

## Till statsrådet Ingela Thalén

Regeringen beslutade den 3 juni 1999 om direktiv (dir. 1999:44) som gav en särskild utredare i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Bakgrunden till uppdraget var att regeringen inte var nöjd med den rådande situationen på rehabiliteringsområdet och att de resurser som satsades på verksamhetsområdet enligt regeringen måste användas på ett sätt som är effektivare för individen och samhället. Den 21 juni 2000 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv som innebar att utredarens förslag skulle redovisas senast den 15 augusti 2000. Direktiven har i sin helhet bifogats betänkandet (bilaga 1).

Utredaren har antagit namnet Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08).

Till särskild utredare förordnades i juni 1999 förre koncernchefen för Samhall AB och nuvarande landshövding, Gerhard Larsson.

Utredningen startade sitt arbete i mitten av augusti månad 1999. Som sekreterare till utredaren förordnades den 9 augusti civ. ekonom och leg. psykolog Lars Ahlin, jur. kand. Dina Brdarski Jacobson och fil. kand. Hans Goine.

Utredningen har bedrivit sitt arbete i nära samarbete med en rad särskilt utsedda experter från olika organisationer och myndigheter. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har nära anknytning till arbetslivet och arbetsmarknadens parter m.fl. Den särskilde utredaren har därför knutit till sig en referensgrupp med representanter för arbetsmarknadens parter m.fl. Vid utarbetandet av förslag till en etisk plattform och prioriteringar har utredaren inrättat en särskild arbetsgrupp med vilken han samrått. I denne har ingått representanter med kompetens från olika samhällsområden såsom ekonomi, statsvetenskap, juridik, etik och socialförsäkring. – I bilaga 2 finns en förteckning över samtliga personer som har deltagit i utredningen.

Utredningens uppskattningar av de samhällsekonomiska konsekvenserna av fördjupad arbetslivsinriktad rehabilitering (jfr kap. 6 och

bilaga 6) bygger till stora delar på en samhällsekonomisk studie som docent Stefan Fölster har gjort för utredningens räkning. Den internationella studien som redovisas i kapitel 7 har gjorts i samarbete med avdelningsdirektör Sisko Bergendorff, Riksförsäkringsverket, och departementssekreterare Per Johansson, Socialdepartementet. Den sistnämnde är tillika expert i utredningen.

Kunskapsöversikten om forskningen inom området (bilaga 8) har gjorts i samarbete med professor Kerstin Ekberg, också expert i utredningen. Den nya reformens ekonomiska konsekvenser har gjorts i samarbete med hälsoekonomen Dick Jonsson (kap 21).

Utredningen har i februari månad 2000 publicerat *Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen*. Diskussionspromemorian har remissbehandlats genom utredningens försorg och en sammanställning har gjorts av de 80-tal remissvar som har kommit in. I utredningens regi publiceras också en internationell studie *Social trygghet vid arbetsoförmåga - en jämförelse mellan 10 länder*.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum.

Utredningens arbete är härmed slutfört.

Stockholm i augusti 2000

Gerhard Larsson

*/Lars Ahlin  
Dina Brdarski Jacobson  
Hans Goine*

# Innehåll

<b>Förkortningar .....</b>	<b>11</b>
----------------------------	-----------

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>13</b>
-----------------------------	-----------

## **Del I Förutsättningarna för en ny reform**

<b>1 Varför en ny reform? .....</b>	<b>53</b>
1.1 Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt fulla syfte .....	53
1.2 Individens i centrum? – Några huvud- drag från förslagen i diskussions- promemorian .....	59
1.3 Stort stöd för ny reform .....	66
<b>2 Uppdraget och utredningens arbetsformer .....</b>	<b>69</b>
<b>3 Ohälsan ökar samtidigt som hjälp och stödbehoven inte tillgodoses .....</b>	<b>73</b>
3.1 De offentliga systemen försörjer drygt 1 miljon individer i arbetsför ålder .....	73
3.2 Mer än 1 miljon individer har övervägt att av hälsoskäl förändra sin arbetssituation .....	76
3.3 Sjukfrånvaron ökar kraftigt .....	78
3.4 Många sjukskrivna har ett rehabiliteringsbehov som inte tillgodoses .....	84
3.5 Utbudet av rehabilitering är otillräckligt och ojämnt fördelat .....	90
3.6 Väntetider inom sjukvården försenar rehabilitering .....	94
3.7 Arbetsgivaren behöver stöd i rehabiliteringsarbetet .....	95
<b>4 Arbetslivets förändring mot 2010-talet .....</b>	<b>99</b>
4.1 Förändringarna på arbetsmarknaden ställer nya krav .....	99
4.2 Demografiska förändringar ökar trycket .....	103
4.3 Ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov .....	106

<b>5</b>	<b>Rehabilitering ger positiva effekter.....</b>	<b>111</b>
<b>6</b>	<b>Rehabilitering är samhällsekonomiskt lönsamt.....</b>	<b>127</b>
<b>7</b>	<b>Tio länder – tre modeller.....</b>	<b>141</b>
7.1	Svårt att dra slutsatser om modellernas effekter.....	141
7.2	Försäkringen är arbetsgivarens ansvar – arbetsgivarmodellen.....	145
7.3	Försäkringen är arbetsgivarnas och arbetstagarnas ansvar – avtalsmodellen.....	152
7.4	Försäkringen är det offentligas ansvar – den offentliga modellen.....	160
<b>8</b>	<b>Nio starka motiv.....</b>	<b>175</b>
 <b>Del II Hur ser det ur idag? Några utgångspunkter</b>		
<b>9</b>	<b>Individens ställning i rehabiliteringsprocessen.....</b>	<b>183</b>
9.1	Rätten till ersättning avgörs enligt steg-för-steg- modellen.....	183
9.2	Rehabiliteringstidens längd och ersättning.....	187
9.3	Individens ställning varierar enligt olika regelverk.....	189
<b>10</b>	<b>Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering.....</b>	<b>193</b>
10.1	Arbetsgivaren har ansvar för arbetsmiljön.....	193
10.2	Arbetsgivaren har ansvar för anställdas rehabilitering.....	197
10.3	Arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar.....	199
10.4	Arbetsgivaren ansvarar för sjuklön till den anställde.....	203
10.5	Företagshälsovården kan utgöra ett stöd för arbets- givaren.....	204
10.6	Egenföretagare har små möjligheter till rehabilitering.....	207
<b>11</b>	<b>Det offentligas ansvar.....</b>	<b>209</b>
11.1	Fyra parallella sektorer med olika mål, medel och ansvar.....	209
11.2	Ansvar för arbetshjälpmedel delas av flera.....	213
11.3	Samverkan – ett sätt att överbrygga sektoriseringen på offentliga sidan.....	215

### **Del III En ny reform – med individen i centrum och tydligare roller**

<b>12</b>	<b>Reformens utgångspunkter och innehåll .....</b>	<b>223</b>
12.1	Individ – arbetsgivare – det offentliga. En ny tyngdpunkt?.....	223
12.2	Sju hörnstenar .....	225
12.3	Rehabilitering till arbete – ett nytt begrepp och definition .....	231
12.4	En sammanhållen rehabiliteringsprocess.....	235
12.5	Reformens mål är färre och kortare sjukfall .....	241
<b>13</b>	<b>Individen i centrum – möjlighet, rättighet och skyldighet.....</b>	<b>243</b>
13.1	Individen har ett eget ansvar att förebygga ohälsa.....	244
13.2	Individen får en rätt till Rehabiliteringsutredning .....	247
13.3	Individen får en rätt till mentor.....	249
13.4	Individens motprestation är att delta efter förmåga.....	253
<b>14</b>	<b>Arbetsgivarens ansvar – förebygga, anpassa och rehabilitera.....</b>	<b>255</b>
14.1	Stärkta drivkrafter behövs för förebyggande insatser .....	256
14.1.1	Förlängning av sjuklöneperioden? .....	256
14.1.2	Företagshälsovården bör utnyttjas för vidgad roll.....	260
14.1.3	Personalekonomiska bokslut för offentliga arbetsgivare.....	263
14.1.4	Förstärkta insatser för anpassning och förebyggande arbete på arbetsplatserna .....	268
14.1.5	Ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare.....	269
14.2	Egenföretagare får utvidgad rätt till rehabilitering .....	270
14.3	Försök med rådgivare till arbetsplatsen – case manager ....	271
<b>15</b>	<b>Kraftfullare försäkring – en rehabiliteringsförsäkring skapas .....</b>	<b>273</b>
15.1	Vem skall vara den nya försäkringsgivaren? .....	273
15.2	En offentlig huvudaktör .....	276
15.3	Försäkringsgivarens uppdrag/uppgifter .....	277
15.3.1	Beräkna och betala ut ersättning .....	278
15.3.2	Ansvara för rehabiliteringsutredningen.....	279
15.3.3	Åter i tidigare arbete eller likvärdigt arbete .....	282
15.3.4	Uppföljningsansvar.....	285

15.3.5	Även arbeta med förebyggande insatser.....	286
15.3.6	Övriga huvudmän får inte mindre ansvar .....	286
15.4	Individuella köp av rehabiliteringstjänster .....	288
15.5	Enklare vård och behandlingstjänster kan köpas för att skynda på .....	290
15.6	En ny central myndighet för rehabilitering till arbete skapas.....	292
15.7	En kraftigt förstärkt regional organisation.....	296
15.8	En särskild metod och utvecklingsresurs tillkommer .....	302
15.9	Försäkringsorganisationen ska också förebygga.....	305
15.9.1	Information för att förebygga .....	307
15.9.2	Information från rehabiliterings- och arbetsskadeförsäkringarna tillsammans är förebyggande .....	308
15.9.3	Sjukpenning i förebyggande syfte vid dokumenterad effekt.....	309
15.9.4	Nationell utbildningssatsning .....	311
15.10	Försäkringens utgifter fondfinansieras .....	312
<b>16</b>	<b>Lika möjligheter över landet och mellan olika grupper.....</b>	<b>317</b>
16.1	Etisk plattform för att vägleda .....	317
16.2	Prioriteringar för att välja .....	327
16.3	Fyra vägar att minska de regionala skillnaderna.....	331
<b>17</b>	<b>Vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter.....</b>	<b>335</b>
17.1	Utbudet av aktiva rehabiliteringsresurser måste förstärkas .....	335
17.2	Rehabilitering under längre tid .....	345
17.3	Utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning .....	346
17.4	Flexiblare användning av arbetshjälpmedel .....	353
<b>18</b>	<b>Stärkta förutsättningar i arbetslivet .....</b>	<b>355</b>
18.1	Arbetets läkande kraft – vikten av arbetsplatstillgång under och efter rehabilitering.....	355
18.2	Under 1990-talet har individens möjligheter minskat till mjukstart eller nystart i arbetslivet .....	358
18.3	1990-talets former för stöd är inte tillräckliga för framtiden .....	361
18.4	Remissopinionen vill se mer av arbetsmarknadsmöjligheter för att rehabilitering skall lyckas .....	365

18.5	Fem vägar till stärkta möjligheter för successiv återgång till eller inträde i arbetslivet.....	366
<b>19</b>	<b>Forskning och utbildning .....</b>	<b>375</b>
19.1	Rehabiliteringsforskningen måste skapas .....	375
19.2	En högskoleutbildning behövs.....	379
<b>20</b>	<b>Ikraftträdande .....</b>	<b>385</b>

#### **Del IV Reformens konsekvenser**

<b>21</b>	<b>Ekonomiska konsekvenser .....</b>	<b>389</b>
21.1	Mål.....	389
21.2	Ekonomiska satsningar ger mångdubbelt åter i det sektorsövergripande perspektivet.....	391
21.3	Finansiell kalkyl för den nya rehabiliteringsförsäkringen ..	392
21.3.1	Intäkter i form av besparingar jämfört med nuläget .....	393
21.3.2	Kostnader för reformen på årsbasis.....	394
<b>22</b>	<b>Reformens övriga konsekvenser .....</b>	<b>403</b>

#### **Bilagor**

<i>Bilaga 1</i>	Direktiven .....	409
<i>Bilaga 2</i>	Förteckning över personer som deltagit i utredningen .....	419
<i>Bilaga 3</i>	Sammanfattning av Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen .....	421
<i>Bilaga 4</i>	Remissammanställning .....	437
<i>Bilaga 5</i>	1990-talets utveckling i siffror.....	447
<i>Bilaga 6</i>	Samhällsekonomisk studie.....	491
<i>Bilaga 7</i>	Översikt över tio länders försäkringssystem.....	523
<i>Bilaga 8</i>	Arbetslivsinriktad rehabilitering – synsätt och forskningsbehov .....	543
<i>Bilaga 9</i>	Dagens och 1990-talets arbetsmarknadsprogram och andra former för stöd .....	563





## Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
Af	Arbetsförmedlingen
AFL	Lagen (196:381) om allmän försäkring
AfS	Arbetsmarknadsförsäkring - Sjuk
AKU	Arbetskraftsundersökningar
ALI	Arbetslivsinstitutet
AMF	Arbetsmarknadsförsäkringar
AMFO	Arbetsmiljöfonden
AMI	Arbetsmarknadsinstitutet
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
ASS	Arbetarskyddsstyrelsen
bet.	Betänkande
CSF	Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan
DAGMAR	Överenskommelse mellan socialdepartementet och Landstingsförbundet att avsätta särskilda medel för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården.
Ds	Departementsserien
ESO	Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
EU	Europeiska Unionen
FINSAM	Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.
Fk	Försäkringskassan
FKF	Försäkringskassaförbundet
FN	Förenta Nationerna
FAS	Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap
FRISAM	Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att tillsammans med Riksförsäkringsverket, Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetsmarknadsstyrelsen utvärdera effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet enligt propositionen 1996/97:63 (FRISAM).
ISO	Internationella standardiseringskommissionen

---

IT	Informationsteknologi
KI	Karolinska Institutet
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LO	Landsorganisationen i Sverige
LS	Studie om långvariga sjukskrivningar
NUTEK	Närings- och teknikutvecklingsverket
RALF	Rådet för arbetslivsforskning
RAR	Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering
RFV	Riksförsäkringsverket
Riks-LS	Rikstäckande studie om långvariga sjukskrivningar
rskr.	Riksdagsskrivelse
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SAF	Svenska Arbetsgivareföreningen
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SEKO	Facket för service och kommunikation
SFR	Socialvetenskapliga forskningsrådet
SFS	Svensk författningssamling
SfU	Socialförsäkringsutskottet
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SOCSAM	Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst.
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
TFA	Trygghetsförsäkring vid arbetsskada
WHO	Världshälsoorganisationen
YI	Yrkesinspektionen

## Sammanfattning

### Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum

I detta betänkande lämnar jag, som särskild av regeringen tillsatt utredare, förslag till en ny reform inom arbetslivsinriktad rehabilitering. En reform med bl.a. individen i centrum, en offentlig huvudaktör samt en kraftfullare försäkring. Målet med reformen är ett behov av färre sjukskrivningar och – när de ändå inträffar – behov av kortare sjukskrivningsperioder.

### Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt fulla syfte

Arbetslivsinriktad rehabilitering är som begrepp och verksamhetsområde relativt nytt. Med begreppet avses sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension. Arbetslivsinriktad rehabilitering infördes i socialförsäkringen så sent som den 1 januari 1992 genom vad som brukar benämnas som rehabiliteringsreformen 1991/92. Reformen byggde på tre hörnstenar; en bättre arbetsmiljö, en effektivare rehabilitering samt en generell arbetsgivarperiod.

Frågan är då hur utvecklingen har sett ut efter reformen, dvs. om reformens syfte – minskad sjukfrånvaro samt tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser – har uppnåtts. Utredningens kartläggning visar att så inte är fallet; reformen har inte nått sitt fulla syfte. Allt fler personer blir sjukskrivna och går framför allt sjukskrivna under allt längre tid. Aktiva rehabiliteringsinsatser kommer igång allt senare eller sällan.

Enligt min mening har flera faktorer bidragit till detta. Till en början kan konstateras att reformen innebar att arbetsgivaren fick ett stort men tyvärr otydligt ansvar för anställdas rehabilitering. Ansvariet rymmer olika tolkningssvårigheter och tolkas också i praktiken olika. Det prak-

tiska ansvaret har i stället förskjutits alltmer från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn, dvs. fyra på var sitt sätt finansierade instanser (sektorer): landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassa). Andra faktorer som har bidragit är förändringar på arbetsmarknaden och i arbetsliv. Med detta avser jag bl.a. förändrade arbetsorganisationer som också blivit allt mer "slimmade". De miljörelaterade belastningsskadorna dominerar inte på samma sätt som tidigare. Istället är det psykiska, sociala och organisatoriska faktorer som ökar i betydelse för ohälsans utveckling.

Vissa faktorer hänger samman med att statsmakterna har ändrat vissa förutsättningar som gällde för reformen. Som exempel kan nämnas att det särskilda statsbidraget till företagshälsovården har tagits bort, vilket har medverkat till att denna stödresurs minskat i täckning. Det har inte heller utformats några gemensamma kriterier eller värderingar för vem eller vilka som borde prioriteras vid rehabilitering runt om i landet. Andra faktorer som har bidragit till att reformen inte har fått fullt genomslag är att utbudet av rehabilitering är otillräckligt och ojämnt fördelat, såväl mellan diagnosgrupper som regionalt.

## Utredningens diskussionspromemoria har fått stort gensvar från 80-tal remissinstanser

Utredningen lämnade i sin första rapport *Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen* förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan bli kraftfullare och mer individinriktad. Avsikten med promemorian, som publicerades i februari 2000, var att stimulera till en bred och offentlig debatt, bl.a. genom en remissbehandling av promemorian.

Inledningsvis kan jag konstatera att det stora gensvar från sammanlagt 80-tal remissinstanser visar att behovet av och förståelsen för en ny reform är växande. Instanserna är – med några få undantag – i stort sett eniga om att dagens ordning inte fungerar och att det finns behov av en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Övervägande majoriteten av remissinstanserna delar helt eller i stort utredningens beskrivning och inriktning på förslagen. I princip samtliga instanser är också positiva till att utredningen lämnar myndighets-/sektorsperspektivet och i stället betonar individperspektivet i rehabiliteringsarbetet. Samstämmigheten är särskilt stor bland arbetsmarknadens parter och olika intresseorganisationer, som kan sägas ta vara på konsumenters intresse. Däremot kan jag notera att några myndigheter inte instämmer i denna inriktning. Många instanser välkomnar också

utredningens arbetssätt som gett möjlighet till offentlig debatt angående framtida lösningar.

## Sjukfrånvaron ökar kraftigt i både antal och längd. En ökning på nära 80 procent sedan 1997. Ökningen är störst bland kvinnor och inom offentlig sektor

Efter diskussionspromemorian har utredningen ytterligare analyserat och fördjupat utvecklingen av ohälsan. Först kan konstateras att våren 2000 har Sverige det högsta antalet sjukpenningdagar för hela 1990-talet. Det kanske ännu allvarligare är att antalet pågående långvariga sjukskrivningar (mer än 30 dagar) har ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet. På bara några år har en ökning skett med nära 80 procent. Från 123 000 maj 1997 till 217 000 maj 2000. Sjukfallen ökar inte bara i antal utan också i längd. Allt fler är sjukskrivna mer än ett år. Adderas även antalet förtidspensionärer var våren 1997 546 000 personer i yrkesverksam ålder borta från arbetslivet och arbetskraften på grund av långtidssjukskrivning eller förtidspension, dvs. drygt 9 procent av alla i yrkesverksam ålder. Nu, tre år senare, var det 645 000 personer eller drygt 11,5 procent, räknat på samma sätt.

Vid en närmare granskning av den långvariga sjukfrånvaron visar det sig att sjukfrånvaron ökar mest bland kvinnor; ökningen är mer än dubbelt så stor. Bland åldersgrupper totalt är den högst för de över 50 år. En annan tendens som framkommer är att ökningen har varit störst inom offentlig sektor (kommun och landsting). Utredningen har även genom stickprov studerat en enskild diagnos som långtidssjukskrivning på grund av stress/utbrändhet i ett län (februari 2000). Den visar att bland privatanställda fanns denna diagnos hos 5 procent av de sjukskrivna, medan det var hela 9 procent inom offentlig sektor i länet. Lägst andel, 4 procent, hade egna företagare.

Även gruppen långtidssjukskrivna som saknar anställning har ökat under 1990-talet. Mer än var femte långtidssjukskriven saknar i dag anställning. Andelen långtidssjukskrivna egenföretagare minskade däremot mellan 1998 och 1999.

Antalet anmälda arbetsskador och arbetsorsakade besvär har också ökat. En kraftig ökning märks av besvär som beror på stress och andra psykiska påfrestningar.

## De regionala skillnaderna är stora och uppgår i vissa fall till 60 procent

Utredningen har också kunnat konstatera att sjukfrånvaron är regionalt ojämnt fördelad. Dessa skillnader mellan högsta och lägsta ohälsotal har också blivit större under 1990-talet. Ohälsotalet, mätt i ersättningsdagar, skiljer sig mer än 60 procent mellan det län som har högst respektive lägst ohälsotal.

Till viss del kan skillnader uppkomma som beror på skillnader i näringsstruktur, arbetslöshet men också skillnader i sjukvården och i rehabiliteringsutbudet eller att en sjukskriven person idag sällan får möjlighet till rehabilitering utanför hemorten eller länet. Men det räcker inte som förklaring om enskilda intilliggande län jämförs. Enligt min bedömning måste viktiga förklaringar till skillnaderna finnas i olika attityder till sjukskrivning och åtgärder bland befolkning i olika regioner, inom respektive försäkringsadministration och inom olika delar av hälso- och sjukvården. Min slutsats blir därför att dessa regionala skillnader går att påverka om skillnaderna till stora delar går att förklara med resursutbud, synen på sjukfrånvaro i olika delar av landet samt att handläggningen av försäkringen varierar mellan länen.

## Även sjuknärvaron ökar – över 1 miljon har av hälsoskäl övervägt att ändra sin arbetssituation

Det samlade behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är svår fångat av flera skäl. Dels beror det på hur man definierar begreppet, dels på vem man frågar och i vilken situation. Det kan finnas behov av rehabiliteringsinsatser bland personer med hälsoproblem och arbetshandikapp men som är i arbete, likaväl som det kan finnas rehabiliteringsbehov bland de som på grund av sjukdom inte kan arbeta.

Ett sätt att bedöma behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering i befolkningen är att studera hur vanligt det är att på grund av hälsoskäl vilja ändra sin arbetssituation. För att analysera behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering gav utredningen Statistiska centralbyrån i uppdrag att genomföra en analys. Drygt 10 000 personer har i undersökningen besvarat frågor om sin sina arbetsförhållande och sin arbetsmiljö. Av undersökningen framgår att mer än en fjärdedel av de sysselsatta går i tankar om att av hälsoskäl förändra sin nuvarande arbetssituation. Därutöver har drygt 10 procent (400 000) också förändrat sin arbetssituation det gångna året på grund av ohälsa på något sätt. Förändringsbehovet var vanligast i åldersgrupperna 35–54 år och minst i de lägsta respektive högsta åldersgrupperna. Andelen som

övervägt förändring är större inom offentlig sektor. Vidare framgår att i arbeten med hög anspänning (höga krav och låg kontroll) har mer än hälften övervägt förändring av sin situation.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att behoven av arbetslivsinriktade insatser är omfattande hos den arbetsföra befolkningen som också är sysselsatta. Mer än 1 miljon människor har det senaste året av hälsoskäl övervägt att ändra sin situation på något sätt. Många, förmodligen majoriteten, kommer av egen kraft eller i samråd med arbetsplatsen vidta nödvändiga förändringar. Andra kommer under kortare eller längre tid behöva stöd av samhället. Det är dock omöjligt att utifrån denna uppgift skatta hur många som under ett år direkt berörs av samhällsinsatser. Uppgiften ger dock en viss fingervisning om en stor potentiell hälsorisk som kan leda till nya ökningar av antalet sjukskrivna om inte åtgärder vidtas.

### Ca 100 000 individer har behov av mer sammansatta insatser

Den ovan nämnda undersökningen ger alltså en viss fingervisning men är inte tillräcklig som svar på frågan hur många individer som har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Jag har därför valt några olika sätt att belysa frågan som jag utvecklar närmare i betänkandet. Vid en samlad bedömning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering – utifrån ett individperspektiv – är min bedömning att mer än 100 000 individer av de pågående drygt 200 000 långtidssjukskrivna har ett behov av mer sammansatta insatser än bara medicinsk behandling. Det kan härvid noteras att genom försäkringskassornas stöd har de senaste åren snittsiffran varit att 20 000 långtidssjuka fått rehabiliteringsinsatser.

Utöver denna uppgift kommer den försäkring som jag föreslår också att få ett ansvar för att skynda på att aktiva insatser kommer till stånd i alla sjukfall, vilket kommer att beröra ytterligare ett antal individer utöver de 100 000 personerna.

### Arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas allt senare och sällan

Det faktum att många individer har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering skall ställas i relation till att få långtidssjukskrivna personer får sådana insatser och att insatserna dessutom kommer allt senare. Utredningen har tagit del av en undersökningen som visar att endast 13 pro-

cent av de långtidssjukskrivna individer, som varit sjukskrivna mer än ett år, påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering inom ett år. Andra slutsatser från undersökningen är att de arbetslivsinriktade åtgärderna kommer igång allt senare. Den genomsnittliga tiden till dess att försäkringskassan påbörjar en arbetslivsinriktad åtgärd har under 1990-talet förlängts med nästan två månader. Under åren 1991-93 var den genomsnittliga tiden ca fyra månader medan den i slutet av 1990-talet hade ökat till drygt sex månader.

## Utbudet av rehabilitering är otillräcklig och ojämnt fördelat

Andra slutsatser som kan dras av utredningens kartläggning är att mindre än hälften av försäkringskassornas – i och för sig relativt begränsade – medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster används till aktiva åtgärder. I stället används medlen till utredningar kring förutsättning för arbetslivsinriktad rehabilitering eller underlag för bedömning av rätten till sjukpenning. Ser vi till de samlade aktiva rehabiliteringsinsatserna så uppskattas dessa motsvara mindre än 10 procent av de totala kostnaderna för ersättningar vid sjukdom och förtidspension, som då var ca 70 miljarder kronor.

Jag kan också konstatera att utbudet av rehabiliteringstjänster och aktiva insatser varierar kraftigt över landet dels mellan olika kommuner, dels mellan stad och land. För sådana sjukdomsgrupper som besvär i rörelseorganen och psykiska sjukdomar är utbudet ojämnt mellan olika delar av landet. Utbudet är även ojämnt för de grupper som är i behov av rehabilitering för hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns en över hela landet växande efterfrågan på utbud av tjänster för att klara av mer sammansatta problem och rehabilitering av personer med stressrelaterade besvär. När det gäller dessa besvär saknas dock fortfarande både utbud och metoder. Vidare kan noteras att det genomgående saknas systematiska beskrivningar om väntetider för olika insatser, utbud av rehabiliteringsproducenter och efterfrågan när det gäller olika typer av rehabilitering.



## Förändringarna i arbetslivet mot 2010-talet ställer nya och högre krav på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

En sammantagen bedömning visar således att många individer inte får sina hjälp- och stödbehov tillgodosedda inom dagens ordning. Hur ser då det framtida behovet ut? Ja, till en början kan konstateras att utredningens kartläggning visar att arbetslivet fortsatt mot 2010 kommer att präglas av ett starkt omvandlingstryck. Detta behöver inte i sig vara negativt. Stressrelaterad belastning på individen kommer dock troligen även fortsättningsvis att bli en av konsekvenserna, oavsett om individen står inom eller utanför arbetsmarknaden. Betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för den arbetsrelaterade ohälsan kommer därför att öka även fortsättningsvis. Kraven kommer också att ändra karaktär för allt fler i arbetslivet bl.a. genom strukturomvandling och teknikutveckling. Jag kan mot denna bakgrund konstatera att framtidens krav och villkor i ett tioårsperspektiv förstärker många av de tendenser som representeras av ett individperspektiv.

Andra faktorer som kommer att öka trycket på den framtida arbetslivsinriktade rehabiliteringen är de demografiska förändringarna. Utan att risken för förtidspension ändras kan det nämligen räknas med en ökning av antalet sjukfall och förtidspensioner enbart på grund av demografiska skäl. Utredningen har bedömt att det år 2010 endast går två i yrkesverksam ålder på varje person över 60 år. I slutet av 1990-talet var kvoten 2,5.

Vidare bedömer jag att det nu finns ett ackumulerat behov av förtidspensionering, ytterligare nästan 8 000 personer per år, torde komma att beviljas förtidspension de kommande åren. Dessutom tillkommer ett ökat antal pågående sjukfall över 30 dagar dels på grund av vi blir fler i riskåldersgrupper (över 50 år), dels genom arbetslivets utveckling. Ett stort antal personer är alltså i risk för att i förtid lämna arbetslivet. Detta pekar på två viktiga frågor för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. För det första att ett stort antal personer är i risk för att i förtid lämna arbetslivet. Ett förhållande som blir ännu allvarligare eftersom Sverige redan innan detta kalkylerar med brist på arbetskraft som innebär att det inte finns tillräckligt skatteunderlag för att bära välfärdssystemet kommande 10 till 20 år. För det andra att rehabiliteringsaktiviteterna och administrationen kring denna förväntade ökning måste byggas ut.

En annan trend för framtiden är vidare att det kommer att bli ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov. Utredningen bedömer att vissa sjukdomsgrupper, t.ex. psykiska och stressrelaterade besvär, kommer att öka i högre takt i vissa grupper. Många individer kommer

också att behöva mer omfattande insatser för att ”komma igen” och orka ett helt arbetsliv.

## Rehabilitering ger positiva effekter för individen

Vågar vi tro på att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter? Den frågan är inte helt lätt att svara på. Utredningen konstaterar nämligen att efter åtta år med 1992 års reform om arbetslivsriktad rehabilitering saknas det tyvärr fortfarande klara uppgifter om effekterna av reformen. Bl.a. saknas statistik från Riksförsäkringsverket (RFV) som gör det möjligt att avläsa vilka effekter på sjukskrivningsfrekvens och sjukskrivningsperioder som de hittills årligen avsatta medlen för aktiva rehabiliteringsinsatser givit.

I strikt traditionell vetenskaplig mening finns det inte alltså tillräckligt underlag för att visa att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter. Emellertid pekar en hel mängd enskilda föreliggande studier och utvärderingar, som utredningen analyserat, på att aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser faktiskt ger positiva effekter för individen jämfört med passivitet. Dessa effekter kan avläsas på individens funktion, sjukdagar och in- eller återinträde i arbetslivet. Efter att således ha tagit del av en mängd rapporter från olika projekt och studier, både i Sverige och internationellt, bedömer jag att tendensen är tillräckligt klar. Det går enligt min mening att dra slutsatsen att positiva effekter, som minskade sjukdagar och förtidspensioneringar, uppnås genom förstärkning av aktiva insatser. Detta jämfört med att bibehålla nuvarande tillstånd av relativt hög grad av passivitet i den arbetslivsriktade rehabiliteringen. Dessa slutsatser styrks i betänkandet av ett flertal redovisade exempel på aktuella rapporter och studier.

## Det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med fördjupad rehabilitering. En krona ger nio åter

Sammansatta rehabiliteringsinsatser ger alltså positiva effekter för individen. Frågan är då om det även är samhällsekonomiskt lönsamt med sådan rehabilitering. Utredningen har i sin kartläggning kunnat konstatera att de samhällsekonomiska effekterna av rehabilitering har utvärderats och mätts i endast mycket liten omfattning. Rehabilitering har enligt min mening ekonomiskt *tvärsektoriella* effekter men det finns förvånansvärt få övergripande studier om rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter. Utredningen tog därför tidigt initiativ till en makroekonomisk studie av de totala samhällsekonomiska effekterna,

dvs. sett över de fyra sektorerna inom offentlig sektor, arbetsgivarens och den enskilde individens ekonomi.

Makrostudien, för övrigt den första i sitt slag, presenterades i utredningens diskussionspromemoria och visade att den samhällsekonomiska vinsten av framgångsrik rehabilitering är mycket stor i förhållande till den sannolika kostnaden för själva rehabiliteringen. En krona ger nio åter, sett över de fyra sektorerna inom offentlig sektor, arbetsgivarens och den enskilde individens ekonomi. Många remissinstanser välkomnade utredningens studie. Däremot kan noteras delade meningar när det gäller studiens slutsatser. Olika intresseorganisationer anser att beräkningarna i vart fall inte är för lågt räknade medan vissa myndigheter ifrågasätter om vinstpotentialen är så hög som utredningen gör gällande.

Utredningen har därför ytterligare bearbetat och fördjupat den samhällsekonomiska studien och kan konstatera att det inte finns någon anledning att justera ned tidigare beräkningar. Slutsatsen är nämligen entydig; det är samhällsekonomiskt lönsamt med framgångsrik rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna och därmed för skattebetalarna i gemen. De ekonomiska vinsterna är mycket stora i förhållande till de sannolika kostnaderna för själva rehabiliteringen. Enligt utredningens beräkningar ger en fördjupad rehabilitering som 7 000 personer deltar i samhället ekonomiska vinster på 9 miljarder kronor. Denna beräkning bygger på några fallstudier och vissa antaganden som närmare redovisas i betänkandet. Antagandena är i flera avseenden försiktigt hållna. 7 000 personer som antas delta i rehabiliteringen varje år utgör inte mer än en dryg procent av sjukskrivna och förtidspensionerade personer. Av dessa 7 000 personer görs det försiktiga antagandet att endast 1 260 blir rehabiliterade och återfår arbetsförmågan. Ett större antal, 1 400, antas inte bli rehabiliterade alls. Övriga antas i räkneexemplet nå enbart 20 procent arbetsförmåga, sett som ett genomsnitt.

Det är mycket möjligt att fler än så kan bli framgångsrikt rehabiliterade. Viktigast är kanske att den rent ekonomiska kalkylen skymmer de betydande vinsterna som de personer som rehabiliteras förmodligen själva upplever i form av t.ex. ökad livskvalitet och självrespekt.

Utredningen har också för säkerhets skull vänt på kalkylen, och beräknat hur ofta den sammansatta individuella rehabiliteringen måste lyckas för att vara värt kostnaden. Resultatet visar att vinsten överstiger kostnaden om var femte individ ökar sin arbetsinsats med så lite som 15 procent och har ett minskat behov av vård- och omsorgsinsatser motsvarande endast 15 procent av det typfall som utredningen beskriver som en helt lyckad rehabilitering. Redan vid en så låg procent är alltså rehabilitering samhällsekonomiskt lönsamt.

Jag vill dock betona att utredningens beräkningar bygger på effekterna sett över hela samhällets ekonomi. Med detta menar jag de fyra sektorerna – kassakistorna – inom den offentliga sektorn, arbetsgivarens ekonomi samt individens ekonomi. Bristen i dag är att det inte råder klara samband mellan ”insats och vinst” för respektive sektor. Den ena sektorn, t.ex. sjukvården (landstinget), får ökade kostnader för en behandling samtidigt som en annan sektor, socialförsäkringen, får besparingar när det gäller kostnader för sjukersättning om behandlingen leder till kortare sjukskrivningsperiod.

När det gäller frågan om rehabilitering även är lönsamt för arbetsgivaren kan jag konstatera att den företagsekonomiska lönsamheten för arbetsgivaren främst ligger i förebyggande insatser

## Internationell jämförelse – tio länder och tre modeller

I utredningens kartläggning har också ingått en internationell jämförelse om hur ett urval länder har utformat sina försäkringssystem för ersättning vid sjukdom och efterföljande rehabilitering. De utvalda länderna är Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien, delstaten Kalifornien i USA, Frankrike, Spanien, Tyskland, Danmark, Finland, Norge och Storbritannien. De aktuella länderna presenteras enligt tre olika försäkringssystem som utredningen har valt att kalla *arbetsgivarmodellen* (Nederländerna, New South Wales och Kalifornien), *avtalsmodellen* (Frankrike, Spanien och Tyskland) samt den *offentliga modellen* (Danmark, Finland, Norge och Storbritannien).

Vilka slutsatser kan då dras av den internationella studien när det gäller effekterna av de olika försäkringsmodellerna? Jag kan konstatera att det är komplicerat att göra internationella jämförelser mellan organisationen av socialförsäkringssystemen i olika länder och utnyttjandet av ersättningar. Metodproblemen beror dels på att information saknas, dels på statistiska svårigheter. Det går inte heller att dra några egenliga slutsatser om effekterna av de olika försäkringsmodellerna. Studien har trots detta ett stort värde eftersom ökad kunskap om andra socialförsäkringssystem i längden kan gynna den svenska socialförsäkringen.

Några huvuddrag jag har kunnat notera är t.ex. den starka fokuseringen på förebyggande insatser som finns i arbetsgivarmodellen. Avtalsmodellen kännetecknas å andra sidan av starkare anställningstrygghet och stöd för de försäkrade vid rehabilitering och sjukdom. Anställningstryggheten och kvotering av personer med nedsatt arbetsförmåga på arbetsplatser är unika i denna modell.

## Det behövs en ny reform. Nio starka motiv

Behövs det en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Frågan har enligt min mening redan indirekt besvarats genom den nu redovisade bakgrunden. Utredningens argument för en ny reform bygger i huvudsak på nio starka motiv, motiv som vart och ett i sig motiverar en ändring av dagens ordning.

Det första motivet är att rehabiliteringsreformen 1992 inte har nått sitt fulla syfte att bl.a. minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet. Detta visar inte minst de senaste årens utveckling med allt fler och längre sjukfall. Utredningen har inte hellre noterat några tydliga tecken som talar för att den oroväckande trenden är på väg att brytas.

Ett annat motiv är individen i centrum. För att åstadkomma detta anser utredningen att det krävs en ändring av dagens system. Dagens samordnade rehabilitering har nämligen snarare fokuserat på myndigheterna och deras samordning än på en samordning av individens rehabilitering.

Det tredje motivet är att det finns ett stort behov av arbetslivsinriktad rehabilitering som inte tillgodoses alls eller i rimlig tid inom dagens ordning. Enligt mina uppskattningar och utifrån ett individperspektiv har mer än 100 000 individer av de nu drygt 200 000 långtidssjukskrivna behov av mer sammansatta insatser eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vidare kommer det i framtiden att vara ett annorlunda och ökat behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Förändringarna på arbetsmarknaden, demografiska förändringar och ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov medför sammantaget att det behövs en kraftfullare arbetslivsinriktad rehabilitering för att möta det framtida behovet.

Ett femte motiv är att samhällets kostnader för ohälsa ökar och tränger undan andra viktiga välfärdsfrågor. I år beräknas ohälsan kosta socialförsäkringen ca 80 miljarder kr enbart i försäkringsersättning. Enbart ökningen av långtidssjukskrivningarna det senaste året innebär en merkostnad på ca 10 miljarder kr på årsbasis. Enligt min mening kan dessa våra gemensamma skattemedel användas på ett effektivare sätt, vilket kommer att gagna inte bara individen utan även samhället i stort.

Ett annat motiv är att det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med framgångsrik rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna. De ekonomiska vinsterna är mycket stora i förhållande till kostnaderna för själva rehabiliteringen. En krona ger nio åter.

Den samhällsekonomiska lönsamheten skall ställas i relation till att arbetsgivaren har begränsade ekonomiska drivkrafter att satsa på reha-

bilitering. Den företagsekonomiska lönsamheten ligger i stället främst på förebyggande insatser.

Det åttonde motivet för en ny reform är att arbetslivsinriktad rehabilitering är nödvändig för att säkra kommande behov av arbetskraft. Den genomsnittliga pensionsåldern inklusive avtalspensioneringen bedöms för stora grupper vara 58 år eller lägre. Om inte Sverige lyckas minska de nuvarande tendenser i sjuktalen och få fler över 60 år att arbeta, kommer vår försörjningskvot (antalet arbetande som skall "försörja" icke arbetande) enligt utredningens slutsatser att bli mycket ansträngd.

Sist men inte minst motiveras en ny reform av det stora gensvaret utredningen har fått från remissopinionen, sammanlagt ett 80-tal instanser. Så gott som samtliga remissinstanser är eniga om att dagens ordning inte fungerar och att det finns behov av en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

### Individens nuvarande ställning i rehabiliteringsprocessen varierar enligt olika regelverk

Innan jag går in på innehållet i mitt förslag till reform är det lämpligt att något redovisa de nuvarande bestämmelserna som omgärdar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Detta görs med tonvikt i tur och ordning på individen, arbetsgivaren och det offentliga.

En grundförutsättning för individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen och förtidspensioneringen är enligt nuvarande regler att hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom samt att den nedsatta arbetsförmågan har konsekvenser för individens förmåga att försörja sig genom eget arbete. Bedömningen av en persons arbetsförmåga skall göras stegvis enligt en så kallad steg-för-steg-modell. Modellen är tänkt att tjäna som arbetsinstruktion för hur handläggaren på försäkringskassan skall bedöma arbetsförmåga, rehabiliteringsinsats och rätt till sjukpenning. Bl.a. skall bedömas om individen kan utföra annat arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Den bedömningen görs i förhållande till den nationella arbetsmarknaden.

Under rehabilitering kan individen under vissa förutsättningar få rehabiliteringsersättning som ges ut i två former, dels som rehabiliteringspenning, dels som särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning skall täcka individens inkomstförlust och är för närvarande 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, dvs. samma som sjukpenningen och betalas enligt praxis vanligen ut under högst ett år. Det särskilda

bidraget kan täcka vissa kostnader som uppstår i samband med rehabilitering.

Individens ställning i en rehabiliteringssituation varierar beroende på vilket regelverk som är aktuellt. De aktuella lagarna är – utöver lagen om allmän försäkring – arbetsmiljölagen, anställningsskyddslagen, socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Dessa regelverk styr också det offentliga ansvar.

Enligt lagen om allmän försäkring har individen möjligheter till rehabilitering och därmed efterföljande rätt till rehabiliteringsersättning. Han har däremot ingen egen rätt till rehabilitering/-stöd. Individen är skyldig att delta i rehabiliteringen annars kan ersättningen dras in, helt eller delvis. Arbetsmiljölagen ger den enskilde arbetstagaren en form av indirekta rättigheter genom reglerna om anpassning av arbetsförhållanden. Arbetstagaren är skyldig att medverka i arbetsmiljöarbetet.

Enligt lagen om anställningsskydd utgör sjukdom hos arbetstagaren i regel inte saklig grund för uppsägning. Den anställde har i sin tur skyldighet att medverka i rehabiliteringsåtgärder annars riskerar han eller hon att anställningen upphör. Enligt socialtjänstlagen har den enskilde under vissa omständigheter rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (annat bistånd). Den enskildes skyldighet är att göra vad hon eller han kan för att bli självförsörjande, t.ex. genom att delta i rehabiliteringsåtgärder, annars kan sökt bistånd vägras. Hälso- och sjukvården ger inte den enskilde någon formell rätt till hälso- och sjukvård. Den enskilde kan också när som helst avbryta pågående vård och behandling.

## Arbetsgivarens nuvarande ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering

Arbetsgivaren har en central roll när det gäller anställdas arbetsmiljö och rehabilitering. När det gäller arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön framgår detta av dels arbetsmiljölagen, dels Arbetarskyddsstyrelsens olika kungörelser med föreskrifter och allmänna råd. Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållanden eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid planläggning eller anordnande av arbetet skall arbetsgivaren beakta människors olika förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna.

Yrkesinspektionen utövar tillsynen över att arbetsmiljölagen och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter efterlevs. Yrkesinspektionen kan

meddela förelägganden eller förbud och även förena sådana beslut med vite.

Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd samt att finansiera dem enligt lagen om allmän försäkring. Kritik har riktats mot att arbetsgivarens ansvar är för otydligt. Ansvar har i stället i praktiken förskjutits till det offentliga.

Arbetsgivaren skall vidare enligt lagen påbörja en rehabiliteringsutredning om det inte framstår som obehövt vid sjukfrånvaro mer än fyra veckor, vid upprepad korttidsfrånvaro samt när den anställde begär det. Av olika undersökningar framkommer dock att ansvaret för rehabiliteringsutredningar fungerar dåligt; arbetsgivaren lämnar inte in utredningar för sina anställda i den utsträckning som var avsett ( färre än hälften).

Försäkringskassan bevakar tillsynsinsatser för enskilda individer och skall påkalla ingripande från yrkesinspektionen om arbetsgivaren vid upprepade tillfällen försummat sina skyldigheter. I praktiken har dock ytterst få ärenden blivit föremål för denna form av ingripanden.

När det gäller arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar vid anställdas sjukdom och rehabilitering framgår detta av anställningsskyddslagen. Uppsägning på grund av sjukdom kan i regel endast ske i de fall arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdom blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han eller hon inte kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. För att det skall föreligga saklig grund för uppsägning krävs vidare att arbetsgivaren har fullgjort sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Saklig grund föreligger inte heller om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder annat arbete hos sig. Arbetsgivaren skall därför göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan.

Arbetsgivarens ansvar är också att betala ut sjuklön till den anställde under de första 14 dagarna (exklusive karensdag) av varje sjukdomsfall (sjuklöneperiod). Arbetsgivaren kan försäkra sig mot kostnader för sjuklön. Försäkringens omfattning tyder dock på att det främst är företag med en förhållandevis hög sjukfrånvaro som bedömer sig ha behov av försäkringen, vilket i sin tur ger en högre avgift.

Ett naturligt stöd för arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet är företagshälsovården. Arbetsgivaren får göra avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Sedan det särskilda statsbidraget tagits bort har företagshälsovården successivt minskat i omfattning. Från och med den 1 januari 2000 har det införts nya regler i arbetsmiljölagen som innebär en viss skärpning när det gäller kravet på arbetsgivaren att tillhandahålla företagshälsovård. Det har också införts en definition av företagshälsovården.



Slutligen kan nämnas något om egenföretagares rätt till rehabilitering. De nuvarande reglerna för rätt till sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukbidrag/förtidspension medför att egenföretagaren saknar reella möjligheter till rehabilitering.

## Det offentliga nuvarande ansvar – fyra parallella sektorer med olika mål, medel och ansvar

Jag har redan konstaterat att ansvaret för rehabiliteringen alltmer har förskjutits från arbetsgivaren till det offentliga. Det offentliga består i sin tur av fyra parallella och likvärdiga sektorer; landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassan). De har var sina primära mål och egen ”utdebitering”/avgifter med tillhörande kassor.

Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen, till vilket bl.a. räknas – utöver ordinär sjukvård – rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning. Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa individens funktionsförmåga. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion och träna kompenserande funktioner.

Kommunens socialtjänst ansvarar för den sociala rehabiliteringen, vilket bl.a. avser frågor som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Kommunen har ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare samt de psykiskt långtidssjuka. Kommunen har också det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får den hjälp, service och stöd de behöver.

Arbetsförmedlingen ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen. Målet för den yrkesinriktade rehabiliteringen är att arbetslösa med funktionshinder skall finna, få och behålla ett arbete, i första hand på den reguljära arbetsmarknaden. Exempel på åtgärder är arbetsprövning, arbetsträning, fördjupad vägledning och utbildning.

Försäkringskassan har en initiativroll och samordningsansvar för all rehabilitering av personer som är sjukskrivna hos försäkringskassan eller har rätt till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. Försäkringskassan ansvarar för att individer med rehabiliteringsbehov uppmärksammas, behov av åtgärder klarläggs samt att individen motiveras att delta i åtgärderna.

När det gäller ansvaret för arbetshjälpmedel kan konstateras att detta delas av flera. Gränsdragningsproblem uppstår framför allt mellan försäkringskassans och arbetsgivarens ansvar.

Det offentliga ansvaret präglas enligt min mening av en internationellt sett relativt hög grad av sektorisering. En sektorisering som jag

anser har bidragit till att rehabiliteringsreformen 1991/92 inte har nått sitt fulla syfte. För att överbrygga denna sektorisering har statsmakterna under andra hälften av 1990-talet uppmuntrat till samverkansaktiviteter i olika former.

Finsam var en finansiell samordning mellan två huvudmän, socialförsäkringen och hälso- och sjukvården. Försöksverksamheten avslutades 1997 och ledde till vissa besparingar i försöksområdena. Socsam är en finansiell samordning mellan tre huvudmän, socialförsäkringen, hälso- och sjukvården samt kommunens socialtjänst. Försöksverksamheten gäller till utgången av år 2002 och några egentliga slutsatser går ännu inte att dra.

Frisam – frivillig samverkan – är till skillnad från Finsam och Socsam ingen försöksverksamhet. Riktlinjerna för Frisam gavs i regeringens proposition 1996/97:63 och trädde i kraft den 1 januari 1998. Samverkansaktiviteterna utvärderas regelbundet. I den senaste utvärderingen har identifierats fem problemområden; individuella och långsiktiga lösningar, särskilt stöd till arbetsgivaren, ökad lokal frihet, nya mätsystem samt legitimitet för samverkan.

Slutligen kan jag nämna Dagmarmodellen som innebär att staten och Landstingsförbundet destinerar en del av de ersättningar (Dagmarmedel), som staten betalar till sjukvårdshuvudmannen, för särskilda behandlingar och rehabiliteringsinsatser (i år 235 mkr).

## Den nya reformens sju hörnstenar

En ny reform motiveras således av nio starka motiv, motiv som vart och ett i sig motiverar en ändring av dagens ordning. När det därefter gäller att konstruera en sådan ny reform finns det självfallet många viktiga faktorer/syften som är viktiga att beakta och tillgodose. Under arbetets gång har det emellertid successivt tonat fram vissa faktorer – hörnstenar – som framstår som viktigare än andra. Vikten av dessa hörnstenar har förstärkts vid bl.a. remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria. Sammanfattningsvis har utredningen kunnat identifiera sju faktorer som är av sådan dignitet att de bör utgöra den nya reformens hörnstenar. Utredningens kommande förslag bygger också – i mer eller mindre grad – på att syftet med dessa hörnstenarna skall uppnås.

Den *första* hörnstenen är individen i centrum. En förutsättning för lyckad rehabilitering är individens engagemang och medverkan. Utredningen anser därför att individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer.

Den *andra* hörnstenen är en offentlig huvudaktör. Utredningen konstaterar att en framtida ordning bör bygga på en offentlig modell och att det inom denna är dags att flytta tyngdpunkten från fyra likvärdiga offentliga sektorer till en offentlig huvudaktör. Det är enligt min mening svårt att få individen i centrum med fyra sektorer som har lika ansvar men olika mål och medel.

Den *tredje* hörnstenen är en kraftfullare försäkring via en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring. Utöver att det skall vara en offentlig huvudaktör anser jag även att det behövs en kraftfullare försäkring – en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring – som kan bidra med aktiva och tidiga insatser i syfte att få den sjukskrivne tillbaka till arbete så fort som möjligt

Den *fjärde* hörnstenen är stärkta förebyggande insatser. Genom förebyggande insatser skapas kanske det effektivaste medlet att bromsa ohälsa och rehabiliteringsbehov. Stärkta förebyggande insatser vill jag därför se att morgondagens konstruktion av en ny reform stimulerar, vilket också framgår av de förslag som jag lämnar i detta betänkande.

Den *femte* hörnstenen är ökat utbud av resurser och ökad kunskap. Utredningens kartläggning visar att utbudet är otillräckligt och ojämnt fördelat. En ny reform kräver därför ett vidgat utbud av rehabiliteringsresurser. Utredningens samhällsekonomiska studie visar dessutom att aktiva insatser inom försäkringen lönar sig såväl ekonomiskt som mänskligt. Vidare behövs det kunskap om orsaker till sjukdom, metodik för rehabilitering och dess effekter. Kunskaper om detta är i dag mycket begränsad.

Den *sjätte* hörnstenen är likvärdiga möjligheter över landet och mellan olika grupper. Jag anser inte att det är rimligt att individens möjligheter till rehabiliteringsinsatser från samhället skall vara beroende av sådana faktorer som var han eller hon bor, orsaken till sjukdomen, kön eller funktionshinder. Utredningens kartläggning visade tydligt att kvinnor och personer med annan etnisk bakgrund är underrepresenterade när det gäller att få del av rehabiliteringsinsatser. Av den anledningen bör en framtida ordning bygga på etiska principer och ha prioritetsgrunder som är samma för hela landet när gemensamma medel tas i anspråk.

Den *sjunde* hörnstenen är tydligare drivkrafter. I den nya reformen bör det slutligen finnas tydligare drivkrafter för ansvariga aktörer, dvs. arbetsgivaren, det offentliga och individen. Genom de förslag som nu lämnas kommer fokus att ligga på förebyggande insatser och tidig och aktiv rehabilitering, vilket inte bara kommer att gynna individen utan också arbetsgivaren och det offentliga.

## Rehabilitering till arbete – ett vidare begrepp och ny definition

En tradition att dela upp aktiviteter och ansvar mellan olika huvudmän/myndigheter för arbetslivsinriktad, medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering försvårar tillämpningen av en helhetssyn och medför frustration hos de som har att tillämpa de olika begreppen. Under utredningsarbetet har därför successivt vuxit fram formuleringen av ett nytt och mer tidsenligt begrepp. Det begrepp som jag finner lämpligast och som bäst anger vad det i grund och botten handlar om är, *rehabilitering till arbete*. Det nya begreppet skall fungera som ett "paraplybegrepp" till övriga begrepp, som i viss mån lever kvar.

När det gäller att definiera detta begreppet har mina utgångspunkter varit följande:

- rehabilitering är en process,
- det primära målet för processen är att komma i arbete,
- individen i centrum i rehabiliteringsprocessen,
- arbetsplatsen är ofta av stor betydelse för en framgångsrik rehabilitering.

Mot denna bakgrund är definitionen av det nya begreppet följande: *"rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete"*.

## En sammanhållen rehabiliteringsprocess

Utredningen anser att rehabilitering till arbete skall ses som en process med tre olika faser. Fas 1 är rehabiliteringsutredning. Fas 2 är sammanstatta rehabiliteringsinsatser. Fas 3 är avslut, utvärdering och uppföljning. Gränserna mellan de olika faserna är inte skarpa utan överlappar varandra.

Rehabiliteringsprocessen samordnas och drivs på, då så behövs, av en kompetent person hos försäkringsgivaren. Denne person – koordinator – är utbildad för rollen.

## Reformens mål är färre sjukskrivningar och kortare sjukskrivningsperioder

I den nya reformen som nu presenteras är det enligt min mening viktigt att det redan från början sätts tydliga mål för verksamheten, mål som är uppföljningsbara och mätbara. Vid en avvägning av vilket mål som bör gälla i framtiden har jag främst tagit intryck av två tydliga trender när det gäller dagens utveckling, nämligen att sjukskrivningarna ökar kraftigt i både antal och längd. Denna utveckling medför stor utgiftsökning för staten och, kanske viktigast, orsakar stort mänskligt lidande.

Mot denna bakgrund anser jag att målet med en ny reform bör vara att uppnå två – mätbara – delmål som är dels behov av färre sjukskrivningar, dels behov av kortare sjukskrivningsperioder. Medlen för att uppnå färre antal i behov av sjukskrivningar är främst genom förebyggande insatser. Vikten av sådana insatser har jag redan kort berört. Stärkta förebyggande insatser är en av de sju hörnstenarna. Till skillnad från reformen 1991/92 kommer således förebyggande insatser att få en framträdande roll i den nya reformen, dels genom olika förslag som jag nu lämnar, dels genom att sådana insatser fokuseras i själva målet med reformen. När det gäller det andra delmålet, kortare sjukskrivningsperiod, uppnås detta främst genom rehabilitering till arbete.

## Individen i centrum – möjlighet, rättighet och skyldighet

En bärande hörnsten i en ny reform för rehabilitering till arbete är att individens behov, efterfrågan och inflytande lyfts fram. Inledningsvis vill jag också nämna att individens möjligheter och ansvar för att förebygga en eventuell rehabiliteringssituation uppstår. Jag anser därför att individen – efter förmåga – bör ta ökat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälsofrämjande åtgärder, ta del av ett livslångt lärande samt ställa krav på t.ex. utvecklingssamtal hos arbetsgivaren.

Om individen trots allt hamnar i en situation med sjukdom eller olycka som leder till sjukskrivning bör han eller hon i framtiden få större inflytande samt snabbare och tidigare insatser än vad som gäller i dag. I dag är det enligt min mening en obalans eftersom vi som individer har rätt till ersättning vid sjukdom men ingen rätt eller formellt inflytande på vård/-metod eller rehabilitering/-stöd. Jag förelår därför att individen får rätt till rehabiliteringsstöd. Detta stöd består av två delar. Dels en lagstadgad och överklagningsbar rätt till rehabiliteringsutredning, dels en rätt till mentor.

En grundlig utredning är enligt min mening själva utgångspunkten för en lyckad rehabiliteringsprocess. Rätten inträder efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om individen själv begär det. Försäkringsgivaren får i framtiden ansvar för att utredningen genomförs. Motiven för detta utvecklar jag nedan.

Den andra delen av rehabiliteringsstöd är att individen får välja ett personstöd i form av en mentor efter fyra veckors sjukskrivning. Mentorn är inte ämnad att fungera som individens ombud utan skall fungera som bollplank och vid behov som individen högst temporäre talesman. Försäkringsgivaren får ansvar för att tillhandahålla mentorer.

Med de förslag som jag nu lämnat om individens rätt till rehabiliteringsstöd kommer individens ställning i rehabiliteringsprocessen att avsevärt stärkas. Även övriga förslag som lämnas i detta betänkande kommer ytterst att gagna den sjukskrivne individen. Målet med hela reformen är ju som tidigare angetts färre sjukskrivningar och kortare sjukskrivningsperioder. I ett sådant läge anser jag att det är rimligt att samhället i sin tur kan kräva en motprestation av individen att – efter förmåga – delta aktivt i rehabilitering till arbete. En vägran att delta kan medföra en nedsättning av ersättningen, hel eller delvis.

Jag har även övervägt att införa en laglig rätt till rehabiliteringsinsats. Något som också många remissinstanser efterfrågar. I nuläget ser jag dock stora svårigheter att precisera vilka specifika rehabiliteringsinsatser som skulle kvalificera in som generell lagstadgad rättighet. På sikt utesluter jag dock inte att utvecklingen når fram till andra förutsättningar än vad som råder idag. Systematisk forskning och utvärdering kanske kommer att ge ett framtida underlag för att kunna lagstifta även om rätt till vissa rehabiliteringsinsatser.

## Arbetsgivarens ansvar är att förebygga, anpassa och rehabilitera

Arbetet och arbetsplatsen har stor betydelse för hälsoförhållandena och är en grund för människors totala livskvalitet. Det är därför viktigt att arbetet anpassas eller utformas så att arbetet i sig har en förebyggande och hälsofrämjande effekt. Därigenom kan arbetet också hindra och bromsa ett rehabiliteringsbehov. I detta sammanhanget har självfallet arbetsgivaren en central betydelse.

Utredningen har kunnat notera att bristerna i det förebyggande arbetet på arbetsplatserna är en viktig orsak till att sjukfrånvaron ökat så dramatiskt under de senaste åren. Det finns således skäl att försöka hitta olika sätt att uppmuntra förebyggande insatserna på arbetsplatserna, inte minst med tanke på att sådana insatser är av grundläggande

betydelse för att målet med reformen skall uppnås, dvs. färre och kortare sjukfall.

Utredningen har mot denna bakgrund övervägt – främst med hänsyn till vikten av förebyggande insatser – att föreslå en förlängning av den nuvarande sjuklöneperioden. Detta kombinerat med ett högkostnads-skydd för småföretagen. Vid en samlad bedömning anser jag dock att nackdelarna med ett sådant förslag överväger. Detta av flera skäl. En förlängning riskerar att öka risken för selektion vid anställning. En av fyra av dagens arbetskraft har dessutom inte en traditionell arbetsgivare. Den internationella jämförelsen visar inte heller någon tydlig trend att den totala sjukfrånvaron påverkas i länder med längre sjuklöneperioder. Sverige har dessutom relativt nyligen prövat en ordning med 28 dagar utan några tydliga effekter. Arbetsmarknadens parter visar också ett klart ointresse för en förlängning. Slutligen riskerar en förlängning att hindra en tidig rehabilitering.

Ett annat förslag som kan stimulera det förebyggande arbetet är personalekonomiska bokslut. Sådana bokslut har diskuterats som ett sätt att öka medvetenheten hos ledning och ägare om behov av förebyggande insatser, kompetensutveckling, rehabiliteringstänkande m.m. Jag är själv övertygad om att krav på personalekonomisk redovisning innebär en nödvändig och välgörande fokusering på de ”mjukare” frågorna på arbetsplatsen och därmed indirekt påverkar frågor om arbetsorganisation och arbetsledning. Under utredningsarbetets gång har jag därför vägt olika skäl för och emot att i lag reglera krav på att arbetsplatser av en viss storlek skall lämna en personalekonomisk redovisning i resultaträkning.

Efter att ha kartlagt och analyserat den långvariga sjukfrånvarons utveckling under de senaste åren har jag dock bestämt mig för att begränsa förslaget till att i ett första steg gälla enbart offentliga arbetsgivare (offentliga myndigheter, kommuner och landsting). Anledningen är att ökningen av sjukfrånvaron i stor utsträckning kommit att beröra denna sektor.

För att få förstärkta insatser för anpassning och förebyggande arbete på arbetsplatserna föreslår utredningen också att en kompetensförstärkning tillförs inom yrkesinspektionen med 40 yrkesinspektörer inom områdena beteendevetenskap och arbetsorganisation. Jag har erfarit att endast 1 procent av alla de krav som yrkesinspektionen ställde under 1999 rörde just arbetsanpassning och rehabilitering. Det är en anmärkningsvärt låg siffra mot bakgrund av att så få rehabiliteringsutredningar görs. En förklaring kan vara att yrkesinspektionens verksamhet fortfarande domineras av inspektioner som rör den fysiska arbetsmiljön och att kompetens brister inom området arbetsorganisation, anpassning och rehabilitering. Det behövs därför en kompetensförstärkning.

När det gäller förebyggande insatser anser jag även att företagshälsovården bör utnyttjas för en vidgad roll. En kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning bör enligt utredningens mening snarast byggas upp inom företagshälsovården. Detta bör följas av yrkesinspektionen. Företagshälsovårdens roll kommer också att öka i samband med att rehabiliteringsutredningar skall göras.

Även olika former av ekonomisk stimulans kan förstärka insatser för att minska behovet av sjukskrivning och bromsa rehabiliteringsbehov. Utredningen föreslår bl.a. att offentliga arbetsgivare ges möjlighet att ansöka om bidrag från försäkringen för en tredjedel av kostnaden för förebyggande arbete och rehabilitering av den anställde. Vidare bör en informationskampanj genomföras om arbetsgivares ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering och möjligheterna att göra avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och rehabilitering.

Ett annat av utredningens förslag riktar sig speciellt till egenföretagare. Egenföretagare skall nämligen i den nya rehabiliteringsförsäkringen – så långt det är möjligt – jämföras med arbetstagare vid prövning av rätten till rehabiliteringsinsatser. Det betyder att egenföretagares arbetsförmåga skall prövas inte enbart mot nuvarande arbetsuppgifter utan även mot möjligheten att erhålla andra arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten. Genom denna förändring likställs företagare och arbetstagare fullt ut i den nya rehabiliteringsförsäkringen.

Många mindre företag saknar i dag dels tillgång till adekvat professionell rådgivning i rehabiliteringsfrågor, dels är tillgången både ojämn och bristfällig. Denna brist försvårar enligt min mening förebyggande insatser på arbetsplatserna, tidig upptäckt och en effektiv planering av rehabiliteringsinsatserna. Utredningen föreslår därför en försöksverksamhet med rådgivare (case manager) som stöd för mindre arbetsgivare i rehabiliteringsarbetet. Försöksverksamheten bör genomföras i några län där försäkringen finansierar och organiserar sammanlagt 30 rådgivare under en treårsperiod. Dessa rådgivares uppgift blir i första hand att vara ett stöd för små och medelstora arbetsgivare när det gäller frågor kring förebyggande insatser, arbetsanpassning och rehabilitering till arbete.



## Kraftfullare försäkring med en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring

Vid val av vilken organisation som är mest lämpad för uppgiften att utveckla det nya området rehabilitering till arbete anser utredningen att ett antal kriterier och utgångspunkter bör ligga till grund för bedömningen. För det första krävs en kraftfullare försäkring än idag som kan driva och vid behov finansiera aktiva och tidiga insatser i syfte att den sjukskrivne så fort som möjligt ska komma i arbete. Individen skall vara i centrum vid rehabilitering till arbete, de regionala och lokala skillnaderna i försäkringsutfall ska minskas, en ökad professionalisering av arbetsuppgiften måste åstadkommas, en ökad försäkringsmässighet jämfört med dagens system är nödvändig och försäkringens förebyggande roll måste förstärkas.

Detta leder mig fram till ett behov av en ny försäkring – rehabiliteringsförsäkringen – som enligt utredningens förslag ersätter dagens sjuk- och förtidspensionsförsäkring. Den nya försäkringen innehåller rätt till rehabiliteringsstöd, mer kraftfulla medel för aktiva insatser och får en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten

En offentlig aktör får såsom redan framkommit huvudansvar för samordning av rehabilitering till arbete. Den offentliga huvudaktören, som bör vara försäkringsgivaren, får ekonomiskt och administrativt ansvar för en stor del av de resurser som idag används inom detta område.

## Försäkringsgivarens ansvar är att skynda på sjukskrivningar och aktivt driva rehabilitering till arbete

Med beaktande av såväl den mänskliga som den samhällsekonomiska betydelsen av ”att göra allt” för att uppnå målet med den nya reformen – färre sjukskrivningar och kortare sjukskrivningsperioder – så ser jag det naturligt att stärka den kommande försäkringsgivarens uppdrag. Försäkringsgivaren kommer således enligt utredningens förslag att dels skynda på insatser, t.ex. medicinska, vid så kallade ordinära sjukskrivningar, dels aktivt driva rehabilitering till arbete när sådant behov finns hos individen. Därmed blir det ett kraftfullare genomslag av arbetslinjen. Mot denna bakgrund vill jag ge försäkringsgivaren fem huvuduppgifter.

Den första uppgiften är att beräkna och betala ut ersättning till individen enligt nivåer som riksdagen har bestämt. Den andra huvuduppgiften för försäkringsgivaren innebär att ansvara för att en rehabiliteringsutredning görs efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om

individen själv begär det. Jag är medveten om att det kan uppfattas som kontroversiellt att flytta över ansvaret för denna uppgift från arbetsgivaren men anser ändå att fördelarna överväger, inte minst mot bakgrund av att nuvarande ordning inte fungerar. Andra skäl som kan nämnas är att alltför personer i arbetslivet – för närvarande nästan var fjärde – inte har en traditionell arbetsgivare som kan göra utredningen. Det finns också ett stort stöd bland remissinstanserna för förslaget.

Att försäkringsgivaren ansvarar för utredningen innebär enligt mitt förslag inte att denne också faktiskt måste göra utredningen. Försäkringsgivaren kan mycket väl bestämma att det faktiska utförandet skall göras av annan, t.ex. arbetsgivaren, företagshälsovården eller primärvården. Rehabiliteringsutredningen bör revideras när det har uppkommit nya omständigheter i det aktuella fallet. Även om förslaget innebär att arbetsgivaren inte längre ansvarar för rehabiliteringsutredningen är det ändå viktigt att betona arbetsgivarens ansvar att medverka till att lämna nödvändiga uppgifter och information till försäkringsgivaren samt att även i övrigt bistå för att underlätta utredningen.

Försäkringsgivarens tredje huvuduppgift innebär att denne aktivt skall verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete – eller om detta inte är möjligt – i likvärdigt arbete. Om den sjukskrivne individen saknar anställning skall försäkringsgivaren i stället se till att individen uppnår arbetsförmåga. Ett arbete är likvärdigt med ett annat arbete om det utifrån en sammantagen bedömning av de krav arbetet ställer samt dess natur kan anses ha lika värde som det andra arbetet. Bedömningen av de krav som arbetet ställer skall göras med beaktande av kriterier såsom kunskap och färdigheter, ansvar och ansträngning. Vid bedömning av arbetets natur skall särskilt arbetsförhållanden beaktas. Av kriterierna speglar *arbetsförhållanden* arbetets natur, medan de andra syftar på kraven i arbetet.

Denna huvuduppgift får konsekvenser för de nuvarande kriterierna för rätt till ersättning vid sjukskrivning och rehabilitering (steg-för-steg-modellen). Individens arbetsförmåga skall inte längre bedömas i förhållande till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden utan i förhållande till likvärdigt arbete. Gränsen likvärdigt arbete skall inte bara gälla sjukskrivna som har arbete utan också egenföretagare.

Med denna huvuduppgift får således försäkringsgivaren en aktiv och pådrivande roll vid sjukdom och rehabilitering. Frågan är då hur långt detta ansvar skall sträcka sig. Enligt utredningen är en naturlig avgränsning i detta avseende att det skall vara fråga om rimliga insatser. Vid en sådan avvägning bör kostnaderna för aktiva insatser sättas i relation till kostnader för sjukskrivning, sett över de fyra offentliga sektorerna. Detta innebär att försäkringsgivaren, vid sidan av att tillgodose det mänskliga behovet av att individen kan komma åter i arbete,

också skall beakta vad en fortsatt passiv ersättning innebär ekonomiskt sett jämfört med kostnader för snabbare aktiva insatser.

Försäkringsgivaren bör som en fjärde huvuduppgift också ha ett uppföljningsansvar, vilket innebär att försäkringsgivaren efter en viss tid bör följa upp om en återgång i arbete fungerar och om uppnådda positiva hälsoeffekter kan antas bli bestående. Om dessa effekter inte förväntas bli bestående bör försäkringsgivaren initiera motåtgärder. Den femte och sista huvuduppgiften innebär att försäkringsgivaren även skall arbeta med förebyggande insatser, bl.a. genom uppsökande verksamhet till arbetsplatser som avviker med hög sjukfrånvaro.

Den nya och kraftfullare rollen för försäkringsgivaren innebär inte att övriga huvudmän får mindre ansvar. De skall även i fortsättningen tillhandahålla och bistå med de kompetenser och insatser som ligger i deras ansvarsområden.

För att underlätta försäkringsgivarens nya aktiva roll föreslår jag att individuella köp av utredning för rehabilitering till arbete och aktiva insatser blir en möjlighet inom den nya rehabiliteringsförsäkringen. Ökade möjligheter ges att skynda på insatser när exempelvis långa väntetider hindrar rehabiliteringen. Det närmare beloppet avgörs inom försäkringen men beräknas initialt motivera ca 1 400 miljoner kr/år. I dessa medel ingår även kostnaden för den nya rättigheten till rehabiliteringsutredning.

Försäkringsgivaren bör enligt utredningen också ges möjlighet att under en treårig försöksverksamhet – inom ramen för ett tak av 300 miljoner kr/år – köpa vård- och behandlingstjänster, där ledig kapacitet finns. Varje tjänst maximeras till 30 000 kr. En förutsättning är att individen förväntas återgå till arbete tidigare om insatsen sätts in.

## Rehabiliteringsstyrelsen – en ny central myndighet för rehabilitering till arbete

För att klara nödvändig kraftsamling kring rehabilitering till arbete och målsättningen med att få en tydlig huvudaktör måste enligt min bedömning en ny statlig myndighet skapas, Rehabiliteringsstyrelsen. Myndighetens tre huvuduppgifter blir att nationellt ansvara för den sektorsövergripande verksamheten rehabilitering till arbete, kontant-ersättningar vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom samt ansvara för administration och utveckling av den fond som bör byggas upp. I instruktionen till denna myndighet bör ingå att:

- ansvara för samordning av de centrala myndigheterna inom verksamhetsområdet rehabilitering till arbete,
- utöva tillsyn över de allmänna försäkringskassornas arbete med rehabilitering till arbete,
- meddela tillämpningsföreskrifter,
- ansvara för resurser till administration av försäkringen,
- ansvara för att särskilda avtal med försäkringskassorna upprättas för varje län,
- ansvara för uppbyggnad av en fristående fond,
- ansvara för fondens kapitalförvaltning,
- ansvara för officiell statistik inom området,
- följa utvecklingen inom området över landet,
- delta i internationellt samarbete inom området.

### Även en kraftigt förstärkt regional organisation

Det finns argument för att på den regionala och lokala nivån skapa en helt ny organisation under Rehabiliteringsstyrelsen och därmed få en statlig myndighet som täcker hela landet. Som jag ser det, är det väsentligt att detta uppdrag blir ett huvuduppdrag hos en regional organisation. Det kan emellertid bli svårt inom nuvarande strukturer. Det finns därför argument som talar både för och emot att utnyttja någon av nuvarande strukturer. Efter att ha vägt olika för- och nackdelar med att skapa en helt ny statligt styrd fältorganisation har jag stannat för att det mest tilltalande alternativet är att utnyttja en befintlig organisation för uppdraget och att försäkringskassan är den lämpligaste organisationen för detta uppdrag.

Försäkringskassorna bör därför få ansvar att på regional och lokal nivå – via särskilda resultatenheter – bygga upp och förstärka området rehabilitering till arbete. Arbetet med rehabilitering vid dessa enheter blir en huvuduppgift som regleras genom lag. Den regionala och lokala organisationen förstärks genom särskilda avtal med Rehabiliteringsstyrelsen om resurser för administration m.m. Den regionala organisationen föreslås förstärkas med nära 800 nya koordinatörer utöver befintlig personal vid försäkringskassorna.

Beslut om förtidspension eller motsvarande bör göras av nuvarande socialförsäkringsnämnder. Nämnderna bör också kunna avgöra vissa specifika individärenden med omfattande rehabiliteringsinsatser.

## En särskild metod- och utvärderingsresurs tillkommer

Utredningen anser det också angeläget att en – från Rehabiliteringsstyrelsen fristående – metod- och utvärderingsenhet inrättas som myndighet. Enheten får ansvar för utvärderingar samt för att studera och analysera lokala och regionala skillnader i sjukskrivningsfrekvens, ohälsotal m.m. Vidare skall enheten bedriva metodutveckling och kunskapsöverföring till administrationen inom området rehabilitering till arbete.

En professur inom ämnesområdet bör leda det vetenskapliga arbetet. Enheten för metodutveckling och utvärdering leds av en egen styrelse med en egen direktör för den dagliga ledningen.

## Försäkringens utgifter fondfinansieras

Hur skall då den nya försäkringen finansieras? Enligt min mening är det viktigt att nå försäkringsmässighet i den nya rehabiliteringsförsäkringen. För att uppnå detta måste det vara hög grad av överensstämmelse mellan försäkringens utgifter och inkomster.

Utredningen föreslår att rehabiliteringsförsäkringens liksom hela organisationen för denna finansieras med avgifter från arbetsgivaren och egna företagare samt övergångsvis (treårsperiod) med statsbidrag från staten. Rehabiliteringsförsäkringen ska ha en försäkringsmässig konstruktion och för detta skapas en fond för ersättningar från försäkringen. I ett första steg bör det byggas upp en fiktiv fond för försäkringen. Efter en treårsperiod skapas en från statsbudgeten helt fristående fond för rehabilitering till arbete och kontantersättningar motsvarande dagens sjukpenning och förtidspension. Avgifterna får för hela arbetsgivarkollektivet variera efter fondens utgifter och därmed förändringar i landets totala hälsoläge. Enligt mitt förslag är det upp till riksdagen att årligen fastställa avgiften.

Utredningen anser slutligen att Kammarkollegiet bör ges i uppdrag att förvalta fondens medel, som torde röra sig om ett kapital som skall täcka årliga utgifter i intervallet 70–85 miljarder kronor.

## En etisk plattform för lika möjligheter över landet och mellan olika grupper

En av hörnstenarna i den nya reformen är lika möjligheter över landet och mellan olika grupper av individer. För att åstadkomma detta föreslår jag att den framtida ordningen skall bygga på etiska principer och

ha prioritetsgrunder som är samma för hela landet. En etisk plattform inom den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen bör enligt utredningen bygga på fem principer. Dessa principer bygger i huvudsak på utredningens förslag i diskussionspromemorian med tillägg för justeringar som är föranledda av remissinstansernas synpunkter.

### **Arbetslinjen som en grundläggande princip**

Utgångspunkten för en etisk plattform bör spegla det faktum att försäkringen omfattar en yrkesverksam målgrupp med arbetsrelaterade behov. Arbetslinjen är därför enligt min mening en självklar utgångspunkt vid utformningen av en etisk plattform för prioriteringar inom den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen. Utredningens definition av arbetslinjen är följande: *”betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande, aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete”*.

### **Människovärdesprincipen**

Den svenska lagstiftningen genomsyras av en humanistisk människosyn och är utformad i överensstämmelse med internationella konventioner. Den människosyn som omfattas av människovärdesprincipen kan sägas vila på allmänna övergripande värderingar som delas av de flesta i vårt samhälle. Jag anser därför att det finns ett stort värde att ha med människovärdesprincipen som en utgångspunkt för en etisk plattform. Människovärdesprincipen definierar jag som följande: *”alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället”*.

### **Principen om individens rätt till rehabiliteringsstöd**

Individens rätt till rehabiliteringsstöd har jag redan berört flera gånger. Denna rätten bör få en framträdande plats även vid utformningen av en etisk plattform. Rätten till rehabiliteringsstöd definierar jag således enligt följande: *”alla individer har rätt till grundläggande utredning av rehabiliteringsbehov och rätt till mentor under rehabiliteringsprocessen”*.

### **Autonomi- och integritetsprincipen**

Människor som är sjukskrivna befinner sig ofta i en utsatt situation. Det blir därför särskilt viktigt att en sådan verksamhet som den inom min föreslagna rehabiliteringsförsäkring och angränsande arbetsskade-försäkring bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. Individens skall vidare ha en självklar rätt att bestämma över sitt eget liv och att ha eget inflytande över sin situation och påverkan i den process som t.ex. rehabilitering till arbete utgör. Respekten för den enskilde medför också att informera och samråda med honom eller henne under hela rehabiliteringsprocessen. Vad som nu har anförts kan härledas ur den fjärde principen som utredningen föreslår, nämligen autonomiprincipen/integritetsprincipen. Denna princip definierar jag enligt följande: *"individens har rätten att själv bestämma över sitt liv så länge detta inte går ut över andras motsvarande rätt. Individens har rätt att bli behandlad som en självständig person och samråd skall ske mellan försäkringsgivare och den enskilde under hela rehabiliteringsprocessen"*.

### **Kostnadseffektivitetsprincipen**

Den femte och sista principen handlar om kostnadseffektivitet. Denna princip relaterar utredningen till målen för den nya reformen, dvs. färre sjukskrivningar och kortare sjukskrivningsperioder. Principen om kostnadseffektivitet innebär enligt utredningens mening att valet av rehabiliteringsinsatser och åtgärder i hög utsträckning bör bygga på verksamheter med dokumenterade resultat. Utredningens definition av kostnadseffektivitetsprincipen är följande: *"vid val mellan olika insatser och åtgärder för rehabilitering till arbete bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad arbetsförmåga och ökad förmåga att försörja sig genom eget arbete"*.

Ovanstående fem principer bör enligt utredningens mening ligga till grund för en etisk plattform för den nya rehabiliteringsförsäkringen och den närliggande arbetsskedeförsäkringen. Ingen av de principer som nu har föreslagits är över- eller underordnade någon annan.

### **Prioriteringar för att välja**

För att få lika möjligheter över landet och mellan olika grupper anser utredningen att det är nödvändigt att vissa vägledande principer gäller för hela landet vid prioritering inom rehabilitering till arbete. Varje rehabiliteringsfall är unikt och det ligger därför i sakens natur att det

inte går att föreslå uttömmande sådana principer. Vissa faktorer är emellertid av sådan dignitet att de bör lösas lika över hela landet. Dessa faktorer hänger dessutom intimt samman med utredningens föreslagna etiska principerna. Mot denna bakgrund föreslår jag att följande vägledande principer bör gälla vid prioriteringar inom rehabiliteringen till arbete.

### **Jämlikhet är utgångspunkten för prioritetsgrunder**

Den etiska plattformen tar sin utgångspunkt i en humanistisk människosyn. Det innebär att ett antal faktorer inte kan användas som utgångspunkt för prioriteringar inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Faktorer som kön, ras, hudfärg, etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning eller funktionshinder får därför inte utgöra grund för prioriteringar. Detsamma gäller för social bakgrund och inkomstförhållanden. I stället bör jämlikhet gälla som utgångspunkt för prioritetsgrunder.

### **Individens motivation kan utgöra en prioritetsgrund**

Individens egen bedömning av möjligheten till återgång i arbete och den egna viljan är enligt pågående forskning viktiga faktorer för resultatet av rehabiliteringen och bör därför utgöra en prioritetsgrund. Motivation kan därför enligt utredningen utgöra en prioritetsgrund men den bör inte ensam styra om individen skall få rehabilitering. Är individen inte motiverad bör försäkringsgivaren undersöka orsaken och – vid behov – sätta in motivationshöjande insatser.

### **Dokumenterad effekt kan utgöra en prioritetsgrund**

För att stimulera en ökad satsning på forskning och utvärdering inom det område som omfattas av det föreslagna vidare begreppet rehabilitering till arbete anser utredningen att insatser med dokumenterad effekt bör prioriteras före andra om olika typer av insatser är aktuella.



### **Orsaken till sjukdom/olycksfall får inte utgöra en prioritetsgrund**

Orsaken till individens sjukskrivning kan vara relaterad till arbete i mer eller mindre utsträckning. Det kan kanske då ligga nära till hands för försäkringsgivaren att prioritera individer som har uttalade arbetsrelaterade besvär. Enligt utredningens mening får dock orsaken till sjukdomen eller olycksfallet inte utgöra grund för prioriteringar.

### **Lokalt utbud av rehabilitering får inte påverka**

Vissa typer av rehabiliteringsinsatser finns bara på vissa orter eller i vissa regioner. Att utbudet saknas på den ort som den försäkrade är bosatt i får emellertid inte utgöra grund för prioriteringar. Prioriteringar av åtgärder får alltså inte vara utbudsstyrda med avseende på regional förekomst.

### **Vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter genom ökat utbud**

Utredningens kartläggning har visat att det i dag finns en klar obalans mellan passiva ersättningar och aktiva insatser. Av de nästan 80 miljarder kr i utgifter för sjukersättning, rehabilitering och förtidspensioner som årligen utbetalas, utgör passiva ersättningar drygt 90 procent. De aktiva rehabiliteringsinsatserna utgör mindre än 10 procent. Detta förhållande utgör alltså en klar obalans. Tillsammans med bilden av hur befintliga resurser för rehabilitering fördelar sig över landet förstärks intrycket av obalans.

Många av de förslag som jag presenterar i betänkandet syftar till att minska den obalans mellan aktiva och passiva insatser som beskrivits. Såväl förslaget om en etisk plattform för lika möjligheter över landet som att försäkringsgivaren tar över ansvaret för rehabiliteringsutredningen är exempel på sådana förslag. Jag tror dock att ytterligare insatser utöver dessa är nödvändiga för att komma till rätta med nuvarande problem/obalans. För personer med sammansatta problem som ofta också söker hjälp och stöd inom hälso- och sjukvården för olika typer av besvär är ett tidigt och bra organiserat omhändertagande grunden för framgång. Det behövs en bra och allsidigt belysande utredning kring medicinska orsaker och begränsningar.

Mot denna bakgrund föreslår jag tre åtgärder för att förstärka utbudet av aktiva rehabiliteringsresurser. Den första åtgärden är att hälso- och sjukvården ansvarar för en långsiktig utbyggnad av lokala rehabi-

literingsteam inom primärvården. Sådana team är viktiga för det primära omhändertagandet och för att säkerställa en god information till försäkringen.

Vidare anser jag att försäkringsgivaren skall ges möjlighet att stimulera utbyggnad av regionala diagnostiska centra eller andra utredningsresurser. Som en tredje och sista åtgärd bör försäkringsgivaren ges möjlighet att under en treårsperiod ge anordningsbidrag – inom en årlig ram om 500 miljoner kr – till särskilt eftersatta områden för att bygga upp nya verksamheter för sammansatta rehabiliteringsinsatser.

## Rehabilitering under längre tid och under flexibla former

Den nuvarande ettårsgränsen för rehabiliteringsersättning har ofta kritiserats och ifrågasatts. Ett år är i vissa fall en kort omställningsperiod, inte minst om den grundläggande utbildningen är låg eller gammal. En flerårig omskolning finansierad av försäkringen kan dock av rättviseskäl diskuteras. Omfattningen på insatsen måste kunna ställas i relation till andra liknande situationer, t.ex. enskilda utbildningssatsningar finansierade med studiemedel som kan ha sin grund i ändrade förhållanden på arbetsmarknaden eller egna ambitioner i livet.

Trots att flertalet insatser enligt min mening bör kunna genomföras på kortare tid än ett år kan gränsen ändå ifrågasättas. Framförallt i situationer där det är mindre lämpligt att återgå i arbete hos tidigare arbetsgivare. Det kan istället vara fråga om arbetsbyte, bransch- eller yrkesbyte där mer omfattande insatser är självklara. För att ytterligare stimulera utbildning som ett viktigt led i rehabiliteringen föreslår jag därför att den nuvarande inriktningen med rehabiliteringsersättning under högst ett år ändras till 18 månader med uppföljning av resultaten terminsvis. En förutsättning bör vara att studierna ingår i en i förväg bestämd plan där försörjning under hela studieperioden är finansierad.

Utöver rehabilitering under längre tid vill jag gärna se en utökad rätt för individen att studera med rehabiliteringsersättning. Jag förelår därför att åldersgränsen för behörighet till statsliga vuxenstudiestödet höjs från 50 till 55 år. Vidare bör rehabiliteringsersättning kunna användas mer flexibelt så att det även blir möjligt att med sådan ersättning bedriva högskolestudier.

## Fem vägar till stärkta möjligheter för successiv återgång till eller inträde i arbetslivet

Även om det finns avigsidor med arbete som behöver åtgärdas, t.ex. mindre goda miljöer, enformighet och stress, så är utredningen övertygad om det goda med arbetet och arbetslivet. Detta ur ett individperspektiv. Samtidigt bygger hela vår välfärd på att tillräckligt många individer förvärvsarbetar. Tillgång till en arbetsplats – med eller utan arbetsanpassning – och ibland också kortare arbetstid bidrar ofta till läkande för den sjukskrivne individen under rehabiliteringen.

Den samhällsekonomiska kalkylen som jag tidigare redogjort för bekräftar i ekonomiska termer – en satsad krona i rehabilitering ger nio åter – den mycket stora lönsamhet för samhället att sjukskrivna personer snarast möjligt kan få förutsättningar att arbeta. Samtidigt visar utredningens kartläggning av de senaste årens utveckling på ett växande problem när det gäller möjligheten för individen att arbeta under pågående rehabilitering eller när sjukskrivningsbehovet är över.

Om inte arbetsmarknaden är tillräckligt öppen fördröjs enligt min mening en lyckad rehabilitering och de positiva effekterna för individen uteblir. Det ger också stora samhällsekonomiska förluster, sett bara över de fyra offentliga "kassakistorna", även om individen inte orka arbeta i samma takt eller tid som före sjukskrivningen. Utredningen föreslår därför fem nya vägar för att vidga tillgången till arbetsmarknaden. I sammanhanget kan jag också nämna att även remissopinionen vill se mer av arbetsmarknadsmöjligheter för att rehabilitering skall lyckas.

De föreslagna vägarna är till en början en vidgad roll och nya medel för försäkringsgivaren att öppna tillgången till arbetsplatser. Detta har jag redan delvis redogjort för under avsnittet om försäkringsgivarens uppdrag. För individen bör vidare gälla realistiska och ur hälsosynpunkt mer hållbara rehabiliteringsmål när det gäller arbete.

Som en tredje väg föreslår jag en ny stödform för att underlätta "mjukstart" i arbetslivet som ett led i pågående rehabilitering. Försäkringsgivaren ges här en ny möjlighet att medverka till att anställda sjukskrivna individer får en mjukstart hos sin ordinarie arbetsgivare genom att ekonomiskt kompensera arbetsgivaren via ett lönebidrag. För sjukskrivna som saknar anställning och för vissa egenföretagare och projektanställda, som saknar möjlighet att använda ordinarie arbetsplats, vill jag öppna försäkringsgivarens möjligheter att ge motsvarande ekonomiskt stöd till en extern arbetsplats.

En annan väg är utökade möjligheter att använda nuvarande arbetsmarknadsprogram för långtidsarbetslösa/funktionshindrade till att även omfatta långtidsjukskrivna individer. Jag har erfarit att många lång-

tidssjukskrivna i dag har ett starkt behov en kompletterande arbetsmarknad. Utredningens förslag innebär att arbetsmarknadspolitiken vidgar sin målgrupp och att arbetsförmedlingen aktivt börjar arbeta med att finna ett anpassat arbete till en alltså långtidssjukskriven individ så snart det i den rullande rehabiliteringsutredningen gjorts troligt att individen inte orkar arbeta i samma utsträckning som tidigare.

Som en sista och femte väg föreslår jag en mjukare övergång av ansvaret för stöd mellan arbetsförmedling och försäkringsgivare. Överlämnandet av det formella ansvaret sker först efter godkännande och underskrift av berörd individ, försäkringsgivarens koordinator och arbetsförmedlingen.

## Forskningen måste prioriteras inom området rehabilitering till arbete

Utredningens kartläggning har visat att det i Sverige råder brist på dels forskning som sådan, dels systematik av forskning inom rehabiliteringsområdet. Mera precis gäller det forskning som fokuserar på individens rehabiliteringsprocess, dvs. hela vägen från sjukdom till arbete och de fall där sammansatta parallella insatser behövs från flera discipliner. Till detta kommer studier av samspelet mellan individ och arbetsplats och arbetsplatsens betydelse för framgångsrik rehabilitering.

Generellt kan sägas att dagens forskning huvudsakligen sker inom de ämnesbaserade enskilda disciplinerna var för sig och i mycket begränsad omfattning tvärvetenskapligt. En enda professur i arbetslivsriktad rehabilitering finns inrättad, vilket är förvånande inom ett område med så stor ekonomisk och mänsklig betydelse. Området omfattar trots allt i utgifter räknat nästan lika mycket som hälso- och sjukvården (exkl. läkemedel) med sina ca 80 miljarder kr. Medan det inom nuvarande området arbetslivsriktad rehabilitering endast finns en professur har hälso- och sjukvården flera hundra professorer.

Trots att det i landet finns ett växande intresse för området kan det konstateras att det saknas de forskningsresurser som jag anser nödvändiga för att få fram en mer fördjupad kunskap på området. Det finns inte heller någon särskild forskningsorganisation finansierad av staten. Denna brist tillsammans med en rad andra brister som utredningen har pekat på innebär sammantaget enligt min mening att en kraftsamling nu är nödvändig för att få igång forskningen inom området rehabilitering till arbete.

Jag föreslår därför att ytterligare ett programområde skapas inom förslagsvis det planerade forskningsrådet för arbetsliv och socialveten-

skap (FAS) för rehabilitering till arbete. Inom den närmaste femårsperioden bör också området successivt byggas upp. Medel avsätts över statsbudgeten. Från 50 miljoner kr/år till 150 miljoner kr år fem. Detta motsvarar 0,2 procent av det område som omfattas av forskningen. Forskningsrådet bör vidare uppmuntra till att ytterligare centrumbildningar skapas för detta område.

Vid sidan av detta jag nu nämnt bör en professur utlysas med inriktning på rehabilitering och samhällsekonomi. Professuren bör vara finansierad över statsbudgeten och placeras på den högskola som ger bäst förslag till hur forskningen kan utvecklas. För detta bör redan nu reserveras medel i den kommande budgetpropositionen. Detta innebär att en sådan professur bör kunna komma till stånd redan från hösten 2001.

### Det behövs stor utbildningsatsning i den nya reformen

För att få ett genomslag för reformen och en utveckling av området rehabilitering till arbete krävs förutom en satsning på forskning även att de som kommer att arbeta inom området får adekvat utbildning, vidareutbildning. Detta behov ställer stora krav och förväntningar på universitet och högskolor att svara upp mot. Enligt min mening behövs det en successiv utbyggnad (via utbildningsbudgeten) på flera högskolor/universitet när det gäller utbildningsprogram med inriktning på rehabilitering till arbete.

En förutsättning för tidig, effektiv och mer processinriktad rehabilitering är kvalificerad personal hos försäkringsgivaren. Här finns dels ett behov av kompletterande högskoleutbildning av befintlig personal som idag arbetar med rehabiliteringsuppdraget på försäkringskassorna (ca 1500 anställda). Utöver detta behöver den nya försäkringsgivaren förstärkas med motsvarande 800 tjänster som koordinatörer. Även olika aktörer och specialister kan komma att behöva ytterligare utbildning, många gånger som påbyggnad.

För att klara den kompetensuppbyggnad som enligt min uppfattning är nödvändig föreslår jag att särskilda medel från försäkringen sätts av för att finansiera den uppdragsutbildning som bör genomföras under de närmaste åren.

## Reformens ekonomiska konsekvenser

Utredningens mål med reformen är behov av färre och kortare sjukskrivningar jämfört med nuläget. Jag konkretiserar detta mål utifrån nuläget till: 1) nuvarande ökningstakt av sjukskrivningar skall brytas; 2) att nuvarande antal långtidssjukskrivna (över 30 dagar) skall kunna minska från 216 000 till ca 160 000 personer som årssnitt under en treårsperiod; 3) den genomsnittliga sjukskrivningslängden skall samtidigt minska med minst en månad.

Sammantaget skall 2 och 3 leda till att nivån sjukpenningdagar, som den nya försäkringen skall ersätta, minskar från vårens snittsiffra 7,2 miljoner dagar per månad till dryga 5 miljoner dagar. En minskning med ca 30 procent. Det motsvarar en årlig besparing med 9,2 miljarder kr under år tre när reformen beräknas ha fått fullt genomslag.

Beaktas risken för en ökad förtidspensionering de närmaste åren blir det ändå en möjlig nettobesparing inom treårsperioden med 6 miljarder kr för den nya försäkringen jämfört med i år.

Utredningens makroekonomiska studie visar som jag påpekat att det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med fördjupad rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna. En krona ger nio åter. Nuvarande drygt 200 000 långtidssjukskrivna har utredningen uppskattat att 100 000 har behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser. Det är inte realistiskt att alla dessa på kort tid kan nås med sådana insatser beroende av både resursskäl och att sjukskrivningen pågått för länge. Men nås 40 000 personer inom ett par år skulle det enligt studien kosta ca 4,3 miljarder och intäkten blir efter ett år hela 5,7 miljarder kr. Vinsten under resterande tid i arbetslivet (beräknat till ca 10 år) för de som kunde gå till arbete blir då 44,5 miljarder kr.

Utredningens har sedan gjort en finansiell kalkyl avseende den nya försäkringen och statsbudgeten. Den visar att kostnaderna är relativt konstanta över de tre åren. Redan första året nås enligt utredningens kalkyl en s.k. break-even räknat utifrån nuvarande antal sjukskrivna. Investeringen i de nya resurserna vägs i stort upp av inbesparade ersättningsdagar. Kommande år ger tydliga överskott i försäkringen. Men den kanske än större effekten, som dock inte kalkylerats av utredningen, är att den nu prognostiserade fortsatta ökningen av långtidssjukskrivningarna skall stanna upp.

## Den nya reformen bör träda i kraft snarast möjligt

Utredningen anser att det är av värde att den nya reformen – med nu angiven inriktning och innehåll – träder i kraft så snart som möjligt, inte minst mot bakgrund av dagens oroväckande utveckling där sjuk-skrivningarna blir både fler och allt längre. Denna utveckling medför stor utgiftsökning för staten och, kanske viktigast, orsakar stort mänskligt lidande.

Så snart regeringen har tagit ett principiellt ställningstagande till reformens innehåll bör lagstiftningsarbetet påbörjas. Samtidigt bör det också tillsättas en organisationskommitté med uppgift att bl.a. förbereda inrättandet av den nya myndigheten Rehabiliteringsstyrelsen. Med hänsyn taget till detta arbete – och med beaktande av vikten av skyndsamma åtgärder – bedömer jag att reformen kan träda i kraft den 1 juli 2001.

## Del I

### Förutsättningarna för en ny reform



# 1 Varför en ny reform?

Behövs det en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Frågan är berättigad efter de senaste årens dramatiska ökning av långtidssjukskrivna, en ökning som avser både antalet sjukfall och längden på dessa. Samtidigt som arbetslivsinriktad rehabilitering kommer allt senare eller sällan. I detta kapitel beskrivs inledningsvis för den förra reformen inom området – rehabiliteringsreformen 1991/92 – och dess syfte och innehåll. Därefter redogörs för utvecklingen efter reformen samt utredningens analys av tänkbara orsaker till denna utveckling.

I ett särskilt avsnitt redovisas för huvuddragen i utredningens första rapport *”Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen”*. Promemorian har varit föremål för en bred remissbehandlingen och offentlig debatt. Avslutningsvis görs därför en beskrivning av vilket mottagande promemorians slutsatser och förslag har fått av bl.a. remissinstanserna.

## 1.1 Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt fulla syfte

- Arbetslivsinriktad rehabilitering infördes i socialförsäkringen genom rehabiliteringsreformen 1991/92. Syftet med reformen var bl.a. att minska sjukfrånvaron och att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.
- Reformen byggde på tre hörnstenar; bättre arbetsmiljö, effektivare rehabilitering och införandet av arbetslinjen i socialförsäkringen samt införandet av en generell arbetsgivarperiod.
- Antalet långtidssjukskrivna har ökat dramatiskt sedan år 1998. På endast drygt två år har det skett en ökning med nära 80 procent till närmare 217 000 personer. Även längden på sjukfallen ökar. Samtidigt som aktiva rehabiliteringsinsatser kommer allt senare eller sällan.
- Flera faktorer har bidragit till att reformen inte har nått sitt syfte. Det praktiska ansvaret för rehabilitering har i praktiken förskju-

tits alltmer från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn. Individerna har vidare litet inflytande över sin rehabiliteringsprocess. Andra faktorer som har bidragit till den negativa utvecklingen är förändringar på arbetsmarknaden och i arbetslivet. Psykiska, sociala och organisatoriska faktorer ökar i betydelse för ohälsans utveckling.

## Reformens syfte var bl.a. att minska sjukfrånvaron samt att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser

Arbetslivsinriktad rehabilitering är som begrepp och verksamhetsområde relativt nytt. Med begreppet avses sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension. Arbetslivsinriktad rehabilitering infördes i socialförsäkringen så sent som den 1 januari 1992 genom vad som brukar benämnas som rehabiliteringsreformen 1991/92. Reformen skall ses mot bakgrund av den samhällsutveckling som präglade senare hälften av 1980-talet. Arbetsmarknaden var överhettad och det var svårt att få arbetskraften att räcka till på samtliga områden. Samtidigt steg sjukförsäkringens utgifter kraftigt. Ökningen avsåg främst sjukfall som varat 90 dagar eller mer. Av de långtidssjukskrivna hade ca 85 procent en tillsvidareanställning. Anknytningen till arbetsplats/anställning var med andra ord relativt stark.

Statsmakternas syfte med rehabiliteringsreformen var mot denna bakgrund att minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet och därmed också att motverka ökande kostnader i socialförsäkringen samt att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.

Reformen byggde på tre hörnstenar; en bättre arbetsmiljö, en effektivare rehabilitering samt en generell arbetsgivarperiod.

## Reformens första hörnsten var en bättre arbetsmiljö

Regler för en bättre arbetsmiljö infördes i arbetsmiljölagen den 1 juli 1991 och innebar att arbetsgivarens ansvar vidgades för ett systematiskt arbetsmiljöarbete och ett aktivt rehabiliteringsarbete på arbetsplatserna. Arbetsgivaren fick en skyldighet att planera, leda och kontrollera arbetsmiljöarbetet. Han eller hon skulle också se till att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrevs på arbetsstället. I arbetsmiljölagen (3 kap. 3 §) förtydligades att

arbetsförhållanden skulle anpassas till den enskilde arbetstagarens förutsättningar.

Bestämmelserna i arbetsmiljölagen innebar vidare att arbetstagaren fick en uttryckligen rätt att påverka den egna arbetssituationen och att medverka i förändrings- och utvecklingsarbete (jfr 2 kap. 1 §). Samtidigt lyftes fram arbetstagarens skyldighet att medverka i arbetsmiljöarbete och delta i genomförandet av åtgärder för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

## Reformens andra hörnsten var en effektivare rehabilitering och införandet av arbetslinjen i socialförsäkringen

Nya riktlinjer för rehabiliteringsarbetet infördes i lagen om allmän försäkring den 1 januari 1992. Samtidigt infördes begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering för första gången i socialförsäkringen. Med detta begrepp avsågs sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension.

Det övergripande målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle vara att upprätthålla arbetslinjen som tillämpades i arbetsmarknadspolitiken, dvs. att så många som möjligt skulle kunna försörja sig genom eget arbete. Arbetslinjen innebar vidare att den offentliga sektorn skulle prioritera aktiva insatser för att få tillbaka människor i arbetslivet, även om dessa åtgärder på kort sikt kan kosta mer än den passiva ersättning som betalas ut till sjuka och arbetslösa.

Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen blev förskjuten mot arbetslivet genom att arbetsgivaren fick ett större ansvar för de anställdas rehabilitering. I detta ansvar ingick bl.a. att göra en rehabiliteringsutredning och att vidta behövliga rehabiliteringsåtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Inriktningen skulle vara att den anställda skulle beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren.

För individen innebar de nya reglerna att han eller hon fick rätt till en ny ersättningsform, rehabiliteringsersättning, som genom sin konstruktion skulle ge en aktiv ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättningen skulle förstärka arbetslinjen i välfärdspolitiken och var högre än sjukersättningen.

Slutligen innebar de nya reglerna i lagen om allmän försäkring att försäkringskassan fick en initiativ- och samordningsroll för all rehabilitering. Denna roll innebar bl.a. att organisera ett effektivt samarbete mellan olika myndigheter och organ inom rehabiliteringsområdet.

## Reformens tredje hörnsten var införandet av en generell arbetsgivarperiod

Den tredje och sista hörnstenen i reformen innebar att en generell arbetsgivareperiod infördes den 1 januari 1992. En anställd fick därmed under vissa förutsättningar rätt till sjuklön från arbetsgivaren under de första 14 dagarna (exklusive karensdag) av varje sjukdomsfall (sjuklöneperioden). Syftet med reglerna var bl.a. att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa. I förarbetena uttalades att en generell arbetsgivarperiod låg väl i linje med förslagen om arbetsmiljö och rehabilitering. Åtgärder som innebar att arbetsgivaren fick betala ut sjuklön vid korta sjukfall och i början av en längre sjukperiod ledde till att arbetsgivaren, utöver andra skäl, också fick ett rent ekonomiskt intresse att förbättra arbetsvillkoren för sina anställda. Förbättringar i arbetsmiljön och arbetsorganisation som minskade orsakerna till sjukfrånvaron skulle enligt regeringen samtidigt innebära minskade kostnader för arbetsgivaren.

Reglerna om en bättre arbetsmiljö, en effektivare rehabilitering och en generell arbetsgivarperiod utgör sammantaget hörnstenarna i vad som brukar benämnas som rehabiliteringsreformen 1991/92.

## Antalet långtidssjukskrivna har ökat dramatiskt sedan år 1998

Frågan är då hur utvecklingen har sett ut efter reformen, dvs. om reformens syfte – minskad sjukfrånvaro samt tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser – har uppnåtts. Ja, till en början kan konstateras att antalet långtidssjukskrivna (dvs. mer än en månad) började sjunka fr.o.m. år 1993 och nådde sin lägsta nivå år 1997. Därefter inträffade en trendbrott och antalet började öka dramatiskt. För närvarande (maj 2000) är ca 217 000 personer sjukskrivna minst en månad. Detta motsvarar en ökning på nära 80 procent under drygt två års tid. Ett annat sätt att uttrycka det är att antalet långtidssjukskrivna motsvarar ca 4,2 procent av arbetskraften.

När det gäller den riktigt långvariga sjukfrånvaron, dvs. mer än ett år, och förtidspensioneringen, har dessa ökat under hela 1990-talet med undantag för en svag minskning under åren 1995 och 1996. Till skillnad från förtidspensioneringen, som har ökat måttligt, har den långvariga sjukfrånvaron ökat markant fr.o.m. 1998. För närvarande är 79 400 personer sjukskrivna mer än ett år. Den största delen av ökningen har skett inom den offentliga sektorn.

Ökningen av antalet långtidssjukskrivna har medfört att samhällets kostnader för sjukpenning i allmänna försäkringen nästan har fördubblats sedan 1997 eller en ökning med 74 procent. I december 1999 utbetalades ca 2,4 miljarder kronor enbart i sjukpenning vilket motsvarade nära 29 miljarder på årsbasis. Prognosen för innevarande år visar ingen större ändring. De sammanlagda kostnaderna – enbart i försörjningsstöd – från sjukförsäkringen, förtidspensioneringen, närliggande arbetsskadeförsäkringen och de kompletterande avtalsförsäkringarna som ansluter till den allmänna försäkringen uppgår för närvarande till ca 73 miljarder kronor årligen (exkl. avgifter till nya ålderspensions-systemet).

Utöver ökningen i antalet sjukfall visar utredningens kartläggning att det i dag finns ett stort rehabiliteringsbehov som inte blir tillgodosett. Rehabiliteringen påbörjas dessutom allt senare nu jämfört med början av 1990-talet. Den genomsnittliga tiden tills försäkringskassan påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering förlängdes under denna period med nästan två månader, från 130 dagar till 187 dagar. Försäkringskassornas arbete med rehabilitering har minskat sedan 1996. Medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser går nu också i ökad utsträckning till att kartlägga rehabiliteringsbehov. Aktiva rehabiliteringsinsatser kommer allt senare eller sällan – endast 13 procent av de långtidssjukskrivna får arbetslivsinriktad rehabilitering inom ett år.

För en utförligare beskrivning av 1990-talets utveckling i siffror hänvisas till bilaga 5.

## Flera faktorer har bidragit till den negativa utvecklingen

Utredningens kartläggning visar sammantaget att statsmakternas syfte med den arbetslivsinriktade rehabiliteringsreformen – dvs. att minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet och därmed också motverka ökande kostnader i socialförsäkringen samt att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser – inte har nått sitt fulla syfte.

Frågan är vad som har orsakat denna negativa utveckling. Utredningens kartläggning och analys visar att flera faktorer har bidragit till denna utveckling. Till en början kan konstateras att reformen innebar att arbetsgivaren fick ett stort men tyvärr otydligt ansvar för anställdas rehabilitering. Ansvaret rymmer olika tolkningssvårigheter och tolkas också i praktiken olika. Det praktiska ansvaret har i stället förskjutits alltmer från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn, dvs. fyra på var sitt sätt finansierade instanser (sektorer): landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassa). När sjuk-

skrivningen har inträffat tar offentliga sidan över efter 14 dagar, såväl ansvaret för försörjningen som i praktiken för rehabilitering/sjukvård. Arbetsgivarna finansierar försörjningen även efter 14 dagar, men nu med en generell arbetsgivaravgift (sjukförsäkringsavgiften). Det offentliga ansvaret präglas av en internationellt sett relativt hög grad av sektorisering som strukturellt utgör en broms för en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering. Till sektoriseringen har bidragit att det – över huvudmannagränser – saknas gemensamma operativa mål för rehabiliteringsverksamheten. Därtill är det nuvarande rehabiliteringsbegreppet oklart och upplevs av många som ett hinder i den praktiska tillämpningen. En annan slutsats som utredningen har kunnat dra är att individen – tvärtemot statsmakternas intentioner med reformen – har litet inflytande över sin rehabiliteringsprocess.

Andra faktorer som enligt utredningen har bidragit till att reformen inte har fått fullt genomslag är förändringar på arbetsmarknaden och i arbetsliv. När reformen formades var arbetsmarknaden ”överhettad”. 1990-talet har sedan präglats av för Sverige unikt höga arbetslöshetstal, och förändrade arbetsorganisationer som också blivit allt mer ”slimmade”. Som exempel på arbetslivets förändring kan också nämnas att de miljörelaterade belastningsskadorna inte dominerar på samma sätt som tidigare. Detta beror inte bara på att färre personer arbetar med dessa uppgifter utan också på att vi har lärt oss att förebygga sådana skador. I stället är det psykiska, sociala och organisatoriska faktorer som ökar i betydelse för ohälsans utveckling. Även om den största gruppen långtidssjukskrivna fortfarande är personer med besvär i rörelseorganen, så märks det en tydlig ökning av diagnoserna psykiska besvär och stress/utbrändhet, speciellt bland vissa grupper.

Den växande andelen av arbetskraften som är egna företagare eller tillfälligt anställda (projektanställd, korttidsanställd) har ökat från 18 procent år 1990 till 25 procent 1998. Det sistnämnda har betydelse för ansvaret i samband med en rehabiliteringssituation eftersom arbetsgivaren och arbetsplatsen är viktiga vid rehabilitering. Utredningen anser att allt detta har påverkat både orsaker till sjukskrivning och lett till svårigheter att finna arbetsmöjligheter för ”mjukstart” eller byte av arbetsplats vid behov.

Vissa faktorer hänger samman med att statsmakterna har ändrat vissa förutsättningar som gällde för reformen. Exempelvis har det särskilda statsbidraget till företagshälsovården tagits bort, vilket medverkat till att denna stödresurs minskat i täckning. Likaså har nivån på rehabiliteringsersättning till individen sänkts. Det har inte heller utformats några gemensamma kriterier eller värderingar för vem eller vilka som borde prioriteras vid rehabilitering runt över landet. Enligt utredningens uppfattning har också de politiska signalerna varit ojämna

under 1990-talet, och därmed prioriteringen av dessa frågor. Vidare är svaga incitament och positiva drivkrafter inom rehabiliteringsområdet ett mer eller mindre generellt problem för de offentliga myndigheterna, arbetsgivaren och individen.

Andra orsaker som har bidragit till att reformen inte har fått fullt genomslag är att utbudet av rehabilitering är otillräckligt. Olika undersökningar visar t.ex. att det saknas utbud av rehabiliteringstjänster som kan ta sig an personer med sammansatta problem, personer med språkproblem, psykosomatiska besvär och stressrelaterade sjukdomar.

Utbudet är dessutom ojämnt fördelat såväl mellan diagnosgrupper som regionalt. Som exempel kan nämnas att ett av resultaten från utvärderingen av de psykiskt funktionshindrade var att den enskildes bostadsort i regel avgöra om han eller hon erbjuds lämpliga arbetslivsinriktade åtgärder. Dessa brister i utbudet innebär att betydande grupper får rehabilitering senare eller inte alls.

När det gäller utvecklingen och orsaker till sjukfrånvaron kan avslutningsvis nämnas att den pågående Sjukförsäkringsutredningen enligt sina direktiv (dir. 1999:54) skall beskriva och förklara vad som direkt och indirekt påverkar sjukfrånvaron och sjukförsäkringskostnader. Utredningen skall slutredovisa sitt arbete senast den 1 december 2000.

## 1.2 Individen i centrum? – Några huvuddrag från förslagen i diskussionspromemorian

Utredningen har i sin första rapport ”*Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabilitering*” föreslagit en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I promemorian föreslås bl.a. följande:

- Den framtida försäkringsgivaren får en större och tydligare roll att rehabilitera till arbete, dvs. ett kraftfullare genomslag av arbetslinjen. Försäkringsgivaren skall snarast se till att den sjuk-skrivne erhåller det stöd och de insatser från olika aktörer som rimligen krävs för att komma (åter) i arbete.
- Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering ges samtidigt en ny definition som lyfter fram att det handlar om en process med individen i centrum.
- En etisk plattform inom sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen bör byggas på fem principer; arbetslinjen, män-

niskovärdesprincipen, rätt till rehabiliteringsstöd, autonomi- och integritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

- Utifrån den etiska plattformen anges vägledande riktlinjer för prioriteringar som bör gälla inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Dessa är motivation, dokumenterad effekt, jämlikhet, att orsaken till sjukdom/olycksfall inte får påverka samt att utbud av rehabilitering inte får påverka.
- Individens får en lagfäst rätt till rehabiliteringsstöd. Denna rätten preciseras till rätt till rehabiliteringsutredning och rätt till mentor. Individens skall också ha skyldighet att medverka till att rehabiliteras till arbete om möjligheterna finns.
- Arbetsgivaren får tillgång till en personlig rådgivare (case manager) som skall vara ett stöd både i arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall. Arbetsgivaren skall i framtiden inte ansvara för utredning av rehabiliteringsbehov utan detta ansvaret flyttas över till försäkringsgivaren.
- Tre alternativa modeller föreslås när det gäller organisationen av den framtida försäkringen och hur den skall finansieras.

Som framgått av föregående avsnitt har utvecklingen efter reformen medfört att alltfler personer går sjukskrivna under allt längre perioder samtidigt som aktiva rehabiliteringsinsatser kommer igång allt senare eller sällan. För att komma till rätta med denna utveckling har utredningen i sin första rapport ”*Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabilitering*” föreslagit att en ny reform kommer till stånd inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, en reform med bl.a. kraftfullare rehabilitering i syfte att få ett kraftfullare genomslag när det gäller verkställighet av arbetslinjen. Reformen kopplar också bl.a. till mer förebyggande insatser samt att individen skall få rätt till rehabiliteringsstöd.

Enligt utredningens mening är en fungerande arbetslivsinriktad rehabilitering inte bara motiverad av att samhällets kostnader ökar utan också av mänskliga skäl. Utredningens samhällsekonomiska studie visar vidare att de ekonomiska effekterna av en fördjupad arbetslivsinriktad rehabilitering är mycket stora i förhållande till de sannolika kostnaderna för själva rehabiliteringen. En satsad krona ger nio kronor tillbaka. Om ingenting görs finns dessutom risk för att ytterligare 100–150 000 personer i arbetsför ålder inte kan arbeta på grund av ohälsa under den närmaste tioårsperioden.

Utredningens syften med en ny reform kräver flera – mer eller mindre genomgripande – förändringar av dagens ordning. Förändringar



som föreslås i diskussionspromemorian. För en utförligare sammanfattning av utredningens kartläggning och förslag hänvisas till bilaga 3.

## En större och tydligare roll för den framtida försäkringsgivaren

Utredningen konstaterar inledningsvis i sin diskussionspromemoria att den framtida försäkringsgivare bör få en större och tydligare roll att rehabilitera till arbete, dvs. ett kraftfullare genomslag när det gäller verkställighet av arbetslinjen. I den föreslagna beskrivningen av försäkringsgivarens uppdrag föreslås att denne bl.a. snarast skall se till att den sjukskrivne erhåller det stöd och de insatser från olika aktörer som rimligen krävs för att komma (åter) i arbete. Försäkringsgivaren skall samordna, driva på och får till slut ta ansvar för om återgång eller inträde i arbetslivet är möjligt.

Vid en avvägning av vad som skall anses som rimliga insatser bör kostnaderna för aktiva insatser sättas i relation till kostnader för sjukskrivning. Här syftas inte på sektor för sektor inom den offentliga sidan, som i regel gällt hittills, utan tvärs över berörda huvudmannagränser, dvs. de fyra "kassorna" och helst också inkluderat eventuell arbetsgivare och individen. Begreppet rimlig avser också att endast sådana metoder som normalt bör komma ifråga och som bygger på dokumenterad effekt för den aktuella sjukdomen/olyckan.

Den vidgade rollen för försäkringsgivaren innebär inte att övriga huvudmän får mindre ansvar. De skall tillhandahålla och bistå med sina respektive kompetenser/insatser som ligger i deras ansvarsområden. Däremot kan det uppkomma situationer där varken arbetsgivaren eller andra sektorer kan anses vara skyldig att tillhandahålla insatser. I sådana fall bör försäkringsgivaren bekosta insatsen ifråga om den kan möjliggöra att den sjukskrivne kan komma i arbete. Till skillnad mot nu får försäkringsgivaren också ett uppföljningsansvar om återgång i arbete fungerar eller/och uppnådda positiva hälsoeffekter förväntas bli bestående.

Mot bakgrund av försäkringsgivarens uppdrag anser utredningen att statsmakerna bör sätta årliga operativa mål för i första hand försäkringsgivaren, men även för andra samhällsorgan som arbetar med hälsans utveckling. Sådana mål bör handla både om förebyggande insatser och att minska ohälsan.

## En ny definition av begreppet som speglar en process med individen i centrum

Utredningen föreslår vidare att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering ges en ny definition som lyfter fram att det handlar om en process med individen i centrum. Hittillsvarande dominerande sektorstänkande lämnas därmed. Den sjukskrivne, dennes eventuella arbetsgivare, den behandlande läkaren eller försäkringsgivaren själv väcker behov av sådan rehabilitering. Dess innehåll och tidsmässiga sammanhang tecknas i rehabiliteringsutredningen utifrån ett mål som diskuterats fram med den sjukskrivne. Ett mål som regelbundet måste prövas efter vunna erfarenheter i rehabiliteringsprocessen.

## Fem etiska principer för att vägleda försäkringsgivaren

Utredningen konstaterar i diskussionspromemorian att det är nödvändigt med en diskussion om etik och prioriteringar inom socialförsäkringen i allmänhet och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i synnerhet. Andra skäl som talar för detta är bl.a. den stora diskrepans som för närvarande finns mellan aktiva insatser kontra passiva kontantersättningar samt att aktiva rehabiliteringsinsatser kommer ifråga allt senare och mer sällan. En etisk plattform för prioriteringar skulle avsevärt underlätta försäkringsgivarens svåra arbete med att administrera rehabiliteringsverksamheten och inte minst gagna den enskilde individen. En sådan plattform skulle kunna utgöra grunden för att säkra centrala principer, såsom en rättssäker och likvärdig tillämpning av socialförsäkringen över landet och mellan olika grupper.

Utgångspunkten för en etisk plattform inom sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen bör inledningsvis spegla det faktum att försäkringen omfattar en yrkesverksam målgrupp med arbetsrelaterade behov. Arbetslinjen är därför en självklar utgångspunkt vid utformningen av en etisk plattform för prioriteringar inom sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen. Principen om arbetslinjen betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande, aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete.

Den etiska plattformen bör vidare bygga på den grundläggande människovärdesprincipen som härrör från FN:s deklaration, innebärande att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Förslagen i promemorian är baserade på att individen skall stå i centrum i sin egen rehabiliteringsprocess, bl.a. föreslås att individen

skall få en lagfäst rätt till rehabiliteringsstöd. Individens rätt till rehabiliteringsstöd bör få en framträdande plats även vid utformningen av en etisk plattform.

Människor som är sjukskrivna befinner sig ofta i en utsatt situation. Det blir därför särskilt viktigt att en sådan verksamhet som den inom sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. Respekten för den enskilde individen medför också att informera och samråda med denne under hela rehabiliteringsprocessen. Den etiska plattformen bör därför också bygga på autonomiprincipen/integritetsprincipen som innebär att individen har rätten att bestämma över sitt liv så länge det inte går ut över andras motsvarande rätt. Individen har rätt att bli behandlad som en självständig person och samråd skall ske mellan försäkringsgivaren och den enskilde under hela rehabiliteringsprocessen.

Den sista principen relateras till målen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och innebär att valet av rehabiliteringsinsatser och åtgärder i hög utsträckning bör bygga på verksamheter med dokumenterad effekt. Principen om kostnadseffektivitet innebär att vid val mellan olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad arbetsförmåga och ökad förmåga att försörja sig genom eget arbete.

Ingen av de fem principerna är över- eller underordnade någon annan. Ur dessa principer ges riktlinjer för prioriteringar inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

## Vägledande riktlinjer för prioriteringar

Utifrån den etiska plattformen anges i diskussionspromemorian följande vägledande riktlinjer för de prioriteringar som bör gälla inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Individens egen bedömning av möjligheten till återgång i arbete och den egna motivationen är enligt forskningen viktiga faktorer för resultatet av rehabiliteringen. Kunskap om förhållanden som kan kopplas till individens motivation bör därför utgöra grund för prioriteringar. Vidare gäller att om olika typer av insatser är aktuella för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall insatser med dokumenterad effekt prioriteras före andra.

Ett jämlikt synsätt, dvs. faktorer som kön, ras, hudfärg, etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning eller funktionshinder får däremot inte utgöra grund för prioriteringar. Detsamma gäller för social bakgrund och inkomstförhållanden. Enbart ålder får inte heller utgöra grund för prioriteringar. Orsaken till sjukdom eller olycksfall kan vara relaterad till arbete i mer eller mindre utsträckning, men får inte utgöra grund för

prioriteringar. Att utbudet saknas på den ort som den försäkrade är bosatt i får inte utgöra grund för prioriteringar. Prioriteringar av åtgärder får därför inte vara utbudsstyrda med avseende på regional förekomst.

## Individen får rätt till utredning och mentor

Utgångspunkten för utredningens förslag är att individen skall få ett reellt inflytande, individen skall vara i centrum i sin egen rehabiliteringsprocess. För att säkra respekten för individen och att denne får ett inflytande i en annars ofta utsatt situation preciseras individens rätt till rehabiliteringsstöd till två områden. Utredningen har kunnat konstatera att efter åtta år med nuvarande ordning så kommer rehabiliteringen allt senare, samtidigt som rehabiliteringsutredningar inte görs i någon större omfattning. Vem som får arbetslivsinriktad rehabilitering beror i hög grad på var man bor i landet och vilken handläggare som möter upp från försäkringskassan. Därför finns det enligt utredningens mening ett starkt behov av en lagfäst rättighet till individen att få rehabiliteringsstöd. Denna rätten skall – till skillnad mot vad som gäller i dag – kunna överklagas av individen i särskild ordning.

Rätt till rehabiliteringsutredning, som är den ena rätten, skall normalt gälla efter fyra veckors sjukskrivning och då involvera individens egna perspektiv och kunskap. Den andra är individens rätt till en mentor, ett personligt stöd, om denne så önskar. Mentorn skall t.ex. fungera som samtalspartner och bollplank till individen. Det kan också handla om att underlätta samspelet mellan individen, arbetsplatsen och andra aktörer.

Individen bör också ha skyldigheter. Mot bakgrund av arbetslinjen bland de etiska principerna måste han eller hon medverka till att rehabiliteras till arbete, om möjligheter finns. I annat fall får övervägas om ersättningen skall reduceras (helt eller delvis).

## Arbetsgivaren får ökat stöd genom rådgivare och ansvaret för rehabiliteringsutredning flyttas till försäkringsgivaren

Arbetsgivarens roll i rehabiliteringsarbetet diskuteras i diskussionspromemorian såsom den formulerades i reformen. Kritik mot reformen har bl.a. varit att de ekonomiska incitamenten varit för svaga. Små och medelstora arbetsgivare har haft problem med vart de skall vända sig när olika rehabiliteringssituationer uppstår. De ändrade förutsättning-

arna för företagshälsovården har också utgjort ett problem. Det förebyggande arbetets betydelse beskrivs i korthet och avsikten är att i huvudbetänkandet återkomma med förslag kring hur det förebyggande arbetet ska förstärkas. Den information som finns i sjukfallen bör på ett helt annat sätt än hittills tas tillvara i det förebyggande arbetet.

I den framtida rehabiliteringen föreslår utredningen, efter visst övervägande, att försäkringsgivaren och inte arbetsgivaren skall ansvara för utredning av rehabiliteringsbehov. Arbetsgivaren är skyldig att bistå och vidta åtgärder som kan krävas på arbetsplatsen. Försäkringsgivaren skall enligt utredningens förslag genomföra en rehabiliteringsutredning vid sjukfrånvaro mer än fyra veckor eller när den försäkrade själv, den behandlande läkaren eller arbetsgivaren begär det.

Utredningen anser också att det är betydelsefullt att arbetsplatsen och arbetsgivaren skall få tillgång till ett stöd. En sådan personlig rådgivare (case manager) skall vara ett stöd både i arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall. Härigenom får arbetsgivaren också kunskap om arbetsanpassning. Hur stödet utformas närmare blir beroende av vald organisationsmodell. Enligt utredningens mening skulle företagshälsovården kunna spela en viktig roll i en reformerad försäkring.

Arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering är i övrigt oförändrat. Han eller hon blir skyldig att lämna uppgifter och information som kan underlätta rehabilitering och rehabiliteringsutredning.

## Organisatorisk och finansiell lösning – tre alternativa modeller

När det gäller organisationen av den framtida försäkringen och hur den skall finansieras redovisar utredningen tre alternativa modeller i diskussionspromemorian. En förändring av dagens ordning påverkar etablerade samhällsstrukturer och berör i princip hela befolkningen i arbetsför ålder. Därför har utredningen bedömt det skäligt att några realistiska alternativ blir föremål för en offentlig debatt innan utredningen utformar en slutlig modell. Härvid räknar utredningen med att modellerna prövas såväl ur effektsynpunkt som ur praktisk tillämpning.

Modellerna redovisas i promemorian utan någon inbördes prioritet. Utgångspunkten är att förslaget skall leda till färre sjukdagar, tidigare insatser, bättre hälsa och lägre totala kostnader för den samlade offentliga sidan och arbetsgivare vid oförändrad risk.

Valet av de tre modellerna bygger på studier av vad som fungerar mindre bra i det svenska systemet och internationella övergripande jämförelser. Alla tre är möjliga för svenska förhållanden och utgår från

att tillgodose de åtta syften med en reform som utredningen redovisat. Även om modellerna var för sig tillgodoser reformens syften så kan de säkert bedömas ge olika tyngd i förstärkta drivkrafter, effekt på mer förebyggande insatser och kvalitet för individen.

Modellerna är valda så att de inte skall inkräkta på dagens grundläggande ansvarsfördelning mellan landsting – kommun – staten (staten här avseende arbetsmarknadspolitiken) och dessas respektive finansiering. De syftar ändå till att kunna, till skillnad mot dagens ordning, ta tillvara de samhällsekonomiskt klart positiva effekterna av tidiga och snabba insatser.

*Den första modellen* innebär samma ansvarsfördelning, försäkringsgivare och finansiering som idag. Till hjälp för att skynda på införs en vård- och behandlingsgaranti på berörd huvudmans bekostnad. *Den andra modellen* innebär att ansvaret ligger hos en offentlig huvudaktör inom den offentliga sidan. Medlet är en särskild rehabiliteringsförsäkring. Till hjälp för att skynda på skall försäkringsgivaren kunna köpa individuella vård- och behandlingsinsatser liksom arbetsträning/kompletterande utbildning när väntetiderna blir långa och det kan motiveras utifrån de etiska principerna. Finansiering sker genom generella arbetsgivaravgifter som varierar med hälsolivån. *Den tredje modellen* innebär att ansvaret förskjuts till arbetsgivaren. Medlet är en rehabiliteringsförsäkring som tecknas av arbetsgivaren hos valfritt licensierat försäkringsbolag. Till hjälp för att skynda på skall försäkringsgivaren kunna köpa motsvarande vård- och behandlingsinsatser som i modell två. Finansiering sker genom differentierade arbetsgivaravgifter som varierar efter bransch och inom sådan efter risk.

### 1.3 Stort stöd för ny reform

- Diskussionspromemorian har varit föremål för en bred remissbehandling bland 80-tal remissinstanser. Gensvaret och stödet för en ny reform är mycket stort bland instanserna. Övervägande majoriteten delar helt eller i stort utredningens beskrivning och inriktning på förslagen. I princip samtliga instanser är också positiva till att utredningen lämnar myndighets-/sektorsperspektivet och i stället betonar individperspektivet i rehabiliteringsarbetet.
- När det gäller utredningens alternativa modeller för en organisatorisk och finansiell lösning förordar i stort sett samtliga en annan lösning än dagens ordning. Majoriteten av remissinstanserna förordar modell två med en offentlig huvudaktör. Även

modell tre med ett tydligt arbetsgivaransvar har många företrädare. Däremot är det endast ett fåtal remissinstanser som förordar justeringar inom dagens ordning, dvs. modell ett.

- Utöver remissbehandlingen har diskussionspromemorians slutsatser och förslag varit föremål för en bred offentlig debatt, dels via olika lokala konferenser, dels via regionala konferenser i utredningens regi. Från dessa konferenser kan också noteras ett stort stöd för en ny reform med individen i centrum. När det gäller alternativa modeller förordar en knapp majoritet modell tre med ett tydligt arbetsgivaransvar.

## Stort gensvar och stöd för ny reform från 80-tal remissinstanser

Utredningens första rapport *"Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen"* remissbehandlades genom utredningens försorg under perioden februari–april 2000. Svar har kommit in från sammanlagt 80-tal instanser. Därutöver har ett stort antal av remissinstanserna skickat ut diskussionspromemorian på en omfattande intern remissbehandling. En utförligare sammanställning av remissvaren redovisas i bilaga 4.

Inledningsvis kan jag konstatera att det stora gensvar från remissinstanserna visar att behovet av och förståelsen för en ny reform är växande. Instanserna är – med några få undantag – i stort sett eniga om att dagens ordning inte fungerar och att det finns behov av en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Övervägande majoriteten av remissinstanserna delar helt eller i stort utredningens beskrivning och inriktning på förslagen. I princip samtliga instanser är också positiva till att utredningen lämnar myndighets-/sektorsperspektivet och i stället betonar individperspektivet i rehabiliteringsarbetet. Samstämmigheten är särskilt stor bland arbetsmarknadens parter och olika intresseorganisationer. Däremot kan jag notera att några myndigheter inte instämmer i denna inriktning. Många instanser välkomnar också utredningens arbetsätt som gett möjlighet till offentlig debatt angående framtida lösningar.

Förslag som särskilt gillas av remissinstanserna är att individen för första gången skall få rätt till rehabiliteringsstöd, att alla sjukskrivna skall få lika möjligheter oavsett var man bor i landet, kön, etnisk bakgrund, funktionshinder m.m. samt att arbetsgivaren skall få stöd i sitt rehabiliteringsarbete.

När det gäller utredningens alternativa modeller för en organisatorisk och finansiell lösning förordar i stort sett samtliga en annan lösning än dagens ordning. Det stora missnöjet medför bl.a. att endast ett fåtal remissinstanser förordar modell ett, dvs. justeringar inom dagens ordning.

I stället förordar en majoritet av remissinstanserna modell två. Fördelarna med denna modell är enligt instanserna främst att det är en offentlig huvudaktör med ett tydligt ansvar. Även modell tre med ett tydligt arbetsgivaransvar har många företrädare. Det påpekas bl.a. att den modellen ger den bästa tänkbara konkurrensen. Det är vidare den enda modell som ger arbetsgivaren ett klart ansvar för de anställda och där de förebyggande insatserna fokuseras.

Slutligen har jag kunnat notera att flera instanser efterfrågar och välkomnar en modell som kombinerar fördelarna i modell två och tre.

## Regionala och lokala konferenser ger ytterligare stöd för ny reform

Utredningen har fortlöpande under hela utredningstiden deltagit i olika lokala konferenser runt om i landet för att debattera den framtida arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredningen har därutöver i egen regi, och parallellt med remissbehandlingen, anordnat regionala konferenser i Sundsvall, Uppsala, Göteborg och Malmö. Avsikten med dessa konferenser har varit att stimulera till en bred och offentlig debatt av diskussionspromemorians slutsatser och förslag.

Övergripande slutsatser från dessa konferenser är att det var positiva signaler till utredningens analys och kartläggning. Alla som deltog i debatten var i stort eniga om att det var dags att sätta fokus på individens perspektiv och inflytande samt att skapa ekonomiska incitament och åstadkomma en professionalisering av området i en framtida reform.

Arbetsgivarens roll i det förebyggande arbetet och rehabilitering av anställda betonades liksom företagshälsovårdens viktiga roll.

När det gäller utredningens alternativa modeller för en organisatorisk och finansiell lösning kan jag notera en svag övervikt för modell tre, dvs. ett tydligt arbetsgivaransvar. Denna modell ansågs ge de bästa incitamenten för en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att behovet av och förståelsen för en ny reform är växande, vilket inte minst framgår av det stora gensvar diskussionspromemorians förslag har fått från både remissopinionen och via lokala och regionala konferenser.



## 2 Uppdraget och utredningens arbetsformer

### Utredningens uppdrag

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan reformen 1991/92 varit föremål för en mängd utredningar, rapporter och utvärderingar. Under åren 1997 och 1998 har tre större uppföljningar/utredningar genomförts:

- Perspektiv på rehabilitering (Statskontoret 1997:27).
- Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV Anser 1998:4).
- Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (SOU 1998:104).

Dessa utredningar visar samtliga på allvarliga brister i den arbetslivsinriktade rehabiliteringens förutsättningar. Som exempel nämns oenighet kring betydelsen av vitala begrepp, otydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna och oprecisa mål för verksamheten m.m. Det saknas också kunskap om vilka faktorer som är avgörande för bedömningen av om det föreligger rehabiliteringsbehov eller inte. Orsaken till detta är enligt utredningarna att det aldrig har funnits klara kriterier och värderingar om vem eller vilka som bör prioriteras i rehabiliteringsarbetet. I stället är det betydligt fler faktorer än diagnos som är av avgörande betydelse för vem som får en viss rehabiliteringsåtgärd, t.ex. individens motivation, yrke, ålder, medborgarskap och kön. Andra brister som nämns är att rehabiliteringsinsatserna ofta sker för sent samtidigt som arbetsgivaren inte fullgör sina skyldigheter när det gäller rehabiliteringsutredningarna. Dessutom går det inte att dra några djupgående slutsatser om resultaten och effekterna av de senaste årens rehabiliteringsinsatser – dvs. det går inte att bedöma om de medel som budgeterats till rehabilitering ger önskat resultat.

Betänkandet SOU 1998:104 och Statskontorets rapport 1997:27 har varit föremål för remissbehandling. När det gäller förslagen om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar märks motstridiga uppfattningar från framförallt arbetsmarknadens parter. Arbetsgivarorganisationerna anser

att förslagen lägger för stort ansvar på arbetsgivarna och därmed riskerar att förstöra det goda arbete som faktiskt bedrivs på arbetsplatserna. Arbetstagarorganisationerna anser å sin sida att förslagen ger arbetsgivarna mindre ansvar och att detta är en märklig åtgärd mot att arbetsgivarna inte tar sitt ansvar i dag. Även Statskontorets förslag om bl.a. bättre styrning av dagens rehabiliteringsverksamhet möts med blandade reaktioner av remissinstanserna.

Bl.a. mot denna bakgrund beslutade regeringen den 3 juni 1999 om direktiv (dir. 1999:44) till en särskild utredare, som fick i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En del i detta arbete är en kartläggning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen, vilket bl.a. innebär att belysa nuvarande rollfördelning mellan ansvariga aktörer, vilka nuvarande mål som finns för verksamheten samt hur kostnaderna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen korresponderar med resultat och effekter. Vidare skall utredaren enligt sina direktiv utforma en plattform för prioriteringar, klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll och gränser mot andra typer av rehabilitering samt klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer ur ett helhetsperspektiv. Det står utredaren fritt att lägga förslag till reglering av ansvar utöver det offentliga åtagandet. Utredaren skall också behandla frågor som rör målbeskrivningar och hur drivkrafterna kan förstärkas i rehabiliteringsarbetet. Samtliga försäkrade skall omfattas av utredningsarbetet. Det betyder att särskild uppmärksamhet får ägnas egenföretagare och yrkesaktiva med tidsbegränsade anställningar. – Direktiven återges i sin helhet i bilaga 1.

## Utredningens arbete

Utredningen startade sitt arbete i augusti månad 1999 och lämnade en första rapport *Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen* i början av februari 2000. I diskussionspromemorian presenteras riktlinjer för en ny reform med bl.a. kraftfullare rehabilitering, som också kopplar till mer förebyggande insatser samt att individen skall få rätt till rehabiliteringsstöd. Det ges även förslag till en etisk plattform för prioriteringar. När det gäller försäkringens framtida roll föreslås det – utifrån tre olika modeller – vem som kan vara den framtida försäkringsgivare och hur detta kan se ut organisatoriskt och finansiellt. En sammanfattning av diskussionspromemorian finns i bilaga 3.

Avsikten med diskussionspromemorian var att stimulera till en bred och offentlig debatt, bl.a. genom en omfattande remissbehandling, inför huvudbetänkandet. Svar har kommit in från sammanlagt 80-tal remiss-

instanser. Därutöver har ett stort antal av instanserna skickat ut diskussionspromemorian på en omfattande intern remissbehandling. Det kan konstateras att gensvaret och stödet för en ny reform är mycket stort bland remissinstanserna. Övervägande majoriteten delar helt eller i stort utredningens beskrivning och inriktning på förslagen. För en sammanställning av remissvaren hänvisas till bilaga 4.

Parallellt med remissbehandlingen under perioden februari – april har utredaren hållit regionala konferenser i Sundsvall, Uppsala, Göteborg och Malmö för att debattera promemorians förslag och i syfte att hålla en öppenhet i utredningsarbetet. Dessa konferenser ger ytterligare stöd för en ny reform.

Utredaren och sekretariatet har under hela utredningstiden deltagit i olika lokala konferenser runt om i landet, gjort egna studiebesök och även genom uppvaktningar träffat olika företrädare för bl.a. myndigheter, arbetsmarknadens parter och olika intresseorganisationer. Härigenom har utredningen kunnat ta del av värdefulla erfarenheter och synpunkter från främst olika håll i landet, men även från andra länder. Utredningen har även erhållit och tagit del av ett brett material som överlämnats vid besöken och uppvaktningarna.

Under utredningstiden har utredaren och sekretariatet tagit del av en mängd litteratur, artiklar, utredningar och rapporter som direkt och indirekt behandlat området arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen har också tagit intryck av annat pågående arbete inom området, t.ex. underlagsrapporter från pågående så kallade Frisamprojekt, Riksförsäkringsverkets (RFV) rapport *Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter* (RFV Anser 1999:8) och Arbetsmarknadsstyrelsens rapport *Arbetsmarknadsverket i 2000-talet*. Utredningen har också tagit del av det utvecklingsprojekt som försäkringskassorna och Försäkringskassaförbundet (FKF) har bedrivit angående *Effektmätning inom rehabiliteringsområdet* (FKF fakta 1:2000).

Samråd har skett med andra utredningar, bl.a. den utredning som har till uppgift att göra en översyn av sjukförsäkringen (dir. 1999:54) och den Arbetsmiljögrupp som har regeringens uppdrag att analysera den stora ökningen av arbetsbetingad ohälsa som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer. Samråd har också skett med Nationella folkhälsokommittén och Kommittén för Valfärdsbokslut.

Utredningens arbete har bedrivits i nära samarbete med utredningens experter och referensgrupp med arbetsmarknadens parter m.fl. Sammanlagt har nio sammanträden ägt rum med experterna och sju sammanträden med referensgruppen. Därutöver har fyra sammanträden

ägt rum med den arbetsgrupp som har bistått utredningen i arbetet med förslag till en etisk plattform för prioriteringar.

För att få en uppskattning om vilket behov den enskilde individen har av arbetslivsinriktad rehabilitering har utredningen dels initierat egna undersökningar, dels samarbetat med andra pågående undersökningar. Sifo har bl.a. fått i uppdrag göra en telefonundersökning som genomfördes under oktober månad 1999. Vidare har utredningen ställt egna frågor om individens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i anslutning till Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöundersökning 1999 och Riksförsäkringsverkets så kallade 4-september-undersökning. Särskilda studier och intervjuer har också gjorts med personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterade besvär.

Utredningen har också varit intresserad av att öka kunskaperna om arbetsgivares och egenföretagares olika typer av behov och stöd i rehabiliteringsarbetet. En telefonintervju har därför i samarbete med Svenska Gallup genomförts under april månad 2000. Undersökningen har främst riktats till små och medelstora företags behov av stöd. Sammanlagt 250 arbetsgivare har intervjuats.

När det gäller att bedöma effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering har utredningen i samarbete med professor Kerstin Ekberg gjort en allmän inventering av nationell och internationell forskning på området. Därtill har utredningen tagit del av en stor mängd enskilda studier som på olika sätt belyser effekterna. Särskilt intresse har, i enlighet med diskussionspromemorians beskrivna synsätt, ägnats åt studier vilka belyst effekter av mer *sammansatta* arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

I samarbete med docent Stefan Fölster har en samhällsekonomisk studie gjorts om de ekonomiska konsekvenserna av fördjupad arbetslivsinriktad rehabilitering, en studie som presenterades i diskussionspromemorian och som sedan bearbetats ytterligare inför huvudbetänkandet.

Slutligen kan nämnas att utredningen har gjort egna kartläggningar om väntetider på olika ortopedklinikerna för bedömning och/eller behandling och även tagit del av Landstingsförbundets väntetidsdata-bas. Därutöver har utredningen tagit del av en studie från Kronobergs läns allmänna försäkringskassa om väntetider inom sjukvården och ekonomiska konsekvenser.

### 3 Ohälsan ökar samtidigt som hjälp och stödbehoven inte tillgodoses

En central fråga när det gäller förutsättningarna för en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är naturligtvis hur många individer som berörs. Hur många av de sjukskrivna är i behov av rehabilitering? Denna viktiga fråga avser utredningen att besvara i detta kapitel.

I kapitlet redogörs inledningsvis för hur många personer som är beroende av de offentliga systemen för sin försörjning. Därefter görs en kort beskrivning av utvecklingen av den långvarig sjukfrånvaron under 1990-talet och pekas särskilt på några skillnader mellan bl.a. kvinnor och män när det gäller sjukfrånvaron. Även de regionala skillnader berörs.

I ett särskilt avsnitt gör utredningen en samlad bedömning och en uppskattning av hur många av de sjukskrivna som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppskattningen görs dels med hjälp av utredningens egna kartläggningar och undersökningar, dels med hjälp av andra undersökningar som gjorts under senare tid.

Vidare redogörs för hur utbudet av rehabilitering ser ut i landet samt analyseras huruvida väntetider inom sjukvården påverkar rehabiliteringen.

Avslutningsvis kartläggs arbetsgivarens eventuella behov av stöd i rehabiliteringsarbetet. Kartläggningen bygger bl.a. på en undersökning som utredningen gjort bland små och medelstora företag.

#### 3.1 De offentliga systemen försörjer drygt 1 miljon individer i arbetsför ålder

- De offentliga systemen – sjukpenning, förtidspension, arbetslöshetsersättning, arbetsmarknadsåtgärder, socialbidrag och arbets-skadelivränta – försörjer i dag drygt 1 miljon individer i arbetsför ålder, räknat på helårsekvivalenter eller helårsförsörjda.

- Utvecklingen under 1990-talet visar bl.a. att förtidspensions-systemet är det mest stabila systemet, att antalet helårsförsörjda via arbetsskadesystemet har halverats under perioden, att en minskning har skett sedan 1997 när det gäller arbetslöshet och arbetsmarknadsåtgärder samt att antalet sjukskrivna i stället har ökat kraftigt.

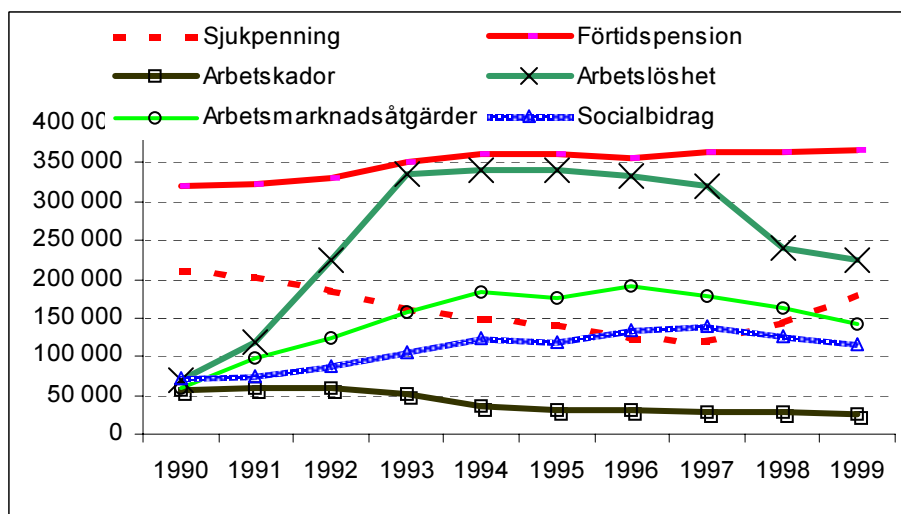
Utredningen kommer i nästa avsnitt att redovisa utvecklingen av bl.a. den långvariga sjukfrånvaron under 1990-talet. Innan detta görs är det dock intressant att titta något på hur utvecklingen av de övriga offentliga systemen har sett ut under denna tidsperiod. De ersättningar som utredningen särskilt har varit intresserad av är sjukpenning, förtidspension, arbetslöshetsersättning, arbetsmarknadsåtgärder, socialbidrag och arbetsskadelivränta. Hur har t.ex. arbetslöshetens utvecklingen påverkat socialbidragen? Har minskningen av antalet godkända arbetsskador påverkat antalet långtidssjukskrivna? Eller med andra ord, går det att säga att de olika offentliga systemen är kommunicerande kärler?

Att göra en sådan jämförelse mellan olika system är inte helt lätt. Ett sätt att gå till väga är att försöka uppskatta hur många individer som är beroende av de olika ersättningarna för sin försörjning. Utredningen har därför försökt mäta varje ersättningssystem i så kallade helårsekvivalenter eller helårsförsörjda. Med begreppet helårsförsörjda avses alltså inte verkliga individer utan det är mer ett mått på omfattningen av välfärdssystemen, dvs. hur många individer som skulle kunna försörjas under ett helt år med full ersättning.

I nedanstående figur 1 sammanfattas hur många individer i arbetsför ålder som under ett år försörjs eller kan försörjas med sjukpenning, förtidspension arbetslöshetsersättning, arbetsmarknadsåtgärder, socialbidrag och arbetsskadelivränta.

I beräkningen har två dagar med halv ersättning (sjukpenning och förtidspension) räknats om till en hel dag. För utförligare beräkningar och källmaterial hänvisas till bilaga 5.

Figur 1. Antal helårsförsörjda 1990–1999.



Källa: SCB 1990-98, RFV och AMS 1999.

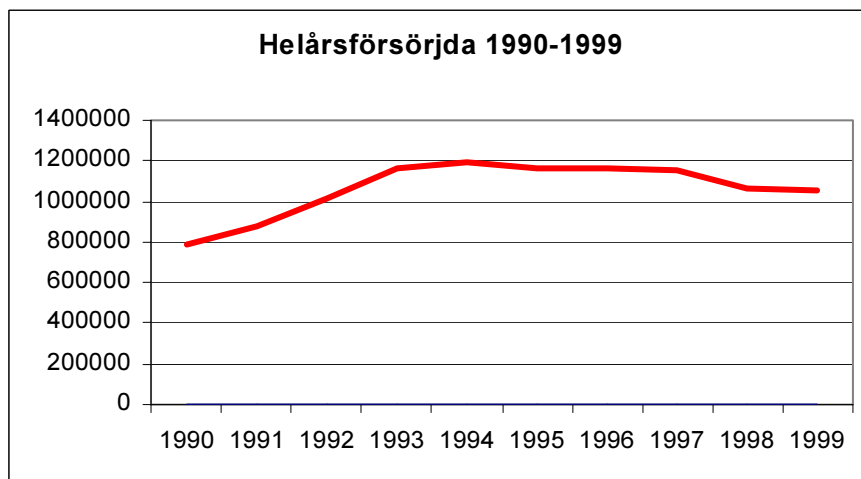
Av diagrammet i figur 1 framgår bl.a. att helårsförsörjning via förtidspensionssystemet är det mest stabila systemet under 1990-talet med en stadig ökning varje år (från 319 000 år 1990 till 366 000 helårsförsörjda 1999). Vidare framgår att antalet helårsförsörjda via arbetskadadesystemet har halverats under perioden (från 56 000 helårsförsörjda 1990 till 27 000 för år 1999). Det kan också noteras att en minskning har skett sedan 1997 när det gäller personer i arbetslöshet och i arbetsmarknadsåtgärder. I stället har antalet sjukskrivna ökat kraftigt.

Av diagrammet kan däremot inte dras några närmare slutsatser om att de olika systemen är enkla kommunicerande kärl, dvs. att en ökning i ett visst system automatiskt medför en motsvarande minskning i ett annat system.

En intressant slutsats kan emellertid dras om det görs en sammanläggning av samtliga system, vilket utredningen har gjort i figur 2. Där framgår det att alltför många individer i arbetsför ålder är beroende av de offentliga systemen för sin försörjning. År 1990 var det i de offentliga systemen knappt 788 000 helårsförsörjda (17,3 % av befolkningen). Denna siffra har under 1990-talet ökat till 1 056 000 år 1999 (24,5 % av befolkningen). En ökning med 42 procent sett i relation till förändringen av arbetskraften. Denna ökning torde motsvara en merkostnad på årsbasis i storleksordningen ca 35 miljarder kr (beräknat på en genomsnittlig ersättning om 11 000 kr/mån).

Från år 1998 kan noteras en viss minskning av totala antalet helårsekvivalenter.

Figur 2. Antal helårsförsörjda 1990–1999 – en sammanläggning av systemen.



Utredningen kan alltså notera att de offentliga systemen i dag försörjer drygt 1 miljon individer i yrkesverksam ålder. Detta skall ställas i relation till vad kartläggningen i övrigt visar när det bl.a. gäller utvecklingen av antalet långtidssjukskrivna, behovet av rehabilitering och hur hjälp- och stödbehovet tillgodoses hos individerna. Mer om detta i följande avsnitt.

### 3.2 Mer än 1 miljon individer har övervägt att av hälsoskäl förändra sin arbetssituation

- Mer än 1 miljon individer har under det senaste året övervägt att av hälsoskäl förändra sin arbetssituation medan knappt hälften av dessa har gjort någon förändring.

Ett sätt att bedöma behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering i befolkningen är att studera hur vanligt det är att på grund av hälsoskäl vilja ändra sin arbetssituation. Utredningen gav därför Sifo i uppdrag under



hösten 1999 att göra en sådan undersökning bland ett representativt urval av 1 022 personer i åldern 25–65 år. Alla tillfrågades om de under de senaste 12 månaderna övervägt att – av hälsoskäl – ändra sin arbetssituation. Personerna fick också frågan om de under samma period verkligen förändrad sin situation.

Var femte tillfrågad (20 %) uppgav att de av hälsoskäl övervägt att byta arbetsuppgifter. Av dessa svarade hälften, alltså totalt 10 procent, att de också bytta arbetsuppgifter.

För att fördjupa analysen av behovet av arbetslivsinriktade rehabilitering gav utredningen Statistiska centralbyrån i uppdrag att genomföra en mer omfattande analys. Detta gjordes genom ett tillägg av fyra frågor till Arbetsmiljöundersökningen 1999. Drygt 10 000 personer har i undersökningen besvarat frågor om sin sina arbetsförhållande och sin arbetsmiljö.

Närmare uppgifter om undersökningens urval, frågor och svar anges i bilaga 5. Här nöjer jag mig med att ange vilka slutsatser som kan dras av undersökningen.

Av undersökningen framgår att mer än en fjärdel av de sysselsatta går i tankar om att av hälsoskäl förändra sin nuvarande arbetssituation. Drygt 10 procent har också förändrat sin hälsosituation på något sätt. Förändringsbehovet var vanligast i åldersgrupperna 35–54 år och minst i de lägsta respektive högsta åldersgrupperna. Andelen som övervägt förändring är större inom offentlig sektor. Vidare framgår att i arbeten med hög anspänning (höga krav och låg kontroll) har mer än hälften övervägt förändring av sin situation.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att behoven av arbetslivsinriktade insatser är omfattande hos den arbetsföra befolkningen som också är sysselsatta. Mer än 1 miljon människor har det senaste året av hälsoskäl övervägt att ändra sin situation på något sätt. Många, förmodligen majoriteten, kommer av egen kraft eller i samråd med arbetsplatsen vidta nödvändiga förändringar. Andra kommer under kortare eller längre tid behöva stöd av samhället. Det är dock omöjligt att utifrån denna uppgift skatta hur många som under ett år direkt berörs av samhällsinsatser. Uppgiften ger dock en viss fingervisning om hur många som potentiellt kan beröras.

### 3.3 Sjukfrånvaron ökar kraftigt

- Antalet pågående långvariga sjukskrivningar (mer än 30 dagar) har ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet. På bara några år har en ökning skett med mer än 100 procent (från 106 000 i augusti 1997 till 216 500 i maj 2000). Sjukfallen ökar inte bara i antal utan också i längd.
- Även kostnaderna för sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren. Kostnaderna har i år ökat med ca 30 procent jämfört med samma period 1999.
- Sjukfrånvaron ökar mest bland kvinnor och inom den offentliga sektorn.
- Sjukskrivning ökar på grund av stressrelaterade besvär.
- Mer än var femte långtidssjukskriven saknar arbete.
- Det finns stora regionala skillnader när det gäller sjukfrånvaron. Ohälsotalen, mätt i ersättningsdagar, skiljer sig mer än 60 procent mellan det län som har högst respektive lägst ohälsotal.

#### Sjukfrånvaron ökar både i antal och längd

Utredningens kartläggning av sjukfrånvaron visar att antalet pågående långvariga sjukskrivningar (mer än 30 dagar) har ökat dramatiskt under slutet av 1990-talet. I början av 1990-talet minskade antalet långvariga sjukskrivningar till en början och omfattade under perioden mars 1995 till mars 1998 mindre än 140 000 individer. Den lägsta nivån under 1990-talet nåddes i augusti 1997 med 106 000 långvariga sjukfall. Denna lägsta nivå kan jämföras med till hur det såg ut i december 1992 med 180 000 pågående sjukskrivningar som var mer än 30 dagar. Under sex år skedde alltså en minskning i sjukfrånvaron med 41 procent.

Från denna lägsta nivå 1997 har på bara några år sjukskrivningarna ökat till 216 500 i maj 2000. En ökning med mer än 100 procent.

Även den riktigt långvariga sjukfrånvaron, dvs. mer än ett år, har ökat stadigt under 1990-talet med undantag för åren 1995 och 1996 då en mindre minskning skedde.

En översiktlig redogörelse för utvecklingen av antalet pågående sjukfall och förtidspension illustreras nedan i tabell 1.

När det gäller orsakerna till sjukfrånvarons ökning hänvisas till Sjukförsäkringsutredningen som har att utreda detta i särskild ordning. Sjukförsäkringsutredningen har lämnat ett delbetänkande i augusti

2000 (SOU 2000:72) och skall lämna sitt slutbetänkande i december 2000.

*Tabell 1.* Antalet pågående sjukskrivningar och förtidspensioner som varat mer än ett år december 1990–1999.

<i>År</i>	<i>Sjukskrivna 30 dagar Maj</i>	<i>Sjukskrivna &gt; 1år December</i>	<i>Förtidspension och sjukbidrag December</i>	<i>Total &gt;1 år December</i>	<i>Förändring</i>
1990		74 800	367 000	441 800	-
1991		76 300	373 000	449 300	7 500
1992		70 600	390 000	460 600	11 300
1993	166 200	53 200	414 000	467 200	6 600
1994	148 000	46 700	422 000	468 700	1 500
1995	137 700	45 700	420 000	465 700	-3 000
1996	124 800	44 100	419 000	463 100	-2 600
1997	122 600	44 800	423 000	467 800	4 700
1998	140 800	55 200	422 000	477 200	9 400
1999	174 700	72 600	425 000	497 600	20 600
<b>2000</b>					
<b>Maj</b>	<b>216 500</b>	<b>79 400</b>	<b>427 600</b>	<b>507 000</b>	<b>9 400</b>

### Även kostnaderna ökar kraftigt

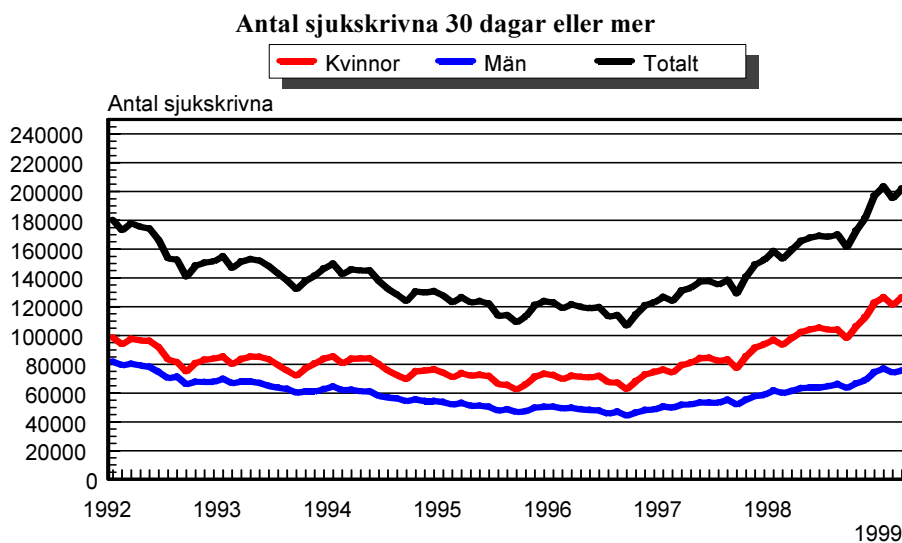
Även kostnaderna för sjukpenning och förtidspension har ökat kraftigt de senaste åren, från drygt 50 miljarder 1997 till 62 miljarder 1999. Utgiften för sjukpenningen har under första halvåret 2000 ökat med 29 procent jämfört med samma period förra året. Det innebär att kostnaderna för enbart sjukpenningen kan i år komma att öka med mer än 30 procent jämfört med 1999.

Totalt kom drygt 65 200 fler att hamna i risk för permanent utanförskap om vi jämför 1999 med maj 2000.

### Sjukfrånvaron ökar mest bland kvinnor och inom offentlig sektor

Vid en närmare granskning av den långvariga sjukfrånvaron visar det sig att det finns en stor skillnad när det gäller frånvaron bland kvinnor och män; sjukfrånvaron ökar mest bland kvinnor. I figur 3 nedan framgår hur utvecklingen har sett ut bland kvinnor och män under 1990-talet.

Figur 3. Antalet pågående sjukfall som varat 30 dagar eller mer 1992–1999.



En annan tendens som framkommer är att ökningen har varit störst inom offentlig sektor (kommun och landsting). Detta framgår av uppgifter från såväl Statistiska centralbyråns arbetskraftundersökningar (AKU) som från Riksförsäkringsverket (RFV). I den senaste undersökningen (4 september 1999) som RFV genomfört på beställning av Socialdepartementet och som utredningen analyserat framgår bl.a. att andelen sjukskrivna sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden har ökat. Andelen sjukskrivna lärare har ökat både bland män och kvinnor. En svaghet i denna typ av undersökningar är att förändringar i yrken med få personer är svåra att fånga upp. Andelen långtidssjukskrivna egenföretagare minskade däremot mellan 1998 och 1999.

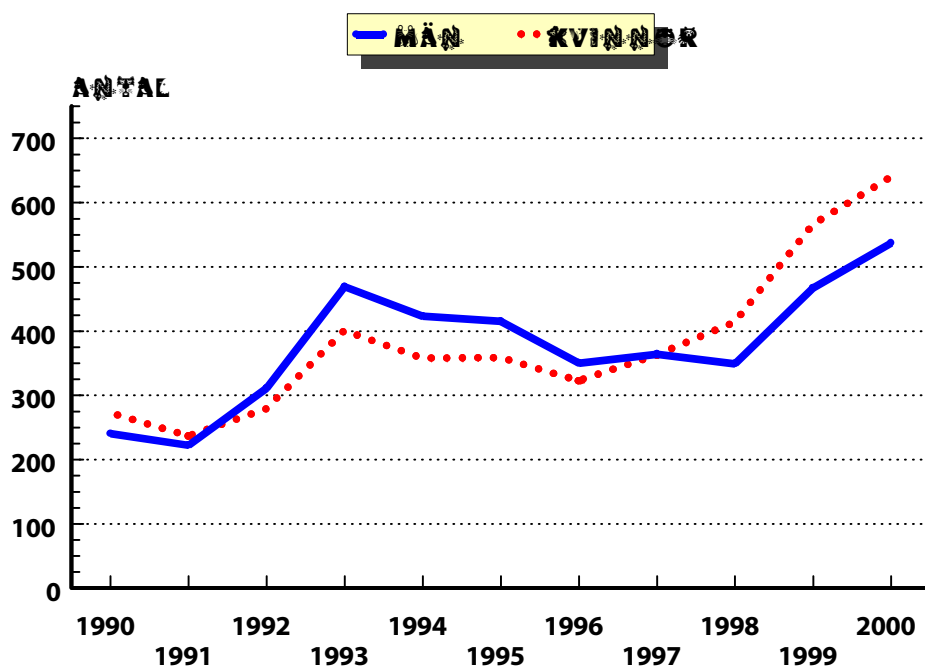
Antalet anmälda arbetsskador och arbetsorsakade besvär har också ökat. En kraftig ökning märks av besvär till följd av stress och andra psykiska påfrestningar. Dessa besvär drabbar i hög grad hälso- och sjukvårdsspecialister och lärare. En ökning av antalet sjukskrivna lärare bekräftas också från flera försäkringskassor.

## Det sker också en ökning av antalet sjukskrivna som saknar arbete

En annan tendens under 1990-talet är att gruppen långtidssjukskrivna som saknar arbete har ökat. Mer än var femte långtidssjukskriven saknar i dag anställning.

Försäkringskassan i Västernorrland har årligen gjort en studie över pågående sjukfall och också noterat vilka av de sjukskrivna som saknade anställning. Vid den senaste undersökningen i februari 2000 uppgick denna gruppen till 21 procent totala antalet långtidssjukskrivna.

*Figur 4. Antal personer sjukskrivna >30 dagar i februari resp. år som också saknade anställning (Västernorrlands län).*



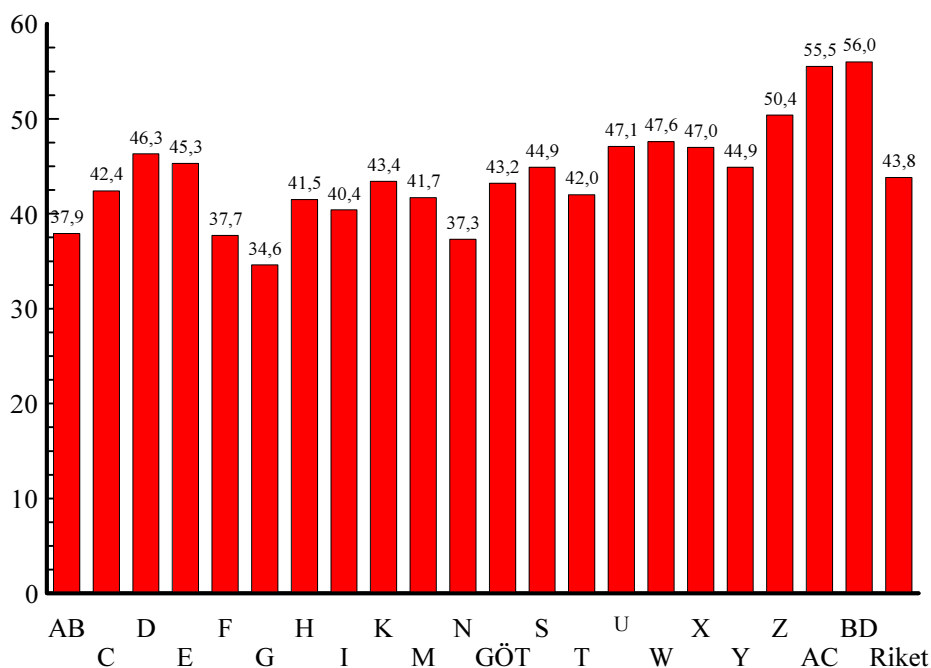
Figuren visar en viss ökning under de senaste två åren efter att ha legat på ungefär samma nivå sedan 1992–1993. Jämfört med februari 1990 är det nu mer än dubbelt så många som är sjukskrivna och som saknar arbete.

## De regionala skillnaderna är stora och uppgår i vissa fall till 60 procent

Utredningen har också kunnat konstatera att sjukfrånvaron är regionalt ojämnt fördelad. Dessa skillnader mellan högsta och lägsta ohälsotal har också blivit större under 90-talet.

Nedanstående diagram i figur 5 visar det så kallade ohälsotalets fördelning över landet år 1999. Såsom framgår har försäkrade i Kronoberg (G) lägst ohälsotal med 34,6 ersättningsdagar. Det län som har högst tal är Norrbotten (BD) med 56,0 ersättningsdagar. Skillnaden mellan högst och lägst är således hela 21,4 dagar eller 60 procent.

Figur 5. Ohälsotalet\* 1999 fördelat på län.



\*Ohälsotalet är ett sammanfattande försäkringsmått på utbetalningar av ersättning för inkomstbortfall från socialförsäkringarna (arbetskadestjukpenning, rehabiliteringsstjukpenning, förebyggande sjukpenning, sjukersättning vid utbildningsbidrag, dagar med förtidspension och dagar med sjukbidrag). Ersatta dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i ohälsotalet.

Vad beror då dessa skillnader på? Ålderssammansättningen i länen är olika och har betydelse men kan på intet sätt helt förklara dessa stora regionala skillnader. Inte heller kan näringslivets struktur eller arbetsmarknaden förklara skillnader mellan exempelvis Västernorrland (44,9) och Västerbotten (55,5) eller Norrbotten (56,0). Skillnaden mellan exempelvis Kronoberg (34,6) och Kalmar (41,5) eller Östergötland (45,3) kan knappast heller förklaras av lärens arbetsmarknadsstruktur.

Till viss del kan skillnader uppkomma som beror på skillnader i sjukvården och i rehabiliteringsutbudet eller att en sjukskriven person idag sällan får möjlighet till rehabilitering utanför hemorten eller länet. Enligt min bedömning finns emellertid viktiga förklaringar till skillnaderna i olika attityder till sjukförsäkringen i olika regioner, inom resp. försäkringsadministration och inom olika delar av hälso- och sjukvården. Min slutsats blir därför att dessa regionala skillnader går att påverka om skillnaderna till stora delar går att förklara med resursutbud, synen på sjukfrånvaro i olika delar av landet samt att handläggningen av försäkringen varierar mellan länen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att den långvariga ohälsan ökar totalt. Skillnaderna i ohälsotal mellan män och kvinnor har också ökat kraftigt under 1990-talet, ökningen bland kvinnorna är mer än dubbelt så stor. Sjukfrånvaron ökar också mest i offentlig sektor (kommun och landsting). Även sjukskrivna som saknar arbete ökar.

Kostnaderna för sjukpenningen beräknas i år öka med 30 procent jämfört med 1999. Slutligen är de regionala skillnaderna kraftiga när det gäller ersatta dagar vid sjukdom. Ohälsotalet skiljer sig med mer än 60 procent mellan län med högst (56,0) resp. lägst (34,6) ohälsotal och har ökat under 1990-talet.

För en mer detaljerad beskrivning av sjukfrånvaron och dess utveckling hänvisas till Sjukförsäkringsutredningens delbetänkande SOU 2000:72 där sjukfrånvaron bland olika kategorier av befolkningen närmare beskrivs.

I bilaga 5 till detta betänkande redovisas en översiktlig bild av utvecklingen under 1990-talet för bl.a. sjukfrånvaro, kostnader, arbetsmarknad och de olika bidragssystemen

### 3.4 Många sjukskrivna har ett rehabiliteringsbehov som inte tillgodoses

- Behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är stort men skiljer sig beroende på hur och vem man frågar. Resultatet skiljer sig tydligt om bedömningen görs utifrån ett myndighetsperspektiv eller individperspektiv.
- Mer än 100 000 individer av de nu drygt 200 000 långtidssjukskrivna bedöms – utifrån ett individperspektiv – att vara i behov av sammansatta insatser eller arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Den rehabilitering som erbjuds kommer allt senare. Den genomsnittliga tiden till dess försäkringskassan påbörjat en arbetslivsinriktade rehabilitering har ökat med ca två månader.
- 13 procent av de som varit sjukskrivna mer än ett år påbörjade arbetslivsinriktad rehabilitering inom ett år.

#### Det är svårt att fånga in behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering

Det samlade behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är svåråtgånget av flera skäl. Dels beror det på hur man definierar begreppet, dels på vem man frågar och i vilken situation. Det kan finnas behov av rehabiliteringsinsatser bland personer med hälsoproblem och arbetshandikapp men som är i arbete, likaväl som det kan finnas rehabiliteringsbehov bland de som på grund av sjukdom inte kan arbeta. Bland ett antal anställda inom olika typer av verksamheter finns förmodligen också ett okänt behov av såväl anpassning av arbetsuppgifter som rehabiliterande åtgärder. Många skulle av hälsoskäl behöva ändra sina arbetsförhållanden, byta arbete eller minska sin arbetsinsats i syfte att minska risken för ohälsa.

Utbudet av arbetslivsinriktad rehabilitering påverkar också såväl behovstillfredsställelse som effekter. Regionala skillnader i tillgång till olika typer av insatser påverkar individers reella möjligheter att få del av det utbud finns.

För närvarande är drygt 216 500 personer sjukskrivna sedan en månad eller mer (maj 2000). Alla i den gruppen har inte behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. En stor andel kommer utan ytterligare behandling eller rehabiliteringsinsats återgå i arbete och ytterligare en grupp kommer trots försök med rehabilitering få rätt till förtidspension.



Av naturliga skäl skiljer sig också behovet mellan olika grupper av sjukskrivna. Behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering för personer sjukskrivna på grund av tumörsjukdom skiljer sig förmodligen från de sjukskrivna på grund av besvär i rörelseorganen. Rehabiliteringsbehovet för personer med psykisk sjukdom eller för personer med hudsjukdom är inte heller lika. Behoven inom en och samma diagnosgrupp varierar också. För vissa grupper, exempelvis reumatiker, är behovet av rehabiliteringsinsatser återkommande under långa perioder, ibland för resten av livet. Under vilken diagnos någon är sjukskriven eller hjälp-sökande för är enligt min mening ett alltför trubbigt och ofullständigt sätt att fånga individens rehabiliteringsbehov på.

Bedömningen av vilka behov som föreligger i det enskilda fallet skiljer sig också beroende på vem som bedömer behovet. Olika professioner, läkaren, sjukgymnasten, försäkringskassetjänstemannen, skaderegleraren arbetsterapeuten, socialsekreteraren, psykologen, kuratorn eller arbetsförmedlaren gör sinsemellan olika bedömningar. Bedömningarna görs också utifrån olika positioner. I en nyligen genomförd studie gjord vid Karolinska Institutet för att bedöma samstämmigheten av rehabiliteringsbehovet mellan olika professioner visade det sig att överensstämmelsen var obefintlig. Den sjukskrivne eller den som har ett rehabiliteringsbehov har sin bild av behovet. Den bilden behöver inte alltid överensstämma med professionens bedömning.

Under de senaste åren har flera olika försök att uppskatta omfattningen av rehabiliteringsbehov eller av samordning och samverkan kring rehabilitering gjorts. Resultaten skiljer sig tydligt om bedömningen görs utifrån ett myndighetsperspektiv eller om bedömningen görs utifrån ett individperspektiv.

Under utredningstiden har jag dessutom tvingats konstatera att ingen av de statliga berörda/ansvariga myndigheterna (RFV, SoS, AMS) eller vårdhuvudmännen (landsting/kommuner) hittills på ett enkelt sätt lyckats beskriva den samlade behovsbilden av stöd från samhället vid arbetslivsinriktad rehabilitering. En förklaring till detta är tyvärr de olika sätt som myndigheter och organisationer grupperar behov, åtgärder och individer. Avsaknad av en gemensam uppfattning om behovsbilden försvårar såväl samverkan som möjlighet att bygga ut resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utredningens ambition är att – trots dessa svårigheter – utifrån ett individperspektiv försöka uppskatta hur stort antal individer som har behov av arbetslivsinriktade insatser för att komma (åter) i arbete.

När det gäller begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kommer det att närmare beskrivas i ett kommande avsnitt. Jag vill dock redan här nämna att begreppet i princip omfattar alla rehabiliteringsinsatser från det att någon skadat sig eller insjuknat i någon sjukdom som krä-

ver åtgärder utöver medicinska behandling. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan ses mer som en process över tid som inbegriper såväl medicinska-, yrkesinriktade- som sociala insatser där det övergripande målet är rehabilitering till arbete. Det betyder att arbetslivsinriktad rehabilitering omfattar insatser som flera huvudmän har ansvar för. Den omfattar således utredning av behov av rehabilitering, eventuella behandlingsinsatser från vården, återhämtning, arbetsträning, i vissa fall omskolning eller kompletterande utbildning i andra fall mjukstart i arbete.

Något som ytterligare påverkar omfattningen av behovet är vilket perspektiv som gäller för bedömningen. Är det behov av insatser bedömt utifrån en särskild profession (läkare, arbetsledare, sjukgymnast, arbetsterapeut, arbetsförmedlare, socialsekreterare, rehabiliteringshandläggare, psykolog, skadereglerare, kurator m.fl.) blir det av naturliga skäl vissa begränsningar trots att ett så kallat helhetsperspektiv ska gälla. Jag har valt att skatta behovet utifrån ett individperspektiv. I kartläggningen finns exempel på båda perspektiven och det kan noteras att skillnaderna är uppenbara.

## Ca 100 000 individer har behov av mer sammansatta insatser

Hur många individer har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering? Den ovan nämnda undersökningen ger en viss fingervisning om hur svaret ser ut men den är inte tillräcklig. I utredningens diskussionspromemoria, som remissbehandlades under våren 2000, bedömdes att 2–4 gånger så många individer kunde vara i behov av insatser än vad myndigheterna bedömde. Bedömningen gjordes bl.a. utifrån vad sjuka och skadade själva uppgivit när de blivit tillfrågade vilket jämfördes med det behov bl.a. försäkringskassornas handläggare bedömt utifrån gällande regler.

Remissinstanserna svar har i stort speglat det perspektiv man representerar. Riksförsäkringsverket konstaterar i sitt remissvar att ett av underlagen bygger på en tvärsnittsundersökning och därför kraftigt övervärderar behovet. Landstingsförbundet framför å sin sida att analyserna är otillräckliga. Handikapp- och patientorganisationer instämmer mer i utredningens beskrivning och analys av behoven. Skillnader i perspektiv förklarar förmodligen till stor del den diskrepans som finns och som kommit fram bl.a. i remissvaren.

I nedanstående redogörelse för behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering har jag därför valt några olika sätt att belysa frågan. Dels har utredningen försökt fånga upp behoven utifrån ett individperspektiv

genom enkäter och intervjuer, dels har utredningen försökt fånga upp behovet utifrån ett professions perspektiv genom att låta olika handläggare bedöma behoven. Utredningen har i huvudsak studerat den typ av besvär som är den mest vanligt förekommande (besvär i rygg och nacke samt vissa psykiska besvär) Vissa skattningar av rehabiliteringsbehov för personer med mer sammansatta problem görs också. Det underlag som utredningen grundar sina uppskattningar på återges utförligare i bilaga 5. Här nöjer jag mig med att ange slutsatserna.

I de kartläggningar som gjorts av långtidssjukskrivna kan konstateras att för åtminstone två stora grupper, sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och för de som är sjukskrivna för psykiska besvär är många berörda om vi utgår ifrån ett individperspektiv. I det följande kommer skattningarna av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering utgå ifrån att behovet ser olika ut för olika sjukskrivningsorsaker och att behovet är olika beroende på hur länge någon varit sjukskriven. Bland de individer som är sjukskrivna sedan någon eller några månader kommer många att tillfriskna enbart utifrån adekvat medicinsk behandling och därefter kunna återgå i arbete utan ytterligare stödinsatser från arbetsgivare eller samhälle. Bland de mer långvarigt sjukskrivna ser behovet annorlunda ut och är förmodligen mer omfattande.

I nedanstående tabell redovisas en grov indelning av arbetshinder utifrån den senaste rikstäckande undersökningen av pågående sjukskrivningar (4 sept. 1999). Arbetshinder fördelar sig olika beroende av hur länge sjukskrivningen varat. Sjukskrivning på grund av graviditetsbesvär är exempelvis vanligare vid kortvariga sjukskrivningar än vid långvariga. Vid en bedömning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är det nödvändigt att ta hänsyn till detta.

*Tabell 2.* Olika arbetshinders andel av pågående sjukskrivning 4 sept. 1999 fördelade på olika sjukskrivningslängd (dagar) i procent.

Arbetshinder	0-59	60-179	180-364	365-
Rörelseorganen	41	43	50	51
Graviditet	5	3	1	0,1
Astma hud	4	3	2	3
Hjärt- kärlbesvär	4	7	6	6
Skador	6	5	3	3
Psykisk sjukdom, missbruk	19	22	21	20
Tumörer	3	4	5	4
Annan sjukdom	18	13	12	13
Total	100	100	100	100

I den skattning som görs nedan av behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bland sjukskrivna mer än 30 dagar har jag i huvudsak utgått från en specialstudie om behovet av rehabilitering bland personer med besvär i rygg och nacke. Studie har gjorts med hjälp av Riksförsäkringsverket (jfr bilaga 5). Vid en månads sjukskrivning fick individen själv bedöma behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Efter 28 dagars sjukskrivning bedömde 55 procent av de sjukskrivna att de hade ett sådant behov. För övriga gällde att de inte behövde några åtgärder. Behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är olika vid olika tidpunkter och olika för de olika arbetshindren. För att inte överskatta behovet har utredningen därför antagit för flertalet arbetshinder att 55 procent har ett sådant behov men inte ökat andelen ju längre sjukskrivningen pågått.

För vissa typer av besvär har utredningen bedömt att inget eller ett mindre behov av arbetslivsinriktad rehabilitering finns, exempelvis för sjukskrivning på grund av graviditetsbesvär.

I nedanstående tabell 3 har använts det genomsnittliga antalet avslutade sjukperioder under 1990-talet. I genomsnitt har under perioden mer än 370 000 sjukskrivningsperioder/år avslutats som varat 30-dagar eller mer. Drygt 150 000 av dessa avslutade sjukskrivningar har varat mellan 1–2 månader.

*Tabell 3.* Genomsnitt av antal avslutade sjukperioder i olika sjukfallslängder som överstiger 30 dagar.

Arbetshinder	30-59	60-179	180-364	365-	Total	Behov
Rörelseorganen	64 288	53 019	19 550	25 959	162 816	89 549
Graviditet	7 840	3 699	391	51	11 981	0
Astma hud	6 272	3 699	782	1 527	12 280	6 140
Hjärt- kärlbesvär	6 272	8 631	2 346	3 054	20 303	10 152
Skador	9 408	6 165	1 173	1 527	18 273	9 137
Psykisk sjukdom, missbruk	29 792	27 126	8 211	10 180	75 309	37 655
Tumörer	4 704	4 932	1 955	2 036	13 627	3 407
Annan sjukdom	28 224	16 029	4 692	6 617	55 562	13 891
Total	156 800	123 300	39 100	50 900	370 100	169 929

Gör vi på motsvarande sätt en beräkning för pågående sjukskrivningar i december 1999 får vi en skattning av antalet individer som vid en speciell tidpunkt bedöms ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. I nedanstående tabell har inte heller behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering räknats upp för de riktigt långa perioderna.

Tabell 4. Bedömt antal individer i pågående långtidssjukskrivningar med behov av arbetslivsinriktad rehabilitering (dec. 1999).

Arbetshinder	0-59	60-179	180-364	365 -	Total	Behov
Rörelseorganen	11 603	25 929	21 450	37 128	96 110	52 861
Graviditet	1 415	1 809	429	73	3 726	0
Astma hud	1 132	1 809	858	2 184	5 983	2 992
Hjärt- kärlbesvär	1 132	4 221	2 574	4 368	12 295	6 148
Skador	1 698	3 015	1 287	2 184	8 184	4 092
Psykisk sjukdom, missbruk	5 377	13 266	9 009	14 560	42 212	21 106
Tumörer	849	2 412	2 145	2 912	8 318	2 080
Annan sjukdom	5 094	7 839	5 148	9 464	27 545	6 886
Total	28 300	60 300	42 900	72 800	204 300	96 163

Vid en samlad bedömning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering utifrån ett individperspektiv är min bedömning att mer än 100 000 individer av de pågående drygt 200 000 långtidssjukskrivna har ett behov av mer sammansatta insatser än bara medicinsk behandling. Utöver denna uppgift kommer den försäkring som jag föreslår också att få ett ansvar för att skynda på att aktiva insatser kommer till stånd i alla sjukfall, vilket kommer att beröra ytterligare ett antal individer.

### Arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas allt senare

Det faktum att många individer har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering skall ställas i relation till att få långtidssjukskrivna personer får sådana insatser och att insatserna dessutom kommer allt senare.

I en särskild studie av RFV och försäkringskassorna jämfördes sjukfall som varat 60 dagar eller mer. Individerna har sedan följts ett år som längst. Undersökningen visar att endast 13 procent av de långtidssjukskrivna individer, som varit sjukskrivna mer än ett år, påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering inom ett år.

Andra slutsatser från undersökningen är att de arbetslivsinriktade åtgärderna kommer igång allt senare. Den genomsnittliga tiden till dess att försäkringskassan påbörjar en arbetslivsinriktad åtgärd har under 1990-talet förlängts med nästan två månader. Under åren 1991–1993 var den genomsnittliga tiden ca fyra månader medan den år 1998 hade ökat till drygt sex månader.

Av undersökningen framgår också att andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna har ökat och att utbildning som rehabiliterings-

åtgärd har halverats från perioden 1991–1993 jämfört med 1998. Andelen som påbörjat utbildning som rehabiliteringsåtgärd sjönk under perioden från 14 procent till 6 procent trots att just utbildning visat sig vara en betydelsefull åtgärd.

### Mer rehabilitering leder till färre förtidspensioner

I en uppmärksamstudie utförd vid Karolinska Institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, enheten för personskadeprevention, har utvärderats rehabilitering av patienter med kranskärslsjukdom, patienter med astmasjukdom och patienter med besvär från ryggkotpelaren. Av resultaten framgår att en mer omfattande rehabilitering krävs för att uppnå effekter i gruppen med ryggbesvär. Bland de som förtidspensionerats eller varit långtidssjukskrivna för luftvägssjukdomar var det få som genomgått rehabilitering, trots att de själva ansett sig vara i behov av sådan. Effekter av rehabilitering och förebyggande insatser för sjukskrivning och förtidspension i gruppen med kranskärslsjukdom visade sig först året efter behandlingsåret jämfört med en kontrollgrupp.

En samlad bedömning av forskningsgruppen är att ca 50 000 förtidspensioner hade kunnat undvikas om en fördjupad rehabilitering hade kommit till stånd. Metodiken finns men insatserna har inte organiserats runt om i landet.

### 3.5 Utbudet av rehabilitering är otillräckligt och ojämnt fördelat

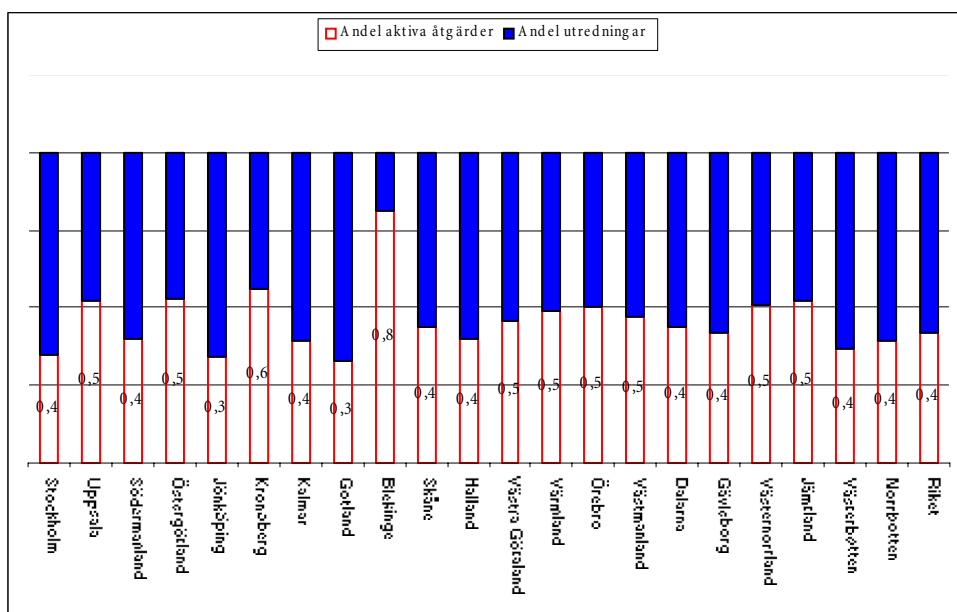
- Mindre än hälften av försäkringskassornas i och för sig relativt begränsade medel för köp av arbetslivsinriktade tjänster används till aktiva åtgärder.
- Utbudet av rehabiliteringstjänster och aktiva insatser varierar kraftigt över landet dels mellan olika kommuner, dels mellan stad och land.
- Lämpliga rehabiliteringsåtgärder saknas på många orter för psykiskt funktionshindrade, stress m.m.

## Mindre än hälften av försäkringskassornas medel för köp av tjänster används till aktiva åtgärder

I den kartläggning som utredningen gjorde hösten 1999 i samarbete med Försäkringskassoförbundet och försäkringskassorna kunde konstateras att det i november 1999 fanns drygt 650 olika avtal träffade mellan försäkringskassorna och de nu drygt 350 olika producenterna av arbetslivsinriktad rehabilitering. Avtalen omfattar i huvudsak kartläggning av behov, aktiverings- och träningsprogram, arbetsprövning och utbildning.

Huvuddelen av avtalen är inriktade på kartläggning av behov av rehabilitering. Vid en genomgång av drygt 16 000 olika köp av tjänst för arbetslivsinriktad rehabilitering 1999 kan noteras att mindre än hälften av köpen avsåg aktiva åtgärder. 58 procent av de köpta tjänsterna avsåg utredningar kring förutsättning för arbetslivsinriktad rehabilitering eller underlag för bedömning av rätten till sjukpenning. Endast sex försäkringskassor använder mer än hälften av tilldelade medel för aktiv åtgärder. Fördelningen framgår nedan av figur 6.

Figur 6. Fördelning av köp av tjänst 1999.



Källa: RFV.

Kartläggning av behov för personer med besvär i rörelseorganen är vanligast. På en öppen fråga till försäkringskassorna om vad som saknas framkommer att flera kassor saknar utbud av rehabiliteringstjänster som kan ta sig an personer med sammansatta problem, språkproblem, psykosomatiska besvär och stressrelaterade sjukdomar. Det saknas även utbud för hjärtrehabilitering och program för gravt överviktiga.

Antalet avtal i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) är i genomsnitt ca 100. För övriga kassor är det genomsnittliga antalet avtal 22.

Antalet avtal är visserligen inget bra mått på hur utbudet av arbetslivsinriktad rehabilitering ser ut, men ger ändå en viss fingervisning om att utbudet förmodligen är mer differentierat i storstäderna än landet i övrigt.

## Utbudet varierar kraftigt

Försäkringsbolaget SPP bedriver sedan några år ett särskilt affärsområde inom ramen för den kollektivavtalade sjukförsäkringen för privata tjänstemän m.fl. I samarbete med arbetsgivare och försäkringskassa förmedlar och delfinansierar SPP arbetslivsinriktad rehabilitering. SPP kartlägger därför regelmässigt rehabiliteringsproducenter runt om i landet. Den senaste kartläggningen, som gjordes under andra halvåret 1999, begränsades i huvudsak till internatbaserad arbetslivsinriktad rehabilitering och visade att det finns ett 60-tal internatbaserade anläggningar i landet. Enligt SPP:s sammanställning erbjuder merparten av de internatbaserade producenterna rehabilitering eller utredning för personer med besvär i rörelseorganen. Av sammanställningen framgår att internatbaserad rehabilitering inte finns i varje län även för så stora sjukdomsgrupper som rörelseorganen och psykiska besvär. Ett mindre antal aktörer är specialiserade på stressrelaterade sjukdomar som enligt SPP är ett växande problem för deras försäkrade.

Hjärt- och lungsjukas riksförbund har för andra gången genomfört en rikstäckande kartläggning av rehabiliteringsverksamheten för patienter med kranskärslssjukdom. Den första kartläggningen genomfördes 1996 och den andra 1999. Sammanlagt har 78 sjukhus med primärt rehabiliteringsansvar för personer med kranskärslssjukdom deltagit i undersökningen. Föreningen skriver att det är ”väl belagt att dagens mediciner och kirurgiska ingrepp, som by-pass operation eller ballongvidgning, påverkar symptomen. För att påverka själva orsaken till sjukdomen måste det till livsstilsförändringar på områden som rökning, kost motion och stress”. Undersökningen 1999 visade på stora regionala skillnader i vad som erbjuds patienterna i samband med konsta-



terad hjärtsjukdom. Inom samma landsting finns stora variationer kring rehabiliteringen av denna grupp av patienter. Riksförbundet kommer under den kommande perioden med undersökningen som grund arbeta vidare lokalt för att höja kvaliteten och utbudet i rehabiliteringen för denna grupp. En ny undersökning kommer att genomföras år 2002.

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) har under våren 1999 gjort en uppföljning av yrkesinriktad rehabilitering vid Arbetsmarknadsinstitut med särskilda resurser (AMI-S) som visar var utbud finns, men inte när och hur behoven tillfredsställs. Uppföljningen visar att särskilda resurser för hörselskadade finns på fem orter i landet. Upptagningsområdet omfattar flera län. För döva arbetssökande finns särskilda resurser på ett ställe i landet (Uppsala). För synskadade och för rörelsehindrade finns resurser lokaliserade till nio orter.

Resurser för service till arbetssökande med psykiska, intellektuella och socialmedicinska handikapp finns i alla län.

AMS konstaterar att resurstäckningen för synskadade och psykiskt arbetshandikappade har den högsta behovstäckningen. De särskilda resurserna för rörelsehindrade är inte dimensionerade för att täcka servicebehovet för hela målgruppen. För handikappgrupperna hjärt- och lungsjuka (3 %) och andra somatiska arbetshinder (20 %) finns inga särskilda resurser överhuvudtaget när det gäller yrkesinriktad rehabilitering. Det kan samtidigt noteras att länsarbetsnämnderna nu omorganiserar och integrerar AMI-kompetensen i organisationen för handledning/rådgivning i allmänhet. Vilken effekt det får på särskild kompetens för funktionshindrade är svårt att nu bedöma.

Riksförsäkringsverket (RFV) har utvärderat rehabiliteringen för psykiskt funktionshindrade. En av slutsatserna av den utvärderingen var att den enskildes bostadsort i regel avgör om han eller hon erbjuds lämpliga arbetslivsinriktade åtgärder. Över 60 procent av de som svarade på RFV:s enkät uppgav att det endast i liten utsträckning eller inte alls fanns lämpliga rehabiliteringsåtgärder för psykiskt funktionshindrade på orten.

Socialstyrelsens konstaterar i sin utvärdering av Psykiatrireformen (Välfärd och valfrihet? SoS 1999:1) att en del utvecklingsarbete pågår i landet men att det fortfarande finns stora regionala skillnader. Även i en tidigare utvärdering av den specialiserade psykiatrins innehåll och kvalitet (SoS 1998:8) konstateras att den psykiatriska vårdens utformning, innehåll och kvalitet varierar i landet. Specialistläkare inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som i allmänpsykiatri saknas särskilt utanför storstäderna.

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att resursutbudet varierar kraftigt över landet, dels mellan olika kommuner, dels mellan stad och land. För sådana sjukdomsgrupper som besvär i rörelseorga-

nen och psykiska sjukdomar är utbudet ojämnt mellan olika delar av landet. Utbudet är även ojämnt för de grupper som är i behov av rehabilitering för hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns en över hela landet växande efterfrågan på utbud av tjänster för att klara av mer sammansatta problem och rehabilitering av personer med stressrelaterade besvär. När det gäller dessa besvär saknas fortfarande både utbud och metoder. Vidare kan konstateras att det genomgående saknas systematiska beskrivningar om väntetider för olika insatser, utbud av rehabiliteringsproducenter och efterfrågan när det gäller olika typer av rehabilitering.

### 3.6 Väntetider inom sjukvården försenar rehabilitering

- Enligt en mindre undersökning som utredningen gjort framgår att den genomsnittliga väntetiden för ryggbedömning vid landets samtliga ortopedkliniker är 6 månader (3–18 månader). En stor del av individerna är under väntetiden sjukskrivna.
- Landstingsförbundets väntetidsbas visar på stor variation över landet när det gäller väntetider till dels mottagningar, dels behandlingar. Väntetiderna för personer utan förtur varierar mellan 0–150 veckor.

Väntetider i sjukvården är ett växande problem som diskuterats alltmer under de senaste åren. Att bättre kunna redovisa väntetider inom olika medicinska specialiteter och mellan olika sjukvårdshuvudmän är enligt utredningen nödvändigt av flera skäl. Dels för att kunna göra prioriteringar och bättre planering av vården men också för att patienter ska få ökade möjligheter till aktuell information om väntetider i vården. Motsvarande behov av kunskaper om tillgänglighet eller utbud finns för exempelvis rehabilitering av missbrukare eller psykiskt funktionshindrade.

Utredningen genomförde under hösten 1999 en mindre undersökning av väntetider för ryggbedömning vid landets samtliga ortopedkliniker. Av de svar som inkommit kan konstateras att den genomsnittliga väntetiden för bedömning är 6 månader (3–18 mån). En stor del av individerna var sjukskrivna under väntetiden.

I sammanhanget kan också nämnas en mindre stickprovsundersökning vid centrallasarettet i Växjö som genomförts under november 1999. Av undersökningen framkom att 15 procent av de individer som stod i kö för operation av ortopedisk eller kirurgisk åkomma var sjuk-

skrivna. I minst en femtedel av fallen förväntades sjukskrivningen påverkas av operation. Försäkringens kostnader för individerna beräknades till 875 000 kr och själva ingreppen beräknades till 125 000 kr. I en annan undersökning vid ortopedkliniken i Västerås var drygt 40 procent av de som stod i sjukvårdsskö sjukskrivna.

Inom Landstingsförbundet pågår det för närvarande ett projekt med syfte att skapa en nationell väntetidsdatabas för information och uppföljning av vårdens tillgänglighet. Databasen, som är under uppbyggnad, redovisar sedan några månader väntetider inom olika specialiteter.

I bilaga 5 redovisas för ett urval väntetider för olika specialiteter som berör rehabilitering. Generellt gäller att man bör vara försiktig vid tolkningen av dessa siffror eftersom det råder betydande osäkerhet om hur pass jämförbara uppgifterna är. Det gäller främst jämförelser mellan olika sjukhus. Några slutsatser som kan dras är emellertid att väntetider till mottagningar och behandlingar varierar stort över landet. Väntetider till mottagning/undersökningen ligger på 2–104 veckor, medelvärdet är 30 veckor. När det gäller väntetider för behandling varierar dessa mellan 0–150 veckor, medelvärde strax under 30 veckor. De nu angivna uppgifter gäller patienter utan förtur.

Enligt utredningens mening bör väntetiderna inom sjukvården kunna kortas, t.ex. med bättre bemanning och högre effektivitet i hälso- och sjukvården samt snabbare handläggning av de medicinska bedömningarna. Här är det viktigt att ny kunskap om såväl undersöknings- som behandlingsmetoder sprids. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i sin senaste rapport "Ont i ryggen ont i nacken" pekat på att vanlig röntgen "tillför föga av betydelse" under den första månaden av ryggsmärta. Många patienter ställs i dag tidigt i kö för att röntga ryggen trots att den kliniska nyttan är svag eller saknas helt.

### 3.7 Arbetsgivaren behöver stöd i rehabiliteringsarbetet

- Små och medelstora företag behöver professionellt stöd i sitt rehabiliteringsarbete.
- Företagshälsovården kan komma att spela en viktig roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

I samband med beskrivning och kartläggning av behov av olika slag inom detta område kan det lätt framstå som att ingenting fungerar och att allt som görs är fel. Jag vill därför inleda med att efter diskussioner med parter, olika berörda och intryck via utredningens enkäter uttrycka

att mycket av det som görs ute på olika arbetsplatser görs bra. Detta arbete innebär betydande insatser för att människor ska kunna fortsätta arbeta trots besvär och olika typer av funktionshinder. Tyvärr vet vi alltför lite om omfattningen av dessa vardagliga insatser. Möjligheten att göra verkningsfulla insatser varierar också med vilka resurser som arbetsplatsen har tillgång till och arbetsplatsens erfarenheter av arbetslivsinriktad rehabilitering. Vid exempelvis små arbetsplatser med 1–20 anställda inträffar en rehabiliteringssituation mindre ofta än vid en stor arbetsplats. Min utgångspunkt har därför varit att behovet av professionellt stöd vid de minsta arbetsplatserna är stort. Hur det ser ut vid mindre och medelstora arbetsplatser vet vi däremot mindre om.

Utredningen har därför genomfört en kartläggning av små och medelstora företags behov av stöd i samband med en rehabiliteringssituation. En telefonintervju genomfördes under april 2000 med sammanlagt 250 arbetsgivare. Majoriteten (75 %) av de intervjuade arbetade på företag med 20–99 anställda. En utförligare redovisning av denna undersökning finns i bilaga 5.

Så många som 90 procent av de intervjuade sade sig ha behov av professionellt stöd i samband med en rehabiliteringssituation. Hjälp att göra rehabiliteringsutredningar var en av de insatser som efterfrågades mest.

Vidare kan noteras från undersökningen att de flesta (79 %) hade tillgång till företagshälsovård. Av dessa ansåg ca 80 procent att stödet därifrån var tillräckligt.

I undersökningen ingick även ett antal öppna frågor kring rehabiliteringsarbetet. Av svaren kan följande slutsatser dras:

- förebyggande insatser är viktiga,
- ett ökat samarbete med försäkringskassan är angeläget,
- företagshälsovårdens roll är viktig,
- nuvarande ansvarsfördelning ifrågasätts. Mer ansvar bör i stället ligga på försäkringskassan,
- försäkringskassan är den naturliga myndigheten att vända sig till i en rehabiliteringssituation.

En annan undersökning som kan nämnas i detta sammanhang är Arbetskyddsstyrelsens särskilda utvärderingsprojekt kring arbetsgivares erfarenheter av samverkan mellan Yrkesinspektionen och Försäkringskassan. Sammanlagt 900 intervjuer med arbetsställen i olika kategorier genomfördes under hösten 1999. Utöver detta har även ett antal djupintervjuer genomförts med arbetsgivare. Av de intervjuade arbetsgivarrepresentanterna ansåg ca hälften att de hade ganska goda kunskaper om frågor kring arbetsanpassning och rehabilitering. Kunskaperna

minskade med företagsstorlek. I djupintervjuerna framkom att flertalet av dem som intervjuades ansåg att de inte själva hade tillräcklig kunskap beträffande arbetsanpassning och rehabilitering. Det berodde dels på tidsbrist och tung arbetsbelastning, dels på att man hade få ärenden vilket medförde en relativt lång tid för att bygga upp en erfarenhetsbank. Inte heller verkar dess frågor att ingå i alla ledarskapsutbildningar.

När det gällde kontakter med myndigheter hade arbetsgivarna lite olika erfarenhet av yrkesinspektionen, försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Vid arbetsplatser som saminspekterats (yrkesinspektionen och försäkringskassan) var kunskaperna om gällande regler bättre. Dessa arbetsplatser hade dessutom i större utsträckning särskilda resurser avsatta för detta arbete.

Vidare upplevdes kontakterna med sjukvården som problematiska. Det var inte ovanligt att man erfarit oenighet mellan olika läkare om vad en person klarar av. I många fall tyckte arbetsgivarrepresentanterna att det var bättre om läkare från företagshälsovården fick bedöma vad en person klarar av eftersom företagshälsovården kan sätta individens situation i relation till vad arbetet kräver.

När det gäller ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och det offentliga svarade de flesta att det var rimligt att arbetsgivaren tar ett stort ansvar för anpassning och rehabilitering av anställda. Slutligen framkom av intervjuerna att tidsramarna för rehabiliteringsutredningarna var i snävaste laget. Utredningen skall skickas till försäkringskassan inom åtta veckor från det sjukfallet inleds. Det efterlystes också utbildning från försäkringskassan om hur man ska göra rehabiliteringsutredningar.

## 4 Arbetslivets förändring mot 2010-talet

I föregående kapitel redogjordes för vilka hjälp- och stödbehov som finns idag. Hur ser då det framtida behovet ut? Frågan vill jag försöka besvara i detta kapitel där utredningen inledningsvis konstaterar att arbetslivet fortsatt mot 2010-talet kommer att präglas av ett starkt omvandlingstryck.

Utredningen pekar först på vilka förändringar som är att vänta när det gäller arbetsmarknadens krav. Därefter redogörs för de demografiska förändringarna. Kapitlet avslutas med utredningens slutsatser när det gäller rehabiliteringsbehovets innehåll.

### 4.1 Förändringarna på arbetsmarknaden ställer nya krav

- Arbetslivet fortsatt mot 2010-talet kommer att präglas av ett starkt omvandlingstryck som riskerar att få konsekvenser i form av bl.a. ökad stressrelaterad belastning på individen, oavsett om individen står inom eller utanför arbetsmarknaden.
- Betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för ohälsan kommer att öka även fortsättningsvis.
- Kraven, t.ex. i form av kompetens och flexibilitet, kommer att öka för alltfler i arbetslivet genom strukturomvandling och teknikutveckling.

Utredningens kartläggning visar att arbetslivet fortsatt mot 2010 kommer att präglas av ett starkt omvandlingstryck, vilket inte i sig behöver vara negativt. Stressrelaterad belastning på individen kommer dock troligen även fortsättningsvis att bli en av konsekvenserna, oavsett om individen står inom eller utanför arbetsmarknaden. Betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för den arbetsrelaterade ohälsan kommer därför att öka även fortsättningsvis. Kraven kommer

också att ändra karaktär för allt fler i arbetslivet genom struktur-  
omvandling och teknikutveckling. Vidare kan hög ekonomisk tillväxt  
antas ha en mera gynnsam effekt på arbetsvillkor och arbetsmiljö än låg  
tillväxt, främst när det gäller fysisk arbetsbelastning, anställnings-  
villkor och möjligheter till påverkan och inflytande. Samtidigt kan det  
antas att hög ekonomisk tillväxt leder till mera tidspress och högre  
mentala krav i arbetet och kan även antas skapa större spänningar mel-  
lan arbetsrollen och familjerollen

När det talas om morgondagens samhälle avses villkor och känne-  
tecken som alltmer framträder i det framväxande arbetslivet och som  
varit mindre eller rent av frånvarande under den tidigare mer traditio-  
nella epoken industrisamhället. Kännetecknande för industrisamhället  
är ofta hierarkiskt uppbyggda arbetsorganisationer med fasta strukturer  
där det som individ gäller att finna sin position och plats. Grovt var  
individens villkor att hitta "sin ruta" och under lång tid (kanske hela  
arbetslivet) verka där och följa givna befattningsbeskrivningar och  
order från chefen. Det som alltmer bryter fram inom ramen för det s.k.  
postmoderna samhället kännetecknas av nätverk eller nätverksliknande  
arbetsorganisationer där det för individen gäller att kunna hantera fly-  
tande samband och anpassa sig efter skiftande roller och tillstånd. Kra-  
vet att göra sig gällande och agera utifrån obefintliga eller diffusa  
befattningsbeskrivningar har ökat påtagligt.

Utvecklingstendenserna för individen mot framtida behov och krav i  
arbetslivet kan sammanfattas enligt följande:

- från utförare till utforskare
- kreativt inställd på att själv lösa problem
- oberoende
- ivrig efter nya erfarenheter
- inställd på att ställa om sig
- fascinerad inför möjligheterna
- social kompetens
- fri från statustänkande
- förberedd på att man inte kan vara förberedd
- det blir viktigare att veta varför istället för hur

En annan viktig aspekt av arbetslivets villkor och förutsättning för  
individen att vara produktiv, kreativ och må bra är upplevelsen av  
sammanhang. Denna aspekt kan indelas i tre underbegrepp. För det  
första är det en fråga om begriplighet. Den kognitiva komponenten,  
upplevelse av ordning, konsistens, struktur och klarhet utgör den ena  
polen, vars motsats är kaos, oordning, slumpmässighet och obegriplig-  
het.

Det andra underbegreppet handlar om hanterbarhet, vilket innebär den subjektiva upplevelsen av att ha eller sakna tillräckliga resurser för att möta olika situationer i livet. Resurserna kan vara både egna och andras. Motsatsen till hög känsla av hanterbarhet är upplevelsen av att vara ett offer, som är utsatt för ödet.

Det sista begreppet är meningsfullhet. Emotionell upplevelse av att en del av de krav och svårigheter som ställs på oss är värda att investera energi i, är utmaningar snarare än bördor. Graden av meningsfullhet sammanhänger med upplevelsen av delaktighet i det som sker istället för att se sig själv som en utanförstående betraktare.

Det finns en inbördes ordning mellan dessa tre komponenterna. Den motivationsskapande komponenten meningsfullhet är den mest centrala. Därefter följer begriplighet och hanterbarhet. En situations hanterbarhet beror på begriplighet av denna. Utan känslan av meningsfullhet blir dock varken begripligheten eller hanterbarheten särskilt långvariga. Att exempelvis begripa motiven bakom en omorganisation gör att vi enskilt kan hantera denna förändring bättre än om den förefaller obegriplig. Ges vi dessutom möjlighet att vara delaktiga och påverka så motiveras vi som individer att aktivt bidra till lösningarna av den uppkomna situationen.

En rad studier har visat att individer med hög känsla av sammanhang har bättre hälsa, såväl fysiskt som psykiskt. Detta bör naturligtvis vägas in när framtidens arbetsliv organiseras liksom hur individen ges möjlighet att relatera till och påverka sin situation i den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen.

Utredningens kartläggning om det framtida arbetslivet mot 2010 visar på följande sammanfattande slutsatser:

- Fortsatt starkt omvandlingstryck i arbetslivet.
- Relativt sett hög eller högre grad av omställningsstress och otrygghet.
- Färre personer kommer att arbeta direkt i traditionella industri- miljöer.
- Fler kommer att arbeta inom kontors-, service- och vårdmiljöer.
- Kompetenskraven fortsätter att höjas för såväl inträde till som fortsatt anställning i arbetslivet. (Vi närmar oss ett "ständigt lärande".)
- Differentiering av arbetskraften i en centrum- periferi struktur dvs. en inre kärna av fast anställda personer med hög kompetens och attraktionsvärde och en grupp av kontraktsanställda på tidsbegränsning och i yttersta periferin personal vilka går in och ut kopplat till toppar och dalar i produktionsvolym.
- Mindre grad av självreglering bibehåller sannolikt det förhållande att privata verksamheter tycks ha lättare än offentliga att reducera



alternativt expandera sin verksamhet i förhållande till yttre efterfrågan.

- En fortsatt hög andel av arbetskraften (25–30 %) som i rehabiliteringssammanhang inte har en ”tydlig arbetsgivare” (egenföretagare och tillfälligt anställda).
- Kravet på flexibilitet kommer att vara stort. Det gäller både arbetsituationen med nya uppgifter och att lära sig ny teknik – nytt kunnande och att upprätthålla sitt kunnande.
- Fortsatt stark internationalisering/globalisering som i sin tur leder till ökade krav på språkkunskaper. Det blir ofta längre till ”ägaren” och hårdare konkurrens. Utrymme för extra kostnader i Sverige för arbetsmiljö och rehabilitering blir inte ”lätsålda” till att börja med.
- Arbetskraften blir äldre. Detta medför högre sjukfrånvaro och högre ryckighet i produktionen samt ibland svårare att ta till sig ny teknik.
- Den genomsnittliga anställningstiden minskar. Fler personer som är sköra eller funktionshindrade får allt svårare att konkurrera på arbetsmarknaden.

Jag kan mot denna bakgrund konstatera att framtidens krav och villkor i ett tioårsperspektiv förstärker många av de tendenser som representeras av ett individperspektiv. Individen, oavsett om denna står utanför arbetsmarknaden eller inte, förväntas i denna framtid ta egna initiativ och beslut, bidra med sin kreativitet till utvecklingen på arbetsplatsen, vara rustad och kompetent att lyssna på kunder och klienter och utveckla sin sociala och kommunikativa kompetens såväl mot kunder som inåt organisationen. För många individer med sviktande hälsa och/eller handikapp kan denna utveckling te sig särskilt tuff och konsekvenserna kan bli att ännu fler ställs utanför arbetslivet. Det innebär alltså att färre kommer att orka arbeta ett helt arbetsliv. Enligt min mening bör därför dessa villkor och förväntningar som nu redogjorts för tas tillvara i organisationen och innehållet i en framtida arbetslivsinriktad rehabilitering om den skall kunna fungera för de många individerna med olika behov.

## 4.2 Demografiska förändringar ökar trycket

- År 2010 går det endast två i yrkesverksam ålder på varje person över 60 år. I slutet av 1990-talet var kvoten 2,5.
- Utan att risken för förtidspension ändras kan det räknas med en ökning av antalet sjukfall och förtidspensioner enbart på grund av demografiska skäl.
- Ytterligare nästan 8 000 personer per år kommer att beviljas förtidspension de kommande åren. Dessutom tillkommer ett ökat antal pågående sjukfall över 30 dagar. Ett stort antal personer är alltså i risk för att i förtid lämna arbetslivet.

Utredningens kartläggning visar att sammansättningen av befolkningen och de i yrkesverksam ålder kommer att förändras framöver. Försörjningskvoten ändras så att färre yrkesverksamma förväntas försörja allt fler äldre. Detta illustreras av tabell 1.

Tabell 1. Befolkningsstruktur, andelar i olika befolkningsgrupper 1997, 2000 och 2010 (prognos).

	1997	2000	2010
Andelar			
0–19	24,4	24,0	22,5
20–64	58,2	58,6	58,2
65–	17,4	17,4	19,2
Försörjningskvoter			
65-/20–64	0,30	0,30	0,33
60-/20–59	0,41	0,42	0,51

Källa: SNS, Välfärdspolitiska rådets rapport 1999.

Tabellen visar att 2010 går det endast två i yrkesverksam ålder på varje person över 60 år jämfört med 2,5 i slutet av 1990-talet. Att beräkna kvoten på de över 60 år fördelat på alla mellan 20–59 år kan kanske diskuteras men är i realiteten inte fel då den faktiska pensionsåldern för stora grupper i Sverige nu i praktiken är 58 år eller lägre. Förutom att många i åldern 60–64 har beviljats förtidspension har en stor andel också lämnat arbetslivet med avtalspension eller olika former av

avgångsersättningar. Förtida uttag av ålderspension (privat eller offentligt finansierad) är också en realitet för många.

Av alla de undersökningar som gjorts för att förklara samband mellan olika faktorer och långvarig sjukskrivning eller förtidspension är det ålder som genomgående har ett högt förklaringsvärde. Ju äldre vi blir desto högre är risken för sjukdom.

Utan att risken för förtidspension ändras kan vi för en åldrande befolkning räkna med en ökning av antalet sjukfall och förtidspensioner enbart på grund av demografiska skäl. Ett bättre hälsotillstånd i befolkningen på grund av exempelvis en bättre arbetsmiljö – vilket denna utredning vill nå – kan naturligtvis minska risken för sjukfrånvaron. Ändrade förhållanden på arbetsmarknaden kan också påverka såväl hälsoläget som risken för framtida förtidspensioner.

I syfte att närmare illustrera effekterna av enbart demografiska förändringar har utredningen tagit del av några prognoser som Statskontoret gjort på uppdrag av Socialdepartementet. I tabell 2 har 1997 års förtidspensionsrisker i olika åldersgrupper vägts samman och applicerats på en framskrivning av befolkningssammansättningen.

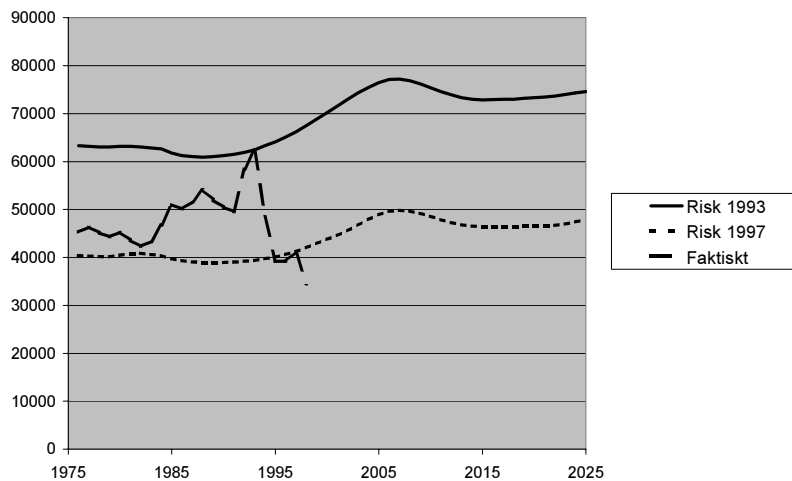
*Tabell 2.* Antalet förtidspensioneringar i olika åldrar beräknade med 1997 års risker åren 1976, 1997, 2005, 2010 (endast demografiska faktorer är beaktade).

Åldersgrupp	1976	1997	2005	2010
16 år	319	308	375	353
17–35 år	3616	3583	3348	3317
36–49 år	6708	8783	8822	9005
50–59 år	12992	14087	15652	14503
60–64 år	16764	14437	20699	21435
Totalt	40399	41198	48896	48613

Tabellen visar att ytterligare ca 7 500 personer per år kommer att beviljas förtidspension de kommande åren om hänsyn enbart tas till demografiska förändringar. Detta motsvarar en ökning med 15 procent. För 10-årsperioden fram till 2010 skulle det betyda ett nytillskott på mellan 50–75 000 förtidspensionärer. Beräkningarna är gjorda på 1997 års risker i respektive åldersgrupp.

För att ytterligare ge en illustration av hur den demografiska utvecklingen som enskild faktor påverkar antalet nybeviljade förtidspensioner visas i figur 1 hur 1997 och 1993 års risker har applicerats på befolkningen enligt SCB.

Figur 1. Utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner om hänsyn tas till befolkningen i olika åldersgrupper från 1976 till 2025. Jämförelse mellan risker år 1993, år 1997 och faktiska antal fram till år 1998.



Figuren visar tydligt hur befolkningens sammansättning över tid påverkar nivåerna för förtidspension. Med 1997 års risker (totalt 41 200 nya fall) ökar antalet nybeviljade förtidspensioner med ca 10 000 nya fall per år vid en jämförelse mellan 1980-talet och 2000-talet. För 1993 års risker (totalt 62 400 nya fall) en ännu kraftigare skillnad.

När det gäller sjukfrånvaron är det på samma sätt många faktorer som påverkar utvecklingen. Sjukförsäkringsutredningen har till uppgift att analysera orsakerna bakom den kraftiga ökningen de senaste åren. Befolkningens ålderssammansättning kommer vara en viktig förklaring i det sammanhanget. I slutet av oktober 1999 var drygt 203 000 personer sjukskrivna 30 dagar eller mer. Allt annat oförändrat (än de yrkesverksammas ålderssammansättning) skulle motsvarande siffra för 1990 ha varit 185 000 om vi använder 1999 års sjukskrivningsrisker (december). Antalet sjukskrivna år 2010 med 1999 års sjukskrivningsrisk skulle på motsvarande sätt att räkna bli 209 000 sjukskrivna. I åldersgruppen 60–64 år skulle nästan 10 000 fler vara sjukskrivna år 2010 jämfört med 1999.

Slutsatsen blir en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner med nästan 8 000 fler personer per år de kommande åren och ett ökat antal pågående sjukfall över 30 dagar. Detta pekar på två viktiga frågor för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. För det första att ett stort

antal personer är i risk för att i förtid lämna arbetslivet. För det andra att rehabiliteringsaktiviteterna och administrationen kring denna förväntade ökning måste byggas ut.

### 4.3 Ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov

- Utredningen bedömer att vissa sjukdomsgrupper, t.ex. psykiska och stressrelaterade besvär, kommer att öka i högre takt i vissa grupper.
- Rehabilitering till den gamla arbetsplatsen är inte lika självklar som tidigare.
- För många behövs mer omfattande insatser för att ”komma igen” och orka ett helt arbetsliv.
- Det kommer att bli fler äldre att rehabilitera.
- Det behövs en bättre anpassning av utbud från hälso- och sjukvården, bl.a. vad gäller metoder för stress och utbrändhet.
- Det finns behov av en slags kompletterande arbetsmarknad till den reguljära arbetsmarknaden.

Som framgått av föregående avsnitt kommer antalet personer som riskerar långtidssjukskrivning eller förtidspension att öka de kommande åren. Den ökning som redovisats är enbart en följd av befolkningens ålderssammansättning förutsatt att riskerna för sjukfrånvaro i arbetslivet inte förändras. I verkligheten är det närmast självklart att riskerna förändras över tid. Hur dessa risker förändras vet vi fortfarande lite om. Orsakerna till den kraftiga ökningen av sjukskrivningar över en månad de senaste två åren kan knappast förklaras enbart av förändringar i ålderssammansättningen.

Genom ökade kunskaper om vilka faktorer som påverkar sjukskrivningarna mest kan förhoppningsvis anpassade förebyggande insatser medverka till att mildra effekterna och bryta den nu högst oroväckande trenden. Förutom förebyggande insatser i olika riskmiljöer måste också de som insjuknar eller skadas erbjudas mer effektiva rehabiliteringsinsatser. Dessa insatser måste också ta sikte på kommande behov på arbetsmarknaden och de ändrade förutsättningar som gäller på arbetsmarknaden.

## Vissa sjukdomsgrupper förväntas öka i högre takt

1990 beviljades drygt 50 000 personer förtidspension eller sjukbidrag. I 15 procent av fallen var orsaken olika former av psykiska besvär, psykosor, neuroser m.m. 1999 hade motsvarande andel ökat till nästan var fjärde person (24 %). Andelen sjukskrivna för lättare psykiska besvär ökade signifikant 1999 jämfört med 1998. Bland orsakerna till sjukskrivningarna finns diagnosen utbrändhet som alltmer vanligt förekommande. Utbrändhet har kommit att bli ett samlingsbegrepp där olika grader av psykisk överbelastning inkluderas. I en under hösten 1999 genomförd studie av SPP, som administrerar en kompletterande sjukförsäkring för privatjänstemännen, svarar 2/3 av de nyinsjuknade långtidssjukskrivna med "stressliknande" diagnoser att arbetet är en huvudorsak.

Oavsett om arbetet eller livet i övrigt är huvudförklaring till dessa besvär kan kanske detta tas till intäkt för att den beskrivning av framtidens sjukdomspanorama som gjorts i olika sammanhang är riktig. Under 1980-talet ökade förekomsten av besvär i rörelseorganen medan 1990-talet karakteriseras av ökade psykiska och psykosomatiska besvär. På 2000-talet kan vi med de förändringar av arbetslivet som utredningen beskrivit förvänta oss en fortsatt ökning av de psykosomatiska problemen. Det kommer i många fall att vara besvär som är en kombination av arbetsrelaterade faktorer (arbetsorganisation, stress m.m.) och faktorer relaterade till individens sociala situation (familjen, existentiella frågor m.m.). Andelen anmälda arbetssjukdomar av psykisk art har också ökat under senare år. Ofta bedöms de vara stressrelaterade och som en konsekvens av detta har olika metoder för stresshantering utnyttjats inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Samtidigt med dessa uppgifter om att allt fler sjukskrivs och förtidspensioneras på grund av psykiska besvär kommer återkommande rapporter om att rehabilitering av personer med psykiska besvär inte fungerar. Utvärderingar av psykiatrireformen har entydigt visat att rehabiliteringen av de mest utsatta måste förbättras. Till en del handlar det om problem med delat ansvar mellan huvudmännen och organisation av insatser samt metoder men också om vilka ekonomiska resurser framförallt kommunerna vill/kan satsa på denna grupp.

Huvuddelen av de sjukskrivna och de som varje år beviljas förtidspension har trots ett delvis ändrat sjukskrivningsmönster problem från rörelseorganen. Även här behöver den kunskap som ständigt utvecklas inom behandling och rehabilitering bättre tas tillvara och omsättas i praktiken de kommande åren. Nya metoder bör också bättre göras tillgängliga i hela landet för att "onödiga" förtidspensioneringar skall kunna undvikas så att fler orkar arbeta ett helt arbetsliv.

## Inte alltid tillbaka till gamla arbetet

En övergripande målsättning för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har för de med anställning varit rehabilitering tillbaka till den gamla arbetsplatsen. Alltfler i arbetskraften har emellertid lösare och kortare anställningsförhållanden, för närvarande var sjunde person av arbetskraften. Utvecklingen går också i allt högre utsträckning mot små eller medelstora företag som kan få svårt att klara olika typer av anpassade arbetsuppgifter för sina anställda. Små och medelstora företag har svårare att hitta alternativa arbetsuppgifter och svårare att ta ett omfattande finansiellt/praktiskt ansvar för utbildning till andra arbetsuppgifter. Det kan exempelvis gälla vid stressrelaterade problem och vissa allergier. På ett liknande sätt blir det för de drygt 400 000 egenföretagare som har svårt att rehabiliteras tillbaka till ett nytt företag.

Denna strategi "tillbaka till gamla arbetsplatsen" skall enligt utredningens bedömning alltså vara huvudlinjen vid en framtida utformning av arbetslivsinriktad rehabilitering. Av hälsoskäl, speciellt på mindre arbetsplatser, kan den emellertid komma att hindra rehabilitering. Byte av arbetsplats och arbetsmiljö kan i dessa fall vara en framgångsfaktor i det enskilda fallet. Det viktiga för att lyckas är att en realistisk arbetsmöjlighet finns som mål i rehabiliteringen.

## Mer omfattande insatser i framtiden

En annan slutsats utredningen har dragit är att det i framtiden kommer att krävas mer omfattande rehabiliteringsinsatser (jfr kap. 3). En ändring av detta synsätt kommer att ställa andra krav på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Exempelvis kan den redan nu kritiserade ettårsgränsen för rehabiliteringsersättning i nuvarande försäkring ifrågasättas. En utbildning till en ny yrkeskarriär är i det närmaste omöjlig att klara av på ett enda år. Ett år är många gånger en kort omställningsperiod, inte minst om den grundläggande utbildningen är låg eller gammal. En flerårig omskolning finansierad av försäkringen kan dock av rättviseskäl diskuteras. Omfattningen på insatsen, samhällets stöd, måste kunna ställas i relation till andra liknande situationer t.ex. enskilda utbildningssatsningar finansierade med studiemedel som kan ha sin grund i ändrade förhållanden på arbetsmarknaden.

Det nya arbetslivet kommer att ställa högre krav på flexibilitet och beredskap att lära sig ny teknik – nytt kunnande. Ansvarsförhållandet mellan arbetsgivare, det offentliga och individen kan därför komma att förändras. Frågor om anställningens värde, individens ansvar för egen

kompetensutveckling och hur mycket av en mer omfattande omskolning som det offentliga kan svara för kommer då i fokus.

### Fler äldre att rehabilitera

Som jag redovisat i föregående avsnitt har vi att vänta en ökning av antalet personer med högre risk för långtidssjukskrivning och förtidspension på grund av den ändrade befolkningsammansättningen. Redan nu har andelen arbetande i åldern 60–64 år sjunkit till en tredjedel jämfört med 72 procent av alla i arbetsför ålder. Framför allt kommer den närmaste 10-årsperioden antalet personer i åldersgrupperna 50–64 år med rehabiliteringsbehov, att öka. Många, framförallt de med bara något eller några år kvar till ålderspension, kommer inte vara lika motiverade för arbetslivsinriktad rehabilitering som de yngre. Med en mer flexibel ålderspensionstidpunkt i framtiden och ett framtida stort behov av arbetskraft måste aktiva rehabiliteringsinsatser ur samhällets intresse vara aktuella högre upp i åldrarna än vad som blivit praxis under 1990-talet. Detta kommer också att ställa särskilda krav på utformningen av verksamheten och metoderna.

### Diskrepans mellan hälso- och sjukvårdens utbud och vad folk vill ha

Som jag tidigare också visat i kapitel 3 finns det en diskrepans mellan utbud och efterfrågan inom rehabiliteringen. Den förändring av frånvarorsaker till mer sammansatta problem och problem relaterade till stress har enligt vad utredningen erfarit inte i tillräcklig utsträckning prioriterats eller tillgodosetts inom hälso- och sjukvården. Sjukvården tillgodoser i högre utsträckning behov som är fysiskt och kroppsligt relaterade även om det även där finns regionala skillnader i hur dessa behov tillfredsställs. Professionernas bedömning av behov av insatser stämmer inte överens med vad individerna anser sig behöva, utgående från såväl sjukdomsdiagnos som individuell bedömning. Vad denna diskrepans beror på har jag inte på denna korta tid haft möjlighet att bedöma men den måste tas på allvar. Till viss del kan det vara en oförmåga att förklara vilka möjligheter som finns eller står till buds men det kan också vara brist på intresse, metodutveckling och resurser för dessa områden. Rehabiliteringsmetoder för personer med stressrelaterade problem måste också utvecklas för att möta det växande behov som utredningen kunnat konstatera.



## Det finns behov av en kompletterande arbetsmarknad

En av förutsättningarna för att ”komma igen” och orka ett helt arbetsliv är möjligheten att pröva med olika arbetsuppgifter och arbetssituationer. För de allra flesta sker detta på den gamla arbetsplatsen inom ramen för det ansvar som arbetsgivaren har. På senare tid har s.k. arbetsgivarringar blivit mer vanliga vilket är en mycket positiv utveckling som initierades av dåvarande Arbetslivsfonden. Arbetsgivarringar bygger på samarbete mellan olika privata och offentliga arbetsgivare. Syftet är att hjälpa anställda som har svårt att klara nuvarande arbetsuppgifter att finna nya. Arbetsgivarringarna arbetar för att förhindra utslagning genom att öka möjligheten till omplacering. Som jag redovisat ovan tror jag att det i framtiden kan bli mer av arbetsbyten och att allt inte kan klaras med anpassning på den gamla arbetsplatsen. Det är närmare en miljon i arbetskraften som är egna företagare eller personer med tidsbegränsade anställningar. För dessa är det inte självklart med arbetsprövning på ”gamla arbetsplatsen”. Även för ett antal av de med fast anställning är rehabilitering till ”annan arbetsplats” önskvärd beroende på orsak till sjukfrånvaron och rehabiliteringssituationen. Det kan vara personer som antingen är färdigrehabiliterade men som inte orkar arbeta full tid eller som överhuvudtaget inte kan återgå till tidigare arbetsuppgifter eller arbete. Gruppen som helt saknar arbete har också behov av att pröva sin arbetsförmåga efter rehabiliteringen. För att klara detta behov behövs en slags kompletterande arbetsmarknad till den reguljära arbetsmarknaden. Detta utvecklar jag närmare i kapitel 18.