarantin har regeringen förstärkt den medicinska rehabiliteringen inom landstingens verksamhet. Regeringen anser att det finns behov av ökad kunskap för att följa utvecklingen och vid behov ta till ytterligare åtgärder inom rehabiliteringsområdet.

Kommittén får därför i uppdrag att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Kommittén ska vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen, t.ex. när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kommittén får föreslå hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas.

Kommittén ska lämna förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010. Särskilt viktigt att beakta i detta sammanhang är rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar. Av dessa rapporter framgår det som kan betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser med evidens för att återfå arbetsförmågan. Ett delbetänkande ska lämnas till regeringen senast den 16 augusti 2010.

## Redovisning av uppdraget

Kommittén ska vid genomförandet av sitt uppdrag hämta information från organisationer och myndigheter som kommittén bedömer har sådana kunskaper och erfarenheter som behövs för att

kommittén ska kunna fullfölja sitt uppdrag att vara uppdaterad beträffande utvecklingen inom området.

Ett delbetänkande ska lämnas till regeringen senast den 16 augusti 2010.

En slutredovisning av kommitténs uppdrag inklusive förslag till hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas ska redovisas senast den 10 december 2010.

(Socialdepartementet)

# Statens offentliga utredningar 2010

---

## *Kronologisk förteckning*

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Muttbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

40. Cirkulär migration och utveckling  
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster  
och diskussion om hur migrationens ut-  
vecklingspotential kan främjas. Ju.
41. Kompensationstillägg – om ersättning vid  
försenade utbetalningar. S.
42. Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårds-  
lag. Jo.
43. Förundersökningsbegränsning. Ju.
44. Mål och medel – särskilda åtgärder för  
vissa måltyper i domstol. Ju.
45. Händelseanalyser vid självmord inom  
hälso- och sjukvården och socialtjänsten.  
Förslag till ny lag. S.
46. Utländsk näringsverksamhet i Sverige.  
En översyn av lagstiftningen om  
utländska filialer i ett EU-perspektiv. N.
47. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och  
sjukfrånvaro – vilka är sambanden?  
En systematisk litteraturöversikt. S.
48. Multipla hälsoproblem bland personer  
över 60 år. En systematisk litteratur-  
översikt om förekomst, konsekvenser  
och vård. S.
49. Förbud mot köp av sexuell tjänst. En ut-  
värdering 1999–2008. Ju.
50. Försvarsmaktens helikopterresurser. Fö.
51. Könsskillnader i skolprestationer – idéer  
om orsaker. U.
52. Biologiska faktorer och könsskillnader  
i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för  
Delegationen för jämställdhet i skolans  
arbete för analys av bakgrunden till  
pojkar sämre skolprestationer jämfört  
med flickors. U.
53. Pojkar och skolan: Ett bakgrunds-  
dokument om "pojkkrisen".  
Översättning på svenska av engelsk  
rapport: Boys and School: A Background  
Paper on the "Boy Crisis". + Engelsk  
rapport. U.
54. Förbättrad återbetalning av studie-  
skulder. U.
55. Romers rätt  
– en strategi för romer i Sverige. IJ.
56. Innovationsupphandling. N.
57. Effektivare planering av vägar och järn-  
vägar. N.
58. Rehabiliteringsrådets delbetänkande. S.



# Statens offentliga utredningar 2010

---

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

---

- Lätt att göra rätt  
– om förmedling av brottskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form  
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)
- Cirkulär migration och utveckling  
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. [40]
- Förundersökningsbegränsning. [43]
- Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. [44]
- Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. [49]

### Utrikesdepartementet

---

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

### Försvarsdepartementet

---

- Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]
- Försvarsmaktens helikopterresurser. [50]

### Socialdepartementet

---

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]
- Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. [41]

Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. [45]

Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden?  
En systematisk litteraturoversikt. [47]

Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. [48]

Rehabiliteringsrådets delbetänkande. [58]

### Finansdepartementet

---

Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]

En reformerad budgetlag. [18]

Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]

### Utbildningsdepartementet

---

Skolgång för alla barn. [5]

Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]

Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]

Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]

Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [33]

Kunskap som befrielse? En metaanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. [35]

Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. [36]

Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. [51]

Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. [52]

Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om pojkkrisen. Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Backgroundpaper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. [53]

Förbättrad återbetalning av studieskulder. [54]

#### **Jordbruksdepartementet**

---

Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]

Bättre marknad för tjänstehundar. [21]

Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. [42]

#### **Miljödepartementet**

---

Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]

Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]

En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]

Prissatt vatten? [17]

#### **Näringsdepartementet**

---

Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]

Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]

Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]

Utländsk näringsverksamhet i Sverige.

En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. [46]

Innovationsupphandling. [56]

Effektivare planering av vägar och järnvägar. [57]

#### **Integrations- och jämställdhetsdepartementet**

---

Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målriktat arbete på tre samhällsområden. [7]

Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]

Sverige för nyanlända utanför flyktingmottandet. [37]

Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. [55]

#### **Kulturdepartementet**

---

Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]

I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]

På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksställningar. [34]

#### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]