

Vetenskaplig utvärdering av
prevention och rehabilitering
vid långvarig ohälsa

några exempel och ett förslag

*Åke Nygren
Marie Åsberg
Irene Jensen
Eva Vingård
Lennart Nathell
Jan Lisspers
Stefan Eriksson
Stefan Magnusson*

*Institutionen för klinisk neurovetenskap,
sektionerna för personskadeprevention resp. psykiatri
Institutionen för omvårdnad
KAROLINSKA INSTITUTET*

2001-11-05

Innehåll

Författarna	405
Bakgrund.....	407
Stora nationella satsningar utan systematisk utvärdering ...	408
Viktigt att veta vilka sjukdomar som ökar	408
Rehabiliteringsforskning med försäkringsmaterial.....	408
Rehabilitering av långtidssjuka med några vanliga folksjukdomar	409
Prevention av arbetsrelaterad ohälsa.....	411
Vilka ytterligare åtgärder behöver vidtas på nationell nivå?.....	412
Sammanfattningar av forskningsprojekt kring prevention och rehabilitering	413
AGS-registret.....	413
Luftvägssjukdomar – modeller för tidig diagnostik och intervention.....	416
Sammanfattning	416
Förslag.....	416
Bakgrund och syfte.....	417
Sjukskrivning med luftvägsdiagnos.....	417
Luftvägssymtom vid läkarbesök.....	417
Astma och KOL.....	418
Syfte.....	418
Astma.....	419
Material och metod.....	419
Resultat	420

KOL.....	421
Material och metod	421
Diskussion.....	423
Livsstilsförändring vid kranskärslssjukdom - grunden för en effektiv rehabilitering och sekundärprevention.....	427
Kranskärslssjukdom och det ökade behovet av rehabilitering.....	427
Risken för hjärtsjukdom är till stor del livsstilsberoende	429
Rehabilitering och sekundärprevention = livsstilsförändring....	430
Långtidseffekter.....	432
Effekten av livsstilsförändring vid kranskärslssjukdom.....	433
Aktuella resultat – livsstilsförändring räddar liv!	434
Slutsatser	438
Referenser	439
Depression och utmattning.....	441
Bakgrund.....	441
Depression, utbrändhet eller vad?	442
Urvalskriterier	442
Tillvägagångssätt	443
Metoder	443
Preliminära resultat	445
Diskussion	449
Rehabilitering och prevention.....	450
Arbete och Hälsa - AHA.....	453
Kunskaperna från rehabiliteringsforskningen används för att identifiera riskpatienter för långtidssjukskrivning.....	455
Projektets potential och nytta för de anställda och företaget....	455
Nuläge	456
Företagen aktiva och gott samarbete har uppnåtts.....	456
Utbildning i AHA-metodiken ger ökad effekt.....	456
Metodutveckling engagerar.....	457

Den anställdes upplevelse av företagets och FHV:s engagemang vid ohälsa.....	457
Rehabiliteringsutredning saknas generellt.....	457
Kartläggningsmetodiken ger resultat.....	458
Återkoppling.....	458
Resultat.....	459
Hälsa och Livsstil.....	459
Företagens utvecklingsarbete.....	460
Hälsoförebyggande arbete möjligt – vidmakthållande viktigt.....	461
Hälsoekonomi – effektivitet/produktivitet.....	461
Viktiga kunskaper och erfarenheter från anställda och företag.....	461
HPH berör åtgärdsprogram som liknar AHA metodiken.....	462
Hemsida.....	462
Referenser.....	462
HAKuL-projektet – Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting.....	465
Bakgrund och deltagare.....	465
Arbetsförhållanden.....	466
Rehabilitering.....	467
Arbete och ålder.....	469
Sjuknärvarande - vem och varför?.....	470
”Utbrändhet”.....	471
Livsstil.....	471
Ansvar och skyldigheter mellan anställda och arbetsgivare.....	472
Närande och tärande – en kvalitativ intervjustudie.....	473
Primärprevention – Ett exempel från HAKuL- studien.....	475
Hur bör arbetsplatsen se ut?.....	476
Kunskap om hälsa –.....	479
Internetbaserad högskoleutbildning på distans för bättre hälsa i arbetslivet.....	479

Sammanfattning.....	479
Bakgrund.....	480
Målgrupper.....	481
Investering i anställdas hälsa.....	483
Metoder, motivering och praktisk uppläggning.....	486

Författarna

Åke Nygren

Professor i personskadeprevention vid Karolinska institutet. Leg. Läkare med klinisk utbildning i traumatologi. Har de senaste 20 åren forskat på försäkringsmaterial med speciell inriktning på prevention och rehabilitering av sjukdomar och skador i trafiken och yrkeslivet.

Marie Åsberg

Professor i psykiatri, särskilt behandlingsvärdering, vid Karolinska institutet och överläkare i psykiatri vid Psykiatricentrum Karolinska. Har under de senaste 35 åren forskat främst kring depressioner och självmordsproblem.

Irene Jensen

Docent i personskadeprevention vid Karolinska institutet. Beteendevetare. Har forskat inom området prevention och rehabilitering av muskuloskelettala problem med speciell inriktning på kognitiv beteendeterapi. Är f.n. projektledare för AHA projektet

Eva Vingård

Docent i yrkesmedicin. Leg. läkare. Har forskat inom prevention och rehabilitering med speciellt intresse för smärttillstånd i rörelseorganen. Är f.n. projektledare för HAKUL-projektet.

Jan Lisspers

Docent i psykologi. Leg. psykolog och leg. psykoterapeut. Beteendevetare som forskat på prevention och rehabilitering av hjärt- och kärlsjukdomar med speciell inriktning på typ A beteende.

Lennart Nathell

Leg.läk. Överläkare och specialist i lungmedicin. Forskar på prevention och rehabilitering av astma och KOL. Har specialiserat sig på utveckling och bearbetning av AFAs databas.

Stefan Eriksson

Universitetslektor vid Karolinska institutet, t f prefekt vid Institutionen för omvårdnad. Har varit med och vidareutvecklat ODL-projektet som omfattar Internet-baserad utbildning.

Stefan Magnusson

Leg. läkare. Skolläkare vid Marinens sjukvårdsskola 1981-89. Tidigare lektor vid Sköndalsinstitutet, vetenskaplig redaktör för SBU:s rapporter 1988-94. Arbetar f.n. som producent och har gjort ett stort antal vetenskapliga TV program.

Bakgrund

De påtagliga framstegen inom den moderna medicinen sammanhänger i stor utsträckning med utvecklingen av vetenskapliga metoder för att utvärdera behandlingseffekter. Detta gör det möjligt att sortera bort ineffektiva behandlingsmetoder och koncentrera insatserna på sådana behandlingar som har störst möjlighet att hjälpa den sjuke. Den vetenskapliga modellen för utvärdering är helt och hållet accepterad vad gäller införandet av nya läkemedel, som inte får användas med mindre än att de prövats och granskats av de olika ländernas kontrollmyndigheter. Även om de formella kraven på nya operationsmetoder är mindre stränga, finns en klar konsensus om att de måste ha prövats vetenskapligt innan de accepteras för allmänt kliniskt bruk.

Tyvär är den vetenskapliga utvärderingen inte lika stringent genomförd när det gäller rehabilitering och prevention. Det gäller speciellt den rehabilitering som syftar till att den sjuke skall kunna återgå till yrkesarbete. Orsakerna är flera. Arbetslivsinriktad rehabilitering/prevention är mångfacetterad. Olika sjukdomstillstånd kan ligga till grund för behovet av rehabilitering, och förutom åtgärder mot själva sjukdomen måste åtgärder på arbetsplatsen och inom privatlivet ingå.

Behövs då rehabilitering? Svaret på den frågan är tveklöst ja. När den omedelbara medicinska behandlingen är avslutad eller inte har mer att ge, behövs ändå ytterligare åtgärder för att människor med långvariga sjukdomstillstånd skall kunna återgå i arbete. Undersökningar av långtidssjukskrivna visar också att rehabilitering är något som önskas och efterfrågas av många sjuka, men att den av olika skäl ofta inte kommer till stånd.

Rehabilitering är således en åtgärd som behövs för många sjukdomstillstånd. Sjukdomar som leder till långtidssjukskrivningar är kostsamma för samhället, för arbetsgivarna och för den enskilde. Till detta skall läggas förlust av livskvalitet. Antalet långtidssjukskrivna i Sverige har aldrig varit så stort, under hela sjukförsäkringens historia, som det är idag. Myndigheter, arbetsgivare och många enskilda oroas över utvecklingen och många aktiviteter initieras för att försöka förstå och komma tillrätta med en alltmer hotfull situation.

Stora nationella satsningar utan systematisk utvärdering

Antalet sjukskrivna personer varierar över tiden. Under senare delen av 1980-talet ökade antalet långtidssjukskrivna markant. Ett flertal utredningar genomfördes vilket resulterade i att resurser frigjordes för olika åtgärder. Mer än tio miljarder har betalats ut till olika aktiviteter. Det mesta av detta har säkert varit effektivt, men strukturerad utvärdering saknas. Bristen på systematisk utvärdering medförde att när sjukskrivningarna åter ökade i slutet av 90 talet kunde man inte identifiera vilka av 80-talets åtgärder som varit effektiva, och därför borde användas på nytt. I stället måste man göra nya utredningar. Vi befinner oss i ett läge där det aldrig i sjukförsäkringens historia har funnits så många långtidssjukskrivna som det finns i dag, och vi har inte något självklart nationellt åtgärdsprogram att ta till.

Viktigt att veta vilka sjukdomar som ökar

Den offentliga statistiken ger information om den stora ökningen av långtidssjukskrivna, men den ger ingen information om vilka diagnoser det rör sig om eller om ökningen är jämnt fördelad inom olika yrkesgrupper eller olika sektorer inom näringslivet. För att en satsning på att få ner ohälsotalet skall vara verkningsfull måste man veta var det är kostnadseffektivt att sätta in åtgärder. Inom akut-sjukvården är detta en självklarhet och stora ansträngningar görs för att epidemiologiskt kartlägga antalet inläggningar i olika diagnoser och därigenom planera resurserna.

För långtidssjukskrivna som behöver rehabilitering finns ingen offentlig statistik med diagnoser. Det finns inte heller särskilt många randomiserade kontrollerade studier inom de olika sjukdomsgrupper som ger upphov till långtidssjukskrivning, och som kunde ge en fingervisning om vad en effektiv rehabilitering bör innehålla.

Rehabiliteringsforskning med försäkringsmaterial

Karolinska institutet har genom samarbete med försäkringsbranschen mångårig erfarenhet av rehabiliteringsforskning och vetenskaplig utvärdering. Enheten för personskadeprevention har sedan länge samarbete med AFA sjukförsäkring (tidigare AMF

sjukförsäkring) och Alecta (tidigare SPP) inom rehabiliterings och preventionforskning.

AFA sjukförsäkring försäkrar hela SAF-LO kollektivet och hela den landstingskommunala sektorn, sammanlagt ca 2,4 miljoner personer. Ersättning ges som tillägg till sjukpenningen efter olika antal karensdagar. Sedan 1971 har AFA registrerat sjukskrivningsdiagnoser baserat på läkarintyget. Detta register har validerats och använts av Karolinska institutet i forskning sedan 1984. Sedan mitten av 1990-talet har samarbete också skett med Alecta, som försäkrar 600 000 privata tjänstemän. Under loppet av dessa samarbeten har rehabiliteringsmodeller för de 5 vanligaste långvariga sjukdomstillstånden i Sverige tagits fram och utvärderats.

De aktuella diagnoserna är:

- ?? Smärttillstånd i rörelseorganen
- ?? Hjärt- och kärlsjukdomar
- ?? Astma
- ?? Kronisk obstruktiv lungsjukdom
- ?? Utmattningsdepression (utbrändhet).

Tillsammans svarar dessa sjukdomstillstånd för ungefär 80 procent av samtliga långtidssjukskrivningar.

På basen av de erfarenheter som gjorts vid rehabiliteringsstudierna kan strategier för prevention tas fram, något som för närvarande görs inom ramen för samarbete mellan Karolinska institutet och de två försäkringsbolagen.

Här nedan ges en kort sammanfattning av de viktigaste resultaten hittills från dessa studier. Mer detaljerade beskrivningar ges längre fram.

Rehabilitering av långtidssjuka med några vanliga folksjukdomar

Smärttillstånd i rörelseorganen

Genomgång av AFA:s databas har vid upprepade mätningar visat att endast ca 20 procent av långtidssjukskrivna med smärttillstånd i rörelseorganen får adekvat rehabilitering. Detta är anmärkningsvärt och oacceptabelt då studier visat att antalet förtidspensioneras kan halveras om adekvata rehabiliteringsåtgärder sätts in. I studien "Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering" (HUR) konstaterades att den rehabiliteringsinsats som var mest gynnsam för nack-

ryggbesvär var s k multidisciplinära program där funktionshöjande och beteendemedicinska insatser kombinerades. Denna kombinerade behandling, som ges på Rygginstitutets kliniker, visade sig också vara kostnadseffektiv. Den totala vinsten för 157 individer som genomgick ett sådant program var mer än 10 miljoner kronor.

Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom

Sjukdomar i andningsorganen är den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Bland de långa sjukfallen för denna diagnosgrupp dominerar astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom, d.v.s. en skada på luftrör och lungblåsor som nästan alltid beror på tobaksrökning). Risken för en förtidspension är högre för luftvägs-sjukdom än för andra diagnoser vid sjukskrivning längre än 60 dagar.

Vid såväl astma som KOL är tidig diagnostik väsentlig, vid astma för att kunna inleda rätt farmakologisk terapi och eliminera ogynnsam exponering, vid KOL för att aktivt hjälpa individen till ett rökstopp.

Studier har visat att såväl astma som KOL missas i hög utsträckning av sjukvården. Med en strukturerad metodik för utredning och behandling har betydande effekter på sjukfrånvaro och rökfrekvens påvisats. Även här kan man påvisa en avsevärd ekonomisk vinst på lång sikt.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Genom att tidigt erbjuda patienter med kranskärlssjukdom en strukturerad rehabilitering har positiva resultat uppnåtts.

Långtidsresultaten visar att omfattande, beteendefokuserade interventioner för livsstilsförändring kan uppnå sina primära mål dvs. förändring av riskfaktorrelaterade livsstilsfaktorer. Den ändrade livsstilen har visat sig vara av central betydelse för kranskärlssjukdomens framtida utveckling. Detta visade sig bl.a. genom en kraftigt minskad risk för återinsjuknande och död i hjärtsjukdom bland dem som deltagit i behandlingsprogrammet.

Utmattningsdepression

Det sjukdomstillstånd som visat den kraftigaste ökningen bland framför allt offentligtanställda inom vård, skola och omsorg, och bland privatanställda tjänstemän, är depression och s k utbrändhet. För närvarande pågår en kartläggning av dessa tillstånds bakgrundsorsaker och förlopp, något som är mycket litet känt tidigare. Rehabiliteringsmetoder tas också fram och kommer att prövas i en randomiserad kontrollerad studie med början 2002.

Prevention av arbetsrelaterad ohälsa

Prevention på individnivå

Genom att använda kunskaper från rehabiliteringsstudierna har preventionsstrategier kunnat tas fram, som f n prövas på 12 olika arbetsplatser med sammanlagt ca 16 000 arbetstagare.

Det har gått att identifiera individer som är i riskzonen för långtidssjukskrivning i de olika diagnoserna. Ca 30 procent av arbetstagarna löper en sådan ökad risk. Dessa personer har identifierats och interventioner har påbörjats.

Förslag till intervention på arbetsplatsen

Genom analys av risker på arbetsplatserna kan följande rekommendationer göras. Målsättningen är att hälsoekonomiskt utvärdera effekterna i ett senare skede.

- ?? Organisera inte om utan mycket starka skäl
- ?? Hejda nedskärningarna
- ?? Skapa en fungerande struktur för rehabilitering
- ?? Skaffa (alternativt vårda) en bra företagshälsovård
- ?? Minska den fysiska belastningen
- ?? Fackliga organisationer, arbetsgivare och samhälle måste samverka och inte slåss i frågor om arbetsförhållanden och rehabilitering
- ?? Öka den enskildes och gruppens inflytande över arbetet och dess planering
- ?? Anpassa kraven till kompetensen
- ?? Målformuleringen bör vara tydlig och alla delaktiga
- ?? Uppföljning bör ske av mål och beslut på alla nivåer

- ?? Gör ledarskapet möjligt att utöva
- ?? Visa uppmärksamhet, uppskattning och ge återkoppling
- ?? Håll ett öga på sjuknärvaron
- ?? Erbjud möjlighet till friskvård
- ?? Ställ inte de äldre utanför fortbildningsprogrammen.

De kunskaper som tagits fram måste implementeras i samhället. Det finns ett stort behov av utbildning som också påpekats av de olika pågående utredningarna. Enheten för personskadeprevention vid Karolinska institutet har påbörjat ett utbildningsprogram som kommer att kunna erbjudas primärvårdens personal, personalavdelningar, försäkringskassans personal och företagshälsovården. I första hand kommer resultaten från rehabiliterings och preventionsstudierna att ingå.

Vilka ytterligare åtgärder behöver vidtas på nationell nivå?

Ett uthålligt och samlat grepp mot ohälsa i samhället förutsätter utvärdering av olika statliga satsningar. Samma sak gäller för olika rehabiliterings- och preventionsprogram. Detta skulle kunna ske genom att inrätta ett institut eller en institution för vetenskaplig utvärdering av prevention och rehabilitering vid långvarig ohälsa. Denna enhet skall ha ansvaret för initiering och utvärdering av gjorda insatser inom prevention och rehabilitering. Statliga utredningsförslag följs upp och utvärderas så att vi vid nästa sjukskrivningsboom inte behöver starta från scratch.

En rimlig bemanning för en sådant institut bedöms vara ca 6 seniora forskare med en basbudget på ca 10 miljoner per år. Verksamheten bör ha tillgång till en databas t.ex. AFA:s databas för att få en nationell täckning på analyserna. Institutet bör vara knutet till ett universitet. Möjligen bör två universitet samarbeta.

Institutet skall söka anslag i vanlig ordning för de olika studierna men bör ha en viss basfinansiering. Utvärdering av verksamheten bör ske vart 5:e år.

Sammanfattningar av forskningsprojekt kring prevention och rehabilitering

AGS-registret

Lennart Nathell

Vid planering av åtgärder mot ohälsan är analys av sjukskrivningar en vanlig metod. Förändringar i antalet långtidssjukskrivningar brukar användas som mått på förändringar i ohälsan. I Riksförsäkringsverkets (RFV) register kan man se att antalet sjukskrivningar varierar över tid. Under åttiotalet ökade antalet sjukskrivningar oroväckande, och ett antal utredningar initierades. I RFVs register registreras ej diagnoser. Ett stickprov görs varje höst men det finns ingen möjlighet att följa diagnosutvecklingen.

I Sverige finns en unik möjlighet att studera sjukfrånvaro i relation till bl.a. yrke och diagnos, nämligen i Avtalsgruppsjukförsäkringens (AGS) sjukskrivningsdatabas. AGS är en kollektivavtalsförsäkring som tecknats mellan arbetsmarknadens parter. Arbetsgivaren betalar försäkringspremien och ungefär 2,5 miljoner svenska arbetstagare omfattas av denna försäkring, främst ur LO-kollektivet men även anställda inom kommuner, landsting samt en del egenföretagare. Sjukperioder som överstiger 14 dagar (för vissa avtal över 90 dagar) anmäls av arbetstagaren till AGS och registreras i databasen. Försäkringen betalar ut, efter olika karenstider beroende på avtal, ytterligare 10 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten som tillägg till den ersättning som socialförsäkringen ger.

I AGS-databasen registreras bl.a. följande uppgifter:

Uppgifter om den försäkrade:

- Personnummer
- Namn
- Adress
- Postnummer
- Ort
- Kommun
- Län

Uppgifter om sjukfallet

- Startdatum (= anmälningsdatum)
- Datum för första ersatta dag
- Datum för senaste/sista ersatta
- Status (pågående eller avslutat)
- Ersättningsbelopp

Uppgifter av medicinsk art

- Diagnos
- Antal ersatta dagar

Uppgifter om arbetsgivare mm

- Arbetsgivare
- Bransch (kollektivavtalsgrupp)

Den diagnos som registreras tas från de läkarintyg som bifogas varje anmälan om sjukdom till AGS. Ett kodsysteem som är modifierat från det internationella sjukdomskodningssystemet (ICD) används.

Uppgifterna i databasen kan användas retrospektivt och kan ge upplysning om diagnoser som leder till sjukpensionering eller om en diagnos utvecklas till andra sjukdomstillstånd. Karolinska institutet har hittills använt databasen prospektivt för att initiera rehabiliteringsmetoder.

Materialet i databasen har validerats och varit underlag för flera vetenskapliga publikationer.

Referenser

- Nathell L, Malmberg P, Lundbäck B, Nygren Å. Impact of occupation on respiratory disease. *Scand J Work Environ Health* 2000; 26(5):382-389.
- Nathell L, Malmberg P, Lundback B, Nygren A. Is asthma underestimated as a cause of sick leave? *Respiratory Medicine* 2000; 94(10):977-982.
- Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L, Nygren, AL. A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain* 2001; 91(1-2):65-78.

Luftvägssjukdomar – modeller för tidig diagnostik och intervention

Lennart Nathell

Sammanfattning

Sjukdomar i andningsorganen är den vanligaste sjukskrivningsorsaken. De flesta av dessa sjukdomsepisoder är kortvariga och beror på förkylning eller tillfälliga luftvägsbesvär. Bland de långa sjukfallen i denna diagnosgrupp dominerar astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom, d.v.s. skador på luftrör och lungblåsor förorsakade av tobaksrökning). Risken för en förtidspension är högre för luftvägssjukdom än för andra diagnoser vid sjukskrivning längre än 60 dagar.

Vid såväl astma som KOL är tidig diagnostik väsentlig, vid astma för att kunna inleda rätt farmakologisk terapi och eliminera ogynnsam exponering, vid KOL för att aktivt hjälpa individen till ett rökstopp.

Studier har visat att såväl astma som KOL missas i hög utsträckning av sjukvården. Med en strukturerad metodik för utredning och behandling har betydande effekter på sjukfrånvaro och rökfrekvens påvisats.

Förslag

- ?? Personer med luftvägssymtom, som är av den graden att sjukskrivning längre än 14 dagar erfordras, utreds på ett strukturerat sätt med misstanke på astma.
- ?? Personer med astma och sjukskrivningshistorik för luftvägsymtom erbjuds rehabilitering eller strukturerad behandling och regelbunden uppföljning.

?? Personer äldre än 40 år oavsett symtom och som röker dagligen undersöks med spirometri (lungfunktionsundersökning) med misstanke på KOL och aktiva hjälpåtgärder för rökstopp initieras för de med sänkt lungfunktion. Detta bör i första hand skötas av företagshälsovård och i andra hand av primärvården.

Vid såväl astma som KOL är tidig diagnostik väsentlig, vid astma för att kunna inleda rätt farmakologisk terapi och eliminera ogynnsam exponering, vid KOL för att aktivt hjälpa individen till ett rökstopp.

Studier har visat att såväl astma som KOL missas i hög utsträckning av sjukvården. Med en strukturerad metodik för utredning och behandling har betydande effekter på sjukfrånvaro och rökfrekvens påvisats.

Bakgrund och syfte

Sjukskrivning med luftvägsdiagnos

Den vanligaste sjukskrivningsorsaken i Sverige är sjukdomar eller symtom från andningsorganen. Denna diagnosgrupp stod år 1990 för 41 procent av alla sjukfall. Andelen långa sjukfall (181-360 dagar) i andningsorganens sjukdomar är däremot relativt låg och stod år 1990 för 3 procent av fallen (1). Personer sjukskrivna i 60 dagar eller mer för sjukdomar i andningsorganen har en 50 procentig ökad risk, jämfört med andra diagnoser, att bli förtidspensionerade enligt en rapport från RFV (2). Av andningsorganens sjukdomar står de s.k. obstruktiva lungsjukdomarna för 79 procent av de långa sjukfallen (3). Till de obstruktiva lungsjukdomarna räknas astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). Utmärkande för båda dessa sjukdomar är att långtidsförloppet högst väsentligt kan påverkas om de upptäcks i tid och behandlas i ett tidigt skede.

Luftvägssymtom vid läkarbesök

Luftvägssymtom är även en vanlig anledning till läkarbesök inom primärvården. Av de omkring 12 miljoner läkarbesök som gjordes år 2000 hos vårdcentraler och husläkare, så var problem från andningsvägarna den vanligaste besöksorsaken (12,6 procent av besöken) näst efter symtom från skelett, muskler eller bindväv,

vanligtvis någon form av värk (13,7 procent av besöken) (4). Det fordras strukturerade undersökningsmetoder för att skilja ut de personer där ytterligare åtgärder krävs bland dessa mer än 1,5 miljoner läkarbesök för symtom från luftvägarna.

Astma och KOL

Om förloppet vid astma ska påverkas krävs, förutom en korrekt diagnos, en livslång medicinering och att exponering som försämrar andningen elimineras (5). Sjukdomen KOL, som i över 90 procent av fallen orsakas av tobaksrökning, innebär en mycket långsam och gradvis försämring av lungfunktionen och leder på sikt till andningsinvaliditet och död. Förloppet är långsamt och de drabbade vänjer sig vid sin funktionsnedsättning och söker inte sjukvård i tid för sin andfäddhet. Det enda botemedlet mot KOL är tidig upptäckt och rökstopp (6). Diagnosen KOL ställs med hjälp av lungfunktionsundersökning. Undersökningen är billig och enkel men utförs idag inte rutinmässigt. KOL är idag den enda av de stora folksjukdomarna där dödligheten ökar. Den är i dag globalt sett världens femte vanligaste dödsorsak och kommer år 2020 att vara den tredje vanligaste (7). Andelen drabbade i vårt land beräknas vara omkring 400 000 personer och ökar stadigt beroende på förändringar i rökvanor 30-50 år bakåt i tiden och ålderspyramidens utseende. Den tidiga rökdebuten hos dem som idag har symtomgivande KOL gör att denna sjukskrivningsdiagnos blir allt vanligare bland personer i arbetsför ålder. Kostnaderna per person med KOL och år för samhället är beroende av svårighetsgraden och ju svårare sjukdom desto högre andel utgörs av indirekta kostnader. För de med lindrig sjukdom beräknas kostnaden till 2513 kr per person med KOL och år och för de med svårare sjukdom till 107 971 kr per person med KOL och år (8).

Syfte

Vid Sektionen för Personskadeprevention har sedan början av 90-talet ett systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete skett i samarbete med landets ledande lungexpertis för att ta fram utrednings- och behandlingsmodeller för astma och KOL. Målet har varit att tidigare än idag kunna ställa diagnoserna astma och KOL samt att vetenskapligt utvärdera metoder för tidig rehabilitering

och intervention. Det långsiktiga syftet har varit att förbättra livskvaliteten hos de drabbade individerna och att minska antalet sjukskrivningsdagar.

Astma

Material och metod

AGS registret

AGS (Avtalsgruppsjukförsäkring) är en kollektivavtalsförsäkring som tecknats mellan arbetsmarknadens parter. Arbetsgivaren betalar försäkringspremien och ungefär 2.5 miljoner svenska arbetstagare omfattas av denna försäkring, främst ur LO (Landsorganisationen)-kollektivet men även anställda inom kommuner och landsting. Sjukperioder anmäls till AGS av de försäkrade och registreras i en databas. Försäkringen betalar ut, efter olika karenstider beroende på avtal, ytterligare 10 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten som tillägg till den ersättning som socialförsäkringen ger (9-10). I AGS-databasen registreras bl.a. sjukdomsdiagnos, sjukperiodens längd, kön, ålder, adress, arbetsgivare och kollektivavtalsgrupp. Den diagnos som registreras tas från de läkarintyg som bifogas varje anmälan om sjukdom till AGS.

Identifiering av personer med astma

Personer födda 1941-01-01 registrerade i AGS-databasen under perioden 940101-960229 deltog i en undersökning i tre steg med validerade undersökningsinstrument för att ta fram en grupp med säkerställd astma. I steg ett användes en enkät med frågor om luftvägssymtom och luftvägsdiagnoser. I steg två genomfördes telefonintervjuer och i steg tre utfördes olika medicinska undersökningar. I varje steg snävades det geografiska området in och efter sista steget kunde en verifierad astmadiagnos ställas hos 237 personer. Av dessa var 198 intresserade av att delta i en lottning till antingen ett strukturerat internatrehabiliteringsprogram för personer med astma förlagt till Åre eller till att få den gängse vård som erbjuds på hemorten.

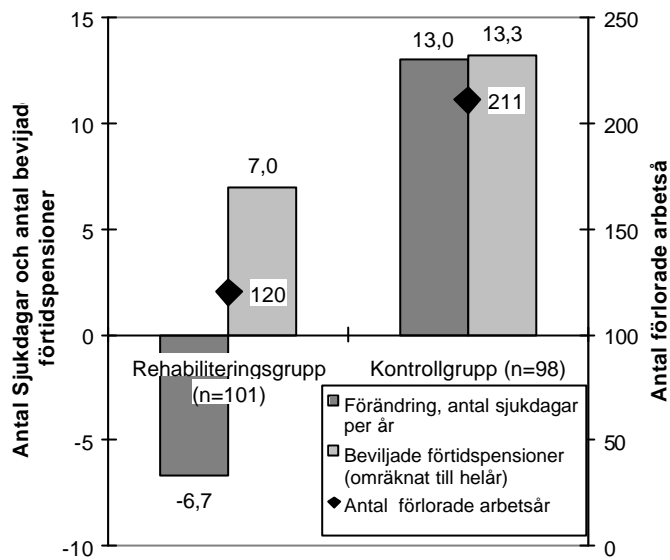
Rehabiliteringsprogrammet

Årekliniken är en specialklinik för rehabilitering av personer med astma, KOL, övervikt och utmattningsdepression. Huvudmålet för astmaverksamheten är att genom kunskap, livsstilsförändringar, fysisk träning och farmakologisk optimering få deltagarna till aktiva människor trots sin luftrörssjukdom. I rehabiliteringsteamet ingår läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog, dietist och laboratoriepersonal. Rehabiliteringen sker i internatform under 2-4 veckor. Efter utskrivningen stöttas och uppmuntras patienten genom regelbundna telefonsamtal att följa sin rehabiliteringsplan och vidmakthålla de livsstilsförändringar som genomförts.

Resultat

Av dem som var sjukskrivna för luftvägssymtom och registrerats i AGS uppfyllde 61 procent kriterierna för astma. Av dessa hade bara drygt hälften tidigare fått en astmadiagnos av läkare trots att de varit sjukskrivna i mer än 14 dagar. Vid uppföljning ett år efter interventionen hade de som genomgått rehabilitering vid Årekliniken i genomsnitt minskat antalet sjukskrivningsdagar (-6,7 dagar) jämfört med ett år före. Kontrollgruppen hade ökat antalet sjukskrivningsdagar (+ 13 dagar). De hade dessutom bara ca hälften så många beviljade förtidspensioner och antal förlorade arbetsår p.g.a. förtidspension, figur 1.

Figur 1. Ett årsresultat av rehabiliteringsåtgärder vid astma, en randomiserad kontrollerad studie.



KOL

Material och metod

Identifiering av personer med KOL

Med ett tvåstegsförfarande identifierades rökare med KOL. I steg ett kartlades rökvanorna bland personer 40- 60 år registrerade i AGS-databasen och bosatta i vissa utvalda geografiska områden. I steg två utfördes en lungfunktionsundersökning bland de som dagligen rökte mer än 8 cigaretter.

Rökstoppsprogrammet

Rökstoppsprogrammet är ettårigt och drivs från Årekliniken. Programmet baseras på det vetenskap inom området som finns idag (11). Syftet med programmet är att lära ut strategier och skapa verktyg så att rökaren lättare kan bli av med sitt nikotinberoende och bli rökfri. Målen är rökstopp med vidmakthållning och livslång

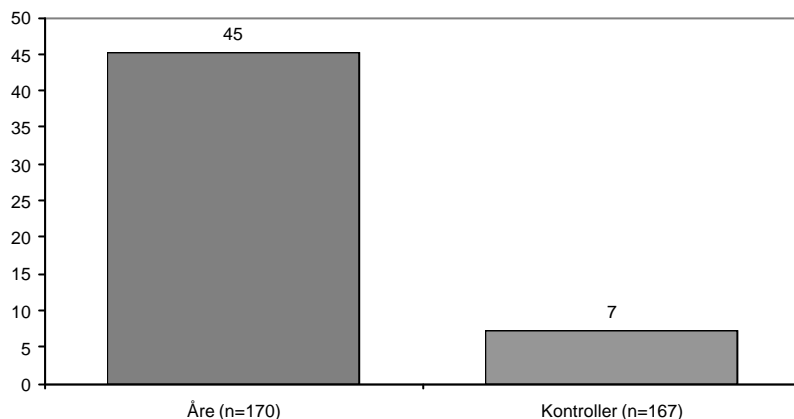
rökfrihet. Behandlingsteamet består av läkare, sjuksköterska/rökfrihetshandledare, biomedicinsk analytiker, sjukgymnast, psykolog och dietist. I två veckor innan deltagaren kommer till Åre kartläggs rökningen genom registreringar och en minskning av rökningen med 25 procent rekommenderas. Tredje dagen vid Åreliniken genomförs rökstoppet. Deltagarna träffas i grupp dagligen där rökningen och framför allt upplevelser och strategier för att förbli rökfri diskuteras. Under en mellanperiod hemma registrerar deltagaren sina röksug (och ev. rökta cigaretter) samt motionsvanor. Deltagaren kommer därefter tillbaka till Åreliniken tillsammans med en närstående. Programmet och svårigheterna med rökfrihet förklaras och diskuteras med närstående. Efter vistelsen fortsätter deltagaren att registrera röksug och motionsvanor i ytterligare 10 månader för att tydliggöra att arbetet fortsätter. Alla registreringar sänds till Åreliniken där grafer ritas och kommenteras och besvaras skriftligen av handledaren. Sjuksköterskan/handledaren följer upp varje deltagare via telefon mellan de två Årevistelserna samt efter 4, 6 och 12 månader.

Resultat

Totalt skickades 43 784 enkäter ut och 33 765 (77 procent) analyserbara svar erhöles. Av dessa var 26 procent dagligrökare och 4 808 personer erbjöds att genomgå en lungfunktionsundersökning. Lungfunktionsundersökning utfördes på 3 887 personer (81 procent av de erbjudna) och i 17 procent av fallen kunde diagnosen KOL ställas enligt något skärpta europeiska diagnoskriterier (12). Endast 18 procent av dem som fick en KOL-diagnos hade tidigare fått diagnosen KOL av läkare.

De personer med KOL som identifierades fick möjligheten att delta i lottdragning till antingen rökstoppsprogrammet i Åre eller till att få remiss till sin vårdcentral eller husläkare. Till rökstoppsprogrammet i Åre lottades 247 varav 170 följts i mer än ett år och till vårdcentral lottades 233 varav 167 följts i mer än ett år. Av dem som hittills följts upp är 45,3 procent fortfarande rökfria i Åregruppen jämfört med 7,2 procent i kontrollgruppen. Dessa resultat innebär betydande hälsoekonomiska vinster, både direkta och indirekta, såväl långsiktigt som kortsiktigt. Dessa vinster gäller inte enbart kostnaderna för KOL utan även hälsoekonomiska vinster för andra rökorsakade sjukdomar.

Figur 2. Andel (i %) rökfria ett år efter att interventionen inleddes.



Diskussion

Luftvägssymtom är vanliga och i regel övergående. De står för majoriteten av de korta sjukskrivningarna samt för en stor del av läkarbesöken i den öppna sjukvården. Men bland de vanliga övergående förkylningarna finns individer med symtom som beror på kroniska men behandlingsbara sjukdomar. Idag missas såväl astma som KOL-diagnosen ofta vilket kan vara en anledning till den klart ökade risken att drabbas av sjukpensionering vid sjukfall längre än 60 dagar för luftvägssymtom. Orsaken till att dessa diagnoser missas är att man inte i det dagliga patientarbetet följer en strukturerad utrednings- och behandlingsmetodik.

Det finns klara belägg för att ju tidigare man kommer in med behandling vid astma desto bättre blir långtidsresultaten, exempelvis vad gäller lungfunktion och symtom (13). Även resultaten i detta projekt visar att rehabiliteringsinsatserna för de som identifierats med astma, varav 45 procent inte tidigare hade fått någon diagnos, redan efter ett år uppvisade mycket goda resultat.

Tidig diagnostik och rökstopp det enda som kan påverka förloppet av KOL. Diagnosen ställs idag alltför sent i sjukdomsförloppet. I detta projekt hade färre än 20 procent tidigare fått diagnosen KOL av läkare, trots att samtliga varit i kontakt med sjukvården. Bland dem med svårare KOL (mindre än hälften av lungfunktionen kvar) hade 47 procent inte tidigare fått någon diagnos. Att diagnosen missas i sjukvården har troligen många

orsaker. Det dominerande symtomet vid KOL är andfäddhet. De drabbade individerna skyller sin tilltagande andfäddhet på stigande ålder samt sin rökning och nämner därför inte sina symtom. Sjukvården har inte heller haft något intresse av tidig upptäckt eftersom det inte finns någon kurativ terapi att erbjuda. Detta innebär att trots att en femtedel av den vuxna befolkningen röker och trots att KOL är en vanlig sjukdom görs det sällan lungfunktionsundersökningar med KOL som frågeställning. Men förutom en mer aktiv hållning från sjukvårdens sida för att ställa diagnosen krävs också fungerande rökstoppsprogram. Att ställa diagnosen KOL utan att erbjuda någon form av hjälp till rökstopp måste betraktas som oetiskt. Det rökstoppsprogram som utvärderats i detta projekt uppvisar mycket goda resultat och är, trots att det är ett omfattande program, kostnadseffektivt. I kommande analyser av resultaten, baserade på grad av nikotinberoende och vilja att sluta att röka, kommer värdefull kunskap att genereras om för vilka det utvärderade extensiva programmet är nödvändigt och vilka som bör kunna uppnå en hög grad av rökfrihet med enklare program.

Den undersökningsmetodik som tagits fram i dessa projekt har visat sig vara praktiskt användbar och effektiv. Den kan användas i primärvården och i företagshälsovården, i primärvården för personer som söker med luftvägsbesvär och för screening av rökare, och i företagshälsovård vid hälsokontroller. Eftersom dessa sjukdomar är vanliga ger den strukturerade utredningsmetodiken ett högt utbyte. Närmare 20 procent av rökarna mellan 40 och 60 år har KOL och 61 procent av personer sjukskrivna för luftvägsymtom mer än 14 dagar har astma (bland befolkningen i stort är förekomsten av astma mellan 8 och 10 procent). Likaså har de rehabiliteringsmodeller som utvärderats i detta projekt visat sig vara kostnadseffektiva och är färdiga att användas fullt ut. Med dessa strukturerade modeller för tidig diagnostik och tidig aktiv intervention vid astma och KOL kan sjukfrånvaron minskas för astma och KOL.

Referenser

1. Karlsson H, Klingstedt M, Rylander O. Utvecklingen av den ersatta ohälsan 1985-1996. In Swedish. (Trends in sick leave during 1985-96.). In: Marklund S, editor. Risk- & friskfaktorer. In Swedish. (Risk- and health factors.). Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1997: 7-29.
2. Lidwall U. Friskskrivning, förtidspensionering och sammansatta riskfaktorer. In Swedish. (Recovering from sick leave, early retirement pension, and compound risk factors.). In: Marklund S, editor. Risk- & friskfaktorer. In Swedish. (Risk- and health factors.). Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1999: 43-60.
3. Riksförsäkringsverket. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 1997. Statistikinformation Is-1 1998:008. 1998. Stockholm, Riksförsäkringsverket. Riksförsäkringsverket informerar.
4. Läkemedelsindustriföreningen L. Fakta 2001. Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården. 2001.
5. National Heart Lung and Blood Institute NIOH. Global initiative for asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention - NHLBI/WHO Workshop report (March 1993). 95-3659. 1995.
6. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS, The et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine 2001; 163(5):1256-1276.
7. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064):1498-1504.
8. Jansson S-A, Ericsson Å, Jönsson E, Lundbäck B. De samhälls-ekonomiska konsekvenserna av KOL. Hygiea 109[2], 231. 2000.
9. Nathell L, Malmberg P, Lundbäck B, Nygren Å. Impact of occupation on respiratory disease. Scand J Work Environ Health 2000; 26(5):382-389.

10. Nathell L, Malmberg P, Lundback B, Nygren A. Is asthma underestimated as a cause of sick leave? *Respiratory Medicine* 2000; 94(10):977-982.
11. SBU -Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för rökavvänjning. Stockholm, 1998.
12. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The European Respiratory Society Task Force. *European Respiratory Journal* 1995; 8(8):1398-1420.
13. Haahtela T. Early treatment of asthma. *Allergy* 1999; 54 Suppl 49:74-81.

Livsstilsförändring vid kranskärslssjukdom - grunden för en effektiv rehabilitering och sekundärprevention

Jan Lisspers

Kranskärslssjukdom och det ökade behovet av rehabilitering

Under de senaste årtiondena har frekvensen hjärtinfarkt totalt sett minskat något i Sverige, och det har också skett en tydlig förändring av fördelningen av kranskärslssjukdomar (hjärtinfarkt, kärlkramp, etc.) i befolkningen. När det gäller olika socioekonomiska grupper har utvecklingen varit synnerligen ojämn i så mån att minskningen har varit mest markant inom professionella, administrativa yrkesgrupper och bland högutbildade. Bland t ex arbetare i tillverkningsindustrin och transportsektorn, inom jordbruket, samt för kvinnor inom service- och vårdsektorn, grupper som oftast har lägre utbildning, har däremot förekomst och dödlighet i kranskärslssjukdom snarare ökat.

Trots den, totalt sett, successiva minskning som skett under de senaste decennierna, kan dock fortfarande omkring hälften av alla dödsfall och en stor andel av vård- och socialförsäkringskostnaderna i Sverige tillskrivas hjärt-kärlsjukdomar, framför allt då just kranskärslssjukdom.

De senaste åren finns tecken som tyder på att stress och annan psykosocial belastning ökat i arbetslivet och i samhället i övrigt. Stress är sedan länge ansedd som en viktig riskfaktor när det gäller kranskärslssjukdom (se nedan). Nyare forskning tyder på att stressrelaterade emotionella reaktioner, inklusive depressiva tillstånd, kan utgöra en allvarlig riskfaktor för hjärtproblem, samt att stressrelaterade utmattningstillstånd i form av s.k. "vital utmattning" i sig utgör en faktor som kan predicera när hjärtinfarkt uppkommer. Av allt att döma vet vi ännu inte riktigt hur stora konsekvenser den ökande stressen i dagens arbetsliv kommer att få på den framtida

hjärt-kärlsjukligheten. Mera pessimistiska bedömningar tyder till och med på att det finns en risk att tendensen till successivt minskad förekomst av hjärtinfarkt och död i hjärtsjukdom i befolkningen skulle kunna komma att brytas som en konsekvens av denna ökande stressbelastning i dagens samhälle.

En viktig bakomliggande faktor vid hjärtinfarkt, angina pectoris och plötslig hjärtdöd är förträngningar som uppkommer i de artärer som förser hjärtmuskeln med blod beroende på inlagring av bl.a. fett och kolesterol, samt av förkalkningar i kärlväggarna, vilket sin tur försämrar blodtillförseln till den vävnad i hjärtmuskeln som artären försörjer. Detta kan leda till syrebrist (ischemi) och till bröstsmärta (kärlkramp, angina pectoris). Om förträngningen i sig eller i kombination med trombos (dvs. klumpar av lekrat blod som fastnar vid förträngningen) helt stryper blodflödet, inträffar en hjärtinfarkt. Kranskärlförträngningar kan också påverka hjärtats elektriska ledningssystem och leda till rytmrubbningar och därav följande plötslig hjärtdöd.

Tidigare behandlades en akut hjärtinfarkt med flera veckors sängläge. Dödligheten var hög och komplikationer förekom ofta efter utskrivning. Idag aktiveras patienterna mycket snabbare, ofta efter bara ett par dagar. På sjuttio- och åttiotalen tillkom nya kirurgiska behandlingsmetoder i form av bypass operation, vars effekter på angina ofta är dramatisk och vilken resulterar i minskad mortalitet. Senare tillkom s.k. ballongvidgning (PTCA) av förträngda kärl, som utgör ett avsevärt mindre invasivt behandlingsalternativ än bypass-operation och också har visat sig vara synnerligen effektivt. Ett viktigt genombrott i hjärtinfarktbehandlingen var snabb insättning av antikoagulantia (tromboslösningsmedel) med vars hjälp skadorna på hjärtvävnaden kan begränsas.

Dessa, och andra, medicinska landvinningar och förändringar när det gäller främst det akuta omhändertagandet utgör av allt att döma en viktig orsak till att dödligheten i hjärtinfarkt har kunnat minskas. Många klarar numera av en infarkt utan att den resulterar i påtaglig nedsättning av hjärtfunktionen eller av den fysiska kapaciteten i stort. På samma sätt har personer med invalidiserande kärlkrampsproblem framgångsrikt kunnat behandlas.

Dessa behandlingsframsteg medför emellertid inte minskade utan snarare ökade krav på eftervårds-, rehabiliterings- och kanske framförallt sekundärpreventiva insatser!

Allt flera överlever och kan ur rent medicinsk synvinkel återgå till en normal livsföring och i normalt arbete även efter ganska svår

kranskärslssjukdom. För att uppnå detta krävs dock för många, av både fysiologiska/kardiologiska, psykologiska och psykosociala skäl, ganska omfattande stöd- och rehabiliteringsåtgärder. Utan dessa stödåtgärder finns risk att personen ej kan rehabiliteras trots att detta alltså ur medicinsk synvinkel borde vara relativt problemfritt.

Dessutom påverkar dessa medicinska interventioner i sig inte den grundläggande kranskärslssjukdomen. Det vill säga, tendensen att kranskärslförträngningar fortsätter att utvecklas kvarstår även efter en framgångsrik bypass operation, efter en framgångsrik PTCA-behandling eller efter framgångsrik behandling av en hjärtinfarkt. Detta visar inte minst den ökande återinsjuknandefrekvensen som kan konstateras vid långa uppföljningar efter sådana behandlingar. Detta gör att sekundärpreventiva insatser, d.v.s. insatser för att bromsa progressen av den grundläggande kranskärslssjukdomen och därmed minska risken för ett framtida återinsjuknande, är av synnerligen stor betydelse i ett längre tidsperspektiv, både för individen själv där det de facto kan vara en fråga om liv eller död - och sett ur perspektivet av samhällets vård- och socialförsäkringskostnader.

Risken för hjärtsjukdom är till stor del livsstilsberoende

Det finns nu en relativt omfattande kunskapsbas som gäller vilka faktorer som påverkar utvecklingen av kranskärslssjukdom. Traditionellt har man talat om ärftlighet, högt blodtryck, förhöjda blodfetthalter, och tobaksanvändning som de viktigaste riskfaktorerna för kranskärslssjukdom. Bland de biologiska riskfaktorerna för kranskärslssjukdom brukar man också inkludera kraftig övervikt, diabetes och numera även s.k. "metabolt syndrom".

Forskningen har alltmer övertygande kunnat visa att biologiska riskfaktorer som högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes (och det "metabola syndromet") är kopplade till faktorer i den vardagliga livsstilen som stress, kostvanor och motionsvanor, vilka därmed också utgör synnerligen centrala livsstilsbaserade riskfaktorer för att utveckla kranskärslssjukdom. Numera finns även omfattande forskning som påvisar att olika psykosociala faktorer i sig ökar risken för kranskärslssjukdom. Ett viktigt exempel på sådana faktorer är de arbetsrelaterade stressfaktorer vilka i olika epidemiologiska analyser visats vara relaterade en tydligt förhöjd dödlighet i kranskärslssjukdom. Tillgång till socialt stöd är å andra

sidan en faktor som tenderar att ha en skyddande effekt mot kranskärslssjukdom. Typ-A beteende är ett ganska vanligt förekommande, speciellt stressbeteendemönster, som präglas av otålighet, tidspress, tävlingsinriktning och irritation/fientlighet/aggressivitet vilket i stora studier påvisats ha samband med förhöjda risker för kranskärslssjukdom. Senare forskning kring Typ-A beteende tyder på att irritation, ilska och en fientlig inställning till andra människor är den del i beteendemönstret som har den starkaste kopplingen till utvecklingen av kranskärslssjukdom. Depression, och troligen även olika former av stressrelaterade "utmattningssyndrom", har visats ha en tydlig koppling till kranskärslssjukdom, både som en riskfaktor för en första hjärtinfarkt och som en riskfaktor för nytt framtida återinsjuknande hos hjärtinfarktpatienter.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att en persons levnadsförhållanden och vardagliga livsstilsvanor spelar mycket stor roll för risken att utveckla kranskärslssjukdom. Ogynnsamma livsstilsvanor verkar ha relativt likartade effekter både på risken för ett första insjuknande i hjärtsjukdom och för framtida återinsjuknanden efter en första sjukdomsepisod. Med andra ord spelar livsstilen och livsstilsförändring en viktig roll både för primär- och sekundärprevention av kranskärslssjukdom.

Rehabilitering och sekundärprevention = livsstilsförändring

Med "rehabilitering" avses här insatser för att återställa en så normal funktionsnivå som möjligt (fysiskt, psykosocialt, yrkes- och livskvalitetsmässigt) efter sjukdom. Framgångsrik rehabilitering måste bedömas i termer av sina långsiktiga effekter. Att t ex åstadkomma snabb arbetsåtergång kan inte vara speciellt meningsfullt, varken för individen eller för samhället, om en effekt av detta blir ett relativt snabbt återinsjuknande. Detta är viktigt för alla sjukdomar, men kanske speciellt för kranskärslssjukdom, eftersom återinsjuknande här inte bara kan innebära ytterligare vård- eller sjukersättningsbehov, utan med viss risk kan vara fatal, t ex i form av en hjärtinfarkt med dödlig utgång. Därför är rehabiliterande eller sekundärpreventiva åtgärder av särskilt stor betydelse vid kranskärslssjukdom. Men trots att rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslssjukdom är en verksamhet som är så angelägen både rent mänskligt och samhällsekonomiskt är det ett synnerligen eftersatt område.

Mot bakgrund av det orsakspanorama till kranskärslssjukdom som presenterats ovan måste rehabiliterande och sekundärpreventiva åtgärder inbegripa livsstilsförändringar i vid mening. Forskningen på området tyder emellertid samtidigt på att det kan vara svårt att åstadkomma kraftfulla och framförallt varaktiga livsstilsförändringar. Detta kan kanske förklara de osäkra och varierande kliniska resultat som ofta rapporterats och den osäkerhet om värdet av sådana insatser som inte alltför sällan förekommer.

Några betydelsefulla studier tycks emellertid indikera ett ganska direkt samband mellan faktiska beteendeförändringar och centrala kliniska ändpunkter. Av stor principiell betydelse i detta sammanhang är de studier där man undersökt vilken effekt livsstilsförändring har på själva den underliggande kranskärslssjukdomen genom att direkt mäta effekten på förträngningar i kranskärlen. Redan i början av 90-talet kunde forskare vid Stanford University (Ornish m.fl.) visa att hos patienter med angiografiskt konstaterade (dvs. röntgendiagnosticerade) kranskärlförträngningar, vilka deltagit i ett 12-månaders program för en genomgripande livsstilsförändring, kunde konstateras en tillbakagång av kärlförträngningarna. I en kontrollgrupp hade det däremot skett en fortsatt ökning av förträngningarna. Frekvensen bröstsmärtor hade samtidigt minskat dramatiskt i den behandlade gruppen, medan kontrollgruppen upplevde en kraftig ökning. Vid en 5-års uppföljning kunde konstateras att dessa resultat kvarstod och en tydlig tendens till normalisering av blodförsörjningen till hjärtmuskeln kunde konstateras i den grupp som deltagit i programmet för livsstilsförändring. Dessa uppseendeväckande resultat har senare väsentligen replikerats i ett antal olika studier, vilka dessutom tyder på att även mindre genomgripande livsstilsförändringar kan påverka både risken för nya kliniska hjärthändelser och utvecklingen av kranskärslssjukdomen.

Sammantagna ger dessa studier fog för en betydande optimism vad gäller möjligheten att med hjälp av livsstilsförändringar påverka kranskärslssjukdomens förlopp och därmed minska risken för nya sjukdomsepisoder hos patienter med diagnosticerad kranskärslssjukdom.

Långtidseffekter

En aktuell forskningssammanställning tyder på att hjärtrehabiliteringsprogram som innehöll psykosociala komponenter gav upphov till en minskning av återinsjuknanden och mortalitet jämfört med traditionella, enbart träningsinriktade program. Dessa skillnader var mest framträdande under det första uppföljningsåret och tenderade att minska därefter.

Andra studier, som undersökt mera omfattande interventioner mera specifikt inriktade mot livsstilsförändring (t.ex. de tidigare refererade Typ-A studierna) visar att mindre kliniska effekter på kort sikt kan förstärkas betydligt vid senare uppföljningar. Samma tendens har illustrerats i de svenska s.k. "Oskarshamnsstudierna", där det framkommit att de största effekterna av det studerade intensiva rehabiliteringsprogrammet, både när det gäller arbetsåtgång och mortalitet, framkom först vid långtidsuppföljningar efter 5 och 10 år. Vid de första mätningarna, efter 12 månader, kunde överhuvudtaget inga signifikanta skillnader gentemot en "obehandlad" referensgrupp påvisas.

Man skulle kunna spekulera i att kortvariga interventioner som innehåller ospecifikt emotionellt och psykosocialt stöd, har en effekt på tidiga återinsjuknanden. Riskfaktorrelaterade livsstilsförändringar däremot, vilka kräver mera omfattande målinriktade interventioner, kan ha en inverkan på den mera långsiktiga progres- sen av kranskärslsjukdomen. Om så är fallet är det rimligt att anta att de huvudsakliga effekterna av interventionen vad gäller återinsjuknande kommer att visa sig först vid senare uppföljningar, när annars progressen av kranskärslsjukdomen skulle ha kommit så långt att återinsjuknanden skulle ha kunnat börja uppkomma.

En av de få studier inom området där ekonomiska effekter av mera omfattande livsstilsförändrande interventioner har påvisats genomfördes i anslutning till de ovan nämnda "Oskarshamnsstudierna". Efter fem år gjordes en kostnadsanalys, och man kunde då konstatera en minskning av de genomsnittliga kostnaderna (främst socialförsäkringskostnaderna) med hela 73 500 kronor per patient i rehabiliteringsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Det ovanstående illustrerar dels behovet av långa uppföljnings- tider i utvärderingsstudier (både av kliniska och hälsoekonomiska effekter) och dels den centrala betydelse som långsiktigt vidmakt- hållande av livsstilsförändringar har i interventioner av detta slag.

Effekten av livsstilsförändring vid kranskärlssjukdom

Vi har inom ramen för projekten "LIVsstilsförändring" (Nygren, Öhman & Lisspers, 1992) och "HEUREKA-studierna" (Lisspers & Nygren, 1995) arbetat med en serie studier för att systematiskt analysera effekterna av livsstilsförändringar i rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärlssjukdom (Lisspers, Öhman & Nygren, 1998). Det allmänna syftet har varit att utvärdera ett modernt, multifaktoriellt interventionsprogram för livsstilsförändring vad gäller främst uppnådda beteendeförändringar (motion och kostvanor, tobaksvanor och stresshantering), effekter på hälsa och livskvalitet (t.ex. hjärtbesvär, psykiska symptom, återinsjuknande) och hälsoekonomiska konsekvenser (arbetsåtergång, sjukersättning, vårdnyttjande) dels i ett omedelbart och kortsiktigt, men framför allt i ett mera långsiktigt perspektiv.

Som diskuterats ovan, förväntas livsstilsförändringar ha en bromsande effekt på den grundläggande kranskärlssjukdomens förlopp och därmed långsiktigt minska risken för nya återinsjuknanden hos patienter med diagnosticerad kranskärlssjukdom. Detta i sin tur förväntas därmed så småningom kunna få betydande hälsoekonomiska konsekvenser i termer av bl.a. minskade vård- och socialförsäkringskostnader.

Det program som står i centrum för dessa utvärderingar, utformades inom ramen för en befintlig verksamhet i internatsmiljö (vid HälsoInvest Föllinge, utanför Östersund) och det avsågs fokusera på förändringar av en serie livsstilsfaktorer med hjälp av moderna principer för beteendepåverkan (Lisspers & Öhman, 1996). Utgångspunkten för denna modell var att i ett tvärvetenskapligt, beteendemedicinskt sammanhang applicera moderna, vetenskapligt baserade psykologiska och pedagogiska principer med en "beteendefokuserad" inriktning för att för så många som möjligt åstadkomma optimala beteendeförändringar och vidmakthållande av dessa över lång tid. Programmet består av totalt ett års intervention. Det startar med fyra veckors internatsvistelse (från och med hösten 1999: 3 plus 1 vecka, med två månaders hemmavistelse däremellan) och därefter följer ett strukturerat "uppföljnings- och vidmakthållandeprogram" under resten av året. Programmet består av en integrerad kombination av gruppbaseade, individuella och egenstyrda aktiviteter. Personalteamet har en tvärvetenskaplig sammansättning, där experter från olika kompetensområden är huvudansvariga för uppläggning av undervisning och övrig intervention inom respektive huvudområde, speciellt vad gäller grupp-

aktiviteterna. Varje deltagare har dessutom en individuell "handledare" som stöd för sitt eget förändringsarbete under hela interventionsåret.

Aktuella resultat – livsstilsförändring räddar liv!

Flera delstudier i projekten har genomförts och avrapporterats, medan långtidsuppföljningar fortfarande pågår i andra. Främst när det gäller analyser av de långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av denna typ av rehabiliteringsåtgärder återstår flera studier att slutföra.

En första studie i vilken de första 292 deltagarna i programmet följdes i 12 månader (Lisspers et al, 1998a) tydde på att meningsfulla och statistiskt säkerställda förändringar i livsstilsvanor uppnåddes i programmet.

I en serie andra studier undersöks förekomst och inverkan av depression på effekten av rehabiliteringsprogrammet (Lisspers, Söderman, Sundin & Nygren, 1999; Söderman, Lisspers & Sundin, 2001a; Söderman, Lisspers & Sundin, 2001b). I dessa har hittills framkommit att (a) många hjärtpatienter har tydliga depressiva symptom, vilka (b) till viss del försvårar arbetsåtergången, och vilka (c) inte till fullo åtgärdas inom ramen för det studerade programmet. Intressant är dock att notera att (d) graden av depression inte påverkar hur stora livsstilsförändringar som uppnås i programmet, vilket möjligen kan innebära en dämpning av de negativa influenserna av depression på risken för återinsjuknande.

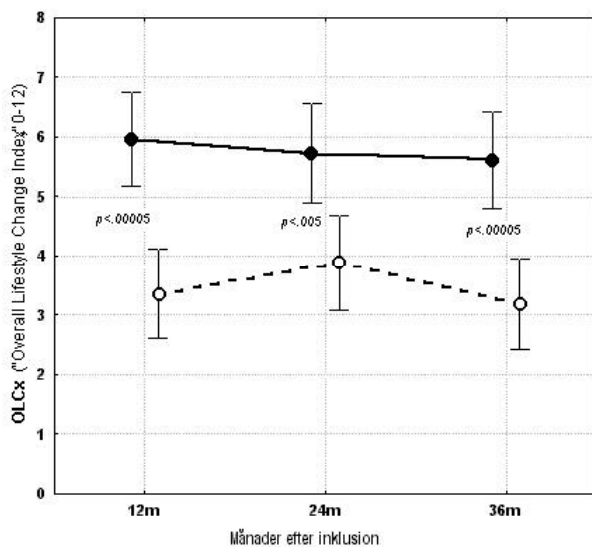
Den av våra pågående studier som kanske är av den största principiella betydelsen och den där vi nått längst i våra uppföljningar är den s.k. "PTCA-studien". I denna utnyttjades avancerad röntgendiagnostisk teknik för att direkt mäta interventionsprogrammets effekter på förträngningar i hjärtats kranskärl. Studien omfattar personer som genomgått PTCA-behandling (vid Karolinska sjukhuset) och vilka hade ytterligare minst en kliniskt icke-signifikant, men mätbar förträngning utöver den/de som PTCA-behandlats. Totalt 87 patienter randomiserades antingen till behandlingsgrupp (n=46) eller till kontrollgrupp (n=41). Behandlingsgruppen genomgick interventionsprogrammet vid HälsoInvest Föllinge, medan kontrollgruppen hänvisades till rutinmässiga eftervårdsinsatser.

Både 1-års (Lisspers et al, 1999b) och 2-årsresultat (Hofman-Bang et al, 1999b; Hofman-Bang, 1999b) har tidigare redovisats.

Signifikant större livsstilsförändringar uppnåddes i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen, vilka till stor del kvarstod även vid 24-månadersmätningen.

Som framgår av Figur 1, som visar den "total livsstilsförändringen" (dvs. ett sammanfattande index där variabler från de olika livsstilsområdena har kombinerats), har behandlingsgruppen gjort signifikants större förändringar än kontrollgruppen, vilka synes kvarstå också vid 3-årsuppföljningen. Det kan återigen påpekas att livsstilsförändringar som redovisas här är det primära, omedelbara målet med interventionen och förväntas vara grunden för effekterna på både kranskärslsjukdomens utveckling och på de långsiktiga hälsomässiga resultaten.

Figur 1. Förändring av livsstilsvanor vid olika uppföljningstillfällen i behandlingsgrupp (fyllda cirklar) vilka deltagit i programmet vid Hälsoinvest Föllinge, respektive en kontrollgrupp (ofyllda cirklar)



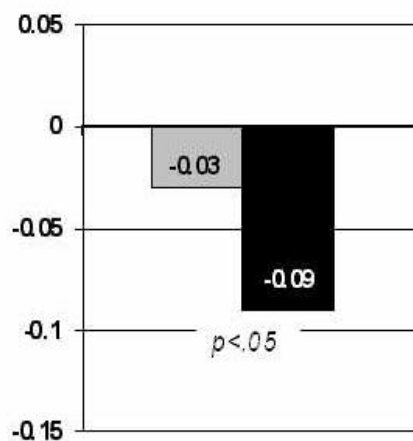
Inga tydlig positiv effekt av programmet kunde konstateras när det gäller viktminskning eller sänkningar av lipidnivåerna. Dock måste här tas i beaktande att det under uppföljningsfasen var flera i kontrollgruppen än i behandlingsgruppen som påbörjade farmakologisk behandling med moderna blodfettsänkande preparat.

Arbetsförmågan vid arbetsprov efter 12 månader hade förbättrats signifikant i behandlingsgruppen men ej i kontrollgruppen och den var signifikant högre i behandlingsgruppen än i kontroll-

gruppen både vid 12- och 24-månadersmätningarna. Intressant nog framkom även en signifikant skillnad i upplevd bröstsmärta (fortfarande dock på en låg nivå efter den framgångsrika PTCA-behandlingen) vid arbetsprovet redan efter 12 månader. Den hade ökat hos kontrollgruppen, medan det snarare var en ytterligare minskad smärtupplevelse i behandlingsgruppen. Detta kunde möjligen tolkas som att det redan då börjat ske en mera ogynnsam utveckling av kranskärlssjukdomen hos kontrollgruppen.

Vid förnyad kranskärlsröntgenundersökning vid 2-årsuppföljningen kunde det sedan konstateras att de som deltagit i interventionsprogrammet hade en mer gynnsam sjukdomsutveckling än patienterna i kontrollgruppen. Medan de senare uppvisade tydligt fortskridande försämring av kranskärlsförträngningarna hade förträngningsprocessen i det närmaste stannat upp bland de behandlade patienterna (Figur 2).

Figur 2. Genomsnittlig förändring av kranskärlsförträngningar (minimum lumen diameter, mm) efter 24 månader i interventionsgrupp (grå stapel) respektive kontrollgrupp (svart stapel). Anpassat efter Hofman-Bang, et al (1999b).



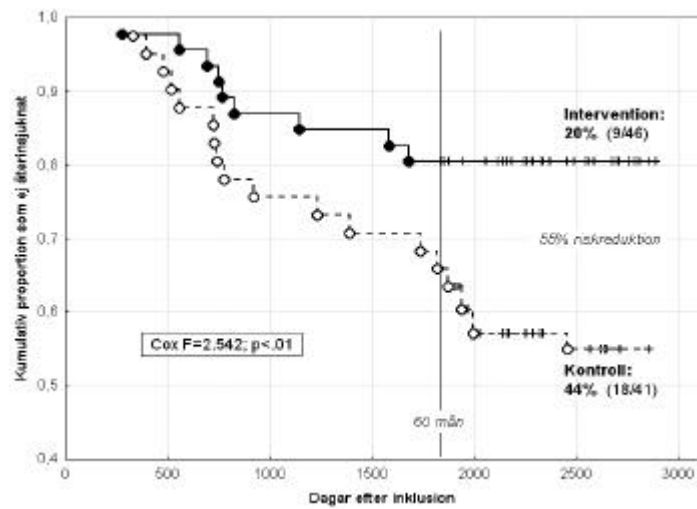
Detta överensstämmer alltså med en del tidigare redovisade studier i så mån att livsstilsförändring alltså kan bromsa fortsatt påbyggnad av kranskärlsförträngningar.

Frågan är då om denna skillnad i utveckling av den grundläggande kranskärlssjukdomen, i sin tur hade en effekt på hälsan. Vad gäller kliniska rehabiliterings- och sekundärpreventiva resultat

så framkom här samma mönster som t.ex. i de tidigare refererade "Oskarshamnstudierna", dvs. synnerligen svaga tidiga effekter som dock tenderar att förstärkas över tid. Det var det ingen skillnad i andelen deltagare i interventionsgrupp respektive kontrollgrupp som lagts in på sjukhus (på grund av hjärtsymptom) under det första året. Under det andra året däremot, var en signifikant större andel av kontrollgruppen inlagd jämfört med interventionsgruppen. Likaså fanns ingen skillnad i sjukskrivningsgrad under de första 12 månaderna. Därefter, under det andra uppföljningsåret, fanns dock en tendens till att sjukskrivningen ökade i kontrollgruppen men den minskade eller låg kvar på samma nivå för interventionsgruppen. Vid nyligen genomföra långtidsuppföljningar (Lisspers et al, 2001) kunde dessa tendenser ytterligare konfirmeras. Preliminära analyser av uppföljningsdata 5 år eller längre efter behandlingens start (i medeltal 6.5 år) har påvisat en oväntat tydlig positiv effekt av interventionsprogrammet på återinsjuknandefrekvensen. Vid uppföljningstillfället (1 januari, 2001) hade totalt 30 procent av behandlingsgruppen respektive 54 procent av kontrollgruppen återinsjuknat, vilket motsvarar 43 procent riskreduktion för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Ingen skillnad förelåg mellan grupperna under första året (behandlingsåret) när risken för "restenos" av PTCA-behandlade förträngningar är stor. Jämförelse av återinsjuknandefrekvensen från och med månad 9 efter starten av studien (och efter själva PTCA-behandlingen) visar ännu tydligare skillnader till behandlingsgruppens fördel (Figur 3): Tjugo procent av behandlingsgruppen jämfört med 44 procent av kontrollgruppen insjuknade under denna period (55 procent riskreduktion). Alla dessa skillnader till behandlingsgruppens fördel är statistiskt signifikanta. För både detta totala återinsjuknande och för den kardiella mortaliteten, totalt har 6 (14.6 procent) i kontrollgruppen och en (2.2 procent) avlidit, visar s.k. "överlevnadsanalys" signifikant bättre långtidsresultat för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Figur 3. Personer som återinsjuknat (hjärtinfarkt, behandling med PTCA eller bypass kirurgi, kardiell mortalitet) fr.o.m. månad 9 efter inklusion i studien i interventionsgrupp (fyllda cirklar) samt kontrollgrupp (ofyllda cirklar).



Slutsatser

Redan 1992 fastslog Socialstyrelsens medicinska rådsgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar i skriften "Sekundärprevention vid hjärt-kärlsjukdom" (SoS-rapport 1992:16) att det är *"en rättighet att lämpliga förebyggande insatser sätts in och att patienten får den information som finns för att själv kunna förhindra återinsjuknande"* (min kursivering). Tyvärr måste konstateras att fortfarande är det långt ifrån alla patienter som får del av denna rättighet. I ljuset av de här redovisade resultaten, och andra nationella och internationella forskningsresultat, måste konstateras att denna brist är synnerligen allvarlig – både för de drabbade individerna och för samhället i stort.

De långtidsresultat som här kortfattat redovisats, indikerar att omfattande, beteendefokuserade interventioner för livsstilsförändring vid rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlsjukdom kan åstadkomma meningsfulla förändringar av riskfaktorrelaterade livsstilsvanor. Sådana förändringar av vardagliga livsstilsbeteenden är det primära målet för interventionerna, då de i sin tur

förväntas ha stor betydelse för kranskärslsjukdomens framtida utveckling, vilket också har kunnat konfirmeras i den här refererade studien, då de som ej fått möjlighet att delta i interventionsprogrammet hade en tydligt fortskridande försämring av kranskärlsförträngningarna jämfört med dem som deltagit i programmet.

Detta visade sig också senare ge tydliga utslag i kliniska och hälsorelaterade ändpunkter då en markerat minskad risk för återinsjuknande och död i hjärtsjukdom bland dem som deltagit i behandlingsprogrammet framkom vid långtidsuppföljningen.

Om de här redovisade resultaten stämmer, kan konstateras att väldigt många hjärtpatienter inte får del av sin "rättighet" till sådana stödjande insatser som skulle kunna mer än halvera risken att återinsjukna och minska risken att avlida i hjärtsjukdom ännu mera (över en 5-7 års period).

En kraftigt utvidgning av resurserna för rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslsjukdom är alltså i ett sådant perspektiv synnerligen motiverad och mycket angelägen både av rent mänskliga skäl och av samhällsekonomiska, då allt tyder på att minskning av återinsjuknandefrekvensen i den storleksordningen också skulle innebära en betydande minskning av vård- och socialförsäkringskostnaderna.

Referenser

- Hofman-Bang, C., Lisspers, J., Nordlander, R., Nygren, Å., Sundin, Ö., Öhman, A. & Rydén, L. (1999a). Two year results of a controlled study of a residential rehabilitation for patients treated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. *European Heart Journal*, 20, 1465-1474.
- Hofman-Bang, C., Svane, B., Lisspers, J., Nordlander, R., Nygren, Å., Sundin, Ö., Öhman, A. & Rydén, L. (1999b). Effects of a multifactorial lifestyle programme on progression of atherosclerotic lesions assessed by quantitative coronary arteriography: A randomized controlled study. Ur: Hofman-Bang, C (1999) "Evaluation of a multifactorial programme on lifestyle behaviour and secondary prevention in patients with coronary artery disease. Inst för klinisk Neurovetenskap, Karolinska institutet: Doktorsavhandling.
- Lisspers, J, Hofman-Bang, C, Nygren, Å, Rydén, L, Sundin, Ö & Öhman, A (2001) Long-term effects of lifestyle behaviour change after PTCA: effects on the progression of CAD and on

- cardiac events. Föredrag presenterat vid "European Society of Cardiology (ESC) XXIII Congress", Stockholm, sept, 2001.
- Lisspers, J. & Nygren, Å (1995). Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslsjukdom (HEUREKA). Enheten för Personskadeprevention, Karolinska institutet: Projektbeskrivning.
- Lisspers, J. & Öhman, A. (1996). Livsstilsförändring på livstid: Beteendefokuserad modell för egenvård vid kranskärslsjukdom. *Läkartidningen*, 93, 1453-1458.
- Lisspers J., Söderman E., Sundin Ö. and Nygren Å. (1999) The effects on and off depression - An exploratory study of rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. *Scandinavian Journal Behaviour Therapy*, 28, 9-18.
- Lisspers, J., Sundin, Ö., Hofman-Bang, C., Nordlander, R., Nygren, Å., Rydén, L. & Öhman, A. (1999). Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: A prospective, randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 143-154.
- Lisspers, J, Öhman, A & Nygren, Å (1998) Livsstil och Kranskärslsjukdom: En översikt av de två forskningsprojekten "LIVsstilsförändring" och "Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärslsjukdom". Ur: Nygren, Å., Lisspers, J., Andersson, L. & Jensen, I. (1998). "Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering". Enheten för Personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.
- Nygren, Å., Öhman, A. & Lisspers, J (1992). LIVsstilsförändring: Sammanfattning av projektplan. Enheten för Personskadeprevention, Karolinska institutet: Projektbeskrivning.
- Söderman E., Lisspers J. and Sundin Ö. (2001a) Impact of Depression on Lifestyle changes in Patients with Coronary Artery Disease (Submitted).
- Söderman E., Lisspers J. and Sundin Ö. (2001b) Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science & Medicine* (In press)

Depression och utmattning

Marie Åsberg, Åke Nygren, Gunnar Rylander, Ingrid Rydmark

Under de senaste tre åren (från och med 1997) har en ökning av psykiatriska diagnoser konstaterats såväl i AFA:s som i Alectas databas. Framför allt är det diagnoserna "depression", "utbrändhet" och "stressreaktion" som ökat, och i vissa grupper är idag depression den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning. Försäkringsmaterialen erbjuder en möjlighet att kartlägga och förstå orsakerna till den dramatiska ökningen i psykisk sjuklighet, och brett upplagda undersökningar av dessa problem pågår för närvarande vid enheterna för personskadeprevention resp. psykiatri vid KI:s institution för klinisk neurovetenskap. Eftersom detta program ännu är i sin början, finns resultat idag endast för kartläggningsdelen, medan rehabiliteringsdelen fortfarande pågår. Programmet bygger i stor utsträckning på den design som tagits fram under loppet av de tidigare beskrivna undersökningarna av rehabilitering vid olika folksjukdomar. Den omfattar också studier av försök till prevention av "utbrändhet" hos offentligtanställda.

Bakgrund

Under de tre senaste åren har antalet långtidssjukskrivna ökat dramatiskt i Sverige. Även stressrelaterade arbetsskador har ökat. Att döma av Alectas och AFA:s (AMF) databaser kan en stor del av ökningen i långtidssjukskrivning förklaras av att fler människor än tidigare sjukskrivs för depression och besläktade tillstånd (ångesttillstånd, stresstillstånd, såsom utbrändhet).

I Alectas databas har de tre psykiatriska diagnoserna depression, stressreaktion samt utbrändhet blivit de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna år 2000, före rygg- och muskelsmärta som tidigare var de

vanligaste sjukskrivningsorsakerna. Av de psykiatriska diagnoserna stod depression, stressreaktion och utbrändhet samt ångestsyndrom för 92,7 procent 1999, respektive 96 procent 2000 (till nov), av alla psykiatriska diagnoser.

Även om internationella epidemiologiska studier visar att förekomsten av depression ökat i hela västvärlden under flera decennier, är en så snabb och stor ökning som den aktuella svenska anmärkningsvärd, och det finns skäl att fråga sig vad den beror på. Många depressioner utlöses av ogynnsamma miljöfaktorer, och en ändring i människors levnadsomständigheter kan vara en tänkbar orsak. Men ökningen kan också tänkas bero på att människor över huvud taget är mer benägna, eller mindre rädda, för att sjukskriva sig nu än för några år sedan. Det kan också vara så att de sjukskrivande läkarna, eller deras patienter, är mer villiga att tillstå att arbetsförmågan beror på en psykisk störning som depression eller ångest, och inte på en kroppslig sjukdom som ont i ryggen eller andra smärttillstånd.

Depression, utbrändhet eller vad?

Undersökningens pilotfas, som nyligen slutförts, syftar till att klarlägga bakgrund och symtombild hos tjänstemän som varit sjukskrivna i tre månader eller mer för depression eller besläktade tillstånd (stressreaktioner, ångesttillstånd, utbrändhet). Avsikten är att lägga erfarenheterna från denna pilotstudie till grund för behandlings- och rehabiliteringsprogram. Utformning av sådana program pågår nu. De avses sedermera prövas på sedvanligt sätt i randomiserade kontrollerade studier.

Urvalskriterier

Långtidssjukskrivna tjänstemän, försäkrade av SPP, som varit sjukskrivna i tre månader eller mer inbjöds att delta i studien, som påbörjades hösten 1998. Alla de långtidssjukskrivna fick ett brev där de tillfrågades om de ville delta i undersökningen, under förutsättning att de uppfyllde nedanstående kriterier.

- ?? Sjukskrivningsdiagnos enligt läkarintyg till försäkringskassan skulle inrymmas i någon av kategorierna depression, ångestreaktion, reaktion på stress, eller utbrändhet;
- ?? Boende i Stockholm eller Mälardalen;
- ?? Ålder under 60 år.

274 brev skickades ut. I brevet informerades patienterna om att vi avsåg att ta kontakt med dem per telefon, men att de patienter som inte ville bli kontaktade kunde meddela detta till oss. 8 patienter meddelade direkt att de inte ville delta. 42 patienter kunde vi inte komma i kontakt med eftersom de hade hemligt nummer eller inte svarade på telefonsamtal. De 224 patienter som vi kunde nå per telefon fick ytterligare information om studiens syfte och uppläggning, och tillfrågades därefter om de samtyckte till deltagande eller ej. 62 personer avböjde deltagande i detta skede. Flera hade återgått i arbete, andra önskade inte delta i någon studie som hade med psykiatri att göra. 162 personer sade preliminärt ja till deltagande, men 12 av dessa ringde sedermera återbud. Patientrekryteringen pågår och 150 patienter har undersökts och sammanställts.

Tillvägagångssätt

Patienterna kom till sektionen för personskadeprevention som är belägen i Kungliga Myntets lokaler på Hantverkargatan, Kungsholmen. Undersökningen, som pågick c:a 5-6 timmar omfattade ingående öppna och semistrukturerade intervjuer enligt nedan. Försökspersonerna lämnade blod- och urinprov samt fyllde i en serie personlighetsformulär.

Metoder

Psykiatrisk diagnostik

Som nämnts gjorde vi patienturvalet på grundval av de diagnoser som stod på läkarintygen till försäkringskassan. I ungefär två tredjedelar (64procent) av fallen hade intygen utfärdas av läkare som inte var specialister i psykiatri. Vårt första steg var därför att försöka ta reda på vad som eventuellt dölde sig bakom dessa preliminära diagnoser.

Vi använde därför en strukturerad kliniska intervju, SCID-I (Structured Clinical Interview for the DSM-IV). SCID-intervjun ger en psykiatrisk diagnos enligt ett amerikanskt diagnossystem, the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM, Version IV). DSM-systemet är internationellt välkänt och accepterat, framför allt i forskningsmanhang. Dess stora fördel är att det minimerar godtyckligheten i diagnoser som med nödvändighet måste byggas på symtom som inte kan observeras direkt eller mätas i laboratorieprover. Intervjun ger en psykiatrisk diagnos som bygger på fasta kriterier och som är både pålitlig och kommunicerbar.

Intervjun inleddes med ett öppet samtal kring patienternas problem och orsakerna till sjukskrivningen. Försökspersonerna tillfrågades också om eventuell behandling, och om de upplevt den som bra eller ej. Efter denna intervju, som kunde ta 1,5-3,5 timmar (ofta med en bensträckare under tiden), togs en kort paus, och därefter vidtog en ny intervjuomgång.

Ev. personlighetsstörning diagnostiserades enligt DIP-intervjun (The Diagnostic Interview for Personality Disorder) som ger diagnos såväl enligt DSM-IV som enligt WHO-klassifikationen ICD-10. Med personlighetsstörning menar man långvariga och bestående avvikande sätt att uppleva omvärlden och bete sig, till exempel en genomgripande och överdriven misstänksamhet och känsla av att omvärlden vill en ont (paranoid personlighetsstörning), eller en genomgående oförmåga att modulera och reglera affekter parad med svårighet att skapa stabila och positiva relationer med andra (borderline personlighetsstörning), eller en ökad beredskap att reagera med stark oro och undvika en rad situationer (fobisk personlighetsstörning). Personlighetsstörningar skapar lidande och ökar sårbarheten för psykisk sjukdom, t ex depression.

Patienterna tillfrågades om upplevelser av våldshandlingar, såväl under barndomen som i vuxenlivet, och svaren skattades på KIV-skalan (The Karolinska Interpersonal Violence Rating Scale). Sådana erfarenheter har också visats öka sårbarheten för olika psykiska störningar.

Speciell uppmärksamhet ägnades eventuella problem med självmordstankar eller självmordsförsök, som kartlades med ett särskilt intervjuformulär, Karolinskas Suicidanamnes.

Graden av depression skattades på MADRS-skalan (The Montgomery Åsberg Depression Rating Scale). Slutligen gjordes Mini Mental Test, som ger uppgift om kognitiv funktionsnivå och

eventuella symtom på demens. Denna andra intervjuomgång tog 1-2 timmar.

Frågeformulär

Ett stort antal frågeformulär användes, som avser att beskriva såväl livskvalitet och psykiska besvär som personlighetsdrag, grad av "utbrändhet" och förhållanden på arbetet.

Blod- och urinprover

De blod- och urinprov som togs innefattade sedvanligt rutinblodstatus, infektionsprover, prover som avspeglar kroppens saltbalans, njurfunktionen, urinsyranivån, blodfetter, sköldkörtelhormon, leverprover och sådana prover som avspeglar blodsockervärde under längre tid och alkoholkonsumtion under längre tid. För de patienter som tog antidepressiv medicin mättes blodkoncentrationen av läkemedlet. Koncentration av lugnande medel (bensodiazepiner) mättes i urin. Hos en undergrupp av projekt-deltagare mättes också könshormoner och stresshormoner.

Preliminära resultat

Bearbetning av de insamlade data pågår fortfarande, och resultatredovisningen måste ses som preliminär. Följande resultat kan dock vara av intresse.

De deltagande

Alecta försäkrar hela företaget, inte bara enstaka yrkesgrupper. Detta innebär att en rad olika yrken var företrädare bland de undersökta. Den vanligaste kategorin var chefer, oftast på mellannivå (71, varav 46 kvinnor och 25 män). Sexton deltagare var tekniker, 9 hade värdeyrken (endast en man).

Som väntat var kvinnorna överrepresenterade (depression är en avsevärt mycket vanligare diagnos hos kvinnor än hos män). 71 procent av patienterna var kvinnor, 29 män. Medelåldern var 44,3 år för kvinnorna (median 44 år), 47,8 för männen (median 51 år). Den yngsta kvinnan var 21 år, den yngste mannen var 33 år. Åldersför-

delningen hos de medverkande är representativt för hela gruppen sjukskrivna. I början av studien fanns en tendens till större bortfall bland äldre män, men allteftersom studien pågick och massmedia började intressera sig för fenomenet "utbrändhet", blev tillströmningen större även bland äldre män.

Behandling

Den största andelen av våra patienter sköttes av privatläkare, inkluderande företagshälsovård (28,7 procent). 36 procent hade psykiaterkontakt, 35,3 procent sköttes av husläkare på vårdcentral.

Vid undersökningstillfället var 45 patienter var fortfarande helt sjukskrivna. Fem patienter var sjukskrivna på 75 procent, medan 31 halvtidsarbetade, 5 patienter arbetade 75 procent och 12 patienter hade återgått i heltidsarbete vid undersökningen. Två patienter hade fått förtidspension.

52 procent av patienterna hade pågående antidepressiv behandling (serotoninupptagshämmare eller kombinerade serotonin-noradrenalinupptagshämmare i flertalet fall).

Diagnoser

Diagnospanoramata framgår ur nedanstående tabell. Observera att en patient kan ha flera diagnoser (s.k. komorbiditet eller samsjuklighet är vanlig i psykiatriska sammanhang). Den strukturerade diagnostiska intervjun verifierar i stort sett sjukskrivningsdiagnoserna. Cirka 80 procent av patienterna fyller verkligen kriterier på en depressionssjukdom.

Tabell 1. Diagnoser enligt DSM-IV. N = 150.

Diagnos	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Egentlig depression	82	37	119
Paniksyndrom	10	4	14
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	5	0	5
Alkoholberoende	6	5	11
Stressreaktion	4	1	5
Övriga diagnoser	44	12	66

Personlighetsstörning

Personlighetsstörningar var ovanliga i denna patientgrupp. Knappt 20 procent av patienterna hade någon typ av personlighetsstörning, vilket kan jämföras med patienter med motsvarande diagnoser i psykiatrisk vård som vanligen har en personlighetsstörning i hälften av fallen eller mer.

Kroppsliga besvär

Kroppsliga besvär var däremot regel, snarare än undantag. Typen av besvär framgår ur nedanstående tabell. Endast 11 patienter var fria från kroppsliga besvär.

Tabell 2. Typ av kroppsliga besvär. N = 150.

Typ av kroppsliga besvär	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Smärtor och värk i kroppen	67	22	89
Huvudvärk	29	9	38
Magbesvär	23	6	29
Högt blodtryck	6	4	10
Infektion	8	0	8
Övriga kroppsliga sjukdomar	24	7	31

Utlösande faktorer

Avgränsningen av utlösande faktorer bygger på patientens egen utsago och en psykiatrisk bedömning av hela sjukdomsförloppet. Den utan jämförelse vanligaste orsaken till långtidssjukskrivningen är problem på arbetet. Se nedanstående tabell!

Tabell 3. Utlösande orsaker till långtidssjukskrivningen. N = 150.

Typ av utlösande orsak	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Arbete	46	28	74
Arbete och familj	46	9	55
Familj	12	5	17
Övrigt	3	1	4

Bland de arbetsproblem som uppgavs var upprepade omorganisationer de absolut vanligaste. Näst vanligast, och ofta kombinerat med omorganisationer var en ökad arbetsbelastning och mycket

övertid. I enstaka fall hade sexuella trakasserier eller våldshandlingar i samband med arbetet utlöst besvären.

Suicidalitet

Själv mordstankar var påfallande vanliga och hade förekommit under den aktuella sjukdomsperioden hos 38 procent av de deltagande. Hela 15 procent har gjort ett eller flera suicidförsök. De flesta försöken hade gjorts för flera år sedan, eller under ungdomsåren, men några enstaka försök var kopplade till den pågående sjukdomsperioden. Detta antyder att många av försökspersonerna kan ha haft en sårbarhet som gjort dem mer ömtåliga för olika belastningar.

37 procent av de deltagande sade sig aldrig någonsin ha haft själv mordstankar. Tio av de deltagande kvinnorna hade skadat sig själva (vanligen skurit sig) utan avsikt att ta sitt liv.

Diskussion

En påfallande hög andel av de långtidssjukskrivna patienterna fyller stringenta kriterier på en depressionsdiagnos. De skiljer sig dock från de deprimerade patienter som brukar vårdas i psykiatrin genom att de vanligen saknar tecken till personlighetsstörning. Det rör sig ofta om resursstarka människor som har ett långt och framgångsrikt yrkesliv bakom sig. Samtidigt talar den höga frekvensen av tidigare själv mordshandlingar för att det rör sig om en känslig och sårbar grupp människor. Den fortsatta bearbetningen av de insamlade data kan förväntas ge intressanta upplysningar om vilka personlighetsdrag och problemprofiler som kan förekomma i gruppen.

Att så många som 86 procent angav arbetet som en viktig utlösande faktor, och i 50 procent den enda utlösande faktorn, var en överraskning, men kanske ändå inte så förvånande i en tid då "utbrändhet" blivit något av ett modeord. En närmare granskning av de faktorer som utlöst depressionen visar att de påfrestningar våra försökspersoner drabbats av ofta är mycket svåra. Det är inte den första omorganisationen, och oftast inte heller den andra, som leder till att man "går i väggen". Ofta rör det sig om en serie omorganisationer som lämnar personen utmattad och förvirrad, och även utarbetad, eftersom omorganisationerna ofta också innebär en

bantning av organisationen. När arbetsstyrkan reduceras, samtidigt som kraven på produktivitet ökar, innebär det givetvis ökade arbetsinsatser för de som är kvar i arbete.

Ett bestående intryck av många av de deltagande sjukskrivna är att det rör sig om ambitiösa människor med mycket stora prestationskrav på sig själva. När sjukskrivningen kommer, är det ofta oväntat för både en själv och omgivningen. Man har "gått i väggen", "orkar plötsligt inte ur sängen". Men vid närmare eftertanke framgår det ofta att varningstecken har funnits länge, kanske flera år, men ignorerats. I stället för att sakta ner, har våra patienter försökt klara av den ökade pressen genom att höja arbetstakten och dra ned på fritid och tid för vila och återhämtning.

Ordet "utbrändhet" har blivit mycket populärt för detta tillstånd. Vi menar att det är en olycklig metafor, eftersom den leder tanken till något som definitivt inte kan bli bättre. Ett lämpligare uttryck, som också accepteras och förstås av patienterna, är uttrycket "utmattningsdepression".

Rehabilitering och prevention

Intresset för fenomenet arbetsrelaterad depression, utmattningsdepression eller "utbrändhet", vad man nu väljer att kalla det, är uppenbarligen stort och växande. En rad olika behandlingstyper har föreslagits, varav många är jämförelsevis exotiska ("flotariebehandling", "chakraflödesmassage" osv.), medan andra bygger på kända och accepterade principer för stresshantering eller psykoterapi. Gemensamt för alla dessa behandlingar är att de är mycket dåligt utprovade. I Cochranesamarbetet¹ beskrivs en översikt av program för arbetsrelaterad stresshantering, där konklusionen på grundval av 24 studier är följande, "It is impossible to determine which specific interventions are most effective and should be recommended."

Med tanke på problemets storleksordning och den dramatiska ökningen av antalet sjukskrivna i utmattningsdepression, och de ty åtföljande kostnaderna, är behovet av utvärderade och effektiva rehabiliteringsprogram alldeles uppenbart.

¹ The Cochrane Collaboration är en internationellt förankrad institution som samordnar och publicerar sammanställningar av evidens för effekter hos olika medicinska behandlingar. Sammanställningen i fråga har gjorts av H van der Hek och HN Plomp (Occupational stress management programmes – a practical overview of published effect studies).

Terapeuter knutna till projektet har tagit fram strukturerade gruppsykoterapier (kognitivt resp. psykodynamiskt orienterade), som kommer att prövas i en randomiserad kontrollerad prövning av traditionellt snitt. En prövning kommer att genomföras med start 2002.

Det långdragna förloppet som många av våra patienter beskriver antyder att det kunde vara möjligt att förebygga ett insjuknande och långtidssjukskrivning genom att vidta åtgärder mycket tidigare än när arbetsförmågan är ett faktum. Ett försök att förebygga "utbrändhet" inom landstingsvärlden har startat i Kalmar läns landsting och kommer att utvärderas vetenskapligt vid Karolinska institutet.

För närvarande pågår en närmare kartläggning av långtidsförloppet vid sjukskrivning för psykiatrisk diagnos. I ett första steg kommer vi att kartlägga psykiatrisk sjuklighet i AFA:s databas. Denna enkätstudie startar hösten 2001. På grundval av denna kartläggning är avsikten att ta fram ytterligare behandlingsprogram, utbilda behandlare, och pröva olika preventiva strategier, arbetsplatsinterventioner och andra åtgärder som kan bidra till att stoppa något som i dagsläget bra mycket påminner om en epidemi.

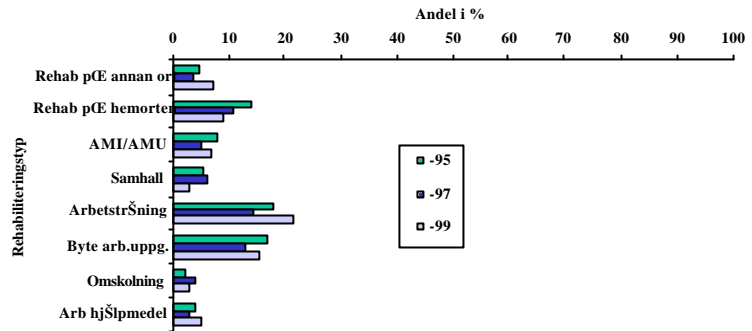
Arbete och Hälsa - AHA

Irene Jensen, Gunnar Bergström och Ingegärd Fried

I början av 1990 talet infördes en rehabiliteringsreform i Sverige. Reformen byggde på tre hörnstenar; bättre arbetsmiljö, effektivare rehabilitering och införandet av arbetslinjen i socialförsäkringen. Under första delen av 1990 talet sjönk antalet sjukskrivna för att från 1997 åter öka. Kostnaderna för sjukskrivna i Sverige har ökat med 18 miljarder de senaste tre åren dvs. med 17 miljoner per dag. En ny utredning initierades 1999 och i slutbetänkandet som presenterades 2000 konstaterades att rehabiliteringsreformen 1991/92 inte hade nått sitt fulla syfte.

Detta har också noterats i nyligen genomförd studie från Karolinska Institutet (Jensen et al 2001). Sedan 1995 har de långtidssjukskrivnas situation följts och man har konstaterat att det under denna tidsperiod inte skett någon förbättring i hur många som får rehabilitering. Endast 16 procent av de långtidssjukskrivna med nack/ryggproblem uppger att de fått rehabiliteringsinsatser trots att det idag finns effektiva metoder för denna patientgrupp. Den vanligaste insatsen på arbetet var arbetsträning. I samma studie konstateras att endast 29 procent av de långtidssjukskrivna uppger sig ha fått någon rehabplan/utredning upprättad. Detta trots den lagstadgade skyldigheten sedan 1994 att upprätta en dylik.

Figur 1. Rehabilitering av nacke och rygg besvär 1995-1999



Enheten för personskadeprevention har sedan 1985 använt AFAs (tidigare AMFs) databas för att utvärdera olika rehabiliteringsinsatser.

I studien "Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering" (Jensen, Bergström et al 1999, 2001) kunde konstateras att den rehabiliteringsinsats som var mest effektiv för nack/ryggbesvär var s.k. multidisciplinära program där funktionshöjande och beteendemedicinska insatser kombineras. Detta stöds även av den internationella forskning som sammanfattats i SBU rapporten Ont i Ryggen (SBU 2000). I Sverige ges denna typ av insats på Rygginstitutets kliniker. En hälsoekonomisk analys där hänsyn tagits till kostnader för rehabilitering och frånvaro från arbetet/sjukskrivning visar att på 18 månader vinner man per individ 66 158 SEK beräknat i kostnader per återvunnen arbetsdag. Total vinst för de 157 behandlade individer som genomgick programmet = 10 386 806 SEK (Jensen et al, submitted).

Enligt samma beräkningsmodell visar studien att om en rehabiliteringsmodell används som ej är effektiv (enbart unidisciplinär medicinsk/funktionell inriktad behandling) så förloras på 18 månader 85 201 SEK per individ beräknat i kostnader per återvunnen arbetsdag. Dvs. förutom att individen ej förbättras så är det mer kostsamt att ge denna typ av rehabilitering än att låta den sjukskrivne gå utan insats. Total förlust för de 98 behandlade individerna som genomgick det icke multidisciplinära programmet = 8 349 698 SEK.

Kunskaperna från rehabiliteringsforskningen används för att identifiera riskpatienter för långtidssjukskrivning

I en pågående studie (AHA-studien) som syftar till att implementera evidensbaserad kunskap i form av metoder för att hantera hälsa och ohälsa på arbetsplatsen är målsättningen att förstärka och understödja en hållbar hälsa hela arbetslivet. Detta genom att implementera en modell där åtgärder för hälsa/ohälsa ingår som naturlig del i arbetsorganisationen inom hela företaget.

Målsättningen är även att belysa de hälsoekonomiska aspekterna genom att ta fram ett "organisationshälsoindex" dvs. ett mätinstrument för att mäta hälsosamheten i arbetsorganisationen vilket inkluderar hälsa, arbetsmiljö samt produktivitet .

De symtomgrupper med relaterade riskbeteenden (livsstil) som är i fokus för AHA-projektet är:

- ?? smärttillstånd i rörelseorganen
- ?? hjärt- och kärlsjukdomar
- ?? astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)
- ?? riskfyllt alkoholintag

Projektets potential och nytta för de anställda och företaget

Den kunskap som projektet ger kommer att vara strategiskt och praktiskt viktigt i det systematiska arbetsmiljöarbetet och ett komplement till ekonomi-, personal-, och produktionsdata för verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning.

Metod/insatspaketet innebär:

- ?? Kartläggning av hälsa och livsstil med individuell återkoppling
- ?? Kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön
- ?? Evidensbaserade metoder att utreda och hantera livsstilsrisker och begynnande ohälsa
- ?? Evidensbaserad hantering av rehabiliteringsärenden samt förebyggande rehabilitering/prevention
- ?? Återkoppling av kartläggning av hälsa och arbetsmiljö till företaget

Nuläge

Studien har nu pågått under snart två år. Fyra företag ingår med totalt ca 5000 anställda inom tre olika branscher; pappers- och massaindustri, verkstadsindustri och stålindustri.

Företagen aktiva och gott samarbete har uppnåtts

En förutsättning för att kunna genomföra en så stor intervention som AHA-metoden är att mål, metod och förutsättningar för att arbeta med arbete och hälsa förankras väl inom företaget. Arbetet bygger på att företaget lyckas att engagera samtliga parter från den enskilde anställda till fackliga representanter, företagshälsovård (FHV) och ledning. Detta har i AHA-projektet lyckats i samtliga fall vilket bl. a. visar sig i den goda svarsfrekvens som erhållits (genomsnitt cirka 75 procent). Lägst svarsfrekvens finner vi i de yngre åldersgrupperna bland framförallt unga män. Speciellt inriktad information till dessa grupper kan vara nödvändigt att utarbeta för att motivera även dessa att delta i arbetet kring hälsa och arbetsmiljö. Några kommentarer saxade från olika artiklar rörande arbetet och deltagandet i AHA från anställda och ledning från företagen är:

Anställd/skyddsombud: Vi drog en vinstlott när vi kom med i AHA (Södran 1/2001).

Personalman: En personalekonomisk succé. Vi skickar folk på rehab medan de är arbetsföra, förr gjorde vi det först när de blivit sjuka (Dagens Arbete 9/2001)

Utbildning i AHA-metodiken ger ökad effekt

Samtliga berörda FHV-centraler har genomgått utbildning i utredning/riskanlys och prevention/behandling av nacke/ryggbesvär, luftvägssjukdom (KOL, astma), hjärt/kärlsjukdom och alkoholkonsumtion enligt den evidensbaserade AHA-metodiken. En manual har tagits fram och används på FHV. Ett antal patientinformationer, utredningsinstrument o. dyl. har utarbetats, tryckts och distribuerats till FHV. Erfarenheterna från detta arbete är att efter initiala farhågor om arbetsbelastning, krångliga nya metoder osv. anser FHV-personalen att metodiken underlättar och ger extra/ny information och möjlighet att hjälpa de anställda. FHV:s kunskap och arbetsmetodik följs upp regelbundet. Inledande en-

käter som distribuerades före och efter utbildning till FHV personal och hälsoansvariga på personalavdelning visade att en tvådagars utbildning i de nyaste kunskaperna kring utredning, diagnostik och behandling av de diagnoser som ingår i AHA ökade kunskapen med 50 procent.

Metodutveckling engagerar

Företagshälsovården har även givit responser utifrån erfarenheterna från det praktiska arbetet med AHA-manualen. Dessa erfarenheter har vidareutvecklat handläggandet av metodiken i denna miljö. AHA-manualen har därmed på ett mycket konkret sätt utvecklats till en handledning i en praktiskt genomförbar metodik.

Även personal från företagen har engagerat sig i metodikutveckling kring ffa arbetet med de psykosociala arbetsmiljöfrågorna.

Den anställdes upplevelse av företagets och FHV:s engagemang vid ohälsa

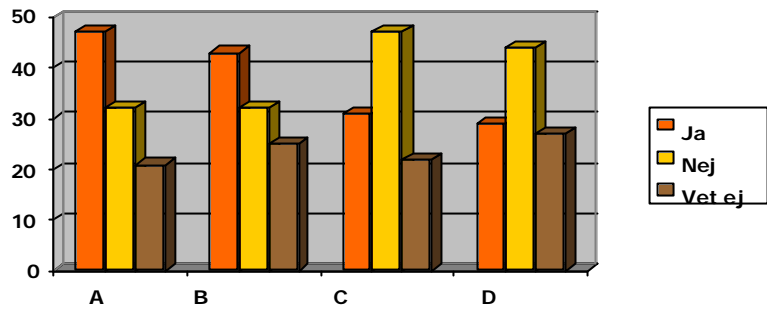
FHV:s samt företagets arbete och engagemang vid ohälsa kartlades innan AHA-metoden implementerades. Resultaten visar att majoriteten av de anställda vid samtliga företag är nöjda med FHV:s engagemang och bemötande. Generellt sett på samtliga företag är en lägre andel av de anställda nöjda med arbetsgivarens engagemang. Mindre än 50 procent av de anställda vid ett företag C samt D upplever arbetsgivarens engagemang som gott. Detta visar på vikten att förbättra företagets systematiska arbetsmiljö- och hälsoarbete.

Rehabiliteringsutredning saknas generellt

Tidigare studier har visat att endast en liten andel (29 procent) av de långtidssjukskrivna får en rehabiliteringsutredning genomförd (Jensen et al 2001). I AHA-studien tillfrågades de som varit sjukskrivna minst en månad under de senaste sex månaderna om en rehabiliteringsutredning upprättats av arbetsgivarrepresentanter. Resultaten från första kartläggningmätningen innan AHA-metodiken implementerades visar att majoriteten inte fått någon rehabutredning på någon av företagen (fig. 2). Detta trots att före-

tagen lagt ned mycket arbete och resurser på att få utrednings och uppföljningsarbetet att fungera. Att notera är att minst en femtedel av de anställda som varit aktuella för utredning inte vet om de fått sådan eller ej. Detta talar för att ett medvetandegörande kring dessa frågor är av största vikt.

Andelen (%) som fått en rehabiliteringsutredning vid sjukskrivning 1 månader eller mer



Kartlägningsmetodiken ger resultat

Inför uppstart av hälsoarbetet enligt AHA-metodiken genomförs en kartläggningsmätning på det aktuella företaget. Vi har nu resultat från denna första kartläggning av hälsan och arbetsmiljön från samtliga fyra företag. Jämförelsevis så visar resultaten att mellan 31-42 procent av de anställda hamnar inom någon av högrisk grupperna.

Återkoppling

Återkoppling av resultatet från kartläggningen sker dels till varje individ som besvarat enkäterna och dels till företaget. Varje individ får inom 2-4 veckor efter besvarandet av enkäten en personlig återkoppling på sin hälsa och livsstil. De individer som hamnar inom något riskområde blir erbjudna ytterligare utredning och åtgärder via företagshälsovården. Majoriteten av de riskfall som identifieras

via kartläggningen är okända hos företagshälsovården. Dvs. via kartläggningsmetodikerna så fångas individer upp tidigare innan ohälsa etablerats.

Av de som remitteras är det cirka 20 procent som har fler besvärsområden än ett. Av samtliga utredda individer är det i genomsnitt 40 procent som erbjuds förebyggande insats eller rehabilitering.

Företaget har fått resultaten rörande både hälsa och arbetsmiljö presenterade på aggregerad nivå dels jämfört med övriga ingående företag men även nedbrutet på olika nivåer inom företaget.

Efter en initial presentation och genomgång av resultaten med projektgruppen överlämnas presentations/arbetsmaterial till företaget som sedan på egen hand går vidare och för ut resultaten för att därmed initiera åtgärder på övergripande nivå där risker framkommit både inom hälsa och arbetsorganisation/klimat.

Resultat

Hälsa och Livsstil

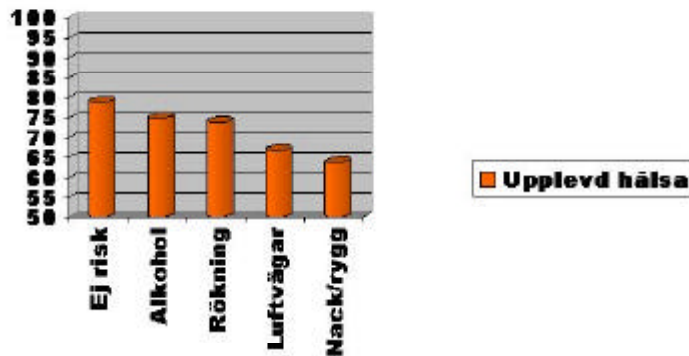
Resultaten från den initiala mätningen visar att för allmänt hälsotillstånd så ligger företagen nästan lika. På en skala mellan 0-100 där 100 är lika med bästa tänkbara hälsa så skattar de anställda på företagen ett genomsnitt mellan 76-78. Dessutom visar resultaten att den grupp som hamnat inom riskzonen för något av de besvärsområden som fokuseras på i AHA skattar sin hälsa som sämre jämfört med den grupp som ej kategoriserats som riskgrupp (fig. 4). Detta tyder på att kartläggningsmetodikerna i AHA fungerar, dvs. att vi faktiskt funnit en metod som identifierar de som behöver insatser för att förbättra sin hälsa eller livsstil och förebygga ohälsa.

I figur 4 visas hälsoskattningar fördelat per riskområde. De individer som mår sämst är de med nacke/ryggbesvär samt de med symtom på luftvägssjukdom (de som ej har en diagnosticerad astma men som i kartläggningen fallit ut som en misstänkt astma).

Den äldsta åldersgruppen från 50 år och uppåt samt kvinnor inom stål och verkstadsindustrin har sämst hälsa jämfört med andra grupper. Dessa industrier är de som har flest kvinnor inom produktion av de deltagande företagen. En förklaring till att dessa kvinnor har sämre upplevd hälsa kan vara att majoriteten arbetar med produktion på en traditionellt manlig arbetsplats.

Genom kartläggningsmetodikerna är det alltså möjligt att upptäcka ohälsa så tidigt att där individen börjar må dåligt men inte tillräckligt dåligt för att vara sjuk. Den begynnande ohälsan yttrar sig antagligen endast initialt i en viss nedsättning av funktionsförmågan. Risk för ohälsa kan identifieras på diagnosnivå (ex oupptäckt astma, begynnande ryggbesvär) men även på strukturell nivå (ex kvinnor i produktion, äldre arbetskraft).

Hälsomätning
Skala 0-100 där 100 är fullständig hälsa
Genomsnittlig skattning för de olika riskområdena



AHA-projektet

Företagens utvecklingsarbete

På företagsnivå har olika typer av förbättringsarbete initierats. Generella hälsobefrämjande åtgärder har genomförts såsom att företaget erbjuder subventionerad nikotinersättning för de som vill sluta röka, subventionerade motionsinsatser för att motverka ryggbesvär, viktnedkningsgrupper o dyl. Dessutom har åtgärder för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön påbörjats.

Hälsoprebyggande arbete möjligt – vidmakthållande viktigt

Fastställas kan efter detta första år av genomförande att det är möjligt att genomföra en omfattande hälsobefrämjande insats där beteendeförändring krävs av både företag, företagshälsovård samt den anställda. Beteendeförändring kan uppnås när man satsar genomgripande och gemensamt i hela företaget utan alltför stor tidsinsats. Vad som nu återstår är utmaningen att vidmakthålla och vidareutveckla dessa beteendeförändringar för att få varaktiga effekter på hälsa och arbetstrivsel och därmed kunna fullfölja och undersöka värdet av detta på produktiviteten och effektiviteten inom företaget.

Hälsoekonomi – effektivitet/produktivitet

Ett viktigt arbete framöver blir att undersöka värdet av beteendeförändringarna avseende effekter på produktivitet och effektivitet inom företagen. Tillsammans med företagen har projektet etablerat ett antal företagsspecifika uppföljningsparametrar för detta ändamål.

Viktiga kunskaper och erfarenheter från anställda och företag

Utifrån erfarenheter och analyser under den gångna projekttiden har kartläggningsinstrumenten förfinats. Viktiga kunskaper rörande dessa har erhållits från det praktiska arbetet på företagen där både anställda som besvarat formulären och ledningsgrupp som arbetat vidare med resultaten delgivit oss viktiga synpunkter. Ett arbete med att göra formulären webb-baserade har påbörjats i syfte att ta fram ett lättadministrerat instrument som företagen själva kan använda utan att riskera sekretessen för den anställda och utan att företaget självt skall behöva satsa extra resurser för att köpa in analyser av materialet. I den webb-baserade lösningen skall ingå både återkoppling till individen samt även en sammanställning av resultaten på grupp-nivå som ansvarig på företaget kan ta fram på egen hand via webb-lösningen.

HPH berör åtgärdsprogram som liknar AHA metodiken

I Sverige har genomförts och genomförs ett antal utredningar gällande problematiken kring ohälsa och rehabilitering. Den senaste tillsatta utredningen kring "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" berör just det område som nu utprövas i AHA-studien. Med de inledande resultat och erfarenheter som uppnåtts hitintills i projektet kan så långt vi känner till AHA-studien ses som ett av de mest sammanhållna sätten att beakta dessa frågor.

Hemsida

Projektet har en egen hemsida där löpande information om projektet kan sökas för både de deltagande företagen samt andra intressenter. Adressen är www.personskadeprevention.nu.

Referenser

- Jensen I, Bergström G, Nygren Å. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering-nacke/rygg smärta. Rapport 2: Stockholm (1999). Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet
- Jensen I, Andersson J, Bergström G. Kartläggning av rehabiliteringsinsatser hos långtidssjukskrivna under 1995-1999. Stockholm (2001). Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet
- Jensen I, Bergström G, Fried I. Arbete och Hälsa. Lägesrapport 2. Stockholm (2001). Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet
- Jensen IB, Ljungqvist T, Bergström KGB, Sundström C, Nygren Å. Rehabilitation for patients suffering from long-term spinal pain – a clinical trial with an 18-month follow up. Submitted.
- Jensen IB, Ljungqvist T, Bergström KGB, Sundström C, Nygren Å. Rehabilitation for patients suffering from long-term spinal pain – a clinical trial with an 18-month follow up. Submitted.
- Jensen, IB, Bergström, GB, Ljungquist, T, Bodin, L, Nygren, ÅL. A randomized controlled component analysis of a behaviouralmedicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? Pain vol 91, no:1-2, 2001.

Statens Beredning för Medicinsk utvärdering (SBU) Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Nr 145/1, 145/2. Stockholm (2000).

HAKuL-projektet – Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting

Eva Vingård

Bakgrund och deltagare

Sammantaget utgör de anställda inom kommuner och landsting drygt 20 procent av arbetskraften i Sverige. Cirka 740 000 personer är kommunalt anställda och cirka 260 000 landstingsanställda. Majoriteten, drygt 80 procent, är kvinnor och medelåldern ligger mellan 45-50 år. Den övergripande målsättningen med HAKuL-projektet är att identifiera faktorer, som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga. Projektet startade 1999 och beräknas avslutas under 2004. En bred representation av alla de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingår liksom en god geografisk spridning.

HAKuL-projektet startade med en baslinjemätning i enkätform från Karolinska institutet. 8988 personer erbjöds deltagande och andelen svaranden var 84 procent, 6246 kvinnor och 1287 män. I korthet insamlades uppgifter om hälsa, familjesituation, sjukfrånvaro och sjuknärvaro, sömn och återhämtning, livsstil, individuella fysiska och psykologiska faktorer, yrkeskarriär, fysiska exponeringar i arbetet och psykologiska och sociala arbetsförhållanden. Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat. Den enskildes syn på och uppfattning om arbetssituationen kartlades dessutom på de flesta undersökningsställen med hjälp av en speciell nulägesanalys där de anställda får ge sin egen version av arbetsförhållanden och organisation (Komancos nulägesanalys). Detta processinstrument

används sedan i interventiva projekt rörande arbetsorganisation och andra arbetsförhållanden.

Att främja hälsa och förebygga sjukdom är två viktiga delar i arbetet för att så många som möjligt ska orka med ett yrkesverksamt liv till stipulerad pensionsålder. I HAKuL definieras en persons arbetshälsa som god om den egna skattningen av hälsan var utmärkt och att personen samtidigt var ganska säker på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren. En mycket god arbetshälsa rapporterades av 20 procent av kvinnorna och 24 procent av männen. En dålig arbetshälsa rapporterades av 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen. De övriga tillhörde en mellangrupp, där arbetshälsan var något så när god men också att det fanns stort utrymme till förbättringar.

För samtliga orter och verksamheter var andelen med en mycket god arbetshälsa större än andelen med en dålig arbetshälsa. Det fanns inga markanta skillnader mellan landstingsanställda och kommunalanställda. Däremot fanns det stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. För lokalvårdare, vårdbiträden och ekonomi-biträden var andelen som rapporterade dålig arbetshälsa större än andelen med mycket god arbetshälsa. Förekomsten av besvär från rörelseorganen var högre hos de kommunal- och landstingsanställda som ingick i HAKuL-studien jämfört med studier av den allmänna befolkningen.

Arbete inom "human service", såsom vård, omsorg och skola, ställer många olika krav på den anställda. I många av yrkena är de fysiska kraven stora, man ska orka att lyfta och arbeta i påfrestande arbetsställningar. Arbetet ställer också krav på samarbete och förmåga till inlevelse i andras situation och problem, både i förhållande till vårdtagare/elever och arbetskamrater.

Arbetsförhållanden

Det finns olika teoretiska modeller för på vad sätt arbetsvillkoren har betydelse för välbefinnande och hälsa. Gemensamt för de flesta modeller är att man utgår från att det bör finnas en balans mellan belastningen i arbetet och de resurser som individen förfogar över.

Inom en och samma yrkesgrupp och inom samma verksamhet i HAKuL-studien varierade de psykologiska, sociala och fysiska arbetsförhållanden. En stor andel upplevde att de var skickliga i sitt arbete och att de hade ett handlingsutrymme så att de kunde möta

de krav som ställdes. Andra, som angav en sämre arbetshälsa rapporterade mindre gynnsamma förhållanden.

Även när det gäller förändringar fanns det en polarisering. För en del hade inflytande och utvecklingsmöjligheter ökat medan andra inom samma yrke upplevde ett minskat inflytande över sin arbets-situation. De med en positiv utveckling av arbetsförhållanden hade en bättre arbetshälsa än de med en negativ utveckling.

Många av de frågor som ställdes i enkäten syftade till att ge dels en beskrivning av arbetsförhållanden men också hur den enskilda individen uppfattade arbetet. Den egna upplevelsen av arbetsvillkor påverkas i stor utsträckning av våra tidigare erfarenheter. Bra erfarenheter av en stödjande arbetskamrater och överordnade gör det lättare att hantera påfrestningar i arbetet. Mer negativa erfarenheter kan leda till att man börjar tvivla på den egna förmågan, vilket handlingsutrymme man har och hur skicklig man är i sitt arbete. Upprepade dåliga erfarenheter av nedskärningar och omorganisa-tioner, där ekonomiska överväganden framstår som det väsent-ligaste, gör det svårare att bemästra nya påfrestningar. När det känns som att ekonomi blir viktigare än det som man är skicklig på att utföra, sina yrkeskunskaper, är det svårt att möta kraven i arbetet. För en hållbar arbetshälsa är både upplevelsen av arbets-förhållanden och de "objektiva" förhållandena väsentliga.

Rehabilitering

Kostnaderna för sjukskrivning har ökad markant inte minst inom kommun och landsting de senaste åren. Syftet med HAKuL projektets rehabiliteringsdel har varit att praktiskt implementera och sprida de kunskaper om rehabiliteringseffekter som doku-menterats genom forskningsinsatser, främst HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering). De diagnoser som var aktuella i HUR-projektet var 1) smärta och rörelse-organens sjukdomar, 2) astma/KOL och 3) hjärt/kärl-sjuklighet. Målsättningen i HAKuL är att snabbt nå alla som varit sjukskrivna 28 dagar och erbjuda lämplig rehabilitering efter en utredning. Eftersom stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning upplevs som ett nytt och hotande problem önskade deltagande kommuner och landsting att även dessa diagnosgrupper skulle få komma ifråga för rehabiliteringsinsatser via projektet även om dokumenterad effekt av specifika insatser ofta saknas.

De resultat som hittills tagits fram i projektet visar att vid starten var 5 procent av alla anställda långtidssjukskrivna (tre månader eller mer). Detta innebär cirka 50 000 personer med en dålig prognos för återgång i arbete. 10 procent av de i arbete blir sjukskrivna 28 dagar eller mer under ett år vilket motsvarar cirka 100 000 personer totalt inom kommuner och landsting i landet. Bland alla 28-dagarsfall utgörs 31 procent av smärtdiagnoser, 25 procent av mentala diagnoser, 2 procent av hjärt/kärldiagnoser och 0,5 procent av lungdiagnoser. Projektets strategi har varit att snabbt erbjuda en utredning av rehabiliteringsbehovet enligt en strukturerad modell till aktuella 28-dagarsfall och därefter erbjuda rehabilitering i längre program (minst tre veckor) vid anläggningar som utvalts av projektet på grund av sin inriktning. Detta innebär kognitiva behandlingsmetoder och work hardeningprogram för smärtdiagnoser, ett multidisciplinärt behandlingsprogram med kognitiva inslag för stressrelaterade fall, specifika program i Åre för lungsjuklighet och i Föllinge för hjärt/kärldiagnoser. Av de hittills 528 fall med aktuella diagnoser har 350 fått en bedömning hos företagshälsovården och 159 har befunnits vara i behov av en större multidisciplinär utredning. 127 personer har sänts till längre rehabilitering enligt ovan och 219 har fått annan rehabilitering på hemorten. Mycket av denna rehabilitering har bekostats av projektet då både arbetsgivare och försäkringskassa har saknat resurser.

Intresset för tidig rehabilitering av de som blir sjukskrivna i de deltagande kommunerna och landstingen är stort och alla är överens om problemets vikt. Att få igång ett tidigt rehabiliteringsarbete har dock gått trögt i de flesta kommuner och landsting. Struktur och rutiner saknas för att tidigt identifiera personer som blir sjukskrivna mer än 28 dagar. Utredningsresurserna är också bristfälliga och en satsning på en mångdisciplinär företagshälsovård är av största vikt. Många förvaltningar saknar i realiteten företagshälsovård då resurserna är bristfälliga, många tjänster vakanta (speciellt på läkarsidan) och beställarkompetensen hos arbetsgivaren låg. Få arbetsgivare har specifikt beställt rehabiliteringsinsatser och utredningar av sin företagshälsovård. Företagshälsovården bör därför tillföras mer resurser och kompetensen ökas i rehabiliteringsärenden. Ett system bör byggas upp där arbetsledarna snabbt synliggör de anställda som kan tänkas behöva åtgärder och stöd. Att hitta personer i riskzonen för sjukskrivning t.ex. efter flera korttidssjukskrivningar och då sätta in åtgärder skulle säkert ytterligare förbättra rehabiliteringsresultatet. HAKuL-projektet och de i projektet ingående kommunerna och

landstingen arbetar vidare för att förbättra rutinerna. Vi hoppas att få fram ett system som kan användas inte bara i vår grupp utan allmänt i kommuner och landsting.

Arbete och ålder

Den kognitiva och fysiska nedgången som uppträder hos de flesta med stigande ålder har, i de allra flesta arbeten, oftast ingen praktisk betydelse så länge en person behåller sin motivation och sitt intresse för arbetsuppgifterna. Om åldersstereotypen, dvs. att äldre personer presterar ett sämre arbete, får fotfäste i en organisation kan detta bli en självuppfyllande profetia och de äldres motivation minskar och de blir med tiden marginaliserade. Även en mindre minskning av hälsan kan då leda till sjukskrivning och i förlängningen avgång från yrkeslivet.

I en organisation med en positiv eller neutral attityd till äldre och utan åldersstereotypa tänkesätt kan en viss sänkning av allmän eller specifik hälsa enbart få en mindre betydelse, och inte påverka individen att i förtid lämna sitt arbete, vilket är positivt för arbetsmarknaden.

Motivation, positiva förväntningar från organisation och individ, ständig relevant fortbildning och kraftfull och bättre rehabilitering vid tecken på sviktande hälsa är faktorer som gör att äldre i arbetslivet kan göra en minst lika god arbetsinsats som yngre.

Inom kommuner och landsting som deltar i HAKuL-projektet var 22 procent över 55 år. Gruppen över 60 år var dock mycket liten och en stor avgång kan misstänkas ha skett mellan 55 och 60 års ålder. Vid genomgång av äldres hälsa i förhållande till yngres var det främst fysiska variabler som gav lägre värden för de äldre. Det fanns en markant skillnad mellan uppskattad hälsa i förhållande till arbetets fysiska krav med en fördel för de yngre men däremot inga skillnader i skattad arbetsförmåga i förhållande till arbetets mentala krav.

Exponeringar och förhållanden på arbetet skilde sig inte nämnvärt åt mellan yngre och äldre på de flesta punkter. Dock uppgav fler av de äldre bra psykosociala och organisatoriska förhållanden. De var t.ex. mer nöjda med den kvalitet deras arbete hade och det ledarskap som utövades. De var också i högre utsträckning än de yngre nöjda med den vård och omsorg de kunde ge. Något färre bland de äldre tyckte att de fått ökat inflytande eller ökade möjligheter att lära nytt senaste året.

För att kunna behålla den äldre värdefulla arbetskraften kvar på arbetsmarknaden är det viktigt att möjligheten till kontinuerlig träning och möjlighet att lära nytt ökas. I flera studier har man sett detta som en anledning till sämre prestation och eventuellt även sämre hälsa hos äldre. Även tunga fysiska arbetsmoment bör minimeras inte bara för den äldre arbetskraftens välbefinnande.

En god organisation och vaksamhet mot åldersstereotypa tänkanden kan med stor sannolikhet öka äldre personers deltagande i arbetskraften inom kommuner och landsting.

Sjuknärvarande - vem och varför?

I debatten och forskningen kring hälsa, arbetsliv och sjukförsäkring har man de senaste åren inte bara diskuterat olika aspekter på sjukskrivning utan också ett relativt nytt begrepp - "sjuknärvaro". Med sjuknärvaro menar man de tillfällen då arbetstagaren gått sjuk till jobbet, trots att han/hon med tanke på sitt hälsotillstånd borde varit hemma.

Sjuknärvaro visade sig vara vanligt, cirka tre fjärdedelar av de undersökta uppgav att de under de senaste 12 månaderna åtminstone någon gång gått sjuka till jobbet. En del hade dock hållit sig friska, 37 procent uppgav att de inte varit sjukskrivna och 24 procent att de inte varit sjuknärvarande de senaste 12 månaderna. Tendensen var tydlig att antalet sjuknärvaro tillfällen följde relativt väl antalet sjukfrånvarotillfällen. Jämför man de som ansågs ha mycket god arbetshälsa med de som ansågs ha dålig arbetshälsa framgår tydligt hur väl dessa begrepp stämde överens med sjukbeteendet. De med mycket god arbetshälsa hade mycket lägre frekvenser av både sjuknärvaro och sjukfrånvaro än de med dålig arbetshälsa.

De vanligaste anledningarna till sjuknärvaro var att man inte hade råd att vara hemma och av lojalitet mot arbetskamrater som annars måste göra ens arbetsuppgifter. Det tycktes inte ha någon betydelse för sjuknärvaron om man var anställd i kommun eller landsting.

”Utbrändhet”

Utbrändhet (burnout), utbränning eller utmattningsdepression, är ett fenomen som tilldragit sig stort intresse i samband med att stressrelaterade ohälsomönster uppmärksammats alltmer under senare år.

Innebörden i begreppet har skiftat inom forskningslitteraturen. En av de framträdande forskarna på området, Christina Maslach från USA, har utformat ett mätinstrument och hävdar att burnout är ett uttryck för en yrkesmässig kris och att det är ett syndrom bestående av de tre dimensionerna ”emotionell utmattning”, ”cynism” och ”otillräcklighet” (eg. låg yrkesmässig effektivitet).

För hela undersökningsgruppen framkom att de genomsnittligt kände sig emotionellt uttröttade cirka ett par gånger per månad. Känslor av cynism och distans till arbetet var mindre förekommande, ungefär någon gång varannan månad, och detsamma gällde otillräcklighet eller låg yrkesmässig effektivitet. Huruvida detta kommer att resultera i sjukfrånvaro i framtiden kan belysas av denna studie som planerar att följa gruppen under minst tre år. Högsta värden på ”utbrändhetsskalan” visade läkare och grundskollärare och lägst värden lokalvårdare, vårdare och vårdbiträden.

Livsstil

Våra vanor vad gäller tobak, mat och motion påverkar vår hälsa. Väsentliga folkhälsopolitiska mål är att den fysiska aktiviteten ökar, att övervikt förebyggs och att tobakskonsumtionen fortsätter att minska.

Av deltagarna i HAKuL-projektet rapporterade 60 procent att de motionerade regelbundet, vilket innebar att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka. Ingen motion, dvs. motion endast någon enstaka gång, rapporterades av 18 procent. Det fanns fler regelbundna motionärer bland kvinnorna än männen. Enligt tidigare studier skulle man ha förväntat sig ett klart samband mellan utbildningsnivå och motion, läkare visade sig dock sämre på att motionera regelbundet än undersköterskor och vårdbiträden. Av de manliga läkarna utövade endast 45 procent regelbunden motion. Mellan de olika orterna och verksamheterna fanns inga markanta skillnader.

Andelen dagligrökare minskar stadigt i Sverige och uppgick 1999 till 19 procent för både män och kvinnor. Männen har i större

utsträckning än kvinnorna slutat röka. Bland dem som svarat på HAKuL-enkäten var andelen dagligrökande kvinnor 21 procent och andelen dagligrökande män 16 procent.

I takt med minskat kroppsligt arbete och ökad välfärd i den industrialiserade delen av världen har övervikt alltmer uppmärksammats som riskfaktorer för ohälsa. Vid kraftig övervikt eller fetma finns t.ex. överrisk för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och knäartros. Bland de som deltog i HAKuL-projektet hade 54 procent av männen och 40 procent av kvinnorna övervikt och nästan 10 procent fetma. HAKuL-gruppen låg över riksgenomsnittet i vikt.

Resultatet i HAKuL-studien stärker till stor del tidigare studiers resultat vad gäller livsstilsfaktorer. Hälsobefrämjande vanor följs ofta åt, i yrkesgrupper med få rökare fanns också fler motionärer och en mindre andel kraftigt överviktiga. Negativa hälsfaktorer är vanligare i yrken med kortare utbildningstid än i yrken med större utbildningskrav. Flertalet av de som arbetar i kommuner och landsting har en god arbetshälsa trots stora belastningar i arbetet. Flera faktorer skyddar individen mot påfrestningar, både individuella faktorer, förhållanden på arbetet och levnadsvillkor. Den ojämlika fördelningen av positiva hälsovanor bidrar till ojämlikheten i arbetshälsa mellan de olika yrkesgrupperna.

Ansvar och skyldigheter mellan anställda och arbetsgivare

Relationerna mellan arbetsgivare och anställda har påverkats av de förändringar som skett inom offentlig sektor under det senaste decenniet. Det verkar vara mycket vanligt i dagens arbetsliv att anställda är besvikna och upplever att organisationen/företaget eller arbetsledningen bryter löften och inte lever upp till de anställdas förväntningar. Speciellt vanligt har det blivit under de senaste decenniernas föränderliga arbetsliv. Personalneddragningar och omorganisationer har i många fall lett till att anställda känt sig desillusionerade och besvikna. Förändringarna i arbetslivet har lett till en upplevelse av generella försämringar, som gäller inom både privat och offentlig sektor och i de flesta industrialiserade länder.

Det traditionella anställningssystem som länge varit dominerande i Sverige kan sägas ha haft innebörden att *lön, anställningstrygghet* (fast anställning) och vissa möjligheter till utveckling i arbetet erbjuds som motprestation för *hårt arbete och lojalitet*. När anställningsförhållanden förändras utifrån frekventa omställningar i

arbetslivet kan man även förvänta sig en förändring av de förväntningar som rör arbetstagares och arbetsgivares rättigheter och skyldigheter. En förskjutning har skett under senare decennier i riktning mot att fler moment omfattas av individuella avtal och därmed blir förhandlingsbara. Detta medför att de s k psykologiska kontrakten, som baseras på de enskilda parternas tolkningar, får en ökad betydelse. Rättigheter och skyldigheter regleras då inte i bara av kollektivavtal eller lagar utan kan göras upp vid anställningsintervjuer och utvecklingssamtal och påverkas av vad som händer i det dagliga samspelet på arbetsplatsen.

Med begreppet psykologiska kontrakt försöker forskare beskriva hur arbetsgivare och anställda upplever och tolkar de villkor som gäller och vilka förväntningar de har på utbytet i relationen.

Störst skyldighet upplever anställda att de har när det gäller att *vara en bra medlem i arbetsgruppen*. Det har man stor eller absolut skyldighet till. När det gäller övriga skyldigheter varierar svaren mer och majoriteten svarar att man har en viss skyldighet att *arbeta extratimmar, åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter och att byta arbetsuppgifter inom arbetsplatsen*. Lägst skyldighet anser man sig ha att *acceptera förflyttning till annan ort*.

Viktigast i hur man uppfattar arbetsgivarens skyldigheter verkar vara att arbetsgivaren ger *anställningstrygghet* och har *öppna, klara och direkta kommunikationskanaler*. Nästan lika viktigt tycks det vara att få möjligheter till *vidareutbildning* och *uppskattning* samt att arbetsgivaren skapar *ett bra arbetsklimat*. Lägsta värdet, som dock ligger relativt högt, är att ha stimulerande arbetsuppgifter.

Begreppet psykologiska kontrakt handlar om ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och ledning på arbetsplatsen. Syftet med att fråga om detta i HAKuL är att försöka fånga upp vilken betydelse det har för personalens trivsel och på längre sikt också om det har någon betydelse för personalens hälsa. En viktig slutsats är att personalens förtroende och tillit till chefer och politiker hänger nära samman med hur man ser sitt eget och ledningens ansvar och skyldigheter. Likaså finns ett samband med trivsel och klimat på arbetsplatsen.

Närande och tärande – en kvalitativ intervjustudie

I HAKuL-studien finns även en kvalitativ del baserad på ett mindre antal intervjuer med anställda inom vård och omsorg. Det kan ses som ett åskådliggörande av och exempel på vad de enkätdata som

presenteras avspeglar, hur det kan se ut i det individuella fallet "i verkligheten". Syftet med intervjuerna var att försöka visa vad som uppfattas som belastande respektive motiverande faktorer i vårdarbete och även att sätta detta i relation till organisation och ledning.

Eftersom de personer som intervjuats har olika yrken och förutsättningar i sina arbeten är naturligtvis också kraven i arbetet varierande. Ett gemensamt drag är emellertid att praktiskt taget alla tar upp det påfrestande i att under en relativt lång tid behövt anpassa sig till organisatoriska förändringar. Detta innebär inte att alla har en genomgående negativ inställning till de förändringar som skett även om en märkbar förändringströtthet råder. En faktor som definitivt inverkar negativt på arbetsmiljön är att arbetsgruppen ofta inte är fulltalig. Bristen kan antingen vara förorsakad av att det finns vakanser eller att flera i personalgruppen faktiskt är sjuka. Erfarenheterna av den ökade sjukfrånvaron varierade mellan de olika arbetsställena men på de ställen där det förekom ställde det tveklöst ökade krav på de som var friska.

När det gäller stimulans i arbetet är utan tvekan patienter och boende den största källan till detta för alla intervjuade. Däremot är ett allmänt intryck från intervjuerna är att det inte råder någon stark positiv känsla av stolthet över att arbeta i vare sig kommun eller landsting. Om man talar i termer av "psykologiskt kontrakt" förefaller det som om förhållandet till organisation och arbetsgivare ofta är ganska svagt och diffust. Många gånger råder tveksamheter om vilken roll politikerna egentligen spelar. De frekventa organisationsförändringarna och neddragningarna har skapat en återhållsamhet och brist på tilltro oavsett om man känner sig neutral eller besviken. De stora förändringar som skett har i första hand varit betingade av ett behov av att spara pengar och inte lika ofta utgått från själva verksamhetens behov.

Bristen på tid och resurser skapar en ny relation mellan den kompetens man har och vad man får använda i sitt arbete. För att få drägligare villkor måste man sätta ett tak, på sätt och vis göra ett sämre jobb än vad man egentligen kan göra vilket kräver nya anpassningsstrategier. De personer med personalansvar som intervjuats uttrycker att de har stöd uppifrån från den högre ledningen men att arbetsuppgiften på många sätt inte riktigt är möjlig att utföra. Detta för med sig overtidsarbete, i vissa fall i mycket stor omfattning, och en gnagande känsla av otillräcklighet. Detta utgör naturligtvis en stor del av förklaringen till varför personalen inte riktigt känner sig bekräftade.

Hela detta mönster kan öka risken för ohälsa.

Primärprevention – Ett exempel från HAKuL- studien

Bodens socialförvaltning har i dagsläget cirka 1200 personer anställda. Under de senaste åren har socialförvaltningen tvingats till ekonomiska besparingar, personaltätheten har minskat och sjukskrivningarna ökat. För att bryta den dystra utvecklingen har Bodens socialförvaltning startat ett offensivt primärpreventivt arbete. Utgångspunkten i utvecklingsarbetet är att utifrån den beskrivning av verkligheten som man fick i baslinjemätningen genomföra förändringar som stärker den hållbara arbetshälsan.

Över 90 olika arbetsgrupper deltog i baslinjemätningen och genomförde en nulägesanalys med syfte att ge en beskrivning av de anställdas känsla av arbetslust. Stor arbetslust visade ett samband med en balans mellan krav i arbetet, utvecklingsmöjligheter och inflytande. De som rapporterade en arbetssituation med inte alltför stora krav och med möjligheter till utveckling och inflytande hade en jämförelsevis stor arbetslust. Arbetsgrupper med stor arbetslust visade också en bättre arbetshälsa.

Det följande utvecklingsarbetet kan delas in i två faser: en utbildningsfas och en genomförandefas. Sammantaget har under ett och ett halvt års tid års tid drygt 190 personer deltagit var och en i sammantaget två veckors utbildning. Representanter för arbetsgrupperna, så kallade "vägledare", samt arbetsledare har deltagit i utbildningarna. Grunden var en "vägledarutbildning" där syftet var att förmedla metoder till arbetsgrupperna för att de skulle få möjlighet att föra konstruktiva diskussioner utifrån vad som kom fram i nulägesanalysen. Att vara vägledare har inneburit att dels tillsammans med arbetsledarna analysera och tolka nulägesanalysen och dessutom att leda diskussioner i sin arbetsgrupp. Diskussionerna ska fokuseras på om vad som behövs förbättras, vilka hindren är för att lösa problemen och hur man kan gå tillväga. Ett tema under utbildningen var "Vad hindrar oss från att ha en arbetsmiljö som ger en hållbar arbetshälsa?"

Ytterligare utbildningsdagar har syftat till att stärka dialogen och utvecklingsprocessen i arbetsgrupperna.

För att kunna genomföra förbättringar uppmuntras arbetsgrupperna att finna "möjlighetsområden" d v s att se inom vilka områden man kan åstadkomma förbättrade arbetsförhållanden och hur man kan gå tillväga. Av drygt 90 arbetsgrupper har 59 haft

kontinuerliga träffar under året och hittat möjlighetsområden att jobba med. Trettiotvå arbetsgrupper hade haft någon enstaka träff och fem arbetsgrupper hade inte haft någon träff inom projektet. De flesta, men inte alla arbetsgrupper har känt stöd av arbetsledaren.

Ett delmål i utvecklingsarbetet är att arbetsgrupperna ska formulera handlingsplaner för vilka förändringar som behövs och hur det ska genomföras. Hittills har drygt 200 handlingsplaner formulerats och dokumenterats. De flesta är planer för att ändra rutinerna i arbetsgruppen, t ex schemaförändringar och förändrade mötesrutiner. Dessutom behandlar handlingsplanerna den yttre verksamheten (t ex ombyggnader), budget- och ekonomifrågor, införskaffande av skydds- och arbetskläder, förslag på friskvårdsaktiviteter. Den lokala projektledningen, bestående av arbetsgivare, fackförbunden, företagshälsovården och försäkringskassan, har regelbundna möten och tar ställning till de handlingsplaner som arbetsgrupperna inte på egen hand kan genomföra. Vilka handlingsplaner som kan genomföras och vad som leder till varaktiga förändringar är för tidigt att uttala sig om.

Hur bör arbetsplatsen se ut?

Hur bör arbetsplatsen se ut för att medarbetarna skall behålla sin hälsa? Utifrån de data som hittills kommit fram i HAKuL-studien kan följande rekommendationer lämnas för en hälsosammare arbetsplats:

- ?? Organisera inte om utan mycket starka skäl
- ?? Hejda nedskärningarna
- ?? Skapa en fungerande struktur för rehabilitering
- ?? Skaffa (alternativt vårda) en bra företagshälsovård
- ?? Minska den fysiska belastningen
- ?? Fackliga organisationer, arbetsgivare och samhälle måste samverka och inte slåss i frågor om arbetsförhållanden och rehabilitering
- ?? Öka den enskilde och gruppen inflytande över arbetet och dess planering
- ?? Anpassa kraven till kompetensen
- ?? Målformuleringen bör vara tydlig och alla delaktiga
- ?? Uppföljning bör ske av mål och beslut på alla nivåer
- ?? Gör ledarskapet möjligt att utöva

- ?? Visa uppmärksamhet, uppskattning och ge återkoppling
- ?? Håll ett öga på sjuknärvaron
- ?? Erbjud möjlighet till friskvård
- ?? Ställ inte de äldre utanför fortbildningsprogrammen

Kunskap om hälsa –

Internetbaserad högskoleutbildning på distans för bättre hälsa i arbetslivet

Stefan Magnusson

Sammanfattning

Kunskap om hälsa är ett projekt för Internetbaserad högskoleutbildning som planeras genomföras i samarbete mellan Karolinska institutet, Utbildningsradion, AFA och Amfora film AB. Projektet vänder sig till alla som arbetar med personal- och hälsofrågor inom företag, landsting, kommuner, företagshälsovård, primärvård och fackliga organisationer. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot utsatta grupper i arbetslivet.

Genom studier på högskolenivå erhåller deltagarna en både bred och fördjupad kunskap om orsaker till arbetsrelaterad ohälsa, och kunskap om prevention och rehabilitering. En stor del av kursinnehållet kommer att bestå av videoinspelat material där världsledande experter berättar om de senaste forskningsrönen, men också till stor del personer som drabbats av ohälsa och deras erfarenheter om både orsaker och förlopp.

Videomaterialet kommer att finnas tillgängligt via Utbildningsradions (UR) mediaservrar. UR kommer också att i det första delprojektet sända en serie entimmesprogram om stress, utbrändhet och depression.

Regeringen gör i sin proposition "Den öppna högskolan" (2001/02:15) bedömningen att Internetbaserad distansundervisning har en mycket stor potential. De tekniska förutsättningarna för en fortsatt utveckling av distansutbildningen är goda bl.a. på grund av den spridda användningen av IT-teknik i Sverige. Utbildningen är flexibel och kan ske på arbetsplatser, i hemmet eller på ett

lärcentrum i hemkommunen. Metoden gör det möjligt att erbjuda utbildning till fler människor och människor med olika bakgrund oavsett var studenten befinner sig geografiskt.

Regeringen föreslår att universitetens och högskolornas IT-stödda distansutbildningar samordnas i ett svenskt nätuniversitet med start under 2002 (proposition 2001/02:15). Kurserna i Kunskap om Hälsa kan anmälas till den nya Myndigheten för Sveriges nätuniversitet och förse Nätuniversitetet med kurser och program inom området hälsa.

Bakgrund

Sedan 1997 har antalet sjukfall ökat kraftigt. Under de senaste åren har det tillkommit en ny och snabbt växande grupp sjukskrivna med psykiatriska sjukskrivningsdiagnoser. Tidigare har depression och utbrändhet varit vanlig orsak till sjukskrivning för personer inom vård- och omsorgsyrken. Men dessa sjukskrivningsdiagnoser är nu vanliga också hos tjänstemän med och innebär ofta mycket långa sjukskrivningsperioder.

Arbetsgivarna har genom lagstiftning fått allt större ansvar för de anställdas hälsa. Sedan juli 2000 har arbetsgivaren huvudansvaret för en anställds rehabilitering, oavsett orsak till sjukdomen. I många, framför allt mindre företag, saknar man både kunskaper och redskap för att möta dessa ökade krav. Samtidigt finns det en stor potential till både förebyggande åtgärder och rehabilitering av långtidssjukskrivna.

Den kompetens, kunskap och de resurser som krävs för att nå både allmänhet, hälso- och sjukvårdsanställda och personalansvariga inom företagen med information och utbildning finns idag tillgängliga. Det finns också fungerande samarbetsformer mellan Karolinska Institutet (Sektionen för personskadeprevention), arbetsmarknadens parter (gemensamma ägare av AFA) och public service television (Utbildningsradion, UR). Ett exempel på detta är den nyligen sända TV-serien "På jobbet", producerad av Amfora film, som omfattar 11 program, studiebok, studiehandledning, interaktiv hemsida mm. Projektet har hittills varit mycket framgångsrikt och har nått rekordhöga tittarsiffror.

Karolinska Institutet (Institutionen för omvårdnad) har gjort ett omfattande utvecklings- och förberedelsearbete för Internet-baserad högskoleutbildning. Den plattform som utvecklats kan nu användas för distansutbildning i full skala.

UR är det enda public serviceföretag som arbetar multimedialt (TV, radio, webb, läroböcker m.m.). Målsättningen är att föra ut information, utbilda, motivera, inspirera, och rekrytera för att väcka lust för att lära mer. Verksamheten skall gärna vara nyskapande, i frontlinjen både pedagogiskt och i programproduktionen för TV- och radiomedia. Man når målgruppen genom direkt tittande på de program som sänds via SVT1, SVT2 och SR. Till skillnad från andra TV-kanaler ingår efteranvändning som en viktig del av programverksamheten. TV-programmen tillhandahålls under lång tid på videokassetter. En ny del av UR:s verksamhet är ett mediebibliotek, där både hela TV-program och annat material kommer att tillhandahållas via Internet.

UR har lång erfarenhet av distansutbildning på högskolenivå. Under senare år har kursutbudet avsett såväl "öppna" kurser som uppdragsutbildning. UR:s distanskurser utnyttjar den nya tekniken och IT används i samspel med radio- och TV-programmen.

Målgrupper

Sedan juli 2000 har arbetsgivaren huvudansvaret för en anställds rehabilitering och med det ökade ansvaret följer ett ökat utbildningsbehov. För att nå förändring behöver insatsen genomsyra hela organisationen och bör därför inledningsvis riktas mot personal- och hälsoansvariga hos arbetsgivaren.

För att bäst sprida utbildningen i hela organisationen bör utbildning först ske på högsta nivå (management). När kunskap för hälsa finns i företagets ledning utbildas avdelningschefer med personalansvar (human resources) och därefter arbetsledare. I slutskedet utbildas arbetstagarna vilket – om projektet slår väl ut – leder till att hela företaget har kunskap som behövs för en hälsosam utveckling såväl för personalen som för företagets ekonomi.

Genom att målgruppsanpassa utbildningen till arbetsgivare ges större möjligheter att fokusera på ämnen som är speciellt angelägna för gruppen. Exempelvis kan rehabiliteringsmöjligheter, kostnadseffektivitet för olika rehabilitering och riktlinjer från EU belysas utifrån arbetsgivarnas perspektiv. De fördelar som en interaktiv utbildning innebär nyttjas maximalt genom att kursdeltagare i ledande position i företag får möjlighet att diskutera gemensamma angelägna problem och dela möjliga lösningar. För det praktiska genomförandet på arbetsplatsen är det en fördel om flera personer

från samma företag deltar i kurserna, där de samtidigt får tillfälle att diskutera med personer från en annan företagsmiljö.

Samhälls-, organisations-, företags- och individnivå

Den belastning en individ utsätts för i ett företag beror inte bara på den fysiska utformningen på arbetsplatsen och arbetstekniken, utan även av överordnade faktorer i samhället och på företaget. Marknadskrafter och lagstiftning är exempel på samhällets påverkan på belastningen och på företagsnivå kan individen påverkas av produktionssystem, arbetsorganisation m.m.

I den psykosociala miljön påverkas individen av arbetets uppläggning och ledning. Denna påverkan sker åt båda håll. Exempelvis kan anställda reagera med oro och ångest på ofullständig information om nedskärningar, och därför arbeta långsammare, vilket i sin tur får arbetsledaren att vidta åtgärder på grund av den minskade produktiviteten. Arbetets uppläggning och ledning kan alltså ha effekter både på individuella anställdas hälsa och företagets produktivitet och konkurrenskraft.

Det är viktigt att förstå skillnaderna i perspektiv mellan de två olika sätten att närma sig ett problem – från organisationens sida, eller från individernas sida. Ett exempel på detta är arbetsstress som kan uppstå både på grund av organisations- och individfaktorer. Om stress har sin orsak till följd av brister i arbetets uppläggning eller ledning och man bara gör en insats på individnivå kan åtgärderna få negativa konsekvenser. Om man i detta läge uppmanar de anställda att själva ta ansvar för sin stress genom stresshanteringstekniker eller liknande, blir de istället mer belastade än de var tidigare, och känner att de själva är orsak till att de är stressade.

För att förbättra stressituationen krävs att kurser i stresshantering föregås av analyser av såväl individfaktorer som arbetets uppläggning och ledning.

Trots att enskilda faktorer i arbetets uppläggning och ledning teoretiskt bara är några av förmodligen tusentals faktorer som påverkar hälsan, visar forskning att de har ett stort inflytande på individens välbefinnande. Arbetets utformning är alltså mycket betydelsefullt för hälsan och kommer därför att få stort utrymme i Kunskap om hälsa.

Investering i anställdas hälsa

De investeringar som företagen gör i sina anställda benämns ibland som humankapital. I ett arbetsliv med ökad specialisering och kompetens hos de anställda blir humankapitalet en allt dyrare resurs. Trots det ägnas det ofta större uppmärksamhet åt marknadsanalyser och ekonomiska strategier än åt de anställdas hälsa. För att förbättra hälsan bland de anställda, minska kostnaderna för sjukfrånvaro och därmed öka produktiviteten, finns således ett stort behov av systematiserad och kvalificerad utbildning i hälsofrågor inom företag och organisationer.

I ett pågående forskningsprojekt (AHA) vid Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention, har man utarbetat metoder för kartläggning och utveckling inom hälsoområdet, både på individ- och organisationsnivå. Investeringar i personalens hälsa innebär i ekonomiska termer en stor vinstpotential för företaget. De använda metoderna är tillämpbara på alla företag under förutsättning att de ansvariga har tillräcklig kunskap och utbildning.

Det finns omfattande forskning som visar hur kombinationen av höga krav, låg kontroll och lågt socialt stöd i arbetet leder till ökad förekomst av högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, sämre psykisk hälsa, ökad sjukfrånvaro och försämrad arbetstrivsel.

Viktiga områden för ökad kunskap

Flera faktorer i arbetets uppläggning har effekter på de anställdas hälsa och produktivitet. Det kan handla om arbetsuppgifterna i sig men också om egenskaper hos dem som leder arbetet.

När det gäller fysiska belastningsbesvär är de stora riskfaktorerna statisk belastning, ensidigt upprepat arbete, tunga lyft och olika stressfaktorer i kombination med belastning. Det är också väl känt att dessa fysiska faktorer interagerar med psykosociala förhållanden i ett komplext samspel vid uppkomsten av besvär och skador.

Krav, kontroll, stöd

Tre viktiga faktorer som bevisligen har effekt på de anställdas hälsa och produktivitet inom både vård, fabriksarbeten och tjänstemannayrken är krav, kontroll och stöd.

Krav kan vara fysiska eller mentala. För höga psykologiska krav på arbetet har en direkt negativ effekt på hälsan. Höga krav i kombination med liten möjlighet att påverka arbetsituationen leder till ökad risk för korttidssjukskrivning och för att drabbas av smärttillstånd i nacke, axlar och rygg.

Kontroll handlar i grunden om hur mycket inflytande den anställde har över sitt arbete. I detta ingår exempelvis hur mycket handlingsutrymme den anställde har över arbetsuppgifternas planering och utförande, hur individen kan påverka organisationen kring arbetet och hur den anställde har möjlighet att använda sina kunskaper och färdigheter. Studier visar att arbetare bedömer sig ha i genomsnitt upp till tre års utbildning som de inte behöver för att utföra sitt arbete. Detta innebär både en outnyttjad potential och dåligt investerade pengar så länge utbildningen inte tas till vara. Betydligt allvarigare är att outnyttjad kapacitet också kan ha negativ effekt på den anställdes hälsa.

Många forskningsrapporter visar de positiva effekterna av kontroll på arbetet, bland annat vetenskapligt säkerställda samband med färre fysiska ohälsosymtom, psykiskt välmående, lägre sjukfrånvaro, bättre arbetstrivsel, färre uppsägningar, motivation, engagemang och höjd arbetsprestation.

Socialt stöd på arbetet är således en mycket viktig variabel för såväl hälsa som trivsel. Det visar sig också att det sociala stödet från ledare har än större betydelse för anställdas trivsel och hälsa än stödet från arbetskamrater. Viktigt är att en ledare har förståelse för att anställda har en dålig dag ibland, lyssnar på anställda som upplever problem i sitt arbete och som hjälper anställda förbi svårigheter i arbetet. Det sociala stödet är inget man kan överlåta åt arbetskamrater att ge varandra – arbetsledare och chefer måste själva ge stöd.

Ansträngning – belöning

För att må bra på arbetsplatsen är det också viktigt att ansträngning och belöning (lön, befordran och förmåner) är i balans med varandra. Anställda som upplever att de gör en stor ansträngning på arbetet men får för lite belöning trivs sämre med arbetet och är mer sjuka än de som får positiv uppmärksamhet. Forskning har visat att anställda som upplever att de gör en stor ansträngning, men får lite eller ingen belöning, har kraftigt förhöjd risk för hjärtinfarkt.

Information

I ett projekt vid Sektionen för Personskadeprevention, Karolinska Institutet, undersökte man sambandet mellan organisationsform och hälsa, kvalitet och effektivitet. Detta gjordes genom en inledande utbildning av cheferna varefter man handledde företagets arbetsteam i syfte att påverka arbetsgruppens positiva utveckling och gruppmodnads. Resultatet visade bland annat att en väl fungerande information är en väsentlig förutsättning för hälsa, resultat och ekonomiskt utfall.

Som organiserande princip har information en avgörande betydelse för arbetsmiljön. Om samtliga anställda är insatta i organisationens övergripande syften och mål har detta följd för hur väl de arbetar. Anställda som förstår vad deras arbete syftar till och vad deras roll i det stora hela är, kan bli mer motiverade och trivas bättre med sitt arbete.

God information innebär att den anställde kan förutsäga arbetsrelaterade händelser, till exempel att veta hur stor arbetsbelastningen beräknas vara under vissa perioder. Information om arbetstoppar kan ibland prediceras på ganska lång sikt av ledningen. Det är viktigt att sådan information också når de anställda. Om de anställda är beredda på en ökad arbetsbelastning under en begränsad tid kommer de också att lättare kunna hantera den och därmed minska stressbelastningen.

Den anställdes kunskap om företaget och dess omvärld är av stor betydelse för arbetsmotivation, effektivitet och hälsa. Informationshantering är således en väsentlig del av ledarskapet och med en strukturerad utbildning och handledning kan ledarskapets sociala kompetens ökas.

Minnen av framtiden

I ovan nämnda projekt försökte man också få en bild av medarbetarnas "Minnen av Framtiden" – ett begrepp som präglats av David H. Ingvar. Det innebär en kvalitet i hjärnan som motsvarar våra minnen av det som hänt, men innehållet är istället visioner, bilder av vår egen framtid. Dessa "minnen" byggs upp av den framtid vi önskar oss och som vi bedömer som sannolik, eftersträvansvärd eller hotfull. Forskningsresultaten visade att de team som hade positiva bilder av framtiden också upplevde ett bättre arbetsmiljö samt hade ett högre hälsoindex.

En viktig del i en utbildning för arbetsgivare är därför hur man bygger upp och förmedlar en positiv bild av framtiden – inte bara för ledning, utan för hela teamet och företaget. Genom att ordna sina tankar i en tidsföljd för att förstå och se "meningen", positiv eller negativ, med situationen, kan man skapa en målbild, en strategi, en väg, en handlingslinje för framtiden, som är lockande för arbetsgivaren själv och för de anställda.

Fysiska belastningsbesvär – muskuloskeletal smärttillstånd

Att muskuloskeletal hälsa är relaterad till fysiska belastningsförhållanden är välbelagt. Mindre känt är att även mycket låga fysiska belastningar under lång tid (statiska belastningar), alternativt upprepade mycket ofta (repetitiv belastning) ger upphov till besvär och skador. Dessa sammanhang kompliceras ytterligare av att psykosociala faktorer som trivsel och kontroll över arbetet också inverkar på förekomsten av besvär och skador. Man kan också konstatera att belastningsskadorna fortfarande utgör det numerärt största arbetsmiljöproblemet i Sverige.

Den stora utmaningen i dagens och framtidens preventiva arbete i arbetslivets område är att förebygga både negativa konsekvenser av stress och monotona olämpliga arbetsställningar.

Metoder, motivering och praktisk uppläggning

Förebyggande av sjukdomar och skador fungerar mest effektivt när de viktigaste kunskaperna har stor spridning i befolkningen. När man startade kampanjer i tandhälsa för skolbarn i slutet av 1950-talet anade man inte potentialen i de förebyggande åtgärderna. På samma sätt kan en kombination av kunskap och handling verka för att många idag vanliga följder av olycksfall eller sjukdom kan följa samma positiva utvecklingstrend.

I ett folkhälsoperspektiv är det av stor vikt att kunskapen från olika forskningsprojekt får så stor och snabb spridning som möjligt i befolkningen. De förändringar i livsstilen som har visat sig effektiva för dem som drabbats av livsstilsrelaterade sjukdomar och andra vanliga sjukdomar kan också leda till en ökad livskvalitet för dem som inte drabbats.

Med Kunskap om Hälsa kan det bli möjligt att nå ut med kunskap till ett stort antal människor. I förlängningen finns det en

stor potential att minska antalet drabbade av våra vanligaste folksjukdomar.

Att nå varaktig effekt

En förutsättning för att uppnå en långsiktig och varaktig effekt är emellertid att man upprepade gånger kan nå nyckelgrupper med adekvat information. I många fall där man gjort stora informations- och utbildningsinsatser av kampanjkaraktär, är erfarenheten att effekterna är relativt snabbt övergående. I ett projekt på Gotland med avsikt att förbättra diagnostiken och behandlingen av depressioner, och därmed också arbeta med prevention av självmord, hade man initialt mycket goda resultat. När projektet avslutats råder efter några år liknande förhållanden som före projektet. En av huvudorsakerna är troligen att många av de läkare som utbildades i projektet inte längre är verksamma på Gotland utan arbetar på andra platser i landet eller pensionerats. För ett mer långsiktigt resultat hade det sannolikt krävts flera återkommande insatser med jämna mellanrum och utan begränsning i tid, i praktiken ett livslångt lärande.

Lönsamt depressionsprogram

När man i mitten på 80-talet analyserade orsakerna till korttidsfrånvaro upptäckte man på Bank One i Chicago, USA (med cirka 80 000 anställda) att hälften av företagets korttidsfrånvaro var relaterad till mentala diagnoser, där depression var i särklass vanligast.

Man utarbetade därför bland annat ett program för tidig upptäckt och rehabilitering av personer med depression. Man har nu mer än 10 års erfarenhet och programmet har varit framgångsrikt. Det innehåller bland annat utbildning av arbetsledare och verktyg för screening. Trots farhågor om att programmet skulle bli mycket dyrbart kunde man efter några år konstatera att nettoeffekten blev stora besparingar och i längden lönsamt för Bank One.

Svenska arbetsgivare kan nå lika goda resultat under förutsättning att kunskaper om prevention behandling och rehabilitering får större spridning i företagsledningen och på företagens personalavdelningar. Utbildningsformen i Kunskap om Hälsa ger möjlighet till upprepade utbildningsinsatser och långsiktigt lärande.

Internetbaserad högskoleutbildning på distans

Kunskap om Hälsa genomförs i samarbete med Karolinska Institutet. Den spridda användningen av IT-teknik i Sverige, antingen via det egna hemmet eller på ett lärcentrum i hemkommunen ger möjlighet till ett rikstäckande utbildningsprogram. Karolinska Institutet ansvarar för uppläggnings av kurserna och lärarnas utbildning, som sker i distansform med en huvuddel av innehållet som IT-baserad undervisning. Ett omfattande förberedelsearbete för IT-baserad utbildning har gjorts av Karolinska Institutet där man i ODL-projektet (Open distance learning) förvärvat kunskap och skapat en plattform för genomförande av flexibel inläring (s.k. e-learning). Vid Institutionen för Omvårdnad på Karolinska Institutet har de första högskolebaserade kurserna genomförts med goda resultat.

PING PONG – en plattform

PING PONG är den tekniska plattform för Internetbaserat lärande som används av Karolinska Institutet och är utgångspunkt för kurserna. Kursdeltagaren använder plattformen för att navigera och interagera med kursinnehåll, andra kursdeltagare, lärare med flera. Plattformen är lätt att använda och kräver inte mer än basala datakunskaper. Kursansvariga kan själva skapa, förändra och komplettera kursen. Kursinnehållet kan struktureras så att filmmaterial, animationer, text och information på Internet enkelt kan användas av kursdeltagaren.

Flexibelt och livslångt lärande

Utvecklingen och expansionen av Internet har möjliggjort interaktivitet inte bara mellan människa och dator, utan också givit unika möjligheter att kommunicera med lärare och kursdeltagare oavsett var de befinner sig. Internetbaserat lärande ger möjlighet att bedriva kurser helt eller delvis över Internet, med distansöverbryggande hjälpmedel som TV-föreläsningar, videokonferenser, CD-rom och DVD.

Sammankomster

Trots att kursdeltagaren via Internetplattformen får bakgrundsinformation, tillgång till de olika lektionerna, föreläsningar och intervjuer med internationellt framstående forskare och experter, samt möjlighet till kommunikation med läraren och andra kursdeltagare med mer, behöver gruppen träffas. Det har visat sig att antalet kursdeltagare som hoppar av minskar markant om kursen har ett antal sammankomster. Kurserna inom Kunskap om Hälsa har tre sammankomster. Vid den första träffen får deltagarna diskutera kursupplägg och träffa sin lärare och kurskamrater. Eftersom man mellan sammankomsterna har tillgång till allt material och "föreläsningar" från internationellt ledande experter via Internet, kan tiden på träffarna nyttjas effektivt till praktiska övningar, diskussioner och grupparbeten.

Videoinspelat material och TV-program

En stor del av kursinnehållet i "Kunskap om hälsa" bygger på videoinspelad information från internationellt framstående experter både från Sverige och från andra länder. Befintlig teknik och de allt snabbare Internetuppkopplingarna gör det möjligt för kursdeltagarna att se TV-program, hela eller delar av föreläsningar via Internet (s.k. streaming) oavsett tid på dygnet.

Ett koncentrerat urval av videoinspelat material används också i TV-program som avser att väcka intresse för och sprida viktig information inom de områden som berörs i den IT-baserade utbildningen.

Studieböcker och studiehandledningar

Den bok som producerats för projektet "På jobbet" tillgodoser delvis behovet av introduktionsmaterial för högskolekurser. För varje kurs görs ett urval av relevant facklitteratur. Denna litteratur kompletteras med nyproduktion av böcker och kompendier.

Statskontoret

Promemoria

2001-10-11 Dnr 2001/194-5

Konsekvenser av förslaget om yttrande
från företagshälsovården i långa
sjukfall

Innehåll

Sammanfattning	495
1 Uppdraget	497
2 Denna promemoria.....	497
3 Bakgrund.....	498
HpH:s förslag.....	500
4 FHV:s insatser i dag.....	501
Enkätundersökningar.....	501
Uppskattningar av insatserna.....	501
5 Vilka resurser krävs för att avge yttrande i samtliga sjukfall?	504
6 Resurstillskott	506
Företagsläkare.....	507
Företagssköterskor.....	509
Beteendevetare.....	510
Sjukgymnaster.....	511
Övriga yrkesgrupper.....	512
7 Känslighetsanalys.....	513
Andelen resurskrävande fall.....	514
Resursåtgången i de resurskrävande fallen.....	514
Resursåtgången i de mindre resurskrävande fallen.....	515
Andelen arbetade timmar per heltidstjänst.....	515
Antalet sjukfall som kräver yttrande från företagshälsovården.....	515
8 Konsekvenser för företagshälsovården.....	515
Yttranden över rehabiliteringsunderlag	515

	Andra konsekvenser	517
9	Konsekvenser för andra aktörer.....	518

Sammanfattning

Statskontoret utreder på regeringens uppdrag hur företagshälsovården skulle kunna utnyttjas effektivare. Vi har att med förtur analysera vilka konsekvenser som kan följa av förslaget från *Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (HpH) om att företagshälsovården regelmässigt ska yttra sig över det rehabiliteringsunderlag som en arbetsgivare ska ges skyldighet att upprätta i långa sjukfall.

Statskontoret belyser i den här promemorian främst de administrativa konsekvenser och förutsättningar som uppstår för företagshälsovårdens del om en sådan reform realiseras. Våra slutsatser är i korthet följande:

1. I dag blir ca 36 procent av sjukfallen ärenden hos företagshälsovården med en insats överstigande en timme. Antalet sådana ärenden uppskattas till 90 000.
2. Vad gäller *utredningsfasen* i rehabiliteringsärenden uppgår företagshälsovårdens sammanlagda insatser i dag till ca 12 procent eller ca 425 årsarbetare.
3. Med HpH:s förslag och nuvarande ökningstakt kommer företagshälsovården att få yttra sig över 250 000 sjukfall per år. Den sammanlagda resursinsatsen för att regelmässigt yttra sig över rehabiliteringsunderlagen bedömer vi till ca 266 årsarbetare fördelade på 141 företagsläkartjänster, 63 företagsskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster.¹
4. Då företagshälsovården redan i dag medverkar i ca 36 procent av de långa sjukfallen *uppskattar vi att nettoeffekten av reformen*

¹ Till gruppen sjukgymnaster räknar vi i denna promemoria även ergonomer.

innebär krav på ett resurstillskott motsvarande 90 heltidstjänster för företagsläkare, 40 för företagsskötersketjänster, 20 för beteendevetare och 20 för sjukgymnaster.

5. För att gå iland med den tillkommande uppgiften, givet prognoser över pensionsavgångar samt oförändrade uppgifter i övrigt, behövs en kraftigt ökad utbildning. För att under en tvåårsperiod ersätta såväl avgångar som tillgodose behovet av nytillskott krävs
 - en fördubbling av företagsläkarutbildningen till ca 70 platser/år,
 - en utökning av företagssköterskeutbildningen till ca 90 platser/år,
 - en utbildning av 25 beteendevetare/år – d.v.s. återupptagande av utbildningen på samma nivå som 1997/98.
6. Genom att omfördela de resurser som i dag läggs ner på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete, 425 årsarbetare, skulle resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag dock kunna klaras på kort sikt.
7. Känslighetsanalyser har gjorts av ovannämnda utfall bl.a. utifrån a) alternativa antaganden om resursåtgången per yttrande, b) färre arbetstimmar per heltidstjänst samt c) en tidsgräns för att inkomma med rehabiliteringsunderlag efter 45 dagar enligt HpH:s alternativförslag. De visar att:
 - en ökning/minskning av andelen resurskrävande fall med en procent påverkar resursbehoven med 1,8 procent,
 - en sänkning av årsarbetstiden 1600 timmar med 100 timmar ökar resursbehovet med 7 procent.
 - en förkortning av tidsfristen för att inkomma med rehabiliteringsunderlag till 45 dagar innebär 70 000 fler yttranden och ökar resursbehovet med 28 procent.
8. Sammantaget innebär HpH:s förslag krav på en betydande ökning av företagshälsovårdens personalresurser om kvalitét och övriga arbetsuppgifter inte omprövas. Vi bedömer därför att ett genomförande kräver en övergångstid och/eller att det förväntade genomslaget anpassas till tillgängliga resurser.
9. Förutom företagshälsovården och de organ som utbildar företagshälsovårdspersonalen berörs Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, primärvården och arbets-

givarna av det här aktuella HpH-förslaget. Denna promemoria behandlar översiktligt även konsekvenserna för dessa aktörer.

1 Uppdraget

Regeringen gav 2001-03-29 i uppdrag åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård ska kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Direktiven för uppdraget bifogas som bilaga.

Av uppdraget framgår bl.a. att Statskontoret i ett första steg ska analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från *Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*, HpH, (S 2000:07) om yttrande från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar. Härefter ligger en konkretisering av företagshälsovårdens roll inom ramen för förslagen och vilken betydelse detta kan ha för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Statskontoret ska så långt möjligt belysa konsekvenserna av ett genomförande av förslagen.

Statskontoret ska enligt direktiven överlämna resultatet av sitt uppdrag i den här delen i form av ett underlag för HpH:s fortsatta arbete.

2 Denna promemoria

HpH:s förslag innebär en skärpning av arbetsgivarens skyldighet att upprätta ett underlag för försäkringskassans bedömning av åtgärder i samband med långa sjukfall – s.k. *rehabiliteringsunderlag*. Företagshälsovårdens yttrande ska därvid regelmässigt inhämtas.

Statskontoret har inriktat sitt arbete på att belysa de administrativa konsekvenserna och förutsättningarna för företagshälsovården av att förverkliga intentionerna i förslaget. Vi har i detta sammanhang inte funnit anledning att skilja rehabiliteringsunderlag i presumtiva arbetsskadeersättningsfall från sådana underlag som upprättas i andra fall. Vår utgångspunkt är att långa sjukfall ur rehabiliteringssynpunkt bör hanteras lika oavsett sjukdomsorsak. Ur administrativ synpunkt är det också en fördel med ett gemensamt underlag som kan utnyttjas vid bedömning av alla långa sjukfall.

Avsikten med denna första delrapport är som ovan nämnts att ge underlag för HpH:s fortsatta arbete. Under arbetets gång har Statskontoret haft löpande kontakter med HpH. Det underlag som

behövs för att bedöma "förutsättningarna och tidsperspektivet" för utredningens förslag är i princip detsamma som krävs för Statskontorets uppdrag i sin helhet. Vi bedömer att de slutsatser som nu dras här kommer att stå sig även efter den kvarstående informationsinsamlingen och den vidare analysen. Däremot kan några av de kvantitativa uppskattningar som gjorts av resurser och resursbehov komma att revideras något. Av detta skäl kommer Statskontoret även fortsättningsvis att ha löpande kontakt med HpH.

3 Bakgrund

Vid den s.k. rehabiliteringsreformen som trädde i kraft den 1 januari 1992 infördes nya regler om rehabilitering i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I korthet innebär reglerna att arbetsgivaren har ansvar för att utreda behovet av och vidta de rehabiliteringsåtgärder som de anställda behöver för att återgå i arbete. Reglerna ger vidare försäkringskassan ett ansvar för att samordna alla de medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som krävs för att ge sjukskrivna arbetsförmågan åter. Att vidta åtgärder ligger emellertid nästan uteslutande på andra aktörer, såsom landsting, kommun, arbetsförmedling och berörda arbetsgivare.

Som ett led i arbetsgivarens ansvar ligger att genomföra en rehabiliteringsutredning. Arbetsgivare ska – *om det inte framstår som obehövt* – påbörja en rehabiliteringsutredning när:²

- ~~///~~ den anställde har varit helt eller delvis frånvarande på grund av sjukdom i fyra veckor,
- ~~///~~ den anställde har upprepade korttidsfrånvaro på grund av sjukdom
- ~~///~~ (6 sjukfall under en 12-månadersperiod),
- ~~///~~ den anställde själv begär det.

Arbetsgivaren ska *alltid* göra en rehabiliteringsutredning när:

- ~~///~~ den anställdes behov av rehabilitering är oklart,
- ~~///~~ det behövs åtgärder utanför arbetsplatsen,
- ~~///~~ arbetsgivaren inte kan betala lön under rehabiliteringen utan ersättning från försäkringskassan blir aktuell.

² Enligt försäkringskassans information om blanketten "Rehabiliteringsutredning".

Rehabiliteringsutredningen ska överlämnas till försäkringskassan så snart den är klar, dock senast inom åtta veckor efter det senaste sjukfallets början eller den dag den anställde begärt utredningen.

Försäkringskassan ska ta över ansvaret för utredningen om det finns skäl för det. Ett sådant skäl kan vara att den anställde inte medverkar i utredningen.

Arbetsgivaren kan utföra rehabiliteringsutredningen med hjälp av interna eller externa resurser. I sistnämnda fall kan exempelvis företagshälsovården anlitas.

Efter det att arbetsmiljöavtalen sades upp år 1992 och att statsbidraget till företagshälsovården upphörde året därpå har företagshälsovårdens ställning ändrats. Under 1990-talet har företagshälsovården blivit en marknadsaktör. Branschen har strukturerats till färre men större enheter. Antalet personer verksamma i företagshälsovården har minskat med ungefär en tredjedel. Medelåldern för de anställda är i dag hög, vilket kommer att medföra stora pensionsavgångar under de närmaste fem åren. Det gör att förutse en brist på arbetskraft för några av företagshälsovårdens yrkeskärer när nyrekryteringsbehovet ökar. Samtidigt har utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med stor tillgänglighet och med förtroende hos både arbetsgivar- och arbetstagsidan.

Samhällets krav vad gäller det arbete som företagshälsovården förväntas utföra riktas i första hand mot arbetsgivarna. Från samhällets sida finns det emellertid stora förväntningar på vad företagshälsovården kan åstadkomma. Sammantaget finns förväntningar från samhället, arbetsgivarna och de anställda på att företagshälsovården ska ge arbetsgivarna stöd i deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete – genom förebyggande arbete, arbetsplatsanpassning och rehabilitering – men även i viss mån ägna sig åt sjukvård och friskvård.

Som tidigare beskrivits ligger fokus i dag på arbetsgivarens ansvar. På senare år har flera utredningar framhållit företagshälsovårdens betydelse för och stöd i arbetsgivarnas rehabiliteringsverksamhet. I AGRA-utredningens betänkande, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104), och i Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78), framhålls att företagshälsovården kan utgöra ett stöd för arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet. Sjukförsäkringsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:121), att företagshälso-

vårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet bör förstärkas och förtydligas.

HpH:s förslag

HpH föreslår³ att den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett *rehabiliteringsunderlag*. Syftet är tvåfaldigt:

1. Att starta en process på arbetsplatsen som påskyndar den anställdes återgång i arbete.
2. Att ligga till grund för den rehabiliteringsplan som försäkringskassan upprättar tillsammans med den försäkrade.

Arbetsgivarens skyldighet att påbörja upprättandet av detta underlag överensstämmer med dagens regler för att starta en rehabiliteringsutredning.

Rehabiliteringsunderlaget ska lämnas till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan eller dagen för den försäkrades egen begäran. Skyldigheten att lämna rehabiliteringsunderlag gäller dock inte om den försäkrades månadsinkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden understiger 10 procent av prisbasbeloppet (f.n. ca 3 700 kronor). En andra undantagsregel innebär att underlag inte behöver lämnas in till försäkringskassan om sjukfallet upphör inom sjuklöneperioden.

Rehabiliteringsunderlaget ska innehålla:

- Uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuellt behov av rehabiliteringsinsatser. Till underlaget ska fogas de läkarintyg som erhållits under den aktuella sjuklöneperioden.

Företagshälsovården (eller motsvarande) ska yttra sig över rehabiliteringsunderlaget vad gäller arbetsförmågan relaterat till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder och prognos över återgång till arbetet. Företagshälsovården/motsvarande ska vidare kunna lämna förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren föreslagit.

³ Punkter i en handlingsplan, HpH:s delrapport 2001-06.26.

Vad gäller informationsinnehållet kan konstateras att den främsta skillnaden i förhållande till nuvarande rehabiliteringsutredning synes ligga i kraven på:

- a. uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till dennes arbetsuppgifter
- b. en prognos för återgång i arbetet.

Övriga krav på information ska redan nu finnas med i en rehabiliteringsutredning.

4 FHV:s insatser i dag

Enkätundersökningar

Preliminära resultat från en pågående enkätundersökning till alla företagshälsovårdsenheter i landet visar bl.a. vilka personalresurser företagshälsovården har och hur dessa används. Undersökningen, som genomförs av Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) och Statskontoret i samverkan, benämns i fortsättningen *bransch-enkäten*.

En annan enkätundersökning riktad till ett urval arbetsgivare har på Statskontorets uppdrag nyligen genomförts av Statistiska centralbyrån. Denna undersökning, som här kallas *företagsenkäten*, kastar också ljus över företagets nyttjande av företagshälsovårdens tjänster, bl.a. vad gäller rehabilitering.

Branschenkätens svarsfrekvens var i början av oktober 51 procent. Procenttalet har beräknats utifrån att 158 svar erhållits representerande 341 företagshälsovårdsenheter och att totalantalet företagshälsovårdsenheter beräknas vara 672. I branschenkäten ingick många frågor och många av de som sänt in svar har besvarat endast en del av frågorna. Detta gäller även frågorna om rehabilitering.

Uppskattningar av insatserna

Utredningsfasen

Av de 158 enkätsvaren innehåller 100 en fördelning av företagshälsovårdens verksamhet på olika uppgifter.

Det framgår att 11,8 procent av verksamheten avser utredningsfasen vad gäller arbete med rehabilitering. I utredningsfasen ingår individuell probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar och framtagande av beslutsunderlag. Vidare ingår medverkan tillsammans med chef hos uppdragsgivare för framtagning av rehabiliteringsutredningar och samtal med externa instanser såsom försäkringskassa. Utredningsfasen omfattar således betydligt mer än det som kommer att bli uppgifter för företagshälsovården om HpH:s förslag om yttrande från företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag blir genomfört.

Det framgår vidare att övrig verksamhet som avser rehabilitering uppgår till 12,3 procent av den totala verksamhetsvolymen. Behandlande verksamhet är den största posten med 8,2 procent. Vidare ingår utbildning och träning riktad mot riskgrupper i förebyggande syfte, 2,9 procent, och utbildning i rehabiliteringsmetodik, 1,2 procent.

Totalt omfattar rehabiliteringsverksamheten enligt bransch-enkätens preliminära resultat 24,0 procent av företagshälsovårdens verksamhet.

För att kunna beräkna nuvarande resursinsatser i årsarbetskrafter behövs förutom redovisade procentandelar av verksamheten också uppgifter om personalens storlek. Olika beräkningar grundade på enkätsvaren pekar på att 4 500 personer är anställda inom företagshälsovården. Under antagande om att antalet årsarbetare är 80 procent av antalet personer erhålls summan 3 600 årsarbetare inom företagshälsovårdssektorn.

Utredningsfasen i rehabiliteringsverksamheten, som enligt bransch-enkäten utgör 11,8 procent av verksamheten, motsvarar därmed 425 årsarbetare.

Rehabiliteringsärenden där insatsen överstiger en timme

I bransch-enkäten ställdes en fråga om antalet rehabiliteringsärenden som företagshälsovården varit engagerad i de senaste 12 månaderna, där insatsen överstiger en timme. Svar på frågan har angetts i 98 av de inkomna enkätsvaren. Uppräknat till de sammanlagt 158 avgivna enkätsvar som täcker 341 företagshälsovårdsenheter har företagshälsovården varit engagerad i drygt 26 000 rehabiliteringsärenden från privata kunder och knappt 23 000 från offentliga kunder. Eftersom de 341 enheterna utgör 51 procent av totalantalet enheter kan vi uppskatta att företagshälsovården varit involverad i

totalt 96 000 rehabiliteringsärenden, där insatsen överstiger en timme, under de senaste 12 månaderna.

Om i stället antalet enkätsvar räknas upp efter antalet anställda erhålls ett något lägre antal rehabiliteringsärenden, nämligen 86 000.

Ett tredje sätt att beräkna antalet rehabiliteringsärenden är att räkna upp antalet för ett helt företagshälsovårdsblock till riksnivå med hjälp av blockets andel av totalantalet anställda hos kundföretagen. På det sättet erhålls 88 000 rehabiliteringsärenden.

Ett genomsnitt av dessa tre beräkningssätt ger till resultat 90 000 rehabiliteringsärenden, där insatsen överstiger en timme. Vi använder oss av detta medeltal i fortsättningen.

I detta sammanhang får anmärkas att företagshälsovården också är involverad i ett okänt antal rehabiliteringsärenden, där insatsen inte överstiger en timme.

Vår beräkning att företagshälsovården är involverad i ca 90 000 rehabiliteringsärenden, där insatserna överstiger en timme, motsvarar 36 procent av de långa sjukfallen där arbetsgivare finns. Vår beräkning av antalet långa sjukfall redovisas i avsnitt 5.

Att ca 36 procent av de långa sjukfallen blir ärenden hos företagshälsovården, med en insats som överstiger en timme, är en realistisk siffra bestyrks av resultat från Arbetsmiljöverkets och Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökning 2000. Denna visar att bland de svarande i undersökningen om arbetsorsakade besvär som varit sjukskrivna mer än fyra veckor i sträck uppgav 40 procent att en rehabiliteringsutredning gjorts. Tillgång till företagshälsovård är en fördel i detta avseende. Bland dem som var aktuella för en rehabiliteringsutredning hade en sådan gjorts i 44 procent av fallen om det fanns tillgång till företagshälsovård på arbetsplatsen men endast i 19 procent av fallen då företagshälsovård inte fanns att tillgå.

Ett resultat av företagsenkäten pekar i samma riktning. Där ställdes en fråga om företaget normalt engagerar företagshälsovård (eller motsvarande) i famtagandet av rehabiliteringsutredningar enligt lagen om allmän försäkring. Här svarade ca 55 procent av företagen, kommunerna, landstingen och de statliga myndigheterna ja. Då har de små företagen med 2-49 anställda exkluderats. Tas de små företagen med sjunker procenttalet till 22 p.g.a. att småföretagen är så många och att de i endast 20 procent av fallen normalt anlitar företagshälsovård (eller motsvarande). Emellertid svarar de små företagen för en mindre del av de anställda och sjukskrivna, varför andelen fall med rehabiliteringsutredningar är högre. Tillägget "eller motsvarande" innebär att annan extern resurs än

företagshälsovård inräknas. Procenttalet för företagen måste därför minskas något om endast företagshälsovården ska avses.

Vi gör den bedömningen att för de 36 procent av de långa sjukfallen, där företagshälsovården redan är involverad med minst en timme per fall, kommer inga ytterligare resurser att behöva tillföras företagshälsovården för att klara av uppgiften att yttra sig över arbetsgivarnas rehabiliteringsunderlag. I övriga fall kräver yttrandet ytterligare resurser om inte en omfördelning kan ske av nuvarande resurser. Ett resonemang kring detta förs i avsnitt 8.

5 Vilka resurser krävs för att avge yttrande i samtliga sjukfall?

När det gäller att beräkna hur mycket resurser som kan komma att krävas vid ett införande av förslaget om yttrande från företagshälsovården är två faktorer avgörande, dels antalet sjukfall, dels resursåtgången i varje enskilt fall.

Det finns ingen löpande statistik över antalet sjukfall som uppnår 60 dagar i längd. Utifrån uppgifter om antalet sjukfall som pågick vid utgången av år 2000 och antalet sjukfall som samma år avslutades efter att ha pågått mer än 60 dagar, men mindre än ett år och 60 dagar, kan det uppskattas att ca 300 000 sjukfall uppnådde 60 dagars längd detta år. Eftersom de senaste årens utveckling innebär en påtaglig ökning av antalet sjukfall förefaller det rimligt att anta att det år 2001 kommer att röra sig om fler sjukfall med samma längd. Vi kan med utgångspunkt i den utveckling av antalet sjukfall som hittills kunnat observeras anta att ökningen kommer att leda till ca 340 000 sjukfall i år. Det förslag som här diskuteras rör den del av dessa sjukfall där den enskilde har en arbetsgivare. Det finns ingen säker uppskattning av hur stor andelen med arbetsgivare är men Sjukförsäkringsutredningen har uppskattat den till 75 procent. Det skulle innebära att förslaget om yttrande från företagshälsovården berör ca 250 000 sjukfall per år.

Förslaget innebär att rehabiliteringsunderlag ska lämnas i alla dessa fall, och att ett yttrande från företagshälsovården ska fogas till alla underlag. Av förslaget framgår dock att underlagets omfattning kan anpassas till vad som är befogat i varje enskilt fall. Det främsta syftet med såväl rehabiliteringsunderlaget som företagshälsovårdens yttrande är att försäkringskassan ska få underlag för att bedöma om det föreligger ett rehabiliteringsbehov. Uppgifter

från deltagare i Statskontorets referensgrupp⁴ gör gällande att ett rimligt antagande är att ca 20 procent av alla sjukfall på 60 dagar eller längre bör utgöra rehabiliteringsfall.⁵ För närvarande är andelen mindre, men detta antas bero på att den nuvarande ärendemängden på försäkringskassorna gjort att man inte arbetar med alla fall som borde vara rehabiliteringsfall. För denna grupp är det rimligt att anta att resursätgången för ett yttrande från företagshälsovården är omfattande. Efter diskussioner med delar av vår referensgrupp har det uppfattats som rimligt att uppskatta resursätgången till sammanlagt 3,5 timmar per sådant fall, varav 1,5 timmar för en företagsläkare, 1 timme för en företagssköterska och 0,5 timmar vardera för en beteendevetare och en sjukgymnast. Denna skattning utgör ett genomsnitt för resursätgången i denna grupp.

Här är det viktigt att komma ihåg att denna resursinsats avser ett yttrande över arbetsgivarens rehabiliteringsutredning. Yttrandet ska å ena sidan inte ersätta det rehabiliteringsunderlag som arbetsgivaren ska ta fram och förväntas därför inte kräva resurser som motsvarar en fullständig utredning. Å andra sidan kan inte arbetsgivarens egen kompetens antas räcka till för att ge ett i alla delar komplett underlag, varför företagshälsovårdens tvärkompetens ska avspeglas i yttrandet. Vi utgår således ifrån att ett syfte med HpH:s förslag är att åstadkomma en allmän kvalitetshöjning i rehabiliteringsunderlagen.

För ytterligare en del av de 250 000 sjukfallen årligen kan resursätgången antas vara lika omfattande. Dessa kan karaktäriseras av att de eventuellt har ett rehabiliteringsbehov, att frågan om och i så fall vilken ersättning som ska utges är osäker eller båda dessa karaktäristika. Vi har efter diskussioner med delar av referensgruppen funnit det lämpligt att utgå från att denna grupp sammantaget utgör en lika stor grupp som den ovan nämnda, dvs. ytterligare 20 procent av fallen. Även dessa antas kräva resurser motsvarande 3,5 timmar fördelade på olika personalkategorier på det sätt som angetts i föregående stycke.

Eftersom yttrande ska ges i samtliga fall som pågått i 60 dagar eller mer kommer en viss mindre resursätgång att krävas även i de återstående 60 procent av fallen. Här antas resurserna begränsas till ca 30 minuter per fall. All denna tid antas vara läkartid.

⁴ I referensgruppen ingår företrädare för Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Föreningen svensk Företagshälsovård, Försäkringskassaförbundet, Landstingsförbundet, HpH och Näringsdepartementet.

⁵ Med rehabiliteringsfall menas här sjukfall som är föremål för Samordnad rehabilitering (SAR) vilket i försäkringskassans administrativa system utgör en markering för ett rehabiliteringsbehov.

Den sammanlagda resursinsatsen bedöms således motsvara 266 årsarbetare, fördelade på 141 läkartjänster, 63 sjukskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster. Beräkningarna av antalet årsarbetare bygger på ett antagande om 1 600 arbetstimmar per år och heltidstjänst.

I de nämnda uppskattningarna har utgångspunkten varit att företagshälsovården ska avge ett yttrande i samtliga fall. Detta utesluter inte att de angivna resurserna till viss del används för att tillsammans med arbetsgivaren ta fram de delar av rehabiliteringsunderlagen för vilka arbetsgivarens kompetens inte räcker till. Där emot har vi inte kalkylerat med att företagshälsovården som en följd av sitt deltagande i arbetet med rehabiliteringsunderlaget också kan komma att bli involverad i de åtgärder som arbetsgivaren bedömer behöver vidtas för att underlätta återgång i arbete. Vi återkommer emellertid till frågan i avsnittet om konsekvenser för företagshälsovården.

6 Resurstillskott

Enligt de beräkningar som gjorts ovan kommer införandet av ett obligatoriskt yttrande från företagshälsovården i samtliga sjukfall som pågått i 60 dagar att på heltid kräva 141 företagsläkare, 63 företagssköterskor, 31 beteendevetare och 31 sjukgymnaster. Vi har tidigare uppskattat att företagshälsovården i 36 procent av alla långa sjukfall redan i dag är involverad på ett sådant sätt att ingen ytterligare resursinsats krävs. Vi antar att dessa 36 procent är jämnt fördelade mellan de långa sjukfall som vi uppskattat kan kräva en mer resurskrävande insats och de som kräver mindre resurser⁶. Återstår gör således ett tillkommande behov i 64 procent av de långa sjukfallen uppgående till 90 företagsläkare, 40 företagssköterskor, 20 beteendevetare och 20 sjukgymnaster på heltid.

Efterfrågan på företagshälsovård, och därmed resursbehovet, påverkas av en rad faktorer. De beräkningar som här redovisas avser enbart det resurstillskott som behövs för att hantera HpH:s förslag om yttranden i samband med långa sjukfall. Statskontoret återkommer i sin huvudrapport med bedömningar av vad andra efterfrågepåverkande faktorer innebär för behovet av resurser.

⁶ En annan fördelning skulle kunna antas. Det finns emellertid argument som talar både för att de 36 procent i större utsträckning finns bland de mindre resurskrävande fallen som att de finns bland de mer resurskrävande fallen.

Företagsläkare

Utifrån den branschenkät som Statskontoret och FSF låtit genomföra har vi gjort uppskattningen att det finns ca 600 företagsläkare verksamma inom svensk företagshälsovård.

När det gäller företagsläkarnas ålder visar det material och de uppgifter som vi har tagit del av att genomsnittsåldern är hög. Läkarförbundet genomförde hösten 2000 en undersökning av inkomstförhållanden och löneutveckling bland medlemmarna i Företags- och Skolläkarföreningen. Beträffande privatanställda företagsläkares ålder går följande att utläsa:

Tabell 1. Ålder bland privatanställda företagsläkare

Ålder	Antal läkare
-44	16
45-49	32
50-54	106
55-59	88
60-64	52
Totalt	294

Om det beräknade totala antalet företagsläkare antas ha samma åldersfördelning och läkarna antas gå i pension vid 65 års ålder innebär det att ungefär 21 läkare kommer att gå i pension per år under den kommande femårsperioden. Därutöver tillkommer de som pensionerar sig före 65 års ålder eller av andra anledningar inte arbetar kvar inom yrket. I gengäld kan det förekomma att vissa läkare arbetar kvar även efter fyllda 65 år samt att vissa läkare med företagshälsovårdsspecialitet som i dag inte är verksamma i företagshälsovården tillkommer.⁷

⁷ Frågan om exakt vilken ålder som är normal pensionsålder är inte särskilt avgörande för uppskattningen av utflödet eftersom åldersfördelningen förefaller vara förhållandevis jämn i de högre åldrarna.

Tabell 2. Inflödet, dvs. antalet läkare som genomgått Arbetslivsinstitutets utbildning för företagsläkare.⁸

År	Antal företagsläkare som avslutat utbildningen
1993	54
1994	29
1995	30
1996	30
1997	0
1998	35
1999	37
2000	0
2001	35

Om inflödet år 2001 är 35 och utflödet är ca 21 ger det en nettoökning på ca 14 läkare. För att genomföra HpH:s förslag behövs som tidigare nämnts 90 heltidsarbetande företagsläkare.

Om antalet utbildningsplatser dubblas så att 70 företagsläkare utbildas per år erhålls ett netto på 49 tillkommande läkare årligen. Efter två år har en nettoökning på ca 98 företagsläkare nått. Det är då möjligt att genomföra HpH:s förslag fullt ut, i vart fall vad avser behovet av företagsläkare.

Vi är medvetna om att man inom företagshälsovården i regel inte arbetar heltid utan arbetstiden är mellan 70 och 90 procent. Vi har inte tagit hänsyn till detta men utgår från att nyutexaminerade inom branschen arbetar större del av heltid än de som pensioneras och att hänsyn till deltidsarbete därmed slår mer på utflödet än inflödet, dvs. att det nödvändiga resurstillskottet uppnås något snabbare än beräkningarna ovan visar.

Tabell 3. Inflow, utflow och nettoförändring av antalet företagsläkare vid fördubblad utbildning

	Inflow	Utflow	Netto
År 1	70	-21	49
År 2	70	-21	98

⁸ Arbetsmiljöstitutet svarade för företagshälsovårdsutbildningarna 1993 och 1994.

Företagssköterskor

Riksföreningen för företagssköterskor har drygt 1 400 sköterskor som medlemmar (maj 2001). Dessutom finns ett antal företagsköterskor som inte är medlemmar i föreningen. Enligt FSF finns det ca 2 000 sköterskor inom branschen.

Hösten 2000 gjorde Riksföreningen för företagssköterskor en undersökning som visar att åldersstrukturen hos medlemmarna är kraftigt snedfördelad.

Tabell 4. Antal företagssköterskor i åldern 45 till 59 år

Ålder	Antal företagssköterskor
45-49	223
50-54	432
55-59	344

Vi har för närvarande inte tillgång till någon uppgift om antalet företagssköterskor som är äldre än 60. Många företagssköterskor uppges gå i pension mellan 60 och 62 års ålder. Av sköterskornas åldersstruktur kan uppskattas att ca 70 kommer att pensioneras per år under de närmaste åren. Med andra ord finns ett utflöde på 70 per år, sannolikt ännu fler eftersom det beräknas finnas uppemot 2 000 företagssköterskor.

Tabell 5. Inflödet, dvs. antalet sköterskor som genomgått Arbetslivsinstitutets utbildning för företagssköterskor under de senaste åren

År	Antal företagssköterskor
1993	88
1994	0
1995	0
1996	27
1997	31
1998	30
1999	30
2000	30
2001	30

De senaste åren har inflödet av företagssköterskor varit 30 per år. Detta medför en nettominusning på 40 sköterskor per år. Förutom

att klara den minskningen måste det till 40 extra årsarbetskrafter för att klara HpH:s förslag. Om antalet utbildningsplatser utökas till 90 per år erhålls ett nettoöverskott på 20 sköterskor per år. Efter två år finns det 40 fler företagssköterskor. Även om beräkningarna avser antalet sköterskor snarare än antalet heltidstjänster bedömer vi att det redovisade tillskottet är tillräckligt eftersom vi, som i fråga om läkarna, bedömer att de nytillkomna arbetar större del av heltid än de som pensioneras.

Tabell 6. Inflöde, utflöde och nettoförändring av antalet företagssköterskor vid 90 utbildningsplatser per år

	Inflöde	Utflöde	Netto
År 1	90	-70	20
År 2	90	-70	40

Det är i sammanhanget värt att notera att mellan åren 1981 och 1988 fanns mellan 120 och 200 utbildningsplatser per år för verk samma företagssköterskor. Dessutom fanns en kurs för blivande företagssköterskor. Under 1990-talets första år utbildades mellan 145 och 177 företagssköterskor per år.

Beteendevetare

När det gäller beteendevetare ser bilden lite annorlunda ut jämfört med företagsläkare och företagssköterskor. Arbetsmiljöproblem av psykosocial natur, såsom stress, utbrändhet m.m., har allt mer börjat uppmärksammas. Företagshälsovårdsbranschen bedöms därför behöva ett tillskott av beteendevetare oavsett HpH:s förslag.

Utifrån branschenkäten har vi gjort en ungefärlig skattning av åldersfördelningen bland beteendevetarna inom företagshälsovården.

Tabell 7. Antal beteendevetare i olika åldrar enligt branschenkäten (uppräknat till hela branschen)

Ålder	Antal beteendevetare
<30	11
31-39	36
40-49	207
50-59	289
>60	22

När det gäller utflödet de närmaste fem åren beräknas 4-5 beteendevetare per år gå i pension. Den största gruppen beteendevetare återfinns i åldersintervallet 50-59 år, varför ett stort utflöde är att vänta på sikt.

Tabell 8. Inflödet, d.v.s. antalet beteendevetare som genomgått Arbetslivsinstitutets företagshälsovårdsutbildning

År	Antal beteendevetare
1993	30
1994	30
1995	19
1996	17
1997	24
1998	24
1999	0
2000	0
2001	0

Beteendevetarutbildningen, som legat nere sedan 1999, återupptas fr.o.m. första kvartalet 2002 och beräknas ha mellan 25 och 30 platser. Den utbildningsvolymen bedöms tillräcklig både för att klara ett utflöde på 5 och för att få in 20 nya beteendevetare, vilket beräknas räcka för att genomföra HpH:s förslag.

Sjukgymnaster

Utifrån branschenkäten har vi gjort en ungefärlig skattning av åldersfördelningen bland sjukgymnasterna inom företagshälsovården.

Tabell 9. Antal sjukgymnaster i olika åldrar enligt branschenkäten (uppräknat till hela branschen)

Ålder	Antal sjukgymnaster
<30	15
30-39	124
40-49	281
50-59	250
>60	30

Utfloppet genom pensionsavgång de närmaste fem åren beräknas uppgå till ca 6 sjukgymnaster per år. På sikt är dock stora pensionsavgångar att vänta eftersom många sjukgymnaster återfinns inom åldersintervallet 50-59 år.

Tabell 10. Inflödet, dvs. antalet sjukgymnaster som genomgått Arbetslivsinstitutets företagshälsovårdsutbildning

År	Antal företagssjukgymnaster
1993	75
1994	50
1995	ca 55
1996	ca 55
1997	ca 55
1998	58
1999	58
2000	57
2001	56

Våra beräkningar av utflöde och inflöde ger till resultat en nettoökning på ca 50 sjukgymnaster per år. För sjukgymnasternas del skulle det därmed vara möjligt att omgående genomföra HpH:s förslag, vilket beräknas kräva 20 heltidsarbetande sjukgymnaster.

Övriga yrkesgrupper

Företagsläkare och företagssköterskor är två yrkesgrupper som vi bedömer kommer att medverka i företagshälsovårdens yttrande regelmässigt eller i stort sett regelmässigt över arbetsgivarens rehabiliteringsunderlag. Beroende av vilken typ av ärende det handlar om, exempelvis stress eller belastningsbesvär, involveras därefter

beteendevetare eller sjukgymnaster. Därutöver finns det även andra yrkesgrupper, t.ex. arbetsmiljöingenjörer, som kan bli engagerade. Vi har emellertid valt att koncentrera beräkningarna på de yrkeskategorier som främst är involverade i rehabiliteringsarbetet i dag.

7 Känslighetsanalys

Konsekvenser av den typ av förslag som här har diskuterats bygger med nödvändighet på subjektiva uppskattningar av vilken insats som kommer att krävas i ett enskilt fall. Dessa subjektiva "punktskattningar" ska inte ses som ett uttryck för att resursinsatsen antas vara enhetlig i varje fall utan utgör en skattning av en genomsnittlig insats. Helt säkert kommer spridningen mellan vilken insats som krävs i de ca 250 000 sjukfallen vara betydande.

Statskontoret har inte funnit något annat sätt att uppskatta den genomsnittliga resursinsatsen än den som redogjorts för. Metoden innebär betydande mått av osäkerhet. Det finns därför anledning att göra en känslighetsanalys av de viktigaste ingående variabelernas betydelse för behovet av resurstillskott. Dessa variabler är andelen fall som kräver en mer resurskrävande insats från företagshälsovården (ovan uppskattad till 40 procent), resursåtgången i dessa mer resurskrävande fallen (3,5 timmar sammanlagt varav 1,5 timmar läkartid, 1 timme sjuksköterska, 0,5 timmar beteendevetare och 0,5 timmar sjukgymnast), resursåtgången i de mindre resurskrävande fallen (30 minuter läkartid) samt antalet timmar som en heltidstjänst faktiskt ägnar åt utdebiterad tid (1 600 timmar). Genomgående har antagandet om att behovet av resurstillskott endast berör de uppskattningsvis 64 procent av fallen som företagshälsovården i dag inte är involverad i mer än en timme.

Den uppskattning som gjorts av det antal sjukfall som skulle beröras av förslaget är i sammanhanget relativt säker men hänför sig till antalet sjukfall de senaste åren. Av flera skäl kan det vara värt att redovisa hur ett annorlunda antagande på denna punkt förändrar bilden. Den framtida utvecklingen av antalet sjukfall innebär en viss osäkerhet på kort sikt och en betydande osäkerhet på längre sikt. Dessutom har HpH lämnat ett alternativt förslag till inlämnande av rehabiliteringsunderlag vid 60 dagars sjukskrivning om sjuklöneperioden inte förlängs till 60 dagar enligt deras förslag. I sådana fall skulle underlaget, och därmed yttrandet från företagshälsovården, inlämnas redan efter 45 dagar. Ett obligatoriskt yttrande i alla sjukfall 45 dagar eller längre skulle med samma metod som användes

tidigare uppskattas till ca 70 000 fler sjukfall än sjukfall 60 dagar och längre.

Andelen resurskrävande fall

Den andel av sjukfallen i vilka yttrandet från företagshälsovården kan komma att kräva en mer omfattande resursinsats kan av flera skäl vara både större och mindre än de uppskattade 40 procent. För varje procentenhet högre andel sådana fall skulle behovet av resurstillskott öka med 1,8 procent (1,1 procent för läkare och 2,5 procent vardera för de övriga yrkeskategorierna). På motsvarande sätt skulle en procentenhet lägre resurskrävande sjukfall innebära ett minskat behov av resurser på 1,8 procent.

Resursåtgången i de resurskrävande fallen

I de nämnda resurskrävande fallen har den genomsnittliga resursinsatsen uppskattats till 1,5 timmar för en läkare, en timme för en sjuksköterska och en halvtimme vardera för en beteendevetare och en sjukgymnast. Om tidsåtgången för läkaren i stället uppskattas till en halvtimme mer eller mindre än 1,5 timmar skulle den totala resursinsatsen öka respektive förändras med 12 procent (22 procent av läkarresursen). På motsvarande sätt innebär en halvtimmes förändring av tiden för beteendevetare/sjukgymnast eller sjukskötersketiden en förändring med 12 procent (100 procent förändring på den enskilda yrkesgruppen).

Av skäl som framgår nedan i avsnittet om konsekvenser för företagshälsovården kan det vara av värde att redovisa ett specialfall av avvikelse från den ovan uppskattade resursåtgången, nämligen det där de krävande fallen betyder samma resurser som de mindre resurskrävande fallen. Om alltså dessa fall inte kräver mer än en halvtimme läkartid och ingen tid av övriga personalkategorier skulle således resurstillskottet vad gäller läkartid vara 44 procent lägre. Inga ytterligare resurser skulle krävas för sjuksköterskor och beteendevetare i detta specialfall, dvs. de totala resurstillskottet minskar med 71 procent.

Resursåtgången i de mindre resurskrävande fallen

I de mindre resurskrävande fallen har insatsen beräknats till en halvtimmes läkartid. För varje tio minuter förändring av denna genomsnittliga resursinsats skulle den totala resursinsatsen förändras med 6 procent (11 procent av läkarresursen).

Andelen arbetade timmar per heltidstjänst

Av flera skäl kan även den tid som företagshälsovårdens personal faktiskt kan ägna åt aktivt arbete i de enskilda fallen komma att avvika från (troligen vara mindre än) de uppskattade 1 600 timmarna per år. Om antalet därigenom nedlagda timmar per heltidstjänst minskar med 6,5 procent (motsvarar en minskning från 1 600 timmar till 1 500 timmar) skulle den totala resursinsatsen behöva öka med 7 procent.

Antalet sjukfall som kräver yttrande från företagshälsovården

Antalet sjukfall som berörs av förslaget har uppskattats till 250 000 sjukfall årligen. Om detta antal förändras med ett visst antal procent förändras det nödvändiga resurstillskottet med lika mycket (t.ex. 10 000 fler sjukfall som motsvarar 4 procent ökning leder till ett ytterligare behov av 4 procent resurser). I det fall förslaget om förlängd sjuklöneperiod inte införs och HpH:s alternativa tidsgräns om yttrande i 45 dagar långa sjukfall i stället införs (vilket uppskattats innebära 70 000 fler yttranden) skulle således behovet av resurser öka med 28 procent. I denna beräkning görs ett antagande om att de tillkommande fallen fördelar sig mellan mer och mindre resurskrävande fall på samma sätt som övriga.

8 Konsekvenser för företagshälsovården

Yttranden över rehabiliteringsunderlag

I avsnitt 6 har det resurstillskott beräknats som erfordras om HpH:s förslag om yttrande av företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag i samtliga sjukfall över 60 dagar genomförs. Resurstillskottet uppgår till 90 företagsläkare, 40 företagssköterskor, 20 beteendevetare och 20 sjukgymnaster. Det har också i avsnitt 6

beräknats hur stor ökning av utbildningskapaciteten som behövs för att utöka resurserna i företagshälsovården till den nivå vi bedömer behövs för ett genomförande av HpH:s förslag.

Tillskottet utgör en betydande utökning av personalresursen i företagshälsovården om inte en omfördelning kan göras av företagshälsovårdens resurser. För att bedöma om en omfördelning är möjlig vill vi här återknyta till de uppskattningar som gjorts i avsnitt 4 av nuvarande resursinsats för utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsverksamhet. Enligt branschenkäten ägnas 11,8 procent av företagshälsovårdens verksamhet åt utredningsfasen, som omfattar mycket mer än det som ingår i yttrande över rehabiliteringsunderlag. Utredningsfasen omfattar, som tidigare nämnts, probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar, framtagande av beslutsunderlag, medverkan tillsammans med chef hos arbetsgivare för framtagning av rehabiliteringsutredning och samtal med externa instanser såsom försäkringskassa. Vi har uppskattat att företagshälsovårdens insatser för utredningsfasen uppgår till 425 årsarbetskrafter. Av dessa bör 160 årsarbetare avse läkare, 128 företagssköterskor och 52 psykologer/beteendevetare och 85 sjukgymnaster. Här har branschenkätens fördelning på yrkeskategorier av hela rehabiliteringsverksamheten använts, dvs. såväl den utredande som den behandlande delen.

Om en omfördelning till yttrande över rehabiliteringsunderlag från andra moment inom utredningsfasen kan göras finns möjligheter att utan större dröjsmål genomföra HpH:s förslag. Det totala resursbehovet för yttrande över rehabiliteringsunderlag har ju beräknats, i avsnitt 6, till 141 läkare, 63 företagssköterskor, 31 beteendevetare och 31 sjukgymnaster. Den trånga sektorn utgörs av företagsläkare eftersom nästan alla, 141 av 160, skulle engageras i yttrande över rehabiliteringsunderlag.

För att nuvarande resurser kan räcka, efter omfördelning inom utredningsfasen av rehabiliteringsverksamheten, talar också vår beräkning, grundad på branschenkäten, att företagshälsovården redan är involverad i ca 90 000 rehabiliteringsärenden med en insats som överstiger en timme. Antalet utgör 90 procent av det antal fall där ett resurskrävande yttrande över rehabiliteringsunderlag antas bli lämnat. Om vi, i stället för att anta att de 90 000 är jämnt fördelade över alla sjukfall, utgår från att dessa fall i princip är de i vilka det krävs mer omfattande resurser blir tolkningen av behovet av resurstillskott en annan. Om en omfördelning gjordes inom utredningsfasen i nuvarande rehabiliteringsverksamhet skulle inga ytterligare

resurser behövas. Denna tolkning kan emellertid inte användas fullt ut eftersom vi bl.a. vet att en viss del av de anställda saknar tillgång till företagshälsovård.

Man kan även tänka sig en omfördelning av resurser från andra delar av rehabiliteringsarbetet eller rent av andra delar av företagshälsovårdens uppgifter. Detta skulle leda till ännu större förutsättningar för att HpH:s förslag skulle kunna genomföras och få genomslag omgäende. Emellertid skulle en sådan omfördelning kunna leda till större negativa konsekvenser för den övriga verksamheten.

I detta sammanhang är det också viktigt att framhålla att tillämpningen av en regel om yttrande från företagshälsovården i samtliga långa sjukfall kan anpassas till den rådande resurstillgången. Om yttrandena från företagshälsovården anpassas till de för närvarande något begränsade resurserna är det tänkbart att resursåtgången för varje yttrande anpassas så att de tas fram i varje enskilt fall, men inledningsvis inte är så omfattande som på lite längre sikt. En annan möjlig anpassning skulle också kunna åstadkommas genom att yttrandena inte i alla fall kräver insatser från någon särskild yrkeskategori.

Andra konsekvenser

Det är rimligt att förvänta sig, och det är också en önskvärd konsekvens, att förslaget om yttrande från företagshälsovården i alla fall som pågått 60 dagar och längre leder till att företagshälsovården i större utsträckning än i dag blir involverad i arbetsgivarnas arbete med framtagande av underlag för försäkringskassans rehabiliteringsarbete, de rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren själv ska vidta och även i arbetsgivarens arbete med förebyggande arbetsmiljöarbete. Även om de uppskattningar som gjorts ovan rörande resursinsatsen i de mer resurskrävande sjukfallen kan tänkas inkludera visst arbete med framtagandet av arbetsgivarens rehabiliteringsunderlag vid sidan av själva yttrandet, har ingen hänsyn tagits till de dynamiska effekter förslagen kan få. Dessa effekter ökar ytterligare resursbehovet inom företagshälsovården. Det har inte varit möjligt att inom ramen för detta uppdrag närmare storleksbestämma detta behov.

På längre sikt kan uppkomma positiva effekter på sjukfrånvaron och arbetsmiljöns påverkan på denna som leder till ett minskat resursbehov.

9 Konsekvenser för andra aktörer

De konsekvenser av HpH:s förslag som vi behandlat i den här promemorian gäller främst företagshälsovården samt de organ, Arbetslivsinstitutet m.fl. som utbildar personal till företagshälsovården. Statskontoret återkommer till utbildningsfrågorna i sin huvudrapport.

I övrigt är det framför allt fem aktörer⁹ vid sidan av företagshälsovården som kommer att beröras av ett införande av de förslag som framförts: Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, primärvården och arbetsgivarna.

Arbetsgivarna är de som i störst utsträckning berörs. Som nämnts ovan bedömer vi att företagshälsovårdens yttrande i samtliga sjukfall kommer att innebära en utökning av deras insats i rehabiliteringsarbetet. Denna utökning ska bekostas av arbetsgivarna. Yttrandet och företagshälsovårdens medverkan i arbetet är emellertid ett stöd för arbetsgivarna, som kan innebära mindre insatser från egen personal¹⁰, i arbetet med rehabilitering. Förslaget innebär inte en utökning av arbetsgivarnas ansvar. Utöver de direkta effekterna av förslaget om obligatoriska rehabiliteringsunderlag med yttrande från företagshälsovården är målet att förstärka arbetsgivarnas och företagshälsovårdens gemensamma arbete med såväl rehabilitering som övrigt arbetsmiljöarbete. Detta bedöms leda till positiva effekter för såväl arbetsgivarna som samhället, men kan inledningsvis leda till ökade kostnader för arbetsgivarna.

De ökade kostnaderna för arbetsgivarna kan komma att bli mest kännbara för småföretagen därför att de i dag i liten utsträckning använder sig av företagshälsovården och därför att de mer än de större företagen påverkas av en långtidssjukfrånvaro. I Statskontorets kommande huvudrapport kommer småföretagens situation visavi företagshälsovården att behandlas. Att notera i sammanhanget är att de företag, oavsett storlek, som i dag anlitar företagshälsovården i rehabiliteringsutredningar i princip inte kommer att påverkas av HpH:s förslag.

Försäkringskassornas arbete påverkas även det i stor omfattning. Underlaget från arbetsgivarna och företagshälsovården är avsett att leda till såväl bättre beslutsunderlag som bättre och kanske också snabbare beslut, med en mindre insats från försäkringskassan. Den

⁹ Eftersom inriktningen på denna PM är att hantera administrativa konsekvenser tar vi inte upp de uppenbara effekterna för enskilda sjukskrivna och anställda, trots att det naturligtvis är sådana effekter som är målet med förslagen.

¹⁰ I vår enkät till arbetsgivare har vi funnit att en stor del av arbetet med rehabilitering idag bedrivs med hjälp av egen personal.

minskade insatsen hänför sig främst till att försäkringskassan i färre fall ska behöva inhämta kompletterande underlag från arbetsgivare och sjukvården. Man kan emellertid inte bortse från att effekten inledningsvis kan bli att behovet av rehabilitering hos de sjuk-skrivna uppmärksammas i fler fall. Detta kan inledningsvis leda till ett behov av utökade insatser från försäkringskassan, även om det på sikt är ämnat att leda till effektivare rehabilitering, färre sjukfall och mindre arbetsbörda.

Primärvården kan påverkas av förslaget genom att deras kompetens i större utsträckning än i dag kan kompletteras av företags-hälsovårdens kompetens. Detta bör kunna leda till att primärvården avlastas och mer kan fokusera på de frågor som de har särskild kompetens att hantera.

Slutligen kommer både Arbetsmiljöverkets och Riksförsäkrings-verkets tillsynsroller att påverkas. Förslaget innebär att rehabiliteringsarbetet förtydligas. Inte minst skulle ett införande av för-slagen kräva en förberedande insats från de båda myndigheterna i utfärdande av föreskrifter och allmänna råd för att tidigt bilda en god praxis.

Den framtida tillsynen kan också behöva skärpas vad gäller efterlevnaden av de nya reglerna.

Ett effektivt rehabiliteringsarbete?
- om försäkringskassans köp av
rehabiliteringstjänster

Innehåll

Sammanfattning	529
1 Inledning.....	531
1.1 Uppdraget.....	531
1.2 Statskontorets insatser på området.....	531
1.3 Statskontorets arbetsätt	532
2 Bakgrund.....	533
2.1 Problem förknippade med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.....	534
3 Vad vet vi i dag om rehabiliteringens effekter?	538
4 Från sjukfall till rehabiliteringsfall – arbetsprocessen inom försäkringskassan.....	539
4.1 Selektion och prioritering i flera steg.....	540
4.2 Vilka tjänster finns att köpa?.....	543
4.3 Sammanfattning av våra iakttagelser.....	545
5 Försäkringskassans roll i förhållande till andra aktörer – rehabiliteringsprocessen.....	546
5.1 Processen.....	546
5.2 Försäkringskassans ansvargränser gentemot andra aktörer.....	548
5.3 Sammanfattning av våra iakttagelser.....	552
6 Synpunkter på hantering av frågorna på kort sikt	552
7 Synpunkter på hantering av frågorna på lång sikt.....	553
Bilaga 1.....	559
Bilaga 2.....	563

Rehabiliteringens resultat och effekter	563
1 Övergripande studier efter 1997	563
1.1 Offentliga utredningar	563
1.2 Samhällsekonomiska effekter	566
2 Försäkringskassans aktiviteter, samverkan med andra aktörer och rehabiliteringens innehåll.....	567
2.1 Övergripande studier.....	567
2.2 Regionala och lokala studier.....	569
3 Forskarrapporter	572
4 Samverkan med andra aktörer.....	574
5 Pågående studier.....	576
Bilaga 3.....	578
Inregia AB:s sammanfattning av rapport till Statskontoret.....	578
Från sjukskrivning till arbetslivsinriktad rehabilitering	578
Prioriteringar.....	579
Upphandling, urval och avtal	579
Köp av tjänster och tjänster i förhållande till de försäkrades behov.....	580
Leverantörernas syn.....	581
Kompetensutveckling och nya rehabiliteringstjänster	582
Ansvarsfördelning.....	583
Uppföljning	583

Sammanfattning

Statskontoret har på uppdrag av HpH utvärderat försäkringskassans rehabiliteringsarbete och köp av rehabiliteringstjänster. Bakgrunden är det begränsade genomslag som rehabiliteringsreformen 1992 har fått. Statskontoret har i uppdraget genomfört en särskild intervjuundersökning riktad till hälften av landets försäkringskassor samt 28 leverantörer av rehabiliteringstjänster.

Statskontoret har i utvärderingen funnit:

- ?? De problem som är förknippade med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är väl beskrivna och utredda. Dessa kan sammanfattas i att området är otydligt definierat, att verksamhetens mål är oklara och svåra att prioritera samt att det är svårt att belägga effekterna av rehabiliteringen.
- ?? På senare tid har det gjorts vissa försök att påvisa vilka samhällsekonomiska effekter som verksamheten har. Dessa försök grundar sig på resultat från småskaliga rehabiliteringsverksamheter, främst av medicinsk karaktär. Att dessa försök genomförts visar ändå på en utveckling inom området.
- ?? Satsningarna på metodutveckling inom socialförsäkringsadministrationen (Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna) har påtagligt förstärkts. Några nya metoder har emellertid ännu inte implementerats och ett samlat metodstöd saknas.
- ?? Utvärderingen av området har utökats, dels inom ramen för offentliga utredningar, dels genom regeringsuppdrag till bl.a. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen att utvärdera

SOCSAM och FRISAM. Slutrapporterna från dessa uppdrag kommer under hösten 2001.

- ?? Arbetet med rehabilitering inom försäkringskassan kännetecknas av liten systematik. Detta bedöms bero på avsaknad av metodstöd och att rehabiliteringsarbetet fått stå tillbaka på grund av den stora mängden sjukfall.
- ?? Försäkringskassan använder sina medel för köp av rehabiliteringstjänster i allt större utsträckning till att köpa utredningar av olika slag. Detta bedöms bero på den ökade arbetsbelastningen och på dåliga underlag från försäkringskassans medaktörer, främst sjukvården, kombinerat med Riksförsäkringsverkets krav på bra beslutsunderlag.
- ?? Det är samordningsrollen som är den viktigaste beståndsdelen i försäkringskassans rehabiliteringsarbete. För att försäkringskassan ska kunna uppfylla denna roll krävs att försäkringskassan har viss kompetens och förutsättningar att utöva rollen gentemot andra rehabiliteringsaktörer. För närvarande bedöms samordningen inte fungera på ett önskvärt sätt.

Statskontoret lämnar följande synpunkter på hanteringen av frågan på kort och lång sikt:

- ?? Försäkringskassan måste tillsammans med de andra aktörerna inom rehabiliteringsområdet förmås att kraftsamla för att hantera det stora antalet långvarigt sjukskrivna. Det är av största vikt att försäkringskassan inte står ensam i detta arbete då det riskerar leda till en ökad förtidspensionering som får svåra konsekvenser för sysselsättningen och samhällsekonomin.
- ?? Det för närvarande mycket stora antalet långvarigt sjukskrivna kan temporärt komma att kräva särskilda åtgärder. Det bör skyndsamt utredas vilka sådana åtgärder som kan vara aktuella för att t.ex. ge den nämnda gruppen möjlighet att under en längre tid successivt återgå till den reguljära arbetsmarknaden.
- ?? Försäkringskassans personal måste få tillgång till ett samlat metodstöd för arbetet med sjukskrivning och rehabilitering.
- ?? Försäkringskassan måste bygga upp den kompetens som behövs för samordningsuppdraget. Försäkringskassans möjligheter att bedriva en effektiv samordning måste stärkas. I ett första steg bör alla andra rehabiliteringsaktörer få ett ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar.
- ?? Arbetsgivarnas ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder måste förtydligas. Arbetsgivarens ansvar bör upphöra när målet för

rehabiliteringen inte längre är återgång i arbete hos den gamla arbetsgivaren.

- ?? Om sjukförsäkringen ska påverka prioriteringarna i sjukvården måste en omvärdering göras av begreppet vård på lika villkor.
- ?? Informationsflödet mellan sjukvården, den enskilde och försäkringskassan måste förbättras. Sjukvårdens ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar kan därvid vara ett första steg.
- ?? Den minskade arbetslösheten och ökade efterfrågan på arbetskraft samt omorganisering inom Arbetsmarknadsverket har lett till att frågan om överförande av ansvaret att köpa rehabiliteringstjänster från försäkringskassan till Arbetsmarknadsverket har minskat i aktualitet.
- ?? System för uppföljning och utvärdering som fångar åtgärder och kostnader både hos försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer måste byggas upp. Med stöd i detta och ett utvecklat metodstöd för försäkringskassans personal kan en aktiv metodutveckling bedrivas och verksamhetens effektivitet mätas.

1 Inledning

1.1 Uppdraget

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) gav i april 2001 Statskontoret i uppdrag (bilaga 1) att göra en fördjupad studie av försäkringskassornas köp av rehabiliteringstjänster. Uppdraget innebar att Statskontoret skulle redovisa vilka som får rehabilitering och hur urvalet görs och vilka tjänster som försäkringskassan köper i samband med rehabilitering. Kunskapsläget vad gäller rehabiliteringens effekter och överväganden beträffande alternativa gränsdragningar i ansvaret för rehabiliteringsfrågorna skulle också redovisas.

1.2 Statskontorets insatser på området

Inom Statskontoret har under senare år en rad uppdrag utförts inom området. År 1997 redovisades *Perspektiv på rehabilitering* (1997:27) som var resultatet av arbetet med ett uppdrag från regeringen om att göra en översyn av effekterna av rehabiliteringsinsatserna sedan rehabiliteringsreformen 1992. I många delar är fö-

religgande promemoria att betrakta som en uppföljning av den rapporten. I december 1999 redovisade Statskontoret, i en PM benämnd *Framtidens långa sjukfrånvaro*, resultatet av en analys och bedömning av utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga. Arbetet utfördes på regeringens uppdrag. I bedömningen av den framtida utvecklingen ingick hur ett brett spektrum av faktorer påverkar sjukfrånvaron, däribland rehabiliteringen, samt vilken utveckling dessa faktorer kommer att ha på medellång och lång sikt.

Under år 2000 har Statskontoret vidare i fyra uppdrag från Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) arbetat med frågor om sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet respektive sjukvården. Frågan om rehabiliteringens effekter och effektivitet har utgjort viktiga inslag även i dessa arbeten. För närvarande har Statskontoret, vid sidan av det här redovisade, två uppdrag – ett från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) och ett från regeringen – som i hög grad innebär en analys av rehabiliteringsområdet. Det första uppdraget behandlar samverkan mellan olika offentliga aktörer i arbetet med rehabilitering till arbete och det andra bl.a. företagshälsovårdens medverkan i denna rehabilitering. Arbetet i de sammanlagt tre uppdrag som pågått under 2001 har bedrivits parallellt.

1.3 Statskontorets arbetssätt

Tyngdpunkten i denna promemoria ligger på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom socialförsäkringen. I uppdraget till Statskontoret lades ett tydligt fokus på försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster. Statskontoret har under utredningens gång funnit att det är nödvändigt att sätta in tjänsteköpen i det större sammanhang som rehabiliteringsarbetet utgör. Arbetsmarknadsverkets (AMV), landstingens, kommunernas och arbetsgivarnas rehabiliteringsarbete berörs i den mån det har anknytning till ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering och försäkringskassans samordningsroll.

Översynen har dels gjorts genom insamling och analys av befintligt material som tillkommit sedan Statskontorets tidigare analys år 1997 i rapporten "Perspektiv på rehabilitering", dels genom en datainsamling som Statskontoret låtit göra genom intervjuer på försäkringskassor och med producenter av rehabilitering.

Statskontoret har uppfattat frågeställningarna i uppdraget som i huvudsak kvalitativa. Några kartläggningar av antalet individer som får del av rehabiliteringen eller tjänsteköpen har därför inte gjorts.

Statskontoret har i analysen av likheter och olikheter i rehabiliteringsarbetet inom socialförsäkringsadministrationen och AMV tagit hjälp av en särskilt sammankallad grupp med medverkan från de båda verksamheterna.

Ansvarig inom Statskontoret för uppdraget har varit Dan Ljungberg. Från Statskontoret har också deltagit Elisabeth Wallman. Inregia AB har på uppdrag av Statskontoret genomfört en omfattande intervjuundersökning med personal på 10 av landets försäkringskassor och med 28 leverantörer av rehabiliteringstjänster.

2 Bakgrund

I november 1988 lämnade Rehabiliteringsberedningen sitt slutbetänkande *Tidig och samordnad rehabilitering* (SOU 1988:41). Beredningen som tillkallats 1985 innebar startskottet för uppbyggnaden av det rehabiliteringsområde som i dag benämns arbetslivsinriktad rehabilitering och som Statskontorets uppdrag avser. Den s.k. rehabiliteringsreformen som trädde i kraft den 1 januari 1992 innebar att beredningens förslag i vissa delar infördes. Reformen var ett uttryck för en tydlig ambitionshöjning på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens område. Reformen innebar att

- arbetsgivarna fick ansvar för rehabiliteringsinsatser för sina anställda samtidigt som man fick ansvar för ersättningen till de sjukskrivna under sjukskrivningens två första veckor (sjuklöneperiod)
- försäkringskassan fick ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne ska kunna återfå sin arbetsförmåga. Försäkringskassan hade sedan tidigare tillgång till medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster (år 2000 köptes sådana tjänster för ca 550 miljoner kronor).

Rehabiliteringsreformen har på olika sätt följts upp sedan den genomfördes. Uppföljningarna har i flertalet fall, framför allt under senare delen av 1990-talet, kommit till stånd då de positiva effekter som reformen förväntades leda till uteblivit eller åtminstone inte kunnat påvisas. Resultatet av de olika uppföljningarna har i princip

samstämt pekat på en rad problem förknippade med området. I det följande sammanfattas dessa.

2.1 Problem förknippade med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Trots att det finns ett stort intresse för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, inte minst från statsmakternas sida, och en allmän uppfattning om att rehabilitering är av godo är det svårt att finna tydliga tecken på att området utvecklats i den takt som man hoppats under 1990-talet. Statskontoret konstaterade i rapporten *Perspektiv på rehabilitering* (1997:27) att

- det inte finns konsensus kring vad begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering och andra centrala begrepp innebär
- det brister i mål- och resultatuppföljningen
- det saknas information om urvalet till rehabilitering
- det saknas en samlad resultatredovisning av samhällets kostnader inom området
- det saknas resultatinformation om rehabiliteringen av alla de som inte får rehabilitering genom försäkringskassan, om försäkringskassans efterfrågan på rehabiliteringstjänster och innehållet i de tjänster man köper
- det saknas process- och organisationsstudier av försäkringskassans handläggning.

Statskontorets slutsatser byggde på de dittills gjorda uppföljningarna inom området.

I den senaste i raden av offentliga utredningar, Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (SOU 2000:78), konstaterade den särskilda utredaren att ”reformen innebar att arbetsgivaren fick ett stort men otydligt ansvar för anställdas rehabilitering. Svaret rymmer olika tolkningssvårigheter och tolkas också i praktiken olika. Det praktiska ansvaret har i stället i förskjutits alltmer från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn... ...Andra faktorer som har bidragit är förändringar på arbetsmarknaden och i arbetsliv... ...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... Det har inte heller utformats några gemensamma kriterier eller värderingar för vem

eller vilka som borde prioriteras vid rehabilitering runt om i landet.”

Sannolikt är det så att en betydande del av förklaringen till ”misslyckandet” står att finna i vissa grundläggande förutsättningar för området. Dessa försvarande omständigheter kan sammanfattas i tre rubriker;

- Området är otydligt definierat
- Målen är oklara och svåra att prioritera
- Det är svårt att belägga effekterna

Området är otydligt definierat

Man kan konstatera att arbetet med rehabilitering ingalunda påbörjades i samband med rehabiliteringsreformen. Att försöka återställa funktions- och arbetsförmåga har alltid varit önskvärt för såväl den enskilde individen, som för grupper (företag, hushållet etc.) och för samhället. Alla metoder för att försöka uppnå detta är naturligtvis inte att betrakta som arbetslivsinriktad rehabilitering. Sjukvård och medicinsk rehabilitering, som huvudsakligen är landstingens ansvar, faller utanför den arbetslivsinriktade rehabiliteringen liksom social rehabilitering, som i huvudsak är ett kommunalt ansvar.

Dessa former av rehabilitering kan ibland vara svåra att klart avskilja från den arbetslivsinriktade, eftersom de ofta utgör ett viktigt bidrag till att uppnå de övergripande målet att återgå i arbete och därmed inte sällan ingår i den enskildes rehabiliteringsplan.¹ De skiljer sig emellertid från den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vad gäller målet för verksamheten. Den yrkesinriktade rehabiliteringen² som bedrivs inom Arbetsmarknadsverket (AMV) skiljer sig även den från den arbetslivsinriktade vad avser målet för verksamheten, men ingår även den ibland i en rehabiliteringsplan tillsammans med andra former av rehabilitering. I nedanstående figur redovisas hur rehabiliteringsprocessen kan beskrivas och hur ansvaret är fördelat.

¹ Här menas inte någon av försäkringskassan eller annan aktör upprättad formell plan, utan den tänkta planeringen av de åtgärder den enskilde behöver för att återgå i arbete.

² För att ytterligare understryka att området har oklara definitioner kan nämnas att yrkesinriktad rehabilitering nu utmönstras som begrepp inom AMV till förmån för begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.



Ovan redovisade "karta" stämmer bara i undantagsfall överens med verkligheten. Alla de ingående stegen i processen ingår sällan i ett enskilt fall. Den inbördes ordningen behöver inte vara den angivna i alla fall. Tvärtom kan det ofta vara önskvärt att de olika rehabiliteringsleden hanteras parallellt snarare än sekventiellt. Inte heller den angivna ansvarsfördelningen är i alla fall given. Det kan ofta uppstå diskussioner om vem som har ansvaret i ett visst skede i rehabiliteringsprocessen. Inte minst gäller det mellan arbetsgivarna och försäkringskassan respektive mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Det råder också viss oklarhet huruvida försäkringskassan har ett samordningsansvar som sträcker sig över alla de nämnda formerna av rehabilitering.

Precis som konstaterats i andra sammanhang kan man säga att vi inte vet hur rehabiliteringsprocessen ser ut. Det finns skäl att tro att frånvaron av en sådan beskrivning beror på eller lett till att processen inte ser ut på ett sätt utan på en mängd olika sätt. Med detta ska inte förstås att processen är olika i olika sjukfall, för så är och ska vara fallet, utan att försäkringskassans och andra aktörers rutiner och arbets sätt skiljer sig även mellan fall som borde hanteras på samma sätt.

Målen är oklara och svåra att prioritera

Det brukar ofta framföras att rehabiliteringsområdet, liksom andra områden som förutsätter samverkan mellan olika aktörer, innehåller motstridiga mål. Vi vill hävda att målen inte är motstridiga, om man ser till rehabiliteringsverksamheten i sig. De olika aktörerna har olika mål för sin rehabiliteringsverksamhet. Dessa motsvarar, eller är tänkta att motsvara, skilda ansvarsområden. Målen

för respektive aktörs del i rehabiliteringsarbetet är formulerade med utgångspunkt i den kultur och de förutsättningar som finns inom respektive sektor. Målens konstruktion kan innebära att det i vissa sammanhang kan uppfattas som om de inte ansluter till varandra på ett önskvärt sätt. Vår uppfattning är emellertid att detta inte är det primära problemet.

Alla aktörer som är involverade i rehabiliteringsarbetet har en uppsättning mål för sin verksamhet. Det eller de mål som rör rehabiliteringsverksamheten behöver inte heller vara de mest prioriterade målen. För att få en fungerande rehabiliteringsverksamhet måste emellertid målen ha viss prioritet. Det finns enligt vår mening tre krafter som motverkar en tillräcklig prioritering av rehabiliteringsverksamheten.

- Respektive sektors huvudsakliga verksamhet tenderar att vinna kampen om resurser.
- Det är svårt att mäta måluppfyllelsen i rehabiliteringsarbetet.
- Effekterna är svåra att visa upp och uppstår inte sällan helt eller delvis i andra sektorer.

Försäkringskassans samordningsroll är bl.a. skapad för att värna prioriteringen av området.

Det är svårt att belägga effekterna

Den troligen största brist som rehabiliteringsområdet lider av är avsaknaden av påvisbara effekter. Hittills har ingen beräkning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på samhällsekonomin nått fullständig acceptans. Inte heller enskilda rehabiliteringsåtgärders effekt är särskilt ofta belagd.

Skälen till denna brist är flerfaldig. Det finns stora brister i system för uppföljning, det saknas statistiska metoder för att hantera jämförelsen mellan de som får rehabilitering och de som inte får rehabilitering, det saknas kunskap om vilka faktorer som avgör om en individ får rehabilitering och det finns stora brister i kunskaper om effektiva metoder på området. Det är uppenbart att de brister som nämns mer eller mindre hänger samman. Till exempel leder bristen på uppföljningssystem till svårigheter att hantera jämförelsen mellan rehabiliteringsfall och andra samt till brister i kunskapen om metoder och selektion.

3 Vad vet vi i dag om rehabiliteringens effekter?

Som framgår av många utredningar (se bilaga 2 för en genomgång av avslutande och pågående utredningar och studier sedan 1997) är det fortfarande svårt att överblicka vilka effekter som en rehabilitering åstadkommer. Vår kartläggning visar att det fortfarande finns stora brister när det gäller att mäta resultat av rehabiliteringsarbetet. Det finns frågetecken om man över huvud taget på ett metodologiskt acceptabelt sätt kan mäta vilka effekter rehabiliteringen har på arbetsförmågan. Eftersom sådana resultat saknas kan man inte heller veta vilka åtgärder som ska riktas mot vilka individer för att få bästa resultat.

De vetenskapliga studier som gjorts av t.ex. medicinsk rehabilitering bygger på för små populationer för att kunna tas tillvara som generella sanningar. Studier som gör det möjligt att renodla rehabiliteringens påverkan på långtidssjukskrivningen saknas också. Det är därför inte heller möjligt att i en samhällsekonomisk analys påvisa att lägre sjukskrivningstal beror på en rehabiliteringsinsats.

Man kan emellertid konstatera att det, sedan Statskontorets förra rapport, gjorts försök att mäta rehabiliteringens samhällsekonomiska effekt. De försök som gjorts baseras på effekterna av begränsade rehabiliteringsverksamheter men visar ändå på en ökad aktivitet inom området.

Den kanske mest påtagliga aktiviteten som kommit igång sedan Statskontorets senaste rapport ligger inom metodområdet. I ett avslutat och ett pågående projekt där både försäkringskassorna och RFV är inblandade fokuseras frågan om effektiva metoder i arbetet med rehabilitering. I arbetet ingår bl.a. att studera vilka effekter olika metoder som använts i arbetet har. Även om det inte skulle vara möjligt att påvisa effekterna av olika metoder är det ändå ett positivt arbete eftersom det utgör något av ett startskott för metodutveckling inom området.

De utvärderingar som pågår med anledning av regeringsuppdrag till bl.a. RFV och Socialstyrelsen i samband med SOCSAM och FRISAM har också de bidragit till en ökad aktivitet inom utvärderingsområdet. I båda fallen väntar regeringen slutrapporter under hösten. Det är ännu för tidigt att säga om de kommer att ge några mer definitiva svar. Med all säkerhet kommer de dock att ge ytterligare indikationer på hur stora effekter rehabiliteringen har.

I den intervjuundersökning som Statskontoret låtit göra framkommer att arbetet med uppföljning och utvärdering är mycket eftersatt. Försäkringskassans personal anser att de inte har tillgång

till användbara system från centralt håll. På många håll har det funnits och finns det ambitiösa planer på uppföljning både på regional och lokal nivå inom försäkringskassorna. Planerna håller emellertid sällan, vilket man upplever bero på resursbrist. Det finns dock en stor enighet kring att utvärdering och uppföljning är viktigt.

4 Från sjukfall till rehabiliteringsfall – arbetsprocessen inom försäkringskassan

Statskontoret har som nämnts låtit genomföra en intervjuundersökning bland hälften av landets försäkringskassor (se bilaga 3). Studien visar att hanteringen av sjukfallen inte är enhetlig. Det saknas riktlinjer från centralt håll och i de flesta län också från regionalt håll. I viss utsträckning förekommer riktlinjer lokalt. Sammanfattningsvis visar undersökningen att ett sjukfalls gång från det att det aktualiseras på försäkringskassan till att ett rehabiliteringsbehov uppmärksammas och åtgärdas varierar mycket. Man kan emellertid identifiera några mer eller mindre detaljerade beskrivningar av hur hanteringen bör se ut för att uppnå en effektiv handläggning av sjukfallen. Dessa "modeller" har dock sällan resulterat i riktlinjer och i ännu mindre grad till en enhetlig hantering. Regelmässigt åberopas den rådande arbetsbördan, p.g.a. krympta resurser och fler sjukfall, som skäl för att modeller av det slag som beskrivits inte kan användas för alla fall.

Även organiseringen av arbetet sker på olika sätt på olika håll i landet. Två huvudalternativ tycks finnas. Antingen följer en handläggare ett sjukfall genom hela processen eller så lämnas fallet över till olika specialiserade funktioner i flera steg.

Undersökningen visar tydligt på hur det medicinska underlaget utgör det viktigaste underlaget för selektion. Underlaget är dels de intyg och utlåtanden försäkringskassan får in från läkare, dels försäkringsläkarnas bedömning.

De handläggare som hanterar sjukfallen saknar stöd i sitt arbete med att avgöra hur bedömningar ska göras och vilka beslut som ska tas i det enskilda fallet. Detta innebär emellertid inte att arbetet helt saknar systematik. Arbetet bedrivs som en successiv selektion och prioritering av de sjukfall som handläggarna hanterar. Det är den enskilde handläggaren som prioriterar och sätter upp kriterier för denna prioritering. Man saknar stöd i detta arbete. Sammantaget är man emellertid överens om att selektionen eller prioriteringen grundas på först och främst diagnos och motivation, i första

hand den enskildes motivation men i viss mån också andra aktörers. Ålder utgör också ett generellt kriterium. Även individens kön spelar in, men endast när det gäller vilken insats som kan vara aktuell.

Arbetet med sjukfallen är på sina håll strukturerat i den mening att det finns vissa hålltider baserade på sjukfallen längd. Vår studie visar emellertid att strukturen inte alltid håller, p.g.a. tidsbrist, och att det ändå blir i huvudsak externa impulser som styr. I de fall det finns en struktur bygger den vanligen på den s.k. steg-för-steg-modellen i lagen.

4.1 Selektion och prioritering i flera steg

Selektionsproblematiken tas upp i snart sagt varje sammanhang där den arbetslivsinriktade rehabiliteringen behandlas. Som framgår av ovan redovisade beskrivning av vilka problem som är förknippade med området är också selektionen något av en kärna. I allmänhet talar man om en selektion till rehabilitering. Om man studerar hur arbetet med sjukfallshantering och rehabilitering är utformat i praktiken är det mer adekvat att prata om selektion i flera steg och med fler alternativ än endast rehabilitering eller inte. I det följande görs ett försök att beskriva dessa steg så som de förefaller se ut i ljuset av våra undersökningar.

Steg 1 Ingen ersättning, sjukpenning eller utredning

I detta första steg påbörjas försäkringskassans hantering av ett ärende. Typiskt sett initieras det av ett ersättningsanspråk från den enskilde (rehabiliteringsfall kan aktualiseras från annat håll men i princip bör beskrivningen ändå kunna hålla). I detta skede har försäkringskassan underlag från den enskilde i form av försäkringen och från läkare i form av läkarintyg och/eller läkarutlåtande (utom i fall kortare än en vecka). I vissa fall har också kassan underlag från arbetsgivaren i form av en rehabiliteringsutredning samt i några fall från företagshälsovård. I några fall kan underlaget behöva kompletteras eftersom det saknar nödvändigt innehåll eller är otydligt på någon punkt. Vi räknar inte en bedömning av behovet av komplettering eller inhämtandet av sådana kompletterande uppgifter som något fristående steg.

I detta första steg är i stället det centrala en bedömning av om någon av åtgärderna utbetalning av sjukpenning eller utredning ska

vidtas. Valet står alltså mellan att inte göra något, d.v.s. i praktiken ta ett avslagsbeslut på ersättningsanspråket, att betala ut sjukpenning och därefter bevaka fallet eller att genomföra en utredning (och i vissa fall köpa en sådan utredning helt eller delvis) för att få underlag för bedömning av eventuellt rehabiliteringsbehov och förutsättningar att återgå i arbete. Att gå vidare med en utredning innebär i denna beskrivning att gå vidare till nästa steg. Åtgärden utredning kombineras naturligen i nästan alla fall med åtgärden utbetalning om inte utredningen kan ske så skyndsamt att rimliga krav på service ändå kan uppnås.

Det är i detta första steg som den första selektionen sker. Man skulle kunna tala om en selektion såväl till åtgärden sjukpenningutbetalning som till utredning. Eftersom denna promemorias fokus är rehabilitering väljer vi emellertid att främst tala om en selektion till en utredning eftersom den enligt den här beskrivna modellen utgör en förutsättning för att på sikt kunna få del av rehabiliteringsåtgärder. Det är lätt att inse att det i detta steg också sker en tydlig prioritering mellan olika sjukfall. Försäkringskassans personalresurser är begränsade och valet mellan olika åtgärder i detta steg är också ett val mellan olika resursbehov i det enskilda fallet.

Steg 2 Sjukpenning, rehabilitering eller förtidspension

Syftet med den utredning som var ett av de tre valen i det första steget var att få ytterligare underlag för den bedömning som sker i det andra steget. Precis som i det första steget kan komplettering behöva ske av de underlag som nu finns tillgängliga, dvs. samma underlag som i det första steget. Men eftersom tiden gått har kanske den enskilde skickat in fler än en försäkran och säkert har också flera läkarintyg eller läkarutlåtanden inkommit samt har sannolikheten ökat för att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommit och att det inkommit underlag från företagshälsovård. Inte heller i detta steg betraktar vi emellertid sådana kompletteringar som ett eget steg i arbetsprocessen. På samma sätt betraktar vi eventuella kompletteringar av den genomförda utredningen.

Detta steg handlar främst om att bedöma om individen har behov av rehabilitering av något slag eller om utsikterna för återgång i arbete är så dåliga att det kan bli aktuellt med en förtidspension. Ett tredje alternativ att fortsätta betala ut sjukpenning. Detta gör emellertid inte att sjukpenningutbetalningen inte är att betrakta som en åtgärd. Dels kan utredningen ha visat att det faktiskt inte

bör utgå sjukpenning alls, dels är det viktigt att väga olika åtgärder mot varandra, t.ex. att ge en rehabilitering till en viss kostnad och med ett visst förväntat resultat mot att endast betala ut sjukpenning till en viss kostnad och med ett annat förväntat resultat.

Eftersom arbetslinjen ska gälla i sjukförsäkringen är emellertid en förtidspension snarast att betrakta som en icke-åtgärd, om än helt adekvat i vissa fall. Om försäkringskassan väljer att fortsätta betala ut sjukpenning i detta steg är det minst lika viktigt som i det förra steget att sjukfallet bevakas. I princip gäller detsamma om det fattas beslut om en förtidspension även om det ~~är~~ naturliga skäl inte sker och inte heller bör ske med samma intensitet i de fallen. Om individen i detta bedöms ha ett rehabiliteringsbehov går fallet vidare till nästa steg.

I och med detta steg har vi betydligt närmare oss det som brukar benämnas selektion i sammanhang som detta. I analogi med vad som sades om det första steget skulle vi kunna tala om en selektion till var och en av de alternativa åtgärderna. Fokus ligger emellertid som nämnts på rehabilitering varför vi första hand betraktar selektionen till gruppen som bedöms ha ett rehabiliteringsbehov. Även detta steg innebär en prioritering av sjukfallen. Även om det inte är alldeles självklart att resursbehovet för en förtidspensionsprövning är mindre än behovet vid rehabilitering så torde det normalt föreligga en viss skillnad. De båda nämnda valen torde emellertid kräva betydligt mer resurser jämfört med att endast fortsätta betala ut sjukpenning, på kort sikt.

Steg 3 Rehabilitering x eller rehabilitering y

De fall som passerat de båda första stegen är de som bedömts ha behov av rehabilitering för att återgå i arbete. I detta tredje steg handlar det om att ta ställning till vad som behöver göras för att dessa behov ska kunna tillgodoses. Grunden i försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet är samordningsrollen. Med andra ord kan man säga att försäkringskassan ska se till att andra gör vad de ska göra, men har mycket lite egna medel för att bedriva rehabiliteringsverksamhet. Icke desto mindre pekar våra undersökningar och många andra utredningar och studier på att en stor del av fokus, enligt vår uppfattning för stor, ligger på den mindre delen som är försäkringskassornas medel för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi återkommer till detta i promemorians avslutande avsnitt.

Det tredje stegets ställningstagande innebär alltså att avgöra hurvida den enskildes rehabiliteringsbehov bäst kan tillgodoses genom att få någon eller några andra aktörer att vidta rehabiliteringsåtgärder eller att försäkringskassan själv bekostar en rehabiliteringstjänst med "köp av tjänst"-pengar. Det kan naturligtvis förekomma att de båda valen kombineras.

Detta steg är det som vanligen brukar diskuteras när man talar om selektion.

Om man i de två tidigare stegen tydligt kan se att valet handlar om prioritering mellan individer, eftersom resursåtgången skiljer sig mellan olika val, är det betydligt svårare i det här fallet. Samordning kräver mycket resurser i form av handläggarens tid, medan ett tjänsteköp kostar en stor summa pengar men kräver troligen mindre ansträngning. Skälet till det sistnämnda är främst att det råder ett kund-leverantörsförhållande mellan försäkringskassan och den som tillhandahåller rehabiliteringstjänsten.

Steg 4 Vilken tjänst ska köpas?

I detta fjärde och sista steg görs en bedömning av vilken typ av tjänst som ska köpas och från vilken leverantör. De fall som återstår har gått vidare genom de tidigare tre stegen, d.v.s. omfattar de som har ett behov av rehabilitering för att på effektivast möjliga sätt kunna återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå i arbete men där rehabiliteringsbehovet inte helt kan tillgodoses genom åtgärder vidtagna och bekostade av andra aktörer än försäkringskassan. Försäkringskassan är i dessa fall hänvisade till att köpa en rehabiliteringstjänst.

4.2 Vilka tjänster finns att köpa?

Sedan försäkringskassan i början av 1990-talet fick tillgång till medel för köp av rehabiliteringstjänster har olika modeller prövats för hur dessa tjänster upphandlas. Vår intervjuundersökning visar att ramavtal nu mer är den helt dominerande formen. En helt ny form av ramavtal har dessutom tillkommit, där flera försäkringskassor går samman i upphandlingen. I kombination med ramavtalsupphandlingarna ställs stora kvalitetskrav. På vissa typer av tjänster, s.k. försäkringsmedicinska utredningar (FMU) och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar (ARU) har RFV tagit fram en före-

skrift (RFFS 2000:1) med kvalitetskrav. Vid sidan av ramavtalen förekommer enstaka specialupphandlingar.

De aktörer försäkringskassan anlitar sprider sig från rikstäckande aktörer (med verksamhet på flera platser i landet), till lokala aktörer med hela landet som upptagningsområde och till helt lokala aktörer med endast någon eller några försäkringskassor som kunder. Flertalet rikstäckande aktörer är sådana som är eller har varit offentliga aktörer. De lokala aktörerna har företrädesvis en inriktning mot vissa särskilda grupper. Ofta rör specialiseringen en viss diagnos men det förekommer också annan inriktning, t.ex. särskilda insatser för kvinnor eller invandrare.

Utredningar dominerar mycket tydligt framför aktiva rehabiliteringsinsatser. En av de vanligaste formerna är FMU. I intervjuer med försäkringskassans personal framkommer det mycket klart att det är dåliga medicinska underlag som drivit fram fler sådana utredningar. Bland annat har RFV i sin tillsyn ofta pekat på bristen i de medicinska underlagen. Särskilt på vissa håll upplever man att en del av köpen är inriktade på att förstärka de egna resurserna snarare än att köpa in extern kompetens.

Flertalet köp går till personer med de vanligaste diagnoserna, dvs. olika former av värk och sjukdomar i rörelseorganen. Man upplever också en ökning av köpen för personer med utbrändhet.

De tjänster som leverantörerna tillhandahåller sträcker sig från rent medicinsk rehabilitering till påbyggnadsutbildning i det reguljära skolsystemet. Man upplever att tjänsterna sällan har siktet inställt på bara ett led i rehabiliteringen utan bygger på helhetssyn.

Marknaden är inte dominerad av privata vinstdrivande företag. Endast 8 av 28 intervjuade leverantörer är genuint privata, med tydliga vinst- och lönsamhetskrav.

En FMU som är ett av de vanligaste köpen, är inriktad på att ge ett underlag för försäkringskassans beslut i framför allt ersättningsfrågan. Tjänsten innebär att en bedömning av en persons försäkringsmedicinska status görs av ett team med bred kompetens och den pågår vanligen några dagar. ARU är uppbyggd på ungefär samma sätt men den centrala frågan är där behovet av rehabilitering snarare än ersättningen. De leverantörer som tillhandahåller dessa båda tjänster är ofta offentliga eller har tidigare varit offentliga leverantörer och är ofta specialiserade på båda eller en av tjänsterna.

En annan typ av tjänster är inriktade på bedömning och vägledning för yrkesval. Dessa tjänster kommer oftast in i ett annat skede av rehabiliteringsprocessen än de tidigare nämnda. Metoderna vari-

erar men syftet är att ge underlag för en bedömning av vilken typ av arbete som kan vara aktuellt för den enskilde individen.

Slutligen köper försäkringskassan aktiv rehabilitering. Insatserna riktar sig till personer som är medicinskt färdigbehandlade och syftar i korthet till att individen ska lära sig leva med sitt funktionshinder. I grunden har de flesta leverantörer en viss specialitet men flera aktörer har utvidgat verksamheten till att rikta sig också till "nya" diagnosgrupper eftersom man upplever att den modell som används kan användas för flera grupper. Rehabiliteringen pågår ofta i långa perioder med återkommande uppföljning.

Leverantörerna upplever en stor variation i köpmönster från olika försäkringskassor. Mönstret tycks bero på kultur och vana.

4.3 Sammanfattning av våra iakttagelser

Det finns ett icke tillfredsställt behov av stöd i arbetet med sjukfallen. Den selektion som sker i flera steg från sjukfall till rehabiliteringsfall bygger inte på enhetliga principer. Vår intervjuundersökning har visat att det ofta är tillfälligheter som avgör om ett sjukfall selekteras eller prioriteras.

Om man bortser från vilka faktorer som ska avgöra om ett sjukfall ska selekteras i de olika stegen i processen har man en relativt samstämmig bild av hur arbetet borde bedrivas. Bristen på resurser anförs som det huvudsakliga skälet till att selektionen inte är systematisk. Den arbetsprocess som beskrivs ovan är ett sätt att systematisera arbetet med hantering av sjukfall och rehabilitering inom försäkringskassan. Beskrivningen i sig ger inget stöd för arbetet. De steg som beskrivs är emellertid enligt vår mening de i vilka metodstöd behöver byggas upp.

Det är värt att uppmärksamma att det finns stöd för hur selektionen bör ske när det gäller vissa delar av den stegvisa process som beskrivs, t.ex. vem som har rätt till vilken ersättning. Dessa tillhandahålls i lagar, förordningar och allmänna råd. Eftersom metodstödet endast finns för delar av processen riskerar emellertid slutresultatet att försvagas. Det finns enligt vår mening också en otydlighet i om det är RFV eller försäkringskassorna som är ansvarig för att tillgodose behovet av metodstöd.

5 Försäkringskassans roll i förhållande till andra aktörer – rehabiliteringsprocessen

Rehabilitering betyder i detta sammanhang att återge en sjukskriven individ förmågan att arbeta. Försäkringskassan har ett samordnings- och tillsynsansvar för rehabiliteringen. Försäkringskassan har också ett visst, otydligt, ansvar för att vidta, eller snarare finansiera, arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i de fall ingen annan tar detta ansvar. Merparten av de åtgärder som behöver vidtas för att sjuka och funktionshindrade individer ska ges möjlighet att åter arbeta initieras och finansieras av de andra aktörerna på området. Det är i ljuset av detta inte särskilt adekvat att tala om försäkringskassans selektion till rehabilitering. Försäkringskassan måste emellertid för att kunna uppfylla sin roll ha sådan kompetens att man kan avgöra när och för vem de olika aktörerna bör vidta åtgärder.

I den genomförda intervjuundersökningen framkommer att den kompetensutveckling som behövs för att bedriva en effektiv samordning inte kommer till stånd i önskad omfattning. Försäkringskassan personal uttrycker att ansvarsfördelningen mellan olika aktörer är ganska klar i teorin, men inte i praktiken. Särskilt gäller detta gränsen mellan den medicinska rehabiliteringen och den arbetslivsinriktade. Det finns farhågor om att försäkringskassan tar över uppgifter från sjukvården. Också gränsen mot arbetsförmedlingen upplevs problematisk när det gäller rehabilitering av arbetslösa. Detta är emellertid inte en generell bild. På vissa håll anser man sig hålla strikt på den gräns som finns definierad. Genomgående upplever man arbetsgivarna som en viktig aktör. Men man saknar ofta helt en gräns mellan vad som är arbetsgivarens ansvar och försäkringskassan när det gäller att finansiera rehabiliteringsinsatser.

I det följande ges en beskrivning av hur vi uppfattar försäkringskassans och de andra aktörernas roller.

5.1 Processen

Andra aktörer selekterar på ett sätt...

En rad aktörer har ett utpekat ansvar, om än i vissa fall något otydligt, i rehabiliteringsarbetet. I vissa fall leder den sjukskrivnes kontakt med sjukvården till att medicinska rehabiliteringsåtgärder aktualiseras. Sådana insatser finansieras av sjukvården och priorite-

ringen och selektionen följer den ordning som gäller för sjukvårdens verksamhet. I andra fall kan kommunen initiera social rehabilitering. Dessa insatser som finansieras av kommunen kommer till stånd genom kommunala beslut och följer de regler som gäller för sådana. I ytterligare andra fall kan arbetsförmedlingen välja eller välja bort att t.ex. ge en arbetslös arbetshandikappad en viss åtgärd. Slutligen kan arbetsgivaren, med eller utan stöd från extern expertis, ofta företagshälsovård, välja att vidta rehabiliteringsåtgärder för anställda som är eller riskerar att bli sjukskrivna.

Alla aktörer väljer eller selekterar således vilka individer som ska få tillgång till rehabilitering. Selektionen sker med utgångspunkt i de regler, den ekonomiska situation och de övriga omständigheter inom vilka var och en av aktörerna arbetar. Rehabilitering är inte en huvuduppgift för någon av aktörerna och det sker därmed alltid en prioritering mellan rehabiliteringen och andra uppgifter. Det är enligt vår mening inte korrekt att tala om motstridiga mål för rehabiliteringsverksamheten hos de olika aktörerna. Alla aktörer ser inte återgång i arbete som målet, men att t.ex. ha som målsättning att maximera funktionsförmågan strider inte mot målet att uppnå arbetsförmåga och återgång i arbete. Problemet ligger snarare i det nämnda faktum att rehabiliteringsverksamheten med sina mål utsätts för konkurrens från aktörernas övriga verksamheter med andra, ofta mer centrala mål.

...som försäkringskassan måste känna till och bevaka...

Eftersom rehabiliteringsverksamheten inte är aktörernas huvudsakliga verksamhet och då det finns många inblandade aktörer är det naturligt att det finns en samordnare, försäkringskassan. Rollen som samordnare ställer stora krav på kännedom om andra aktörers verksamhet. Främst gäller det naturligtvis rehabiliteringsverksamheten, men eftersom denna ska fungera parallellt med, och i vissa fall konkurrerar med annan verksamhet, krävs kännedom också om aktörernas övriga verksamhet. Som samordnare är det försäkringskassans uppgift att bevaka att de andra aktörerna tar ansvar för de delar av rehabiliteringsprocessen som de tilldelats. En effektiv samordning kräver effektiva system och rutiner för bevakning av verksamheten hos de andra aktörerna.

... för att kunna initiera i vissa fall...

Även om varje ansvarig aktör i bästa fall tar initiativ till den rehabilitering som den enskilde har behov av, kan det naturligtvis vara så att det inte alltid sker. Försäkringskassan har då som samordnare att initiera de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Särskilt tydligt blir behovet av en samordnare eftersom en rehabiliteringsprocess ofta kan ha flera led, med flera olika ansvariga aktörer. Det är främst genom sin utpekade samordningsroll som försäkringskassan kan driva fram en effektiv rehabilitering. Några egentliga påtryckningsmedel har inte försäkringskassan vid av sidan tillsynsrollen som följer av det utpekade samordningsansvaret.

... och vara med och finansiera i några fall

Av olika skäl kan det uppstå en osäkerhet vad gäller ansvaret för rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassan har i dessa fall tillgång till de tidigare nämnda medlen för köp av tjänst.

5.2 Försäkringskassans ansvargränser gentemot andra aktörer

Ansvargränsen mellan försäkringskassan och sjukvården

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.” *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL) 2§*

”Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.” *HSL del av 1§*

Hälso- och sjukvårdens verksamhet bedrivs med utgångspunkt i dess regel- och prioriteringskomplex. Det är en verksamhet som kännetecknas av djup kompetens. Hälso- och sjukvårdens deltagande i rehabiliteringsarbetet utgör endast en mycket liten del av dess totala verksamhet. Av naturliga skäl är inte denna begränsade del av verksamheten den mest prioriterade. Hälso- och sjukvårdens verksamhet är emellertid i många fall mycket avgörande för en enskild individs sjukfrånvaro. En del av verksamheten är att utfärda läkarintyg och läkarutlåtanden. Dessa underlags påverkan på sjukfrånvarons omfattning är uppenbar. Hälso- och sjukvårdens be-

handling av enskilda patienter påverkar behovet av sjukskrivning. Det är därför tydligt att sjukvårdens prioriteringar får betydelse för sjukfrånvarons omfattning.

De medicinska underlaget är det viktigaste underlaget för försäkringskassans beslut i ett sjukfall. I vissa fall är underlagen ofullständiga eller saknas helt. Försäkringskassan ska då begära in tillfredsställande underlag för beslut. Att utfärda intyg är inte en prioriterad uppgift för läkarna. Det har därför pågått en i princip kontinuerlig diskussion om hur läkarna ska förmås inkomma med bättre underlag och snabbare. Detta är emellertid inte en fråga om ansvarsfördelning mellan de båda aktörerna. Däremot är det en fråga om hur sjukvården i detta avseende på ett effektivare sätt kan samverka med försäkringskassan.

Sjukvården initierar naturligtvis i nästan alla fall de åtgärder som behövs för en i alla avseenden god vård. Försäkringskassan ska emellertid ta initiativ till insatser från sjukvården, om dessa inte kommer till stånd, som kan främja den enskildes möjligheter att återfå arbetsförmågan. Försäkringskassan har emellertid normalt inte kompetens att avgöra vilken medicinsk behandling som den enskilde behöver. Däremot kan försäkringskassan i vissa fall upptäcka att en medicinsk behandling som den enskilde behöver inte kommer till stånd tillräckligt snabbt. Försäkringskassan bör i sådana fall försöka påverka sjukvården att genomföra behandlingen så att den enskildes rehabilitering inte fördröjs. Sist och slutligen handlar det således om att försöka påverka sjukvårdens prioritering.

Ansvarsgränsen mellan försäkringskassan och kommunen

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor och
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.” *Socialtjänstlag (1980:620) (SoL) del av 1§*

”Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.” *SoL 3§*

Kommunernas socialtjänst brukar ofta beskrivas som välfärdssystemets yttersta skyddsnät. Denna beskrivning stämmer också delvis på socialtjänstens medverkan i rehabiliteringsarbetet. I vissa fall kan en enskild individs sociala problem³ vara det primära hindret för deltagande i arbetslivet. I sådana fall liknar förhållandet mellan socialtjänsten och försäkringskassan det som beskrivits gälla mellan sjukvården och försäkringskassan. Det finns emellertid åtminstone två ärendetyper för vilka frågan om ansvarsfördelningen framträder.

Den ena typen är personer som genomgår behandling för missbruk. Ansvaret för behandlingen ligger på socialtjänsten. Om personen p.g.a. arbetsoförmåga av medicinska skäl har rätt till sjukpenning kan sådan utges under behandlingen. Om rätt till sjukpenning eller annan ersättning från försäkringskassan inte föreligger är försäkringskassan inte involverad. Det är således på inget sätt avgörande att personen genomgår behandlingen för beslutet om rätt till sjukpenning. Om emellertid behandlingen ingår i en av försäkringskassan upprättad rehabiliteringsplan kan rehabiliteringsersättning utges även om arbetsförmågan inte är nedsatt under hela behandlingen.

Den andra typen av ärenden är sådana där individen har nedsatt arbetsförmåga p.g.a. medicinska skäl, inte har behov av någon rehabilitering i kommunens regi och inte är sjukpenningförsäkrad. Om individen bedöms vara i behov av och ha rätt till försörjningsstöd (socialbidrag) får socialtjänsten en särskild roll. I princip är då socialtjänstens roll densamma som den försäkringskassan har i de fall då individen har rätt till sjukpenning. Försäkringskassan har emellertid inget ansvar eftersom rätt till ersättning inte föreligger.

Ansvarsgränsen mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen

Gränsen mellan försäkringskassans och arbetsmarknadsmyndighetens ansvar är tillsammans med den mellan försäkringskassan och arbetsgivarna den mest omdiskuterade. Den rubricerade gränsen

³ Med sociala problem avses här sådana som kommunens socialtjänst har ansvar för att hantera.

kan sägas ha tre snitt varav det första är det mest diskuterade. I detta ska ansvaret för en person som är sjukskriven och saknar anställning övergå från försäkringskassan till arbetsförmedlingen när arbetsförmågan inte längre är nedsatt. Det kan då uppstå en tvist om försäkringskassan bedömer att individen har arbetsförmåga men arbetsförmedlingen bedömer att personen trots det inte kan ta ett arbete (är anställningsbar). Det andra gränssnittet avser personer som visserligen har en anställning, men där försäkringskassan bedömer att de saknar möjlighet att återgå i arbete hos den gamla arbetsgivaren. Det tredje snittet finns mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen i dess arbete avseende anställningar med samhällsstöd (lönebidrag).

Ansvarsgränsen mellan försäkringskassan och arbetsgivarna

Som nämnts i föregående avsnitt utgör gränsen mellan försäkringskassan och arbetsgivarna en av de mest omdiskuterade. Arbetsgivarna har ett förstahandsansvar för att utreda behovet av och vidta rehabiliteringsåtgärder så att individen kan återgå i arbete. Försäkringskassan är utpekad som samordnings- och tillsynsansvarig i rehabiliteringsarbetet. Gränsen mellan dessa båda aktörer är därmed helt naturligt den viktigaste eftersom den går mellan de två aktörerna som har det största ansvaret. Att detta kombineras med att gränsen är mycket otydligt definierad gör den till ett stort problem. I AFL sägs att ansvaret ligger på arbetsgivaren, men att försäkringskassan "om det finns skäl till det" kan överta ansvaret. Gränsen görs ytterligare otydlig av formuleringar såsom "arbetsgivaren skall, om det inte framstår som obehövt...".

Andra ansvarsgränser

Det finns flera andra aktörer än de som hittills nämnts. Företagshälsovården har till exempel ofta utpekats som en mycket viktig aktör. Företagshälsovården har dock inget ansvar, utan utför bara vissa tjänster på uppdrag av arbetsgivarna (och på sina håll av försäkringskassan och landstinget). Arbetsmiljöverket med dess arbetsmiljöinspektioner har emellertid ett ansvar i sammanhanget. Deras roll är inte att delta i rehabiliteringsarbetet utan att tillse att arbetsgivarna gör det i föreskriven omfattning. Vi avstår därför här från

att vidare kommentera den ansvarsgräns som därmed uppstår mellan Arbetsmiljöverket och försäkringskassan.

5.3 Sammanfattning av våra iakttagelser

Den ovan beskrivna rehabiliteringsprocessen sätter försäkringskassans samordningsroll i centrum. Det är enligt vår mening denna del av försäkringskassans uppdrag som bör ligga i fokus, snarare än deras uppdrag att i vissa fall köpa rehabiliteringstjänster. Samordningsrollen är otydlig. Bland annat därför har försäkringskassan haft svårt att bygga upp den kompetens som behövs för att klara uppdraget. Försäkringskassan har i flera avseenden inte givits förutsättningar för att bedriva ett effektivt samordningsarbete. Försäkringskassan har små möjligheter att påverka andra aktörer att vidta de åtgärder som krävs för en effektiv rehabilitering. I förhållande till vissa aktörer har försäkringskassan ett otydligt ansvar. Det saknas rutiner för samordningsarbetet. Avsaknaden av metodstöd är mycket framträdande. Den sammantagna bedömningen är att samordningen inte alls fungerar på önskvärt sätt.

6 Synpunkter på hantering av frågorna på kort sikt

Det finns skäl att under rådande omständigheter separera frågor om hur ett effektivare rehabiliteringsarbete kan förbättras på lång sikt från vad som kan krävas på kort sikt. Skillnaden mellan den långa och den korta sikten avser inte när eventuella regeländringar bör genomföras utan är snarare en skillnad mellan det rehabiliteringsarbete som är riktat mot de individer som kommer in i systemet framöver och de som redan är sjukskrivna, sedan en lång tid.

Det stora antalet långvarigt sjukskrivna och den mycket stora ökningen av detta har inneburit att rehabiliteringsarbetet har fått stå tillbaka för arbetet med sjukpenningutbetalningar. Det finns metodbrister i försäkringskassans arbete med rehabilitering. De metoder som trots allt finns och används i någon utsträckning grundar sig på en modell för tidiga insatser. Vi har inte kunnat finna några tecken på att det finns metoder för hantering av rehabilitering i de fall då sjukfallet varat lång tid. På kort sikt krävs därför en gemensam kraftsamling från flera aktörer, främst de offentliga men i viss mån också arbetsgivarna, för att finna åtgärder för de redan långvarigt sjukskrivna. Denna kraftsamling bör syfta till att så

många fall som över huvud taget är möjligt börjar den långa vägen tillbaka till arbetslivet.

Av två skäl är det nödvändigt att andra aktörer vid sidan av försäkringskassan involveras i denna kraftsamling. För det första finns det övertygande bevis för att svårigheterna att återgå i arbete efter en lång tids sjukskrivning är stora. I en majoritet av de riktigt långa sjukfallen finns det sannolikt flera samverkande hinder för återgång i arbete som kräver flera kompetenser både för att diagnosticera och för att behandla. För det andra skulle en ensidig insats från försäkringskassan riskera att leda till en kraftigt ökad förtidspensionering (som vi möjligen redan sett tecken på) eftersom förtidspension är det enda instrument över vilket försäkringskassan själv helt förfogar (vid sidan av fortsatt utbetalning av sjukpenning). En massförtidspensionering skulle få allvarliga konsekvenser för systersektionen och samhällsekonomin. Samtidigt måste man vara medveten om att möjligheterna att kunna återgå i arbete för många är mycket små.

Eftersom situationen är extraordinär kan det komma att krävas extraordinära åtgärder. Det bör skyndsamt övervägas möjligheter att skapa sådana åtgärder, vid sidan av att rehabiliteringens aktörer måste förmås kraftsamla. Ett exempel på en sådan åtgärd som kan komma att krävas är att skapa möjligheter för de nu långvarigt sjukskrivna att under en längre period successivt kunna återgå i arbete på den reguljära arbetsmarknaden.

7 Synpunkter på hantering av frågorna på lång sikt

Rehabiliteringsreformen har inte fått de effekter man kunnat hoppas. En mängd problem har lyfts fram som förklaring till detta. Att området är otydligt definierat är ett sådant. Definitionsproblemen avser emellertid främst avgränsningar mellan olika delar av rehabiliteringskedjan. Med ett ökat fokus på en sammanhållen rehabiliteringsprocess och en förstärkt samordningsroll för försäkringskassan bör eventuella avgränsningsproblem minska i betydelse. Vissa förtydliganden behöver emellertid göras av ansvarsgränserna mellan några av aktörerna. De som arbetar med rehabilitering behöver vidare få ett bättre metodstöd. Ett bra metodutvecklingsarbete kräver uppföljning och utvärdering. System för uppföljning och utvärdering måste därför skapas.

Förstärk kassans samordningsroll

Rehabiliteringsverksamheten såsom den är organiserad i landet måste med nödvändighet samordnas. Brister i samordningen är av allt att döma en av de viktigaste orsakerna till reformens dåliga genomslag. En effektiv samordning kräver enligt vår mening bra verktyg. Verktygen kan vara "morötter" – t.ex. i form av medel för att köpa tjänster eller på annat sätt bidra med ekonomiska resurser. Verktygen kan också vara "piskor" – t.ex. möjlighet att ta ut avgifter när någon part inte tar sitt ansvar eller att ålägganden förenas med vite. Försäkringskassan har i viss mån tillgång till verktyg av båda de nämnda slagen (piskor emellertid endast genom samverkan med arbetsmiljöinspektionen).

Försäkringskassan har dock enligt Statskontorets mening inte givits tillräckliga förutsättningar för att i sin samordnings- och tillsynsroll förmå andra aktörer att vidta nödvändiga åtgärder. Som ett resultat av avsaknaden av tillräckliga förutsättningar har samordningsrollen varit otydlig och den kompetens som krävs för arbetet har inte byggts upp. Samordningsrollen behöver därför stärkas. Huruvida detta ska åstadkommas genom mer ekonomiska resurser, genom bättre möjligheter att få andra aktörer att vidta åtgärder inom sina respektive ansvarsområden eller genom en kombination av dessa båda avstår vi från att lägga synpunkter på.

Rehabiliteringsberedningen föreslog redan 1988 att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna skulle få ett ansvar att, i analogi med vad man föreslog för arbetsgivarna, genomföra rehabiliteringsutredningar i vissa fall. Utgångspunkten var att utredningen skulle göras om rehabiliteringsbehoven var oklara, när åtgärderna berör flera aktörer eller när det kan förmodas att rehabiliteringsåtgärden skulle komma att kräva ersättning från socialförsäkringen. Ett sådant ansvar för utredning av rehabiliteringsbehovet bör enligt Statskontorets mening införas i de fall beredningen angav och kan då utgöra ett viktigt led i möjligheterna att förstärka försäkringskassans samordningsroll.

Förtydliga arbetsgivarnas ansvar

Arbetsgivarna har ett ansvar för att klarlägga sina anställdas rehabiliteringsbehov och att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Kraven på arbetsgivarna är dock otydligt formulerade i lagen. Arbetsgivaren ska t.ex. påbörja en rehabiliteringsutred-

ning i vissa situationer "om det inte framstår som obehövligt". Dessutom ska försäkringskassan överta ansvaret för utredningen "om det finns skäl till det". HpH har föreslagit införande av bestämmelser om ett obligatoriskt rehabiliteringsunderlag utan den typ av förbehåll som nu finns i lagen.

För att ytterligare förtydliga ansvarsgränsen anser Statskontoret att frågan om arbetsgivarens skyldighet att vidta åtgärder måste hanteras. Vi föreslår därför att arbetsgivaren ska ha ett ansvar för att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering till arbete hos dem. Ansvaret för att vidta åtgärder skulle därmed ligga på arbetsgivaren så länge som målet med rehabiliteringen bedöms vara återgång i arbete hos den gamla arbetsgivaren. Målet för rehabiliteringen anges i en rehabiliteringsplan fastställd av försäkringskassan. Arbetsgivaren ska kunna begära ett beslut av försäkringskassan i fråga om målet för rehabiliteringen. Eftersom målet för rehabiliteringen i ett enskilt fall i stor utsträckning beror på den enskildes motivation skulle en uttalad gräns för arbetsgivarens ansvar för åtgärder kunna innebära vissa risker. Arbetsgivaren kan antas vilja förmå den enskilde att välja rehabilitering till annat arbete. Sådana risker måste nog följars av arbetsmiljöinspektionen och försäkringskassan i samverkan.

Förslaget påverkar inte den tredje delen i ansvarfrågan, där de första två är utredning av rehabiliteringsbehov och ansvaret för att vidta åtgärder, nämligen ersättningsfrågan. Här ligger enligt vår mening inga otydligheter.

Sjukvårdens prioriteringar

Vi har tidigare konstaterat att försäkringskassan i sitt rehabiliteringsarbete kan ha skäl att försöka påverka sjukvårdens prioriteringar. Den ökade försäkringsmässighet som föreslagits i flera sammanhang och som Statskontoret tillstyrker gör detta ännu tydligare. Kostnadsutvecklingen inom sjukförsäkringen har de senaste åren varit i det närmaste katastrofal. Alla sjukskrivna har behov av vissa tjänster från sjukvården, i vissa fall bara intyg och utlåtanden, men i de flesta fall också någon form av vård. Om utfärdandet av intyg och utlåtanden eller i värsta fall vården fördröjs får det konsekvenser för sjukförsäkringens kostnader. För det första leder ökade kostnader i sjukförsäkringen till mindre utrymme för andra offentliga åtaganden, där ibland sjukvård. För det andra ökar efterfrågan på privata sjukförsäkringar om dessa kan leda till snabbare

vård och mindre ekonomisk förlust för den enskilde. Om en större andel av de yrkesverksammas vårdbehov tillgodoses och finansieras genom privata sjukförsäkringar riskerar denna grups vilja att också betala för den offentliga vården att minska.

Att låta sjukförsäkringen påverka prioriteringen i sjukvården innebär emellertid ett stort problem. Kan sjukskrivnas vård prioriteras upp med bibehållande av målet om "vård på lika villkor för hela befolkningen"? I princip måste svaret på frågan bli nej. En ökad tillgänglighet till vårdens resurser för dem som är sjukskrivna innebär att deras villkor skiljer sig från den övriga befolkningens. Detta ska inte ses som ett argument mot ökad försäkringsmässighet. Det är dock en konsekvens som måste uppmärksammas.

En ökad samverkan mellan sjukvården och försäkringskassan skulle emellertid kunna leda till en bättre rehabiliteringsverksamhet även utan påverkan på vårdens prioriteringar. Det medicinska underlaget är det viktigaste underlaget för försäkringskassans beslut om ersättning och rehabilitering. Om underlaget i något avseende är ofullständigt kan besluten fördröjas eller i värsta fall bli felaktiga. Det medicinska underlaget är också viktigt för den enskildes "beslut". Om individen av kompetent sjukvårdspersonal bedömts sakna möjligheter att återgå i arbete, ha ett visst rehabiliteringsbehov eller vara i behov av viss vård kommer detta att väga tungt för den enskildes motivation.

Om underlaget i någon del är otydligt riskerar den enskildes beslut att fattas på felaktig grund. Om t.ex. en individ har fått en remiss till en viss behandling som han eller hon får vänta på, men samtidigt inte får information om vad behandlingen förväntas leda till i termer av möjligheter att återgå i det gamla arbetet, kan övriga rehabiliteringsåtgärder bli svåra att motivera till under väntetiden till behandlingen. Det är av nämnda skäl nödvändigt att förbättra informationsflödet mellan sjukvården, den enskilde och försäkringskassan. Informationen behöver komma såväl den enskilde som försäkringskassan till del utan dröjsmål, förslagsvis i den rehabiliteringsutredning som sjukvården skulle vara skyldig att genomföra enligt ovan.

Ansvarsgränsen mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen

Hur ansvaret är fördelat mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen kan behöva ses över. HpH har tagit initiativ till en sådan översyn samt till åtgärder för bättre samverkan mellan de båda parterna. Vi avstår därför från att i detta sammanhang ta upp frågan om ansvarsfördelningen på denna punkt. Vi vill emellertid följa upp frågan om ett eventuellt förändrat ansvar för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. I två viktiga avseenden har situationen förändrats på ett avgörande sätt sedan Statskontoret väckte frågan i rapporten Perspektiv på rehabilitering. För det första har det skett en förskjutning av problembilden från arbetsmarknadssektorn till sjukförsäkringen, arbetslösheten har sjunkit och efterfrågan på arbetskraft ökat samtidigt som antalet långa sjukfall ökat kraftigt. För det andra har Arbetsmarknadsverket (AMV) genomgått en omorganisation som bl.a. lett till att den naturliga ansvariga aktören inom AMV, nämligen Arbetsmarknadsinstitutet (AMI) inte längre finns kvar som fristående del av organisationen. Dessa förändringar har lett till att frågan om att överföra ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster från försäkringskassan till AMV har minskat i aktualitet. Det bör dock observeras att detta ställningstagande görs med utgångspunkt i att försäkringskassans samordningsroll och systemet i övrigt har den nuvarande utformningen. Statskontoret väljer inte heller här att ta ställning till huruvida samordningsrollen först och främst ska stärkas med hjälp av tillgång till ekonomiska resurser eller med hjälp av andra påverkansmöjligheter.

Uppföljning och utvärdering

Det finns mycket stora brister i uppföljningen och utvärderingen av rehabiliteringen. Detta konstaterande förs fram vid varje tillfälle som rehabiliteringen diskuteras. HpH har föreslagit att "regeringen uppdrar åt RFV att skyndsamt utveckla och produktionssätta ett adekvat system för löpande handläggning samt uppföljning och redovisning av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet". Vi vill understryka behovet av ett sådant system. Vid utvecklingen av ett sådant system är det av största vikt att det innehåller möjlighet att koppla information om åtgärder utöver dem som försäkringskassan initierar eller finansierar. Det vore vidare önskvärt att koppla information om andra kostnader som

kan uppstå inom andra sektorer. Systemen måste vara så utformade att de möjliggör en utvärdering av såväl rehabiliteringen i stort som enskilda metoder.

Kopplat till utvecklingen av uppföljningssystem behöver en metoddiskussion påbörjas. I ett första steg bör de metoder som för närvarande används beskrivas. Den eller de metoder som bedöms vara effektiva bör sedan spridas så att de blir regelmässigt tillämpade. Med tanke på att kunskaperna om olika metoders effektivitet är så knappa i dag är det inte meningsfullt att ägna tid åt att nu försöka hitta den mest effektiva metoden. Det allra viktigaste är att skapa större enhetlighet så att en metodutveckling kan påbörjas, bl.a. med stöd i de data som de tillskapade uppföljningssystemen ger.

Bilaga 1

Bilaga 2

Rehabiliteringens resultat och effekter

Statskontoret har genomfört en analys av kunskapsläget vad gäller rehabiliteringens resultat och effekter. Utgångspunkten har varit att uppdatera den bild av kunskapsläget som gavs i Statskontorets rapport *Perspektiv på rehabilitering*. De lokala studier och forskningsrapporter som refereras utgör exempel på vad som gjorts. Det har inte varit möjligt att inom ramen för arbetet göra en fullständig genomlysning av området. Vår uppfattning är ändå att det urval av studier som här tas upp ger en adekvat bild av kunskapsläget nu.

1 Övergripande studier efter 1997

1.1 Offentliga utredningar

Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78)

Gerhard Larsson fick i juni 1999 i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredningen presenterade i februari 2000 delrapporten *Individen i centrum- en diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen* samt också en internationell studie, *Social trygghet vid arbetsförmåga – en jämförelse mellan 10 länder*. Utredningens slutbetänkande *Rehabilitering till arbete* om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kom i augusti 2000. Dess reformförslag bygger på sju hörnstenar:

- Individen i centrum
- En offentlig huvudaktör
- Sammanhållen rehabiliteringsförsäkring
- Förebyggande insatser
- Ökat utbud av resurser
- Likvärdiga möjligheter
- Tydligare drivkrafter för det offentliga

Utredningen föreslår en rehabiliteringsförsäkring som ska bygga på nedanstående etiska plattform med lika möjligheter över landet och mellan grupper:

- Arbetslinjen innebär möjligheten att försörja sig genom arbete i stället för bidrag.
- Människovärdesprincipen innebär allas lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Individens rätt till rehabiliteringsstöd innebär en rätt till grundläggande utredning av rehabiliteringsbehov och mentor under processen.
- Autonomi- och integritetsprincipen innebär att individen har rätt att själv bestämma och att samråd ska ske mellan försäkringsgivare och den enskilde under rehabiliteringsprocessen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att i val mellan olika insatser bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas, mätt i förbättrad arbetsförmåga och möjlighet att försörja sig genom eget arbete.

Försäkringsgivaren har ett ansvar att skynda på sjukskrivningar och aktivt driva rehabilitering till arbete. Detta innebär också att ansvara för att en rehabiliteringsutredning görs efter fyra veckor och att ansvaret skulle flyttas från arbetsgivaren till försäkringsgivaren. Det övergripande ansvaret lägger utredningen på en ny myndighet – Rehabiliteringsstyrelsen. Denna styrelse ska förutom detta även ha ansvar för kontantersättningar och administration och utveckling av en fond.

Utredningen har med utgångspunkt i ett mindre men lyckat försök av medicinsk rehabilitering beräknat att en satsad krona på rehabilitering ger nio kronor tillbaka om man ser till effekter hos kommun, landsting, AMS-området och socialförsäkring. Utredningens samhällsekonomiska kalkyl grundas på en rad antaganden baserade på några få försök med begränsat antal deltagare. Statskontoret har i sitt remissvar 2000-12-21 ansett att utredningen inte tillfredställande kunnat visa att den arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheten generellt ger så stora vinster som man hävdar.

Sjukfrånvaro och sjukskrivning Betänkande från Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121)

Utredningen har i sina överväganden främst koncentrerat sig på förslag som förändrar sjukskrivningsprocessen. I detta ingår dock att söka åtgärder för att i förebyggande syfte förhindra långa sjukfall. För att de redan långtidssjukskrivna (över ett år) måste omfattande åtgärder vidtas för att en rehabilitering ska ha förutsättningar att lyckas. Utredningen menar att det nuvarande sjukförsäkringssystemet måste förändras så att viktiga och förebyggande rehabiliteringsåtgärder kan finansieras genom minskande kostnader för sjukpenning och/eller förtidspension. Nuvarande ordning är inte tillräckligt flexibel och kan aldrig bli effektiv enligt utredningen.

Utredningen har lagt ett antal förslag som har bäring på rehabilitering. Utredningen föreslår att arbetsgivaren ska ha ett fortsatt förstahandsansvar för de anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering. Arbetsgivaren ska snarast och senast dag 45 lämna en rehabiliteringsutredning och underlag från företagshälsovården till försäkringskassan i pågående fall. Arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna får ett motsvarande ansvar för de arbetslösa. Sjuklöneperioden förlängs i två steg till 60 dagar. Sjukförsäkringsavgiften ska finansiera försäkringens kostnader för prevention, sjukpenning, rehabilitering, förtidspension och administration. Efter en sista dag för sjukskrivning kan fortsatt ersättning endast utgå vid planerad medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringsersättning ska kunna användas till lönebidrag till arbetsgivare.

Företagshälsovårdens roll föreslås förstärkas. Utredningen föreslår också ett temporärt resurstillskott för att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur de långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod ska avslutas och för att genomföra aktuella åtgärder. Den fortsatta översynen av socialförsäkringsregisterlagstiftningen ska beakta de behov av uppgifter som en tillfredställande uppföljning av sjukfrånvaron kräver.

Som framgår av ovanstående har två centrala utredningar kommit med olika förslag vad gäller att komma åt de underliggande orsakerna till långtidssjukskrivningarna. Gerhard Larssons utredning vill i grunden förändra verksamheten till en mer försäkringsmässig ordning där en ny myndighet skapas för att sköta den övergripande verksamheten.

Sjukförsäkringsutredningen anser också att det kan vara svårt att i längden upprätthålla ett effektivt sjukförsäkringssystem inom ra-

men för statens budget och utgiftstak. Man föreslår därför att den allmänna obligatoriska sjukförsäkringen organiseras fristående utanför den statliga budgeten men att den bygger vidare på arbetsgivarens roll i rehabiliteringen och att man förstärker verksamheten med ett närmare samarbete med företagshälsovården.

1.2 Samhällsekonomiska effekter

Statskontoret konstaterade i sin rapport *Perspektiv på rehabilitering* att det var viktigt att finna kostnadseffektiva lösningar på rehabilitering och med goda varaktiga resultat eftersom rehabilitering var kostsamt. Som läget var fanns det få analyser av rehabiliteringens effekter och de få som fanns hade ojämn kvalitet. Metodproblemen var betydande. Det saknades kontrollgrupper och möjlighet att bedöma rehabiliteringens långsiktiga effekt. De flesta studier antydde emellertid att rehabilitering var att föredra framför t.ex. passiva utbetalningar.

Det är fortfarande svårt att finna samhällsekonomiska studier av rehabiliteringens effekter. I Gerhard Larssons utredning om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har som ovan nämnts gjorts ett försök till samhällsekonomisk kalkyl utifrån ett lyckat försök av medicinsk rehabilitering. Där har utredningen räknat fram en samhällsekonomisk vinst på nio kronor per satsad krona. Statskontoret har som nämnts ifrågasatt uträkningen ur flera aspekter. Underlaget för nio kronor i utdelning per krona bygger på ett alltför litet antal observationer och urvalet till rehabilitering är alltför snävt för att man ska kunna dra några generella slutsatser.

Inom ramen för utvärderingen av FRISAM (frivillig samverkan mellan myndigheter inom rehabiliteringsområdet) har ett försök gjorts att mäta de samhällsekonomiska effekterna av rehabilitering av långtidssjuka. Projektet har med hjälp av instrumentet Sampop uppmätt positiva resultat och redovisat dem i *Samhällsekonomiska effekter vid rehabilitering (Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:11)*. I den studien får man en mer nyanserad bild av vad rehabiliteringen kan göra för olika sociala grupper i samhället och då blir bilden inte lika positiv. Den genomsnittliga förbättringen i bruttoårsinkomst blir bara 4 000 kr. Männerna ökar sitt försprång i lön. De utlandsfödda knapar in på svenskarna i lön. Personer med barn vinner mindre än andra medan ensamstående med barn förlorar (bidragen minskar). Andelen socialhjälpstagare minskar från

38 % till 28 % efter rehabiliteringen och de arbetslösa får en stor inkomstökning.

Utredningen säger själv att man ska vara försiktig när man drar slutsatser utifrån resultatet. Det är endast 227 personer som fått del av de samordnade rehabiliteringsinsatserna. Kostnaderna för insatserna hämtats visserligen in redan efter ett år men man varnar för att individens problem kan återkomma och därmed kräva förnyade insatser från samhällets sida.

Göteborgs Universitet har också för SOCSAM:s (försöksverksamhet med politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, sjukvård och socialtjänst) räkning studerat Deltaprojekt i Göteborg och kommit fram till att man saknar tillräcklig information för att göra en samhällsekonomisk analys av projekten. (Se vidare under forskningsrapporter).

De problem som Statskontoret pekade på år 1997 finns fortfarande kvar men det finns krafter som arbetar för en bättre ordning. Bl.a. har RFV och Försäkringskassaförbundet i projektet EMIR sökt fånga upp de indikatorer som erfordras för att man i framtiden med utdrag ur datasystem ska kunna göra jämförbara studier över hela landet. Projektet visar att försäkringskassorna idag inte har möjlighet att jämföra sina rehabiliteringsinsatser med övriga försäkringskassor i landet, än mindre få en uppfattning om de är effektiva i förhållande till andra alternativ.

2 Försäkringskassans aktiviteter, samverkan med andra aktörer och rehabiliteringens innehåll

2.1 Övergripande studier

Statskontorets tidigare studie utgick i sin övergripande analys från en beskrivning av Riksförsäkringsverkets s.k. LS-projekt som bedrivits sedan 80-talet. I detta projekt hade man sökt öka kunskaperna om vad som leder till långvariga sjukskrivningar och förtidspension. Projektet hade mot bakgrund av omfattande kartläggning av organisation kring rehabilitering och analys av försäkringskassans åtgärder kommit fram till att rehabiliteringsverksamheten inte gått framåt trots att man givit verksamheten högre prioritet. Tillståndet beskrevs fram till rehabiliteringsreformen. Riksförsäkringsverket har senare följt upp detta med nya studier, bl.a. RiksLS-undersökningen som visade att försäkringskassorna nu ökat sitt intresse för frågorna. Besluten hade successivt decentraliserats till

den lokala nivån. Detta i kombination med ett större utbud av producenter av rehabiliteringstjänster innebar också ett större krav på kompetens hos beställarna och svårigheter att överblicka rehabiliteringsmarknaden.

Några exempel på övergripande studier som presenterats därefter eller pågår inom området är

EMIR, effekter m.m. inom rehabiliteringsområdet samt försäkringskassornas och RFV:s projekt för att professionalisera hälsoarbetet

EMIR-rapporten är ett resultat av ett uppdrag att bl. a. ge bakgrundsvariabler för analys av rehabiliteringsarbetet inom försäkringskassan. Arbetet startades våren 1999 och samordnades av Försäkringskassaförbundet och med Riksförsäkringsverket som diskussionspartner. Alla försäkringskassor har varit med. Upprinnelsen var en idéskiss som utformades inom Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa.

Beträffande rehabilitering framhölls att statsmakterna visat försäkringskassorna stort förtroende genom den roll de givit dem. ”De måste nu få se bevis på att insatserna leder till önskade effekter. Vilka dessa effekter är har inte beslutsfattarna preciserat så att de kan användas i försäkringskassornas utvärderingsarbete. Vi har där stor frihet, men också problem eftersom vi saknar gemensamma effektmått inom rehabiliteringen. Vi saknar också gemensamma kvalitetsnormer för de bedömningar och utredningar vi fordrar in från andra för att kunna bedöma behovet av rehabilitering.”

I enkät fick kassorna ge sina synpunkter på vilka relevanta variabler som man ansåg fanns för att mäta hälsoarbete och hur man skulle värdera och jämföra resultat samt hur man definierade olika typer av rehabiliteringsaktiviteter. Det framgick klart att kassorna har ansvar att rehabilitera inte enbart till arbete utan även har ansvar för den sociala och medicinska rehabiliteringen.

Kassorna fick möjlighet att tala om vilka effekt/utfallsmått man ville ha för att mäta effekter, vilka bakgrundvariabler man ville ha för analys och hur man ville definiera rehabiliteringsinsatser.

Resultatet blev att kassorna föreslog utfallsmått, inte effektmått. Det var dock viktigt att man enades om samma mått. Projektet tog fram ett antal mått på avslutningsanledningar där man också kunde använda procentsatser som visade olika kombinationer av avslutningsanledningar. Om anledningen var friskskriven följde ytterliga

re precisering beträffande eventuell återgång i olika former av arbete, arbetslös, studerande eller annat. Beträffande avslutad sjukskrivning av annan anledning än arbete skulle en fördelning göras på olika typer av pension och försäkringsförmåner.

De bakgrundvariabler kassorna ville ha var:

kön, ålder, diagnos (Socialstyrelsens klassifikation med 21 kapitel), utbildning, familjeförhållanden, sysselsättning, yrke enligt yrkesklassificering 1996, sjukdomshistorik, tidigare rehabiliteringsinsatser, ursprungsland, inkomst och motivationsindex. Eftersom motivation tillmätts stor betydelse i alla sammanhang anses det viktigt att man får ett motivationsindex.

Projektgruppen har utgått ifrån att samtliga uppgifter ska kunna hämtas automatiskt från rehabiliteringssamordnarnas löpande arbete. På detta sätt menar projektet att rehabiliteringsinsatser, bakgrundsvriabler och avslutningsanledningar i framtiden ska kunna hämtas ur kassornas elektroniska journaler. Ett nytt uppdrag behövs emellertid för att arbeta vidare med effektmätt och motivationsindex samt graden av måluppfyllelse.

Försäkringskassornas och RFV:s projekt för att professionalisera Ohälsarbetet (2001-03-15) ska bl.a. skapa former för att ge individen möjlighet att aktivt ta del i sin rehabilitering och att försörja sig genom arbete. Man ska också öka möjligheterna att effektivt utnyttja de rehabiliteringsresurser som står till buds och minska de regionala skillnaderna i utbud och rättstillämpning samt lägga grunden till samarbete mellan socialförsäkring och andra aktörer, bl. a. forskarvärlden. Utredningen av behovet av rehabilitering ska ske med hjälp av en handlingsplan för prioriteringar som vilar på etisk grund, strukturerade arbetsformer och en inventering och sammanställning av forskningsresultat kring vilka faktorer som är avgörande för bedömning av rehabiliteringsbehov. Gemensamma arbetsmetoder i enlighet med resultatet förväntas kunna införas under år 2002.

2.2 Regionala och lokala studier

Statskontoret framhöll i sin tidigare rapport att de regionala och lokala studierna beskrev verksamheten runt tjänsteköpen; ansvar och befogenheter och i vilket syfte man köper. I flera fall hade man

också redovisat enklare resultatanalyser över handläggarnas och de sjukskrivnas bedömning av dessa köp. Man kom bl.a. fram till att det fanns diskrepanser mellan handläggarna och de försäkrades uppfattningar beträffande vad köpet skulle leda till. Det fanns också en studie som visade att försäkringskassans mål sällan överensstämde med leverantörens mål. Det saknades ofta en dokumenterad plan.

Några senare exempel på regionala studier och regional utveckling som vi har funnit är

Tidig samordnad rehabilitering i Jämtlands län, Brukarnas upplevda behov av rehabilitering på central och lokal nivå samt hur samverkan kan ske mest kostnadseffektivt samt Värmlandsmodellen

De två första beskriver den regionala verksamhet som skett i Jämtland län utifrån dels handläggarnas perspektiv dels de försäkrades. Den tredje avser den modell som ingår i rehabiliteringssatsningen i Värmlands län.

Projektet "Tidig samordnad rehabilitering" som startade år 1994 för att utveckla samarbetet mellan olika rehabiliteringsaktörer i Jämtlands län har utvärderats av Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan i Östersund. Mitthögskolan har lämnat fyra arbetsrapporter där försöksverksamhetens utvärderats ur olika aspekter.

Utvärderingarna beskriver de olika aktörernas arbete för att ta fram en gemensam rehabiliteringsmodell. Vårdnivåer liksom ansvar och yrkesroller skulle tydliggöras. Metodutveckling och kompetensutveckling skulle initieras och stödjas och kvalitetssäkringsarbete och kostnadseffektivitet skulle också stödjas och följas upp. Det övergripande målet var att "alla människor, oavsett ålder och diagnos skall med tillgängliga och samlade resurser, utifrån individuella behov, ges möjlighet till rehabilitering som är tidig och samordnad".

Strategin skulle vara färdig till årsskiftet 1997/98. Projektorganisationen arbetade under 1997 fram en ansökan om att gå vidare t.o.m. år 2000. Resultatet i undersökningen bygger på svar från de 81 projektledarna. Trots att alla projekt skulle vara samverkansprojekt visar det sig att endast 77 procent var sådana. 40 procent uppgav att de hade haft samarbetssvårigheter med andra myndigheter. Främst pekade man på sekretessen som hinder i det praktiska arbetet och motstridiga regler upplevdes av 47 procent. 66 procent uppfattar att det fanns en rundgång i verksamheten. Väntetiderna an-

sågs av 30 procent vara långa medan 12 procent inte uppfattade någon väntetid.

En sammanfattning av alla studier visade att det var svårt att bedöma resultaten eftersom det saknades gemensamma instrument för utvärderingarna. Det fanns inte heller en definition på vad tidig och samordnad rehabilitering var och för vem. Den bästa erfarenheten av studierna var den kunskapsutveckling den lett till. Populationerna var dock för små och svarsfrekvensen för liten för att resultaten skulle kunna generaliseras. Det finns tendenser i vissa riktningar som ytterligare studier eventuellt skulle kunna säkerställa. Kanske var det alltför många små projekt (313 000 kr i genomsnitt). Utvärderingsplanerna har inte heller varit realistiska i förhållande till de resurser som avsatts.

Förslag läggs om att utforma ett utvärderingsinstrument som kan användas i de flesta sammanhang för att möjliggöra jämförelser mot mål och andra projekt. Brukarnas egna bedömningar föreslås väga tyngst. Man föreslår också att erfarenheter från projekten marknadsförs i gemensam databas och tidning.

Länsstyrgruppen, som är det organ som har det övergripande ansvaret för utvecklingsarbetet utifrån ett länsperspektiv, beslöt i mars 1997 att genomföra en brukarenkät för att undersöka vilka behov av rehabilitering som brukarna upplevde. Syftet med uppdraget var att belysa den rehabiliteringsverksamhet som sker centralt och lokalt i länet och hur samverkan sker för att uppnå en balanserad rehabiliteringsverksamhet utifrån brukarnas upplevda behov. 358 brukare indelade efter 11 olika diagnoser fick enkäten och 68 % besvarade den.

Projektet redovisades i rapporten *"Brukarnas upplevda behov av rehabilitering på central och lokal nivå samt hur samverkan kan ske mest kostnadseffektivt"*. 61 procent sa sig inte ha deltagit i något samordnat planeringsmöte. De flesta gruppernas svar var ensartade. Man ansåg läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut betydelsefulla och man hade god kunskap om sin egen funktionsnedsättning utom i gruppen hjärt-/kärlsjukdomar. I den gruppen fanns många nyligen insjuknade där anhöriga var det bästa stödet. Knappt en tredjedel av alla ansåg sig ha behov av ytterligare rehabilitering efter avslutad rehabilitering.

Värmlandsmodellen

Modellen är uppbyggd runt tre byggstenar:

- ?? Vårdavtalet mellan landstinget och länets företagshälsovård som innebär samverkan med primärvården vid förstagångsbesök hos läkare m.m.
- ?? Kugghjulet som innebär samverkan mellan landsting, försäkringskassa och företagshälsovård för tidigare rehabiliteringsinsatser.
- ?? Ramavtal om köp av vissa rehabiliteringstjänster mellan försäkringskassan och företagshälsovården i länet.

Detta innebär i korthet att landstinget i Värmland skrivit ett vårdavtal med företagshälsovården som innebär en ersättning på upp till 9 miljoner kronor från landstinget till företagshälsovården vilket i sin tur innebär att patienter kan hänvisas till företagshälsovården när vårdcentralen tror att det kan finnas arbetsrelaterade problem. Detta gäller då även patienter där arbetsgivaren inte är ansluten. Enligt Landstinget finns det ännu inte något som styrker att detta minskat långtidssjukskrivningarna i Värmlands län.

En TCO-undersökning visar att Värmland inte skiljer sig från övriga län. Kugghjulet innebär att vårdcentralen har möjlighet att kalla till möte med ett stort antal olika specialister i de fall där doktorn inte direkt förstår vad felet är. Detta anses viktigt i de fall där man kan befara mental ohälsa. Kugghjulet finansieras med Dagmarmedel vilket innebär att det inte direkt belastar sjukvårdsbudgeten i länet. Den tredje komponenten i Värmlandsmodellen är ramavtalen för köp av rehabiliteringstjänster inom vilka försäkringskassan kan avropa tjänster från företagshälsovården i länet.

3 Forskarrapporter

HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering)

HUR-projektet vid Karolinska Institutet har under fyra år studerat svenska folkets långtidssjukfrånvaro utifrån AMF försäkrings och SPP:s sjukförsäkringsregister som tillsammans innehåller ca. 3,2 miljoner försäkrade. Dessa register representerar huvuddelen av den arbetande befolkningen i Sverige.

De diagnoser som HUR-projektet arbetade med var

- smärta och rörelseorganens sjukdomar
- astma/KOL
- hjärt-/kärlsjukdomar

Inom HUR-projektet har flera utvärderingsstudier på rehabilitering av rygg- och nackbesvär gjorts med Åke Nygren som projektansvarig.

Resultatet beträffande ryggstudierna visar att det har stor betydelse vilken typ av rehabilitering som ges. Av de rehabiliteringsinsatser som ges överväger sjukgymnastik och egen träning fastän det inte finns några vetenskapliga bevis för att detta hjälper. Av tre utvalda rehabiliteringsprogram har sjukgymnastik snarare ett sämre resultat än ingen rehabilitering alls. Den grupp av långtidssjuka som fått enbart utredning och sedan ett rörelseprogram nådde sämre resultat än kontrollgruppen. Sjukskrivningen förlängdes.

Studien visade också att det bästa resultatet nåddes med ett s.k. Work Hardening-inriktat program där patienten fick sin fysiska träning uppbyggd kring specifika moment och rörelser i patientens yrkesarbete. Schemat innehåller aktiviteter åtta timmar om dagen i fyra veckor, följt av fem månaders aktiviteter hemma i form av uppföljning av det arbete som påbörjades under kursen och sedan en två dagars uppföljning på klinik. Den metoden har också visat sig bättre än ett fem veckors intensivprogram på internat med ett träningsprogram med fysisk och mental träning i form av avslappningsövningar. En annan studie visar att det är en dålig överensstämmelse mellan vilken typ av bedömning som en person får när man möter läkare eller handläggare på försäkringskassan. Det finns inga normer som gör att bedömningen blir likvärdig.

HUR-projektet har undersökt populationen från en medicinsk synvinkel och även haft synpunkter på urvalskriterierna för rehabilitering. Som påpekas i rapporten är det svårt att generalisera resultaten till alla med ryggbesvär. Vad som skiljer studien från övriga studier är bl. a. kriterierna för att få komma med. Förutom den ospecificerade diagnosen smärttillstånd i nacke/rygg måste man ha varit sjukskriven endast mellan en och sex månader. Dessutom måste man förstå, tala och läsa svenska språket. Gruppen som undersöktes var förhållandevis liten, 200 personer, och restriktionerna vid urvalet bör ha bidragit till att resultatet blev en positiv förbättring av besvären för två grupper. För grupp två (157 personer)

minskade sjukskrivningsdagarna med 44 dagar i genomsnitt jämfört med kontrollgruppen.

Delta projekten ingår i SOCSAM-försöket i Göteborg. Där har Göteborgs Universitetet försökt göra en samhällsekonomisk utvärdering men slutsatsen blev att man inte hade tillräcklig information för en fullständig utvärdering. Man framhåller dock att uppgifterna ger intressanta insikter i värdet av de undersökta projekten. Målet var att få tillbaka individer i arbete. Delmål var att minska handläggningstider och rundgång mellan myndigheter samt öka livskvalitet. I ett projekt Arbetsmarknadstorget, har man bara kunnat analysera det första målet. Det verkar som om den uppnådda effekten är positivt när det gäller ökat produktionsvärde. Minskningen av offentliga utgifter har inte kunnat påverkas såsom produktionsvärdet. Om effekten kvarstår ett år blir det dock klart positivt.

En begränsning är att man inte har kunnat fastställa graden av samband mellan insatser och effekter och värdet av samverkan i förhållande till andra sätt att arbeta. I ett annat projekt Aktiviteten vid vårdcentralen i Kärra har man konstaterat att kostnadseffektiviteten i förhållande till hälsan är större än vid andra liknande projekt. Däremot har man inte lyckats fastställa ett ökat produktionsvärde eller minskade utgifter i offentliga transfereringar. Det är främst personer med psykiska besvär som uppnått en klar förbättring av hälsan.

4 Samverkan med andra aktörer

Statskontorets tidigare undersökning redovisade studier av samspelet mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården och särskilt läkarnas sjukskrivningsmönster. Det konstaterades i flera studier att läkarnas sjukskrivningsmönster var föremål för lokala variationer och att äldre läkare var mer frikostiga med att sjukskriva och i längre perioder. Särskilt svåra att bedöma var arbetsförmågan för arbetslösa sjukskrivna. Beträffande försäkringskassans roll som samordnare menade vissa att rehabiliteringshandläggarna hade en brist på professionalism som skapade problem i förhandlingar med andra aktörer. Andra studier visade att handläggarna var osäkra på vad yrkesrollen innebar och vilka mål de förväntades uppnå. Detta gav upphov till stress. Det var särskilt allvarligt att man upplevde att man hade liten handlingsfrihet och utrymme att besluta vilket var särskilt problematiskt när man hade med människor att göra.

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförvaltning, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM)

Verksamheten påbörjades efter regeringsbeslut år 1994 i åtta försökskommuner (Finspång, Grästorp, Haninge, Hisingen i Göteborg, Laholm och Stenungssund. Gotland och Hyllie har avslutat sina projekt) och har förlängts till år 2003 på begäran av försökskommunerna. Den innebär en politisk och finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård, socialförsäkring och socialtjänst till en gemensam verksamhet som handhas av ett fristående organ, kallat beställarförbund. Avtal har också tecknats med Länsarbetsnämnden. En central utvärdering utförs av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. Slutrapport ska lämnas i december 2001.

SOCSAM kan betecknas som ett utökat s.k. Finsamförsök där man sammanför resurser från socialförsäkring och hälso- och sjukvård och nu utökar med socialtjänst och ytterligare aktörer för att komma tillrätta med de problem uppstår när flera aktörer ska lösa ett gemensamt projekt, nämligen förbättrad hälsa med minskad belastning på samhällsekonomin. Tillväxtpropositionen (1995/96:25) framhöll behovet av en ökad samverkan mellan kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Försöket betyder en friare användning av egna medel. Samverkansförsöken ska dels hindra att minskade resurser hos en part vältras över i problem för en annan dels att klienterna i och med samverkan inte hamnar mellan två stolar eller i en rundgång hos flera myndigheter.

Studie av långtidsarbetslösa sjukskrivna

Inom Socialstyrelsens regeringsuppdrag att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser, som ska ske i samverkan med AMV, RFV och AV, har AMS gjort en utvärdering av myndigheternas samverkan kring långtidsarbetslösa sjukskrivna och effekten av detta.

Man har vänt sig till de personer som varit inskrivna vid arbetsförmedlingen och utan arbete mer än sex månader och sjukskrivna mer än 60 dagar. Av de 261 000 långtidssjukskrivna fanns 10 745 personer i förmedlingens register. Ur den populationen valdes slumpmässigt 4 000 personer som fick en enkät att besvara. Av dessa svarade 43 procent.

Beträffande svarsfrekvens konstateras att den är större bland kvinnor, äldre och eftergymnasialt utbildade. Grupper som har större behov av stöd har också större intresse av att myndigheterna samarbetar och svarar därför i större utsträckning. 89 procent har angett att de haft kontakt med mer än en myndighet. Mest frekvent har kontakterna varit mellan försäkringskassan och sjukvården, därefter mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen och i tredje hand mellan AMV och FK.

Av de personer som har haft kontakt med flera myndigheter är 59 procent av den uppfattningen att myndigheterna samarbetat. Man är också tillfreds med att själv ha fått delta i samarbetet. Handläggarnas uppfattning om samarbetet är att det i första hand är ett informationsutbyte men i en tredjedel av fallen har man gjort en gemensam kartläggning. Samarbetet mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan respektive försäkringskassan och kommunen har i mer av hälften av fallen inneburit samordnade insatser medan samarbetet med sjukvården begränsades till informationsutbyte.

5 Pågående studier

HAKul projektet⁴

Syftet med HAKul projektets rehabiliteringsdel är att inom kommuner och landsting ta tillvara HUR-projektets erfarenheter av rehabiliteringseffekter. Intresset för rehabilitering är stort men det finns inga formler för hur rehabiliteringsarbetet ska gå till.

HAKul utredningen relaterar också forskningsresultat beträffande arbete och ålder och relaterar att maximal fysisk eller kognitiv förmåga ytterst sällan behövs i vanligt arbetsliv. Det viktiga är motivation, individuellt uppträdande mer än intellektuell eller fysisk prestation.

Optimalrehabilitering enligt HAKuls modell

Alla, utom de med uppenbart övergående tillstånd, som blir sjukskrivna i 28 dagar remitteras av arbetsgivaren till företagshälsovården och rapporteras till projektledningen på KI. Inom en vecka kallas den sjukskrivne och en rehabiliteringsutredning görs inkl. en enkät av diagnos som besvaras av den sjukskrivne och den sjuk-

⁴ Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting, en lägesrapport i mars 2001.

skrivne får en bedömning inom företagshälsovården. Projektet bygger på att samråd mellan den sjukskrivne, företagshälsovården, försäkringskassan och arbetsgivaren sker. Beroende på diagnos kan den sjukskrivne få något lämpligt rehabiliteringsprogram. Astma/KOL och hjärtpatienter bör få rehabilitering vid landstingsklinik eller Åre- respektive Föllingeklinikerna.

För rörelseorganens sjukdomar föreslås främst tre former för att underlätta återgång till arbete

- kognitiv beteendeterapi
- rygginstitutsprogram
- ortopedisk behandling

Utbildning av rehabiliterare

För att genomföra dessa program kommer inblandade parter i rehabiliteringen att kallas till utbildningsträffar. Seminarier för samma kategori kommer också att genomföras på de inblandade orterna.

Uppföljning enkätledes av de sjukskrivna ska ske efter 6, 18 och 36 månader.

Erfarenheter av modellen visar att förseningar i rapporteringar och utredningar lett till onödiga väntetider. Det visar sig också att en relativt stor grupp redan återgår till arbete innan de hunnit kallas till en helhetsbedömning vid företagshälsovården. Läkarbrist på vissa orter har lett till att bedömningarna blivit ofullständiga och man har också haft svårt att hitta rehabiliteringsenheter. Genomsnittligt har endast 25 procent av de personer som varit sjukskrivna mer än 28 dagar aktualiserats vid företagshälsovården för team- och helhetsbedömning. 60 procent av dessa har slussats vidare till rehabiliteringsåtgärder. En avslutande kommentar är att om företagshälsovården fick bättre resurser och om det utkristalliserades bättre rutiner för att fånga upp personer i riskzoner borde resultaten bli bättre.

Bilaga 3

Inregia AB:s sammanfattning av rapport till Statskontoret

Kartläggningen har genomförts som en djupintervjustudie i tio län och på sammanlagt 26 orter i dessa län. Intervjuer har gjorts med personal på Försäkringskassorna centralt i länen, med handläggare på lokal nivå samt med leverantörer av rehabiliteringstjänster.

Från sjukskrivning till arbetslivsinriktad rehabilitering

Stöd och organisation av rehabiliteringsprocessen

I rehabiliteringsprocessen finns det olika former av stöd, t.ex. riktlinjer, mål och syften, organisation, arbetssätt samt dokumentation av processen. Riktlinjer för processen kan komma från Riksförsäkringsverket, de centrala kassorna i länen eller från de lokala kassorna. I de fall riktlinjer finns är de ofta otydliga, vilket gör att arbetssätten på kassorna inom och mellan län kan variera mycket. Få försäkringskassor verkar arbeta med uttalade mål och syften med rehabiliteringen.

Vi har funnit två olika sätt som används för att organisera rehabiliteringsarbetet på försäkringskassorna. Det ena är att en och samma handläggare ansvarar för ett ärende under hela processen. Det andra sättet är att det finns särskilda enheter som ansvarar för olika delar i processen.

Rehabiliteringsprocessen

Vi har även urskiljt huvudsakligen två olika sätt att arbeta med processen. En grupp av lokalkassor tycks arbeta mer strukturerat i processen med antalet sjukskrivningsdagar som viktiga hållpunkter. Andra kassor arbetar mindre strukturerat, och verkar inte styra processen genom att ha vissa tidsgränser. Oavsett vilket arbetssätt som används verkar processens resultat i mångt och mycket bero på den enskilda handläggaren och impulser utifrån tex. från läkare, den försäkrade själv, arbetsgivaren osv.

Flera handläggare har talat om värdet i att konstatera behov av rehabilitering i ett tidigare skede. I dagsläget upplever flera av

handläggarna att rehabiliteringsinsatser och bedömning därav kommer i ett allt för sent skede. Detta förklaras framför allt med den tidsbrist och stora arbetsbelastning som handläggarna på försäkringskassan upplever att de har.

Prioriteringar

I stort sett samtliga intervjuade, såväl på central som lokal nivå, säger att det görs prioriteringar och avvägningar mellan försäkrade. Prioriteringar görs både när det gäller vilka individer som ska erhålla rehabilitering och vilken rehabilitering individerna ska erhålla. Prioriteringen blir i första hand nödvändig pga. otillräckliga personalresurser. Även avsaknad av pengar kan vara en anledning till prioritering.

Det finns inte några gemensamma kriterier, varken nationella eller regionala, för hur prioriteringen ska göras. Däremot finns mer eller mindre uttalade regler för hur handläggare ska agera, och i vissa fall lokala kriterier som används i prioriteringen. De faktorer som främst har betydelse för prioriteringar är diagnos, motivation, ålder och kön.

Upphandling, urval och avtal

Samtliga kassor använder sig av ramavtal som de avropar tjänster från. Ramavtalen upprättas på central nivå och löper normalt ett till två år. Praktiskt taget alla de centrala kontoren som intervjuats, menar att ramavtal är den bästa avtalsformen. Ingen av de kassor som vi genomfört intervjuer med använde sig av prestationsbaserade avtal.

Ramavtal sluts med ett stort antal leverantörer, men när det väl kommer till kritan är det vanligt att endast ett mindre antal används. Det är de enskilda handläggarna lokalt som gör avropen.

Från och med i år görs två nationella upphandlingar för länen gemensamt. Den ena upphandlingen ansvarar Försäkringskassaförbundet för och den andra upphandlingen sköts av Oktaven. I intervjuerna framkom både positiva och negativa reaktioner kring det nya sättet att upphandla.

Köp av tjänster och tjänster i förhållande till de försäkrades behov

De tjänster som försäkringskassan köper in är huvudsakligen följande:

- ?? Försäkringsmedicinska utredningar
- ?? Rehabiliteringsutredningar
- ?? Arbetslivstjänster
- ?? Utbildningar
- ?? Arbetsprövningsplatser
- ?? Arbetsträning

I dagsläget är utredningar i majoritet till förmån för aktiva insatser. Enligt de intervjuade måste försäkringskassan köpa utredningstjänster för att de medicinska underlagen från läkarna är otillräckliga. Även de strängare kraven för att erhålla förtidspension genererar, enligt vissa ett ökat köp av utredningar.

De vanligaste förekommande diagnosgrupperna som tjänster köps för är rörelse och värkproblem, men stressrelaterade diagnoser förefaller bli allt vanligare.

Handläggarna verkar vara relativt nöjda med leverantörerna. Vidare upplever de att leverantörerna anpassar sig till försäkringskassans behov och att det finns en god konkurrens vad gäller de flesta av de aktuella tjänsterna.

Kvinnor och män erhåller olika slags rehabilitering. Handläggarna motiverar skillnader mellan könen med att kvinnor och män agerar på olika sätt i sina kontakter med Försäkringskassan.

Personer i åldern 30-45 år får mer köp än andra. Detta förklaras enligt handläggarna till stor del av att denna grupp är mer motive-rad än övriga.

De tjänster som finns på marknaden täcker relativt väl de försäkrades behov. För vissa grupper saknas tjänster, exempelvis: utbrända, invandrare, personer som är i behov av samtalsstöd, psykiskt sjuka och individer som vill arbeta kvar inom sitt yrke, men som inte längre har förutsättningar för det.

Leverantörernas syn

Förändring av kassornas köp

Liksom kassorna själva, menar också leverantörerna att utredningsverksamheten har expanderat på bekostnad av den aktiva rehabiliteringen. Förklaringen till denna utveckling är exempelvis att antalet sjukskrivna ökat kraftigt, medan kassans resurser stått stilla. Detta förstärks också av bristen på resurser inom sjukvården och otillräckliga utredningar. Försäkringskassorna köper därför mer försäkringsmedicinska utredningar och mindre resurser blir kvar till arbetslivsinriktad rehabilitering.

En annan förklaring som leverantörerna ger är att utredningar är billigare än rehabilitering och att fler försäkrade därmed kan komma under åtgärd. De intervjuade menar också att försäkringskassan köper kortare tjänster än tidigare.

Anpassning och marknadsföring

Liksom handläggarna på Försäkringskassan uppger leverantörerna att de i allmänhet anpassar sig till förändringarna i försäkringskassans efterfrågan.

Det vanligaste sättet att marknadsföra sig mot försäkringskassorna är via etablerade relationer. Andra sätt är att besöka kassorna och informera om sina tjänster, delta i informationsmöten i samband med att ramavtal slutits, deltagande på mässor, seminarier, annonser i fackpress, flygtidningar etc. De flesta leverantörer har dessutom hemsidor på Internet.

Hälften av de intervjuade säger att de inte har konkurrenter eller att konkurrensen inte är så hård. Konkurrensen förefaller vara hårdast inom de delar av rehabiliteringskedjan som gäller arbetslivsinriktad utredningsverksamhet och utbildning.

Ramavtal

Alla leverantörer tycker, liksom handläggarna, att ramavtalen har övervägande fördelar. Förutom att de är administrativt enklare, så ger de leverantören en kvalitetsgaranti som godkänd leverantör. Ramavtal underlättar också upphandlingen genom en mer tydlig definition av produkterna.

Många leverantörer anser att kontakterna med försäkringskassan fungerar mycket bra och att kassan sköter verksamheten på ett effektivt och bra sätt. De negativa synpunkter som framförs är att leverantörerna genom avtalen med kort varsel, tvingas att tillhandahålla en stor kapacitet samtidigt som de inte garanteras några uppdrag.

Ryckigheten i försäkringskassornas köp är särskilt besvärande för företag som har få andra kunder eller produkter och som därmed inte kan jämna ut beläggningen. Så gott som alla leverantörer skulle vilja ha någon form av avtal där en viss beläggning garanteras, t.ex. ett visst antal årsplatser.

Försäkringskassan som kund

Erfarenheterna av kassahandläggarnas upphandlingskompetens är varierande. Vissa leverantörer anser att de är mycket kvalificerade och erfarna, andra att de saknar nödvändig kunskap och utblick. En genomgående kritik är att försäkringskassan skickar de försäkrade alldeles för sent till leverantörerna, en åsikt som de delar med handläggarna på kassorna.

Köpen uppfattas ofta vara knutna till enskilda handläggare snarare än till kassor. Leverantörerna upplever att de har bra kontakter med vissa handläggare och när handläggaren är nöjd med de tjänster de köpt så återkommer de.

Kompetensutveckling och nya rehabiliteringstjänster

Det övergripande intrycket vi fått av de genomförda intervjuerna är att kompetensutveckling inte tycks vara särskilt prioriterat eller bedrivs på ett systematiskt sätt. På central nivå tycks dock mer fokus läggas på kompetensutveckling än på lokal nivå.

På lokal nivå sker kompetensutvecklingen ofta genom samtal med kollegor, andra kassor och chefen. Även samarbete med olika aktörer, framförallt leverantörer, leder till kompetensutveckling. Andra källor till ny information är facktidskrifter, mässor, konferenser, seminarium och temadagar. Vissa kontor har också kontakt med universitet och högskolor.

Det tycks inte vara så vanligt att kassorna har provat några nya rehabiliteringstjänster under de senaste åren. I de fall det har skett

tycks det ofta röra sig om särskilda projekt där det avsatts särskilda medel.

Ansvarsfördelning

Gränsdragningen mellan olika rehabiliteringsformer är, enligt de flesta intervjuade, ganska klar i teorin, men inte i praktiken. Särskilt besvärligt är att skilja den medicinska rehabiliteringen från den arbetslivsinriktade. Även gränsdragningen kring arbetslösa är komplicerad.

Arbetsgivaren spelar en mycket viktig roll i rehabiliteringen när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Dock har det i flera av intervjuerna framgått att gränserna mot arbetsgivarna inte är klara.

Uppföljning

Det verkar inte finnas något nationellt system som de centrala kontoren använder sig av vid utvärderingar. Det är inte heller vanligt med centrala uppföljningssystem som de lokala kontoren kan följa. I de allra flesta fall tycks någon form av uppföljning göras på regional nivå av det centrala kontoret inom länen. Ofta framgår att ambitionen när det gäller uppföljningar är större än vad handläggarna hinner med i praktiken. Ansvar för uppföljningen tycks ofta ligga på den enskilda handläggaren.

Det flesta leverantörer har någon form av uppföljning. Uppföljningens innehåll kan variera alltifrån bedömning av resultatet av de utförda tjänsterna till att ta reda på vad den försäkrade gör vid uppföljningstillfället.