

Bilagor

Kommittédirektiv



Den arbetslivsinriktade rehabilite-
ringen

Dir.
1999:44

Beslut vid regeringssammanträde den 3 juni 1999.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I uppdraget ingår

- att kartlägga den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen,
- att utforma en plattform för prioriteringar,
- att klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll och gränser mot andra typer av rehabilitering,
- att klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet samt
- att behandla frågor som rör målbeskrivningar och hur drivkrafterna kan förstärkas i rehabiliteringsarbetet.

Bakgrund

Begrepp

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder som syftar till att hjälpa sjuka, skadade eller funktionshindrade människor att återvinna bästa möjliga förmåga i olika aktiviteter och att kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Rehabilitering är ingen klart definierad eller exakt avgränsad verksamhet utan bedrivs i någon form av olika aktörer inom ramen för olika myndigheters eller organisationers ansvarsområden, t.ex. socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan samt hälso- och sjukvården.

Den 1 januari 1992 infördes nya regler i 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), enligt de förslag som lagts fram i

propositionen om rehabilitering och rehabiliteringsersättning (prop. 1990/91:141 bet. 1990/91:SfU16, rskr. 1990/91:303). Enligt förarbetena till reformen omfattar rehabilitering i vid mening medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Med medicinsk rehabilitering avses att återställa eller förbättra grundläggande funktioner, något som den allmänna sjukvården ansvarar för. Den sociala rehabiliteringen omfattar åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter och är främst en fråga för kommunens socialtjänst. Kommunerna har också ansvar för att missbrukare får den vård och hjälp som de behöver. Den yrkesinriktade rehabiliteringen ligger inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde och innefattar t.ex. arbetsprövning, arbetsträning, fördjupad vägledning, och arbetsmarknadsutbildning.

I och med rehabiliteringsreformen 1992 förändrades arbetsmarknadsmyndigheternas ansvarsområde till viss del. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering infördes vilket omfattar de åtgärder som i första hand arbetsgivarna och försäkringskassorna ansvarar för och som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga. Det kan vara fråga om arbetsprövning, arbetsträning eller utbildning som syftar till att personen skall kunna gå tillbaka till sitt tidigare arbete eller få ett annat arbete. Insatserna riktas främst mot personer som har anknytning till arbetsmarknaden, dvs. sjukskrivna som har eller söker ett arbete.

Arbetsmarknadsverket (AMV) har under 1999 aviserat att även den rehabilitering som ligger inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde, dvs. yrkesinriktad rehabilitering, fortsättningsvis kommer att benämnas arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringens mål

Det övergripande målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att upprätthålla den s.k. arbetslinjen som tillämpas i socialförsäkringarna och i arbetsmarknadspolitiken, dvs. att så många som möjligt skall kunna försörja sig själva genom eget förvärvsarbete. En vägledande princip har hittills varit att den offentliga sektorn skall prioritera aktiva insatser för att få tillbaka människor i arbetslivet även om dessa åtgärder på kort sikt kan kosta mer än den passiva ersättning som betalas ut till sjuka och arbetslösa.

Nuvarande regler

Det finns i dag inget sammanhållet regelsystem för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ansvar för frågor om individuell, arbetslivsinriktad rehabilitering regleras i 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL. Där anges att den försäkrades arbetsgivare i samråd med denne skall svara för att behovet av rehabilitering klarläggs och att åtgärder vidtas. Vidare har försäkringskassan ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt lagen. Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Arbetsgivarens skyldigheter vad gäller arbetsförhållanden och förebyggande insatser regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160). Lagen ställer krav på arbetsgivaren att anpassa arbetsförhållandena utifrån arbetstagarnas särskilda förutsättningar för arbetet, men det anges även i 3 kap. 1 a § att arbetsgivare ska samverka med arbetstagare för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Systemförändringar under 1990-talet

Under 1990-talet har det skett en rad förändringar i reglerna för socialförsäkringarna som bl.a. har haft till syfte att på olika sätt stärka förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet. Det handlar dels om regel­förändringar i systemen avseende bl.a. ersättningsnivåer m.m., dels om utökade möjligheter för ansvariga myndigheter att samverka kring rehabilitering.

Regelförändringar

Rehabiliteringsersättning infördes den 1 januari 1992 med en rehabiliteringspenning på 100 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Den 1 april 1993 sänktes rehabiliteringspenningen till 95 procent. Därefter sänktes rehabiliteringspenningen till 75 procent den 1 januari 1996 (samma nivå som sjukpenningen). Sedan den 1 januari 1998 är rehabiliteringspenningen 80 procent av SGI (samma nivå som sjukpenningen). Den 1 januari 1992 infördes en generell arbetsgivarperiod på två veckor – s.k. sjuklöneperiod – i sjukförsäkringen, vilket innebär att arbetsgivaren under denna period betalar ut sjuklön till den enskilde. Sjuklöneperioden förlängdes till fyra veckor den 1 ja-

nuari 1997. Därefter återställdes sjuklöneperioden till två veckor från den 1 april 1998.

Reglerna för sjukpenning ändrades den 1 oktober 1995. Bl.a. förtydligades gällande sjukdomsbegrepp genom att försäkringskassan vid sin bedömning av om sjukdom sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel skall bortse från arbetsmarknads- mässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden. Även försäkringsläkarens roll förtydligades och förstärktes samtidigt som regeländringarna syftade till att förbättra beslutsunderlaget för sjukpenning.

Från och med den 1 januari 1997 infördes nya kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension. Utrymmet att vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning beakta andra faktorer än rent medicinska minskades. Bedömning av arbetsförmågans nedsättning skall vidare göras enligt en s.k. steg-för-steg-modell. Det innebär att arbetsförmågan skall bedömas stegvis mot nuvarande eller annat arbete hos arbetsgivaren, mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden och mot annat tillgängligt arbete. Vid bedömningen skall det beaktas om den försäkrade efter arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna arbeta. När alla möjligheter har uttömts och den försäkrade har bedömts ha en varaktigt nedsatt arbetsförmåga kan förtidspension beviljas.

Regeringen har i prop. 1998/99:76 Försäkringsmedicinska utredningar m.m. bl.a. angett vissa förutsättningar för försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar. I propositionen förs också ett resonemang kring begreppen medicinsk utredning, försäkringsmedicinsk utredning och arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning. I samband med detta utvidgas också de allmänna försäkringskassornas kompetens till att också omfatta vissa utredningar.

Samverkan

Våren 1997 överlämnade regeringen propositionen Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m. (prop. 1996/97:63, bet. 1996/97:SfU12, rskr. 1996/97:273) till riksdagen. I propositionen framhöll regeringen att det finns ett stort behov av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av olika stödåtgärder. Många människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem riskerar att hamna i en gråzon mellan de olika ersättningsystemen eftersom problembilden inte renodlat faller inom någon viss myndighets ansvarsområde. Regeringen konstaterade att det finns

skäl att utveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller som ger bättre förutsättningar i rehabiliteringsarbetet.

Vidare anförde regeringen att det nu var dags att införa en möjlighet till frivillig samverkan för berörda myndigheter i syfte att stödja alla som är i behov av särskilda insatser. Framtida lokala samverkansprojekt skall inte behöva något särskilt godkännande av regeringen eller riksdagen. I budgetpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:1, bet. 1997/98:SfU1, rskr. 1997/98:11) återkom regeringen med förslag till ytterligare preciseringar. Bl.a. föreslogs försäkringskassan fr.o.m. den 1 januari 1998 få sluta avtal med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att delta i gemensamma projekt i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. För detta ändamål föreslogs försäkringskassan få disponera sådana särskilda medel som anges under anslaget A1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. Övriga parter som deltar i samverkansprojekt skall också bidra till projektets finansiering.

Vidare föreslogs att Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Riksförsäkringsverket (RFV) och Socialstyrelsen skall ha som gemensamt mål att genom samverkan inom rehabiliteringsområdet uppnå en effektivare användning av tillgängliga medel i syfte att underlätta för den enskilde att försörja sig genom eget arbete.

Brister i den arbetslivsinriktade rehabiliteringens förutsättningar Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan reformen genomfördes år 1992 inte fungerat tillfredsställande. Trots en mängd utredningar, rapporter och utvärderingar, som också har lett till åtgärder, har det varit svårt att få reformen att fungera i enlighet med lagstiftarens intentioner. Tre större uppföljningar/utredningar som rör den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har genomförts under åren 1997 och 1998: Perspektiv på rehabilitering (Statskontoret 1997:27), Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV Anser 1998:4) samt Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (SOU 1998:104). Dessa utredningar visar samtliga på allvarliga brister i tillämpningen av lagstiftningen hos rehabiliteringsarbetets centrala aktörer, dvs. arbetsgivare och försäkringskassan. Rehabiliteringsinsatserna sker ofta för sent samtidigt som arbetsgivarna inte fullgör sina skyldigheter när det gäller rehabiliteringsutredningarna. Dessutom går det inte att dra några djupgående slutsatser om resultaten och effekterna av de senaste årens rehabiliteringssatsningar – dvs. det går inte att bedöma huruvida de medel som budgeteras till rehabilitering ger önskat resultat.

Statskontoret har också haft i uppdrag att belysa och analysera företagshälsovården. Resultatet av detta arbete har Statskontoret redovisat i sin rapport Företagshälsovården i dag (1997:2). Av rapporten framgår

bl.a. att den ojämna täckningen av företagshälsovården runt om i landet bidrar till att försvaga den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Regeringen är medveten om att yttre faktorer som t.ex. bristande resurser hos ansvariga aktörer, framför allt försäkringskassan, samt den för svenska förhållanden höga arbetslösheten i hög utsträckning bidragit till redovisade problem. Rehabiliteringsreformen var anpassad för helt andra förhållanden.

Samtidigt vittnar de aktuella utredningarna om brister i rehabiliteringsarbetets förutsättningar – oenighet kring betydelsen av centrala begrepp, otydlig ansvarsfördelning mellan aktörer och oprecisa mål för verksamheten m.m. – vilket bekräftar att det finns oklarheter när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringens grundfundament. Det saknas också kunskap om vilka faktorer som är avgörande för bedömningen av om det finns ett rehabiliteringsbehov eller inte. Orsaken till detta är att det aldrig har funnits klara kriterier och värderingar om vem eller vilka som bör prioriteras i rehabiliteringsarbetet.

Om det saknas en värderingsgrund för prioriteringar följer en rad problem. Det blir framför allt svårt att definiera den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll. Detsamma gäller målet för rehabiliteringen, vilket i sin tur försvårar utvärdering av verksamheten. Är inte innebörden av det offentliga åtagandet ordentligt fastlagd finns heller inte någon entydig bild av hur det offentliga åtagandet skall utformas, eftersom detta i hög grad måste bygga på klara kriterier och värderingar om vilka som bör prioriteras i rehabiliteringsarbetet.

Regeringen är inte nöjd med den rådande situationen på rehabiliteringsområdet och anser att de resurser som satsas på rehabilitering måste användas på ett sätt som är effektivare för både individen och samhället.

Regeringens utgångspunkt

I förarbetena till 1992 års rehabiliteringsreform angav regeringen vissa principer som styrande för utformningen av det offentliga åtagandet. Bl.a. ansåg regeringen att det övergripande ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall följa av försörjningsplikten. I prop. 1990/91:141 anger det ansvariga statsrådet bl.a. följande om upprättandet av en rehabiliteringsplan: "Jag anser för egen del att det bör vara försäkringskassan som skall upprätta denna plan och att den ska grundas bl.a. på det material som redovisats i rehabiliteringsutredningen och eventuellt ytterligare underlag från andra rehabiliteringsansvariga. Detta finner jag lämpligt bl.a. eftersom det är försäkringskassan som har att fatta beslut om ersättningar från den allmänna

försäkringen i samband med rehabilitering." Ovanstående inriktning bör även fortsättningsvis vara en vägledande princip för ansvars- och arbetsfördelningen mellan myndigheterna på rehabiliteringsområdet.

Uppdraget

Utredarens uppdrag skall vara att med utgångspunkt från individens behov av och möjligheter till rehabilitering och återinträde på arbetsmarknaden se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En väsentlig del i detta arbete skall vara att i möjligaste mån kartlägga hela den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen. Detta innebär bl.a. att belysa nuvarande rollfördelning mellan ansvariga aktörer, efterfrågan och utbudet på arbetslivsinriktad rehabilitering, vilka nuvarande mål som finns för verksamheten samt hur kostnaderna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen korresponderar med resultat och effekter.

Vidare skall utredaren förutsättningslöst utarbeta en plattform för prioriteringar inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och därigenom förtydliga vilka som bör bli föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

Att diskutera prioriteringar inom socialförsäkringen är inte okontroversiellt. En naturlig orsak till detta är socialförsäkringens traditionella roll som grundpelare i den generella välfärdspolitiken. I fallet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är emellertid en diskussion kring prioriteringar nödvändig. Rehabiliteringshandläggare ägnar sig varje dag åt bedömningar och val av åtgärder för ett urval av personer utan att det finns en gemensam grund för dessa bedömningar. En plattform för prioriteringar skulle därför kunna utgöra grunden för att säkra centrala principer såsom en rättssäker och likvärdig tillämpning av socialförsäkringen.

Utöver uppdraget att utforma de principer som skall styra vem som skall bli föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och principer för en sådan prioritering skall utredaren även klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll. Detta innebär bl.a. att bestämma vilka medel som skall användas i rehabiliteringsprocessen (metoder, lagstiftning, resursinsatser m.m.) och att samordna definitioner av centrala begrepp. Utredaren skall också klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens gränser i förhållande till andra typer av rehabilitering. Här ingår framför allt att se över den gråzon som kan uppstå i ansvarsfördelningen mellan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och den rehabilitering som ligger inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde när det gäller försäkrade med nedsatt arbetsförmåga och som samtidigt är arbetslösa. Vidare ingår att se över den problematik

som kan uppstå i samband med att deltagare i samordnade rehabiliteringsprojekt kan ha olika ersättningsformer med olika ersättningsnivåer beroende på vilken myndighet som har det ursprungliga ansvaret.

Med utgångspunkt från ovanstående skall utredaren sedan klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet ur ett helhetsperspektiv. Om utredaren finner det påkallat skall det även stå denne fritt att lägga förslag till reglering av ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utöver det offentliga åtagandet.

Slutligen skall utredaren behandla frågor som rör målbeskrivningar och hur drivkrafterna kan förstärkas för att den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen skall kunna drivas i den riktning som utredaren förordar.

Arbetets uppläggning

Direktivens utgångspunkt är att samtliga försäkrade skall omfattas av utredningsarbetet. I ett särskilt avsnitt skall dock utredaren klargöra ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering för egenföretagare och yrkesaktiva med tidsbegränsade anställningar som t.ex. vikarier, projektanställda och konsulter.

I utredningsarbetet skall utredaren vidare beakta de speciella förhållanden som är en följd av att all rehabilitering i realiteten inte är frivillig ur individens synvinkel och att all arbetslivsinriktad rehabilitering sker gentemot arbetsmarknaden. Utredaren skall också beakta den rådande utvecklingen på arbetsmarknaden avseende t.ex. sysselsättnings- och företagsstruktur, arbets- och anställningsvillkor och krav på arbetskraftens kompetens.

I utarbetandet av en plattform för rehabilitering bör utredaren kunna utnyttja erfarenheterna från utformningen av sjukvårdens etikplattform. Den kommitté som arbetade med sjukvårdens frågor skulle enligt direktiven arbeta utåtriktat. Detta skedde bl.a. genom att kommittén först i samråd med experter och företrädare för organisationer och myndigheter utarbetade en rapport med bl.a. förslag till vägledande principer som borde gälla för prioritering inom vården. En bred remissbehandling följde av rapporten och därefter anordnades ett antal regionala möten med politiker, sjukvårdspersonal och representanter för allmänheten. Med stöd av de synpunkter som inhämtats på detta vis utarbetades sedan kommitténs slutbetänkande. Ett liknande angreppssätt bör övervägas av utredaren. I Statskontorets rapport *Perspektiv på rehabilitering* (1997:27) presenteras ett flertal alternativa värderings-

grunder som en plattform för prioriteringar inom rehabiliteringsområdet kan bygga på, t.ex.

- insatsrättvisa, dvs. att staten skall sträva efter lika stora satsningar på alla individer,
- kostnadsminimering, dvs. att staten skall prioritera satsningar på individer som förväntas ha bäst förutsättningar att bibehålla eller återfå arbetsförmågan,
- produktionsnytta, dvs. att staten skall prioritera satsningar på individer som bedöms ha störst ”värde” på arbetsmarknaden,
- effekträttvisa, dvs. att staten skall prioritera satsningar på svårrehabiliterade individer, så att alla får samma förutsättningar att bibehålla eller återfå arbetsförmågan,
- livscykelrättvisa, dvs. att staten skall prioritera satsningar på individer som tidigare inte fått så mycket skattefinansierad utbildning,
- anpassbarhet, dvs. att systemets administratörer skall kunna göra snabba förändringar vilket möjliggör olika tillämpning beroende på var man bor geografiskt samt
- förutsägbarhet, dvs. att regelsystemet skall vara fast så att individen vet vilka hans rättigheter är.

I syfte att undvika dubbelarbete eller andra olägenheter skall utredaren vidare beakta de projekt som pågår inom socialförsäkringsområdet för att förbättra rehabiliteringsarbetet på kassorna.

Utredaren bör också beakta riksdagens ställningstagande till förslagen i proposition om Försäkringsmedicinska utredningar m.m. (prop. 1998/99:76). Förslagets kostnadskonsekvenser skall redovisas enligt vad som anges i 14 § kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna skall en finansiering föreslås. Utredaren skall också redovisa i vilken mån förslagen bedöms kunna få betydelse för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. I den utsträckning förslagen bedöms kunna få betydelse i något eller några av dessa avseenden skall konsekvenserna anges.

Vid särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor skall tillämpas, tills ny kommittéhandbok utkommer, vad som anges i regeringens förordningsmotiv 1998:2.

Utredarens förslag skall redovisas senast den 1 juli 2000.

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om
den arbetslivsinriktade rehabilite-
ringen

Dir.
2000:50

Beslut vid regeringssammanträde den 21 juni 2000.

Sammanfattning av uppdraget

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08) skall ha slutfört sitt uppdrag senast den 15 augusti 2000.

Uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 3 juni 1999 tillkallade socialförsäkringsministern en särskild utredare med uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd senast den 1 juli 2000. Regeringen har beslutat att utredaren i stället skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 15 augusti 2000.

(Socialdepartementet)

Förteckning över personer knutna till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08)

Särskild utredare:

Gerhard Larsson, förre koncernchefen för Samhall AB och numera landshövding.

Sekretariat:

Lars Ahlin, leg. psykolog och civ. ekonom.

Dina Brdarski Jacobson, jur.kand.

Hans Goine, fil.kand.

Av regeringen utsedda experter:

Förbundsdirektör Jan-Åke Brorsson, Försäkringskassförbundet (FKF), Stockholm.

Professor Kerstin Ekberg, Rikscentrum för Arbetslivsinriktad rehabilitering, Institutionen för Hälsa och Miljö, Hälsouniversitetet, Linköping.

Avdelningsdirektör Annika Hultin, Arbetarskyddsstyrelsen (ASS), Solna.

Departementssekreterare Per Johansson, Socialdepartementet, Stockholm.

Verksamhetschef Svante Larsson, Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Arbetsrättsjurist Anna Lind, Svenska Kommunförbundet, Stockholm.

Utredaren Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet, Stockholm (deltagit under kort period som ersättare för Jan Svensson).

Direktör Rolf Lindberg, Blekinge läns allmänna försäkringskassa, Karlskrona.

Avdelningschef Stig Orustfjord, Riksförsäkringsverket (RFV), Stockholm.

Direktör Levi Svenningsson, Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Stockholm.

Förhandlare Jan Svensson, Landstingsförbundet, Stockholm.

Departementssekreterare Marie Åkhagen, Näringsdepartementet, Stockholm.

Av den särskilde utredaren tillkallad referensgrupp med arbetsmarknadens parter m.fl.:

Alf Eckerhall, Svenska arbetsgivarföreningen (SAF).

Åsa Hollmén, Svenska Kommunförbundet.

Erik Jannerfeldt, Svenska arbetsgivarföreningen (SAF).

Jens Karlsson, Företagarnas Riksorganisation.

Inga-Britt Lindström, Sveriges akademikers centralorganisation (Saco).

Carina Nilsson, Landsorganisationen i Sverige (LO).

Urban Ryadal, Tjänstemännens centralorganisation (TCO).

Margareta Sandberg, Landstingsförbundet.

Britt Trossmark, Arbetsgivarverket.

Av den särskilde utredaren sammankallad arbetsgrupp i etik och prioriteringar:

Erwin Bischofberger, professor, Karolinska institutet, Stockholm (delvis).

Conny Johannesson, docent, Växjö universitet, Växjö.

Barbro Karlsson, generalsekreterare, SHIA, Stockholm.

Eva Lindblom, sakkunnig, Finansdepartementet, Stockholm.

Marita Rehnström, egen företagare, Stockholm.

Birgitta Rolander, affärsområdeschef Hälsa, SPP, Stockholm.

Lars Söderström, professor, Lunds universitet, Lund.

Lotta Vahlne Westerhäll, professor, Göteborgs universitet, Göteborg.

Sammanfattning av ”Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen”

I diskussionspromemorian lämnades förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan bli kraftfullare och mer individinriktad. Avsikten med promemorian var att stimulera till en bred offentlig debatt, bl.a. genom en remissbehandling av promemorian, inför huvudbetänkandet.

• Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte fått fullt genomslag

Statsmakternas syfte med den arbetslivsinriktade rehabiliteringsreformen 1991/92 var att minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet och därmed också motverka ökande kostnader i socialförsäkringen samt att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.

Reformen byggde på tre hörnstenar. Den första hörnstenen innebar att tonvikt lades vid en bättre arbetsmiljö; arbetsgivarens ansvar vidgades i arbetsmiljölagen mot ett systematiskt arbetsmiljöarbete och ett aktivt rehabiliteringsarbete på arbetsplatserna. Den andra delen gällde att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering infördes för första gången i socialförsäkringen. Med detta begrepp avsågs sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer, som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension. Det övergripande målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle vara att upprätthålla arbetslinjen som tillämpades i arbetsmarknadspolitiken, dvs. att så många som möjligt skulle kunna försörja sig genom eget arbete. Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen blev förskjuten mot arbetslivet; arbetsgivaren fick ett större ansvar för de anställdas rehabilitering, innebärande också att denne skulle göra en rehabiliteringsutredning. Försäkringskassan fick en samordningsroll, som bl.a. innebar att organisera ett effektivt sam-

arbete mellan olika myndigheter och organ inom rehabiliteringsområdet för all rehabilitering.

Den tredje hörnstenen i reformen innebar att det infördes en generell arbetsgivareperiod, vilket medförde att arbetsgivaren fick betala de anställdas sjuklön under de första 14 dagarna. Syftet med reglerna var bl.a. att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa.

Enligt utredningens bedömning innebar reformen att arbetsgivaren fick ett stort men tyvärr otydligt ansvar för anställdas rehabilitering. Ansvaret rymmer olika tolkningssvårigheter och tolkas också i praktiken olika. Det finns inte heller någon lätthanterlig sanktionsmöjlighet knuten till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. I stället har det praktiska ansvaret förskjutits alltmer från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn, dvs. fyra på var sitt sätt finansierade instanser (sektorer): landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassa). När sjukskrivningen har inträffat tar offentliga sidan över efter 14 dagar, såväl ansvaret för försörjningen som i praktiken för rehabilitering/sjukvård. Arbetsgivarna finansierar försörjningen även efter 14 dagar, men nu med en generell arbetsgivaravgift (sjukförsäkringsavgiften). Det offentliga ansvaret präglas av en internationellt sett relativt hög grad av sektorisering som utgör strukturellt en broms för en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering. Till sektoriseringen har bidragit att det – över huvudmannagränser – saknas gemensamma operativa mål för rehabiliteringsverksamheten. Därtill är det nuvarande rehabiliteringsbegreppet oklart och upplevs av många som ett hinder i den praktiska tillämpningen. En annan slutsats som kan dras är att individen – tvärtemot statsmakternas intentioner med reformen – har litet inflytande över sin rehabiliteringsprocess.

Andra faktorer som torde bidragit till att reformen inte har fått full genomslag är förändringar på arbetsmarknaden och i arbetsliv. När reformen formades var arbetsmarknaden ”överhettad”. 1990 – talet har sedan präglats av för Sverige unikt höga arbetslöshetstal, och förändrade arbetsorganisationer som också blivit allt mer ”slimmade”. Den växande andelen av arbetskraften som är egna företagare eller tillfälligt anställda (projektanställd, korttidsanställd) har ökat från 18 procent år 1990 till 25 procent 1998. Det sistnämnda har betydelse för ansvaret i samband med en rehabiliteringssituation eftersom arbetsgivaren och arbetsplatsen är viktiga vid rehabilitering. Allt detta torde både ha påverkat orsaker till sjukskrivning och lett till svårigheter att finna arbetsmöjligheter för ”mjukstart” eller byte av arbetsplats vid behov.

Statsmakterna har också senare ändrat vissa förutsättningar som gällde för reformen. Exempelvis har det särskilda statsbidraget till

företagshälsovården tagits bort, som torde medverkat till att denna stödresurs minskat i täckning. Likaså har nivån på rehabiliteringsersättning till individen sänkts. Det har inte heller utformats några gemensamma kriterier eller värderingar för vem eller vilka som borde prioriteras vid rehabilitering runt över landet. Enligt utredningens uppfattning har också de politiska signalerna varit ojämna under 1990-talet, och därmed prioriteringen av dessa frågor. Vidare är svaga incitament och positiva drivkrafter inom rehabiliteringsområdet ett mer eller mindre generellt problem för de offentliga myndigheterna, arbetsgivaren och individen.

Andra orsaker som har bidragit till att reformen inte har fått fullt genomslag är att landstingens och kommunernas utbud av rehabiliteringsresurser är otillräckligt och ojämnt fördelat såväl mellan diagnosgrupper som regionalt. Privata alternativ har dessutom ej mött upp tillräckligt. Detta innebär att betydande grupper får rehabilitering senare eller inte alls på grund av dessa brister i utbudet.

- **De långa sjukskrivningarna är 50 procent fler och kostnaderna för alla sjukfallen i försäkringen nästan fördubblade, allt på två år. De passiva kontantersättningarna för ohälsa är nu 72 miljarder**

Utvecklingen efter reformens införande präglas bl.a. av att arbetsmarknaden har genomgått stora förändringar och att sjukfrånvaron de senaste åren har ökat dramatiskt. Efter reformen sjönk inledningsvis antalet sjukskrivna personer mer än en månad fram till 1990-talets mitt. Antalet låg så sent som 1997 kvar på ca 115 000 personer för att sedan bara på två år öka med över 50 procent till 181 000 personer senhösten 1999 (4,2 procent av arbetskraften). I december 1999 ersattes totalt 6 miljoner sjukpenningdagar, vilket är det högsta antalet dagar sedan reformen trädde i kraft 1992.

Bland de sjukskrivna blir det också allt fler personer med mycket långvariga sjukskrivningsperioder, dvs. mer än ett år. Antalet sådana har de båda senaste åren, efter att tidigare legat relativt stilla, ökat med ca 30 procent per år för att vid senaste årsskiftet uppgå till ca 71 000 personer.

Detta har bl.a. lett till att kostnaderna för sjukpenningen i allmänna försäkringen nästan fördubblats på två år (+74 procent). I december 1999 utbetalades ca 2,4 miljarder kronor i sjukpenning, vilket motsvarar nära 29 miljarder på årsbasis (exklusive rehabilitering). Det kan jämföras med att årskostnaden så sent som 1998 var knappt 19 miljarder.

De sammanlagda kostnaderna, enbart i försörjningsstöd från sjuk- och närliggande arbetsskadeförsäkringen, inklusive förtidspensioner och de kompletterande avtalsförsäkringarna som ansluter till den allmänna försäkringen, uppgår för närvarande till närmare 72 miljarder kronor.

I utredningsarbetet pågår en analys av samhällets kostnader för aktiva rehabiliteringsinsatser. En första uppskattning pekar på att dessa uppgår till högst 10 procent av det samlade försörjningsstödet.

Parallellt med den nu beskrivna utvecklingen har arbetsmarknaden under 1990-talet förändrats kraftigt. Även om sysselsättningen nu är under tillväxt är den alltjämnt tio procentenheter under 1990 års nivå (83 procent). Totalt är det över 400 000 färre i arbete nu. Den faktiska pensionsåldern har också i praktiken sjunkit till 58 år. Många har lämnat arbetslivet i förtid på grund av sjukdom (förtidspension) men också en växande del via avtalspensioner. Endast en av fem arbetar just nu till 65 år.

- **Aktiva rehabiliteringsinsatser kommer allt senare eller sällan – endast 13 procent av de långtidssjukskrivna får rehabilitering inom ett år**

De ökade kostnaderna för samhällets ohälsa bör ställas i relation till att det i dag finns ett stort rehabiliteringsbehov som inte blir tillgodosett. Utredningens inledande kartläggning visar på en stor diskrepans mellan de sjukskrivnas uppfattning om behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och professionens bedömning av ett sådant behov. Som exempel kan nämnas en studie som visar att nära tre gånger så många av de sjukskrivna med rygg och nackbesvär upplevde behov av en konkret arbetslivsinriktad insats (exkl. medicinska åtgärder) än vad såväl behandlande läkaren som försäkringskassan bedömde vara i behov av åtgärder.

Rehabiliteringen påbörjas dessutom allt senare nu jämfört med början av 1990-talet. Den genomsnittliga tiden till dess att en arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats, där försäkringskassan är engagerad, förlängdes under denna period med nästan två månader (från 130 dagar till 187 dagar).

Väntetider i vården kostar pengar för socialförsäkringen utan att belasta hälso- och sjukvården. En mindre kartläggning av väntetider inom landets ortopedkliniker, som utredningen låtit göra, visar att den genomsnittliga väntetiden för bedömning är 7,2 månader (3–18 mån). Denna väntetid är i många fall en passiv väntan med sjukersättning utan att aktiva insatser kommer till stånd.

Försäkringskassornas arbete med rehabilitering har minskat sedan 1996. Medel för köp av rehabiliteringsinsatser går nu också i ökad utsträckning till att kartlägga rehabiliteringsbehov.

Anmärkningsvärt många sjukfall är oklara eller dåligt utredda. Utredningen har studerat rehabiliteringsbehovet under hösten i ett urval från hela landet av knappt 3000 sjukskrivna (>2 månader). Av de sjukfall som varat ett år eller mer var det hela 30 procent som var oklara, bevakades eller där utvecklingen avvaktades. Appliceras denna undersöknings resultat på alla 157 000 individer, som var sjukskrivna mer än 2 månader i oktober 1999 skulle just då 29 000 (19 procent) ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering enligt nu gällande regler. För ytterligare 77 000 individer (49 procent) var behovet oklart eller skulle utredas. Bland de senare finns därmed ett stort mörkertal av ytterligare sjukskrivna som kan behöva arbetslivsinriktad rehabilitering. Jämförelsevis kan noteras att 1998 påbörjade endast 13 procent av landets då sjukskrivna inom ett år arbetslivsinriktad rehabilitering enligt reglerna för socialförsäkringen.

Utbudet av rehabiliteringsresurser är vidare otillräckligt och ojämnt. Personer med sjukbidrag på grund av psykiska besvär har fått mindre arbetslivsinriktad rehabilitering än personer med somatisk diagnos. Utbudet för mer sammansatta behov och för personer med stressrelaterade sjukdomar är mycket tunt.

- **1990-talets utveckling har mötts med få åtgärder av statsmakterna, kommun och landsting samt arbetsmarknadens parter**

En annan frågeställning i kartläggningen är hur utvecklingen av reformen under 1990-talet har bemötts av statsmakterna, kommuner och landsting samt arbetsmarknadens parter. Det har gjorts en mängd utredningar och uppföljningar som har behandlat den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och som har visat på allvarliga brister i verksamhetsområdets förutsättningar. Dessa utredningar och uppföljningar har emellertid – med några få undantag – inte resulterat i några konkreta åtgärder. När det gäller insatser som direkt påverkar verksamhetsområdet arbetslivsinriktad rehabilitering har utredningen kunnat konstatera att statsmakterna vidtagit huvudsakligen sex åtgärder. Främst gäller det uppmantran till samverkan i olika former – både finansiell och frivillig sådan mellan myndigheter som är berörda och visst ekonomiskt stöd till landstingen för att skynda på utbyggnad av rehabiliteringsresurser. Vidare en tidsbegränsad satsning på förebyggande insatser via dåvarande Arbetslivsfondens verksamhet. Men staten har också förändrat i

stöd och regler för företagshälsovården, ändringar när det gäller sjuklöneperiodens längd samt lägre ersättning till individen. Kommunerna och landstingen har framförallt prövat frivillig samverkan i olika former medan arbetsmarknadens parter har decentraliserat och delegerat frågorna om rehabilitering till de lokala parterna. Få centrala avtal har träffats.

- **Forskningen inom området är otillräcklig och begränsad**

Forskningen på området att komma tillbaka vid sjukdom/olycksfall, arbetslivsinriktad rehabilitering, är outvecklad och otillräcklig i både systematik och omfattning visar utredningens kartläggning. Det saknas tydliga svar på vilka effekter de metoder ger som idag tillämpas och det forskas mycket begränsat om metoder för att möta nya behov.

Trots detta så har en flora av olika rehabiliteringsproducenter vuxit upp på marknaden under 1990-talet efter reformen. Området kostar årligen över 70 miljarder kronor av offentliga medel enbart i passiva kontantersättningar för ohälsa, vartill kommer arbetsgivarnas sjuklönekostnader. Sammanlagt nästan lika mycket som hela den svenska sjukvården (exkluderat läkemedelskostnader) kostar årligen. Ett samhällsområde, där de flesta behandlingsmetoder är utforskade och löpande utvärderas. Detta är en väldigt obalans med tanke på att båda områdena handlar om att bota – återföra människor. Mot denna bakgrund finns det anledning att se över forskningens förutsättningar och hur mer forskning kan stimuleras inom hela fältet rehabilitering, liksom aktiva åtgärder kontra passiva ersättningar. Konkreta förslag till detta kommer i huvudbetänkandet.

- **Tre olika modeller – en internationell utblick**

I en översiktlig internationell studie, som sedan skall fördjupas till huvudbetänkandet, jämförs hur ett urval länder har utformat sina försäkringssystem för ersättning vid sjukdom och efterföljande rehabilitering. I huvudsak representerar länderna tre olika försäkringssystem som utredningen har valt att kalla den offentliga modellen (Danmark och Norge), avtalsmodellen (Tyskland) och arbetsgivarmodellen (Australien och Holland).

Den offentliga modellen innebär i huvudsak att försäkringen är det offentligas ansvar, obligatorisk, generell, administreras av en offentlig myndighet eller kommunen samt finansieras via generella arbetsgivar- och egenavgifter. Avtalsmodellen innebär i huvudsak att försäkringen

är arbetsgivarnas och arbetstagarnas (individernas) ansvar, obligatorisk, kopplad till arbetet, administreras av avtalsförsäkringar samt finansieras via generella eller differentierade arbetsgivar- och egenavgifter. Arbetsgivarmodellen innebär i huvudsak att försäkringen är arbetsgivarens ansvar, obligatorisk, kopplad till anställning, administreras av olika försäkringsinstitutioner – både privata och offentliga samt finansieras av differentierade arbetsgivaravgifter.

- **Rehabilitering lönar sig – 1 satsad krona ger 9 kronor tillbaka**

Arbetet har betydelse ur flera aspekter. För individen ger det normalt välbefinnande och hälsa att ha ett avlönat arbete. Med denna utgångspunkt följer också att vi när vi blir sjuka eller skadade vill tillbaka till arbetet så fort som möjligt. En fungerande arbetslivsinriktad rehabilitering är därför motiverad bl.a. av mänskliga skäl. För samhället ligger arbetets betydelse i att hela den svenska välfärden bygger på att tillräckligt många individer arbetar och bidrar till den gemensamma välfärden genom skatter och avgifter.

Aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser är emellertid även motiverade av samhällsekonomiska skäl. Utredningen har för första gången låtit göra en samhällsekonomisk studie, som visar – även utifrån försiktiga antaganden – en ganska entydig slutsats, nämligen att de ekonomiska effekterna av en fördjupad arbetslivsinriktad rehabilitering är mycket stora i förhållande till de sannolika kostnaderna för själva rehabiliteringen. Gjorda beräkningar bygger på en kartläggning av potentialen för rehabilitering utifrån en genomgång av 15 000 ärenden hos försäkringskassorna och erfarenheter av rehabilitering inom vissa diagnosgrupper. Om 7 000 fler personer, dvs. en dryg procent av dagens långtidssjuka och förtidspensionärer, rehabiliteras med en ny fördjupad rehabilitering varje år blir den årliga kostnaden 1 miljard kronor. Efter första året nås s.k. breakeven för dessa. Vinsten av ett sådant rehabiliteringsupplägg skulle öka från år till år under en stude-rad tioårsperiod och sedan stabiliseras runt 10 miljarder kronor per år.

Med andra ord, en satsad krona från samhället ger nio kronor tillbaka sett till effekterna över de fyra sektorerna ("kassorna") i den offentliga sektorn, dvs. landsting kommun, statens arbetsförmedling och socialförsäkring. Tyvärr råder det i dag inga klara samband mellan "insats och vinst/besparing" för resp. sektor. Det är först när man ser ovanför de enskilda fyra "kassorna", som det framgår att alla skattebetalare förlorar i dagens system vid uteblivna eller sena adekvata rehabiliteringsinsatser.

- **Om ingenting görs blir det ytterligare 100 – 150 000 fler med ohälsa**

I en färsk bilaga från Konjunkturinstitutet (KI) till årets långtidsutredning från finansdepartementet men också i en aktuell prognos från Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) pekas det på att arbetskraftsutbudet med nuvarande födelsetal och befolkningsinvandring blir tunt till år 2010. KI:s netto i basscenariot visar att antalet arbetande timmar knappt ökar alls. Det beror på demografiska förändringar. Befolkningen blir allt äldre och det är befolkningsgruppen 50–64 år som växer mest (+ ½ miljon från 1990 – 2010).

Vad prognoserna inte tycks ha beaktat är att just den åldersgruppen som nu ökar kraftigt också har störst risk för sjukdom och arbetsoförmåga, vilket framkommit i utredningens kartläggning. Appliceras detta på långtidsutredningens siffror och även utredningens prognos över förtidspensioneringar så blir slutsatsen att ytterligare 100–150 000 personer den kommande tioårsperioden riskerar att inte kunna arbeta på grund av ohälsa, trots att de är i arbetsför ålder. Motsvarande antal i dag är ca 610 000 personer. Det betyder en ökning med 20–25 procent. Beaktas detta riskeras en arbetskraftbrist fram till år 2010, om långtidsutredningens och AMS prognoser i övrigt skulle gälla.

Skulle därtill nuvarande trend med allt fler som tar ut tidigare pension (förtids-, avtalspension, förtida uttag) fortsätta så sjunker den s.k. försörjningskvoten än mer. 2010 blir det då bara två förvärvsarbetande per pensionär medan motsvarande kvot under 1990-talet var tre.

- **Ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov i framtiden**

Utredningens genomgång visar för de närmaste åren ett behov av dels satsning på rehabilitering för nya sjukdomsgrupper och dels en bättre anpassning av utbudet från hälso- och sjukvården till vad de sjukskrivna efterfrågar. För stressrelaterade besvär behövs ny kunskap. För många behövs också mer omfattande insatser än idag för att komma igen.

Rehabilitering tillbaka till den gamla arbetsplatsen bör alltjämnt vara huvudmålet. Men för att lyckas med rehabiliteringen kan ibland annan arbetsplats krävas (t.ex. för personer med vissa allergier, vid stress eller egenföretagare). Alltfler med rehabiliteringsbehov kommer att vara äldre, vilket ställer särskilda krav. En kompletterande arbetsmarknad behöver utvecklas, för mjukstart liksom för personer som rehabiliteras men inte kommer in eller orkar fullt ut på reguljära arbetsmarknaden.

- **Det behövs en ny reform**

Sammantaget motiverar mänskliga hänsyn, kraftigt ökade kostnader för ohälsa, de samhällsekonomiska vinsterna samt risk för arbetskraftsbrist att en ny reform kommer till stånd inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Med en sådan reform vill utredningen uppnå:

Stärkta förebyggande insatser. Vikten av förebyggande insatser kan inte nog betonas. Genom sådana insatser skapas kanske det effektivaste medlet att bromsa ohälsa och rehabiliteringsbehov. Även ekonomiska drivkrafter bör synliggöras så att positiva insatser kan underlättas av ansvariga, dvs. arbetsgivaren och offentliga sektorns aktörer.

En ny reform bör också syfta till tidigare upptäckter av rehabiliteringsbehov och snabba insatser. Erfarenheten visar att långa sjukskrivningsperioder liksom arbetslöshet i sig kan vara ett hinder för en lyckad rehabilitering och återgång i arbete. En förutsättning för lyckad rehabilitering är vidare individens engagemang och medverkan. Individen bör därför ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. Inte bara individen utan också arbetsgivaren behöver många gånger stöd i sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Ett kunskapsstöd till arbetsgivaren i form av en rådgivare skulle troligen medföra bättre drivkrafter för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete på många arbetsplatser.

Det är inte rimligt att individens möjligheter till rehabiliteringsinsatser från samhället skall vara beroende av sådana faktorer som var han eller hon bor, orsaken till sjukdomen, kön eller funktionshinder. En ny reform bör därför medföra jämlikhet av rehabiliteringsutbud över landet dels geografiskt, dels mellan olika grupper. En reform kräver också ett vidgat utbud av rehabiliteringsresurser. Avslutningsvis behövs det ökad kunskap om orsaker till sjukdom, metodikkunskap och effekter av olika rehabiliteringsinsatser.

- **Framtida försäkringsgivare får en större och tydligare roll**

Den framtida försäkringsgivaren bör enligt utredningen förslag få två huvuduppgifter när det gäller sjukförsäkringen i allmänhet och arbetslivsinriktad rehabilitering i synnerhet. Som hittills skall denne beräkna och betala ut ersättning vid inkomstförlust för den sjukskrivne. Där- emot vidgas den andra uppgiften när det gäller att få en sjukskriven person att komma (åter) i arbete, både vad gäller tidiga insatser och omfattning av desamma.

I den föreslagna beskrivningen av försäkringsgivarens uppdrag skall denne snarast se till att den sjukskrivne erhåller det stöd och de insatser från olika aktörer som rimligen krävs. Försäkringsgivaren skall samordna, driva på och får till slut ta ansvar för om återgång eller inträde i arbetslivet är möjligt.

Vid en avvägning av vad som skall anses rimliga insatser bör kostnaderna för aktiva insatser sättas i relation till kostnader för sjukskrivning. Här syftas inte på sektor för sektor inom den offentliga sidan, som i regel gällt hittills, utan tvärs över berörda huvudmannagränser, dvs. de fyra "kassorna" och helst också inkluderat eventuell arbetsgivare och individen. Detta kopplar tillbaka till den stora ekonomiska potential som finns med ett sådant betraktelsesätt enligt utredningens samhällsekonomiska kalkyl. En satsad krona ger nio tillbaka. Begreppet rimlig avser också att endast sådana metoder som normalt bör komma ifråga och som bygger på dokumenterad effekt för den aktuella sjukdomen/olyckan.

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

För en del sjukskrivna som uppbär sjukersättning är vägen till hälsa endast en kortare tids vila. För andra kan krävas en given behandling från sjukvården men i övrigt inga komplikationer för att återgå i arbete. Åter andra kan ha sammansatta behov, kräva längre sjukskrivning, svårt att gå tillbaka till sitt gamla arbete eller kan överhuvudtaget inte komma in på arbetsmarknaden. Det är för den sista gruppen utredningen valt att för framtiden förbehålla begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.

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

- **Etik för att vägleda**

En etisk plattform kan sägas vara vissa handlingsprinciper som vilar på allmänna värderingar i samhället. Etik och moral talas det ofta om som fast kopplade till varandra. Bägge begreppen syftar till att identifiera sådana värden i livet som har med det goda och det rätta att göra; vi vill handla på ett etiskt riktigt och försvarbart sätt. Etik handlar i stor utsträckning om att välja och att ta ansvar.

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

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

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

Förslagen i promemorian är baserade på att individen skall stå i centrum i sin egen rehabiliteringsprocess, bl.a. föreslås att individen skall få en lagfäst rätt till rehabiliteringsstöd. Individens rätt till rehabiliteringsstöd bör få en framträdande plats även vid utformningen av en etisk plattform.

Människor som är sjukskrivna befinner sig ofta i en utsatt situation. Det blir därför särskilt viktigt att en sådan verksamhet som den inom sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. Respekten för den

enskilde individen medför också att informera och samråda med denne under hela rehabiliteringsprocessen. Den etiska plattformen bör därför också bygga på autonomiprincipen/integritetsprincipen som innebär att individen har rätten att bestämma över sitt liv så länge det inte går ut över andras motsvarande rätt. Individen har rätt att bli behandlad som en självständig person och samråd skall ske mellan försäkringsgivaren och den enskilde under hela rehabiliteringsprocessen.

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

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

• Riktlinjer för prioriteringar

Varje gång det fattas beslut utifrån begränsade resurser av något slag görs en prioritering, ett val. I och med att man bestämmer sig för att använda resurserna inom t.ex. socialförsäkringen till något speciellt ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat. Grundläggande för alla former av medvetna prioriteringar är att kunskapen är viktig om vad det är man prioriterar eller avstår från att prioritera. Prioritering inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är tänkt i först hand utifrån en bristsituation och som vägledning i vilken ordning olika grupper eller individer bör prioriteras. Prioriteringar kan också motiveras utifrån nödvändigheten att hushålla med gemensamma resurser och förväntningar på rättvis behandling.

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

Ett jämlikt synsätt, dvs. faktorer som kön, ras, hudfärg, etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning eller funktionshinder får däremot inte utgöra grund för prioriteringar. Detsamma gäller för social bakgrund och inkomstförhållanden. Enbart ålder får inte heller utgöra grund för prioriteringar. Orsaken till sjukdom eller olycksfall kan vara relaterad till arbete i mer eller mindre utsträckning, men får inte utgöra grund för prioriteringar. Att utbudet saknas på den ort som den försäkrade är bosatt i får inte utgöra grund för prioriteringar. Prioriteringar av åtgärder får därför inte vara utbudsstyrda med avseende på regional förekomst.

- **Individen får ökat inflytande genom rätt till rehabiliteringsstöd**

I dag har en person som drabbas av sjukdom/olycka rätt till sjukersättning men inte någon rätt till vård eller behandling. Det finns inte heller någon formell rätt att påverka val av metod vid behandling. Enligt utredningens mening är detta en obalans i två avseenden. Dels för att det primära måste vara att individen får hälsan åter och dels för att det kan hämma individens engagemang och motivation, vilket är avgörande för lyckad rehabilitering.

Utgångspunkten för utredningens förslag blir därför att individen skall få ett reellt inflytande, individen skall vara i centrum i sin egen rehabiliteringsprocess. Mot den bakgrunden tas först upp individens ansvar när det gäller förebyggande insatser. Nyckelområdena är påverkan av den egna hälsan och påverkan när det gäller egna chanser att få eller utvecklas i arbetet.

För att säkra respekten för individen och att denne får ett inflytande i en annars ofta utsatt situation preciseras individens rätt till rehabiliteringsstöd till två områden. Utredningen har kunnat konstatera att efter åtta år med nuvarande ordning så kommer rehabiliteringen allt senare, samtidigt som rehabiliteringsutredningar inte görs i någon större omfattning. Vem som får arbetslivsinriktad rehabilitering beror i hög grad på var man bor i landet och vilken handläggare som möter upp från kassan. Därför finns det enligt utredningens mening ett starkt behov av en lagfäst rättighet till individen att få rehabiliteringsstöd.

Rätt till rehabiliteringsutredning, som är den ena rätten, skall normalt gälla efter fyra veckors sjukskrivning och då involvera individens egna perspektiv och kunskap. Den andra är individens rätt till en mentor, ett personligt stöd, om denne så önskar. Mentorn skall fungera som samtalspartner, bollplank till individen men också, om så behövs, söka ta tillvara hans eller hennes intressen som dennes talesman. Det kan

också handla om att underlätta samspelet mellan individen, arbetsplatsen och andra aktörer.

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

- **Även arbetsgivaren får ökat stöd**

Arbetsgivarens roll i rehabiliteringsarbetet diskuteras så som den formulerades i reformen. Kritik mot reformen har bl.a. varit att de ekonomiska incitamenten varit för svaga. Små och medelstora arbetsgivare har haft problem med vart de skall vända sig när olika rehabiliterings-situationer uppstår. De ändrade förutsättningarna för företagshälsovården har också utgjort ett problem. Det förebyggande arbetets betydelse beskrivs i korthet och avsikten är att i huvudbetänkandet återkomma med förslag kring hur det förebyggande arbetet ska förstärkas. Den information, som finns i sjukfallen bör på ett helt annat sätt än hittills tas tillvara i det förebyggande arbetet.

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

Utredningen anser också att det är betydelsefullt att arbetsplatsen och arbetsgivaren skall få tillgång till ett stöd. En sådan personlig rådgivare (case manager) skall vara ett stöd både i arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall. Härigenom får arbetsgivaren också kunskap om arbetsanpassning. Hur stödet utformas närmare blir beroende av vald organisationsmodell.

- **Organisatorisk och finansiell lösning – tre alternativa modeller**

När det gäller organisationen av den framtida försäkringen och hur den skall finansieras har utredningen valt att redovisa tre alternativa modeller. En förändring av dagens ordning påverkar etablerade samhällstrukturer och berör i princip hela befolkningen i arbetsför ålder. Därför har utredningen bedömt det skäligt att några realistiska alterna-

tiv blir föremål för en offentlig debatt innan utredningen utformar en slutlig modell. Härvid räknar utredningen med att modellerna prövas såväl ur effektsynpunkt som ur praktisk tillämpning.

Modellerna redovisas i promemorian utan någon inbördes prioritet. Slutligt vald modell kommer inför huvudbetänkandet att mer detaljerat utarbetas, kostnadsberäknas och lagregleras. Utgångspunkten är att förslaget skall leda till färre sjukdagar, tidigare insatser, bättre hälsa och lägre totala kostnader för den samlade offentliga sidan och arbetsgivare vid oförändrad risk.

Utredningens utgångspunkter för modellerna är i korthet:

När någon drabbas av en sjukdom/olycka delas ansvaret mellan arbetsgivaren/arbetsplatsen (om personen har arbete) – det offentliga – individen själv.

I dag finansierar arbetsgivarna sjukpenningen via den generella sjukförsäkringsavgiften (f.n. 8,5 procent), och har ett visst ansvar för rehabilitering (på arbetsplatsen) samt har att göra en rehabiliteringsutredning efter fyra veckors sjukskrivning. Detta har inte fungerat på ett tillfredställande sätt. Både av rättviseskäl och för att nå en bättre effekt av rehabiliteringsinsatser vill utredningen att individens inflytande stärks genom att alla försäkrade får rätt till rehabiliteringsstöd efter en tids sjukskrivning, såsom redovisats ovan.

Utredningens kartläggning har visat att det för en del sjukskrivna inte är ett gott eller realistiskt mål att rehabiliteras åter till sin gamla arbetsplats. Det kan gälla vid vissa hälsoproblem eller för en egenföretagare. Av den anledningen, vilket också understryker arbetslinjen enligt de föreslagna etiska principerna, bör försäkringsgivaren svara för att ny arbetsgivare sökes och att kompletterande utbildning, vid behov, erhålles. Utbildning för att få förutsättningar till ett jobb på en likvärdig nivå på en ny arbetsplats. Det förutsätter emellertid att alla möjligheter på "gamla" arbetsplatsen uttömts.

Valet av de tre modellerna bygger på studier av vad som fungerar mindre bra i det svenska systemet och internationella övergripande jämförelser. Alla tre är möjliga för svenska förhållanden och utgår från att tillgodose de åtta syften med en reform, som utredningen redovisat. De är valda så att de inte skall inkräkta på dagens grundläggande ansvarsfördelning mellan landsting – kommun – staten (staten här avseende arbetsmarknadspolitik) och dessas respektive finansiering. De syftar ändå till att kunna, till skillnad mot dagens ordning, ta tillvara de samhällsekonomiskt klart positiva effekterna av tidiga och snabba insatser.

Socialförsäkringens och därmed försäkringskassornas ansvar förändras. Försäkringsgivaren får enligt förslaget ett vidgat uppdrag jämfört med hittills i alla tre modellerna, för att med kraft kunna driva aktiva insatser och rehabiliteringsprocessen samt följa upp.

Till hjälp för att skynda på i modell 1 införs en vård- och behandlingsgaranti på berörd huvudmans bekostnad. Den skall säkra att väntetider för bedömning och behandling/åtgärd hos landsting/kommuner/arbetsmarknadsorgan ej blir för långa i landets olika delar. Medlet för detta i de andra två modellerna är att försäkringsgivaren skall kunna köpa individuella vård- och behandlingsinsatser liksom arbetsträning/kompletterande utbildning när väntetiderna blir långa och det kan motiveras utifrån de etiska principerna.

I två av modellerna är försäkringsgivaren densamma som den allmänna försäkringen, medan i den tredje skapas viss konkurrens genom även andra försäkringsgivare bjuds in. En pluralism, som redan gäller för rehabiliteringsproducenter.

De två första modellerna bygger vidare på dagens offentliga ansvar med en enda försäkringsgivare (allmänna försäkringen). De skiljs åt bl.a. genom att i den ena skapas en tydlig huvudaktör inom den offentliga sidan (modell 2). Medlet är en särskild rehabiliteringsförsäkring

I den tredje modellen blir det i jämförelse med i dag även en kraftfull förskjutning i praktiskt ansvar från den offentliga sidan till arbetsgivarna, medan i övriga modeller är denna skärningslinje tämligen oförändrad. Även om modellerna var för sig tillgodoser reformens syften så kan de säkert bedömas ge olika tyngd i förstärkta drivkrafter, effekt på mer förebyggande insatser och kvalitet för individen.

Finansieringen av försäkringen sker via arbetsgivaravgifter, men tas ut och beräknas på olika sätt i de tre modellerna.

Remissammanställning över ”Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen”

Rapporten ”Individen i centrum? – en diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen” remissbehandlades genom utredningens försorg under perioden februari – april 2000. Svar har kommit från sammanlagt 80-tal instanser. Därutöver har ett stort antal remissinstanser skickat ut diskussionspromemorian på en omfattande internremissbehandling.

Från arbetsmarknadens parter har följande yttrat sig; *Partsgemensamma Industrigruppen, LO, TCO, Sveriges akademikers centralorganisation, Svenska Pappersindustriarbetareförbundet, Sveriges läkarförbund, Försäkringsanställdas förbund, SAF, Företagarnas Riksorganisation och Arbetsgivarverket*. När det gäller **organisationer** har svar kommit från *De Handikappades Riksförbund, Handikappförbundens samarbetsorgan, Hörselskadades Riksförbund, Neurologiskt Handikappades Riksförbund, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa, Synskadades Riksförbund, Sveriges Dövas Riksförbund, Astma- och Allergiförbundet, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, Svenska Epilepsiförbundet, Forum – Kvinnor och Handikapp, Sociala kooperativprojektet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Försäkringskasseförbundet*. Av **myndigheterna** har följande instanser yttrat sig; *Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Riksrevisionsverket, Statskontoret, Handikappombudsmannen, Statens invandrarverk, Centrala studiestödsnämnden, Högskolverket samt Jämställdhetsombudsmannen*. Slutligen kan av **övriga** instanser noteras svar från; *Samhall AB, Försäkringsförbundet, Praktikertjänst AB, Bure Hälsa och Sjukvård AB, Rygginstitutet, Hjärnkraft, Yrkes- och miljödermatologi, Arbetslivstjänster, Riksringen och Föreningen för Svensk Företagshälsovård*.

Därutöver har svar kommit in från samtliga försäkringskassor och ett tiotal enskilda personer. Svaret från Försäkringskassoförbundet omfattar även synpunkter från samtliga försäkringskassor. Bakom svaret från Partsgemensamma Industrigruppen står företrädare från Almega, Skogsindustrierna, Metallgruppen, Sveriges Verkstadsindustrier, Pappers, Skogs- och Träfacket, Metall, Industrifacket, Svenska Livsmedelsarbetareförbundet, SIF och CF.

En mer utförlig remissammanställning har upprättats inom utredningens sekretariat och finns tillgänglig i utredningens arkiv.

Allmänna synpunkter på diskussionspromemorian

Inledningsvis kan noteras att övervägande majoriteten av remissinstanserna delar helt eller i stort utredningens beskrivning och inriktning på förslagen. Remissinstanserna är i stort eniga om att dagens ordning inte fungerar och att det finns behov av en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I princip samtliga instanser är vidare positiva till att utredningen lämnar myndighets-/sektorsperspektiv och i stället betonar individperspektivet i rehabiliteringsarbetet. Många instanser välkomnar också utredningens arbetssätt som gett möjlighet till offentlig debatt angående framtida lösningar.

Riksförsäkringsverket och *Landstingsförbundet* är tveksamma eller negativa till utredningens inriktning och förslag. Verket anser att det är av största vikt att slå fast var gränserna för socialförsäkringen går och lyfter därmed fram mer myndighetsperspektivet än kommenterar utredningens förslag om individperspektivet. Förbundet å sin sida menar att utredningen inte förmår tränga ner i och anpassa makronivåsystemet till de komplexa behov och problem som är unika för den enskilda individen på mikronivå.

Kartläggning och analys

Utredningens kartläggning och analys delas av övervägande majoriteten av remissinstanserna. Stor enighet råder framförallt angående analysen av varför rehabiliteringsreformen 1991/92 inte har fått fullt genomslag. *Landstingsförbundet* däremot beklagar att utredningen inte har gjort en djupare analys varför reformen inte har lyckats. När det gäller utredningens samhällsekonomiska studie ifrågasätter *Riksförsäkringsverket*, *Socialstyrelsen*, *Riksrevisionsverket* och *Statskontoret* om vinstpotentialen är så stor som utredningen gör gällande. Det påpekas

att många antaganden som gjorts framstår som osäkra, både vad avser andelen som kan rehabiliteras och utfallet av rehabiliteringen.

Många instanser har yttrat sig särskilt över utredningens konstaterande att det behövs en kompletterande arbetsmarknad. Majoriteten är positiva till att utredningen lämnar ett sådant förslag till huvudbetänkandet, bl.a. *TCO, Försäkringsanställdas förbund, Riksförbundet för social och mental hälsa, Sveriges Dövas Riksförbund, Försäkringskassaförbundet, Socialstyrelsen* och *Samhall AB*.

SAF, Hörselskadades Riksförbund, Reumatikerförbundet, Forum – Kvinnor och Handikapp och *Riksförsäkringsverket* är tveksamma eller negativa till en sådan marknad. Bl.a. befaras att det därigenom skapas en A- och B-lags arbetsmarknad. Riksförsäkringsverket anser att det i stället borde finnas möjlighet för Arbetsmarknadsverket att i större utsträckning bevilja lönebidragsarbete. Lönebidrag är enligt verket en form av subventionerad anställning som är relativt billig och har små snedvridande effekter på arbetsmarknaden.

En ny reform

I stort sett samtliga instanser som har yttrat sig särskilt delar utredningens bedömning att en ny reform behövs. Det råder också stor samstämmighet när det gäller reformens syfte. *Statskontoret* anser emellertid att de bristande kunskaperna på området innebär att det är svårt att identifiera svårigheterna i den tidigare reformen och därmed vilka åtgärder och regelförändringar som bör vidtas.

Enligt *De Handikappades Riksförbund* har en viktig förebyggande insats glömts bort, nämligen behovet av återkommande rehabilitering. Liknande aspekt framförs av *Reumatikerförbundet, Försäkringsanställdas förbund* och *Försäkringskassaförbundet* påpekar att med hänsyn till att resultatet av rehabilitering är beroende av flera aktörers insatser bör även ett syfte vara att klargöra dessa aktörers ansvar och roller i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. *Socialstyrelsen* anser att det är viktigt att erfarenheterna av de olika försöksverksamheterna Finsam och Socsam beaktas liksom erfarenheterna av Frisam. *Praktikertjänst AB* poängterar att en strävan bör vara att skapa förutsättningar för ett ökat rehabiliteringsutbud över hela landet.

Försäkringens framtida roll vid sjukdom och arbetslivsinriktad rehabilitering

När det gäller utredningens förslag om vidgad roll för försäkringsgivaren råder det delade meningar bland remissinstanserna. En majoritet är dock helt eller i stort positivt inställda, bl.a. *TCO, Sveriges akademikers centralorganisation, Sveriges läkarförbund, Arbetsgivarverket, Försäkringsanställdas förbund, De Handikappades Riksförbund, Riksförbundet för social och mental hälsa, Försäkringskasseförbundet, Statskontoret, Praktikertjänst, Hjärnkraft* och *Arbetslivstjänster*.

Av de synpunkter och tillägg som görs av remissinstanserna kan bl.a. noteras att försäkringsgivaren bör få en tredje huvuduppgift att ha ansvar för det förebyggande arbetet, att försäkringsgivarens ansvar bör garanteras genom särskilda regler, att försäkringsgivarens helhetsansvar bör omfatta såväl tid med sjukpenning, sjukbidrag som förtidspension, att begreppet "likvärdigt arbete" måste definieras till huvudbetänkandet, att det är tveksamt om rehabiliteringsutredningen behöver omprövas var fjärde vecka, att det finns en risk att tala om olika faser, att koordinators roll bör stärkas samt att de insatser som planeras i reformen även bör komma arbetslösa till godo.

Riksförsäkringsverket instämmer inte i att försäkringsgivaren ges en vidgad roll utan anser att problemet med sektoriseringen kan lösas genom att myndigheternas ansvarsområden tydliggörs och att endast en myndighet är verksam inom varje sektor. När ansvarsområden mellan myndigheterna inte är tillräckligt tydliga finns enligt verket en risk att ingen av myndigheterna tar ansvar eller att någon myndighet tar över någon annans ansvar.

Förslaget om ny definition delas av en knapp majoritet som har yttrat sig särskilt, bl.a. *Arbetsgivarverket, Sveriges läkarförbund, Statskontoret, Samhall AB* och *Arbetslivstjänster*.

Handikappförbundens samarbetsorgan anser att definitionen bör skrivas om eftersom den gör en prioritering av de fem etiska principerna. *Synskadades riksförbund* föreslår en ny definition där det kopplas ett resonemang om gränsdragningen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Förbundet betonar också att det är individen själv och ingen annan som kan lära in de färdigheter som krävs i den nya situationen. *Sveriges akademikers centralorganisation* anser att definitionen dels kan uppfattas vara språkligt svår, dels att det finns skäl att överväga om definitionen bör inrymma såväl syfte som metod och mål. *Arbetskyddsstyrelsen* föreslår att ansträngningar görs för att förtydliga gällande begrepp i stället för att införa nya definitioner.

Etik och prioriteringar

Utredningens förslag till etisk plattform delas av övervägande majoriteten av de instanser som har yttrat sig, bl.a. *LO*, *TCO*, *Sveriges läkarförbund*, *Försäkringsanställdas förbund*, *Neurologiskt Handikappades Riksförbund*, *Riksförbundet för social och mental hälsa*, *Sveriges Dövas Riksförbund*, *Svenska Epilepsiförbundet*, *Försäkringskassaförbundet*, *Centrala studiestödsnämnden*, *Samhall AB* och *Arbetslivstjänster*.

Sveriges akademikers centralorganisation påpekar att förslagen till principer kan uppfattas som delvis motstridiga, särskilt med tanke på att ingen av principerna skall över- eller underordnas. *Socialstyrelsen* vill fästa uppmärksamheten på hälso- och sjukvårdens andra etiska princip; behovs- och solidaritetsprincipen. Styrelsen anser också att vissa principer bör vara överordnade eftersom konflikt annars kan uppkomma mellan olika principer. Människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och autonomi-/integritetsprincipen är av sådan vikt att de enligt *Socialstyrelsen* bör vara överställda övriga principer. Även *Handikappförbundens samarbetsorgan* anser att människovärdesprincipen bör vara den viktigaste principen. *SAF* anser däremot att denna princip inte behöver tas med i en etisk plattform eftersom den är så självklar. *SAF* påpekar också att en rimlighetsprincip bör finnas beträffande åtgärder och kostnader.

Principen om individens rätt till rehabiliteringsstöd bör enligt bl.a. *SAF* och *De Handikappades Riksförbund* göras om till att omfatta även rätten till insatser. *Sveriges akademikers centralorganisation* anser att arbetslinjen absolut skall hävdas som politisk utgångspunkt men ställer sig frågande om den i detta sammanhang är trovärdig som etisk princip.

När det gäller förslag till prioritetsgrunder instämmer en knapp majoritet helt i utredningens förslag, bl.a. *De Handikappades Riksförbund*, *Neurologiskt Handikappades Riksförbund*, *Försäkringskassaförbundet* och *Arbetslivstjänster*. *SAF* påpekar att av de uppräknade prioritetsprinciperna väger de två första tyngst. De andra är negativt bestämda och passar därför inte riktigt in i sammanhanget.

Sveriges akademikers centralorganisation, *Handikappförbundens samarbetsorgan* och *Socialstyrelsen* motsätter sig att individens motivation skall utgöra en prioritetsgrund. De påpekar bl.a. att insatser för att hjälpa individen att bli motiverad ofta utgör en viktig – för att inte säga oundgänglig – del av rehabiliteringsprocessen. Det påpekas också att motivation i hög grad är beroende av vid vilken tidpunkt en rehabiliteringsinsats kommer till stånd och karaktären av kontakten mellan individen och rehabiliteringsaktören. Även *Samhall AB* betonar att olika faktorer påverkar människors förutsättningar att ta del i rehabili-

tering och arbete. *Försäkringsanställdas förbund* anser att det bl.a. är försäkringsgivarens roll att skapa förutsättningar för motivation hos den enskilde.

Sveriges akademikers centralorganisation påpekar att det skulle ta lång tid innan kriteriet dokumenterad effekt skulle kunna vara till hjälp inför prioriteringar. Även *Handikappförbundens samarbetsorgan* och *Riksförbundet för social och mental hälsa* anser att det vore olyckligt om individen och rehabiliteringsutredarna inte gavs möjlighet att pröva nya metoder. *Riksrevisionsverket* anser att de statsfinansiella kostnadsaspekterna bör få ett starkare genomslag i grunderna för prioriteringar av arbetslivsinriktad rehabilitering för att reformens syfte och motiv skall kunna uppfyllas. Prioritering bör därför enligt verket även ske utifrån de som har störst sannolikhet att återvända till den öppna arbetsmarknaden.

Individen får rätt till rehabiliteringsstöd

Individens rätt till rehabiliteringsstöd i form av rehabiliteringsutredning delas av i stort samtliga som har yttrat sig. Flera instanser, bl.a. *LO*, *SAF*, *De Handikappades Riksförbund*, *Synskadades riksförbund*, *Samhall AB* och *Arbetslivstjänster*, anser dock att individens rättighet bör utsträckas till att omfatta även rätten till insatser. *Sveriges akademikers centralorganisation* påpekar att det finns en risk att förslaget kan uppfattas av den enskilde individen som en rätt till specifika insatser. Även *Riksförsäkringsverket* betonar vikten av att det av kommande lagtext framgår att det inte handlar om en lagfäst rätt till insatser. *Riksrevisionsverket* varnar för att förslaget riskerar att bli kostnadsdrivande.

Övervägande majoritet av remissinstanserna instämmer i förslaget om att individen får rätt till en mentor. Framförallt intresseorganisationerna påpekar att rätten till mentor kommer att gynna många människor med olika funktionshinder. Några instanser, *Sveriges akademikers centralorganisation*, *Försäkringsanställdas förbund* och *Försäkringskasseförbundet* efterlyser ytterligare konkretiseringar av förslaget. Det påpekas bl.a. att rollen inte får medföra att mentorn kommer att fungera som ombud för den enskilde. Fler frågor som behöver besvaras är omfattningen av uppdraget och ersättningsfrågorna. Några fackliga organisationer, bl.a. *LO* och *TCO*, poängterar att den fackliga företrädaren kan bli en naturlig mentor om individen så önskar. *Sveriges läkarförbund* och *Arbetarskyddsstyrelsen* ifrågasätter om ytterligare mentorer behövs medan *Landstingsförbundet* och *Riksförsäkringsverket* avstyrker förslaget. Förbundet påpekar att det redan finns många myndighetsföreträdare som har till uppgift att stödja den enskilde. Ver-

ket å sin sida anser att den samordningsroll som försäkringskassan har i rehabiliteringsprocessen är tillräcklig för att ge det stöd som individen behöver.

Arbetsgivarens roll i rehabiliteringsarbetet

När det gäller utredningens förslag om arbetsgivarens roll i rehabiliteringsarbetet betonar flertalet instanser arbetsgivarens viktiga roll i det förebyggande arbetet och rehabilitering av redan anställda. Även företagshälsovårdens viktiga roll i detta arbete poängteras

I stort sett samtliga instanser som har yttrat sig särskilt instämmer i att arbetsgivaren bör få kunskapsstöd i sitt rehabiliteringsarbete. Flera instanser påpekar att den naturliga rådgivaren bör vara företagshälsovården. *Statskontoret* anser att det ytterst är arbetsgivarens eget ansvar att skaffa det stöd som denne behöver för att fullfölja sitt ansvar. Även *Arbetskyddsstyrelsen* påpekar att det naturligaste sättet för företagen att få tillgång till lämplig rådgivning är anslutning till företagshälsovården. *Sveriges läkarförbund* anser att det bör övervägas om inte ett återinfört statsbidrag kan lämnas till företagshälsovården, inte minst för att stimulera mindre arbetsgivare att ansluta sig till lämplig företagshälsovård.

Majoriteten av instanserna, bl.a. *Försäkringsanställdas förbund*, *SAF*, *De Handikappades Riksförbund*, *Handikappförbundens samarbetsorgan*, *Landstingsförbundet*, *Försäkringskassaförbundet*, *Riksförsäkringsverket*, *Arbetsmarknadsstyrelsen* och *Samhall AB* är positiva till att ansvaret för rehabiliteringsutredning flyttas över från arbetsgivaren till försäkringsgivaren. Samtidigt påpekas vikten av att utredningen tydliggör arbetsgivarens ansvar att medverka i utredningen. *Partsgemensamma Industrigruppen* anser att rehabiliteringsutredningen måste genomföras i samverkan. Även *TCO* påpekar att det är naturligt att det sker en dialog kring utformningen av rehabiliteringsplanen, oavsett om det blir en annan än arbetsgivaren som gör rehabiliteringsutredning.

LO, *Svenska Pappersindustriarbetareförbundet*, *Socialstyrelsen*, *Arbetskyddsstyrelsen*, *Riksrevisionsverket* och *Statskontoret* är tveksamma eller negativa till att försäkringsgivaren får ansvar för rehabiliteringsutredningen. Som motivering anges bl.a. att ett sådant förslag riskerar att försämra det förebyggande arbetet på arbetsplatsen liksom företagshälsovårdens roll i sammanhanget. Enligt instanserna leder förslaget till ett synsätt att rehabiliteringen är ett samhällsansvar och inte primärt ett arbetsgivaransvar.

Organisatorisk och finansiell lösning – tre alternativa modeller

När det gäller utredningens alternativa modeller för en organisatorisk och finansiell lösning förordar majoriteten av remissinstanserna modell två. De instanser som stöder denna modell är bl.a. *Partsgemensamma Industrigruppen*, *LO*, *TCO*, *Svenska Pappersindustriarbetareförbundet*, *Försäkringsanställdas förbund*, *De Handikappades Riksförbund*, *Handikappförbundens samarbetsorgan*, *Hörselskadades Riksförbund*, *Neurologiskt Handikappades Riksförbund*, *Riksförbundet för social och mental hälsa*, *Synskadades riksförbund*, *Försäkringskassaförbundet* och *Samhall AB*. Fördelen med denna modell är främst att det är en offentlig huvudaktör med ett tydligt ansvar.

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, *Socialstyrelsen*, *Riksrevisionsverket*, *Arbetskyddsstyrelsen* och *Statskontoret* tar inte ställning till någon av modellerna. Riksrevisionsverket saknar dock modeller som bygger på finansiell samordning eller på en minskning av antalet huvudmän. Även *Arbetsgivarverket*, *Svenska Epilepsiförbundet*, *Forum Kvinnor och Handikapp*, *Landstingsförbundet* och *Arbetsmarknadsstyrelsen* anser att det är svårt att ta ställning till någon enskild modell, men förordar att främst modell två och även modell ett blir föremål för fortsatt utredning.

Sveriges läkarförbund, *Svenska kommunförbundet*, *Centrala studentstödsnämnden*, *Försäkringsförbundet*, *Rygginstitutet*, *Arbetslivstjänster*, *Riksringen* och *Föreningen för Svensk Företagshälsovård* anser att modell tre med ett tydligt arbetsgivaransvar är att föredra. Det påpekas att bl.a. att modellen ger den bästa tänkbara konkurrensen. Det är vidare den enda modellen som ger arbetsgivaren ett klart ansvar för de anställda och där de förebyggande insatserna fokuseras.

Sveriges akademikers centralorganisation, *Reumatikerförbundet*, *Sveriges Dövas Riksförbund*, *Statens invandrarverk* och *Bure Hälsa och Sjukvård AB* välkomnar en modell som kombinerar fördelarna i modell två och tre.

Riksförsäkringsverket och *Praktikertjänst* anser att modell ett bör vara utgångspunkten för fortsatta överväganden inför huvudbetänkandet. Verket avstyrker dock vård- och behandlingsgaranti som föreslås inom modellen med motivering att ett sådant förslag skulle innebära att det skapas en gräddfil för de personer som är sjukskrivna. En annan konsekvens är att medborgarna får svårt att veta vem som är ansvarig för att åtgärden genomförs.

SAF anser inte att man bör välja endast en modell för alla rehabiliteringsfall utan förordar i stället en modell som följer principen om rätt kostnadsföring för de två områdena olycksfall i trafiken och olycksfall i

arbetet. För övriga försäkringsfall finns det enligt SAF skäl att hålla fast vid principen om en allmän försäkring som hanteras av en försäkringsgivare. Även *Försäkringsförbundet* anser att utredaren bör överväga om det finns utrymme för olika försäkringslösningar beroende på orsaken till skadan eller sjukdomen. Ett område som särskilt lyfts fram är trafikskadorna. Det är angeläget att undersöka fördelarna med att ansvaret för trafikskadade samlas hos en aktör – trafikförsäkringsbolagen.

Utredningens fortsatta arbete med huvudbetänkandet

Inför huvudbetänkandet är det flera instanser, bl.a. *Försäkringskassaförbundet*, *Riksförsäkringsverket* och *Arbetsmarknadsstyrelsen*, som efterlyser en analys av formerna för rehabilitering av arbetslösa sjuk-skrivna. Flera handikapporganisationer anser att utredningen särskilt bör se över rehabilitering av funktionshindrade och vikten av återkommande rehabilitering. *Riksrevisionsverket* förutsätter att en utvärdering görs av de effekter som den genomförda arbetslivsinriktade rehabiliteringen har i form av återgång till arbete på den öppna arbetsmarknaden. *Jämställhetsombudsmannen* saknar en analys om förslagets betydelsen för bl.a. jämställdheten mellan kvinnor och män.

Andra önskemål från remissinstanserna är att utredningen skall se över sambandet mellan förebyggande insatser och rehabilitering, förtydliga begreppen, se över ekonomiska drivkrafter för individen samt ändra kriterierna för rätt till ersättning. Slutligen efterlyser flera instanser att utredaren skall se över rehabiliteringstidens längd och omfattning.

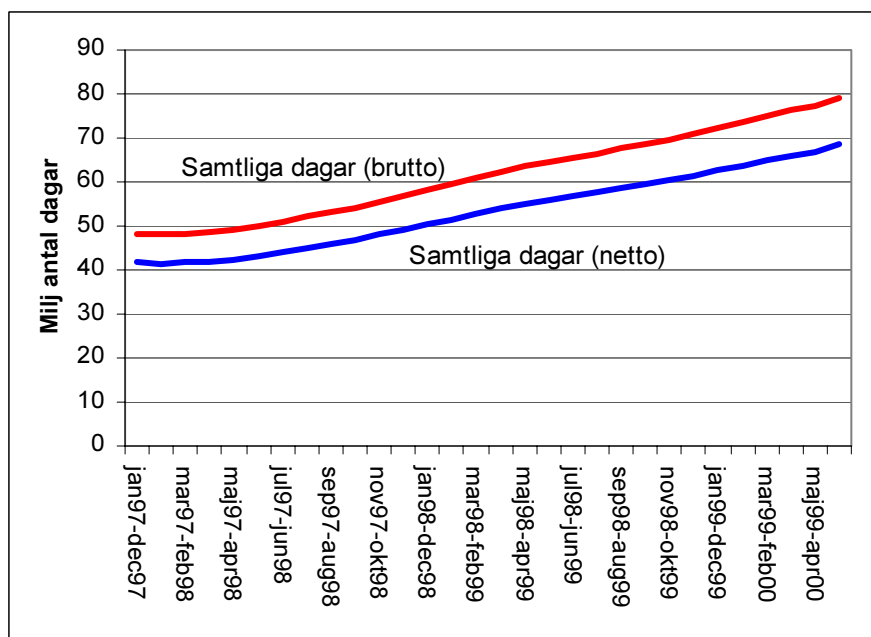
1990-talets utveckling i siffror

Antalet långvariga sjukskrivningar ökar

Den totala sjukfrånvarons omfattning är okänd. Den officiella statistiken omfattar endast sjukfrånvaro från dag 15 och framåt vilket innebär att framförallt korttidsfrånvaron är svår att beskriva.

Utredningen har nedan valt att redovisa den mer allvarliga sjukfrånvaron (sjukskrivningar >30 dagar) där tidigt upptäckt av rehabiliteringsbehov är avgörande. Antalet pågående sjukfall över 30 dagar är nu fler än innan rehabiliteringsreformen genomfördes. I december 1990 var 169 300 individer sjukskrivna sedan en månad eller längre (ca 3,7 % av arbetskraften). Tio år senare i december 1999 var antalet individer 203 400 (ca 4,7 % av arbetskraften). Till en början under 1990-talet minskade antalet individer som var långtidssjukskrivna. Som lägst var det sommaren 1996 då 108 000 personer var sjukskrivna mer än en månad. Antalet sjukpenningdagar per månad (omräknat till "hela" dagar) har ökat från i genomsnitt 3,5 miljoner dagar 1997 till 5,2 miljoner dagar 1999. I december 1999 noterades det hittills högsta antalet dagar sedan reformen trädde i kraft (6,0 miljoner sjukpenningdagar). För de senaste 12 månaderna (juni 1999 – maj 2000) är genomsnittet per månad 5,7 miljoner dagar.

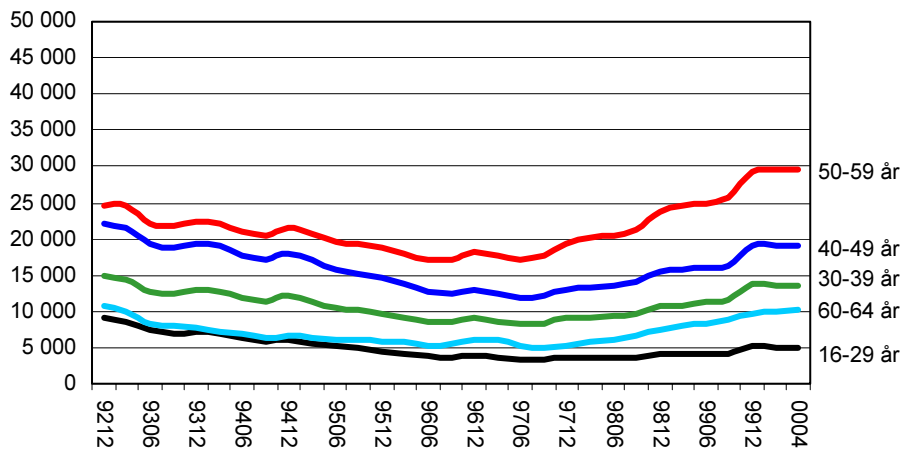
Figur 1. Sjukpenningdagar brutto och netto. Rullande 12 månader.



SAF har i början av 2000 publicerat en rapport som beräknade att det totala antalet sjukfrånvarodagar för 1999 var ca 91 miljoner dagar, varav 19 miljoner ersattes i form av sjuklön (av arbetsgivaren för anställda dvs. sjukdom under 14 dagar) och 72 miljoner dagar i form av sjukpenning från försäkringen, dvs. vid sjukdom över 14 dagar.

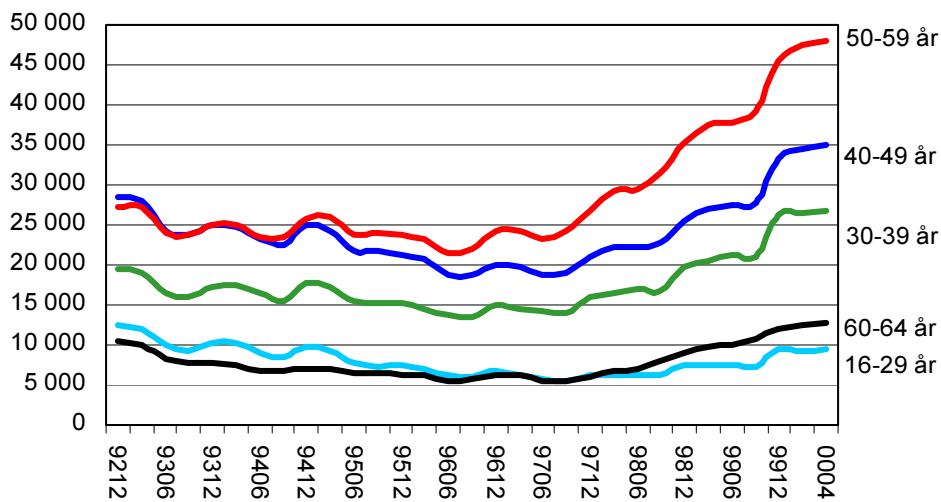
Ser vi igen till den officiella statistiken från Riskförsäkringsverket (RFV) av långvariga sjukskrivningar (>30 dagar) är ökningen störst bland kvinnor och i de högre åldersgrupperna. Nedan redovisas utvecklingen sedan 1992.

Figur 2. Antal sjukskrivna män (30 dagar eller längre) vid utgången av månaden.



Källa: RFV.

Figur 3. Antal sjukskrivna kvinnor (30 dagar eller längre) vid utgången av månaden.



Källa: RFV.

Kvinnorna har genomgående under 1990-talet haft en högre sjukfrånvaro än männen. Sjukfrånvaron skiljer sig också kraftigt mellan olika åldersgrupper.

Den kraftigaste ökningen under senare delen av 1990-talet har skett i åldersgruppen 50–59 år. En kraftig ökning har också skett i åldersgruppen 60–64 år. I bägge åldersgrupperna är det också fler sjukskrivna nu än när reformen genomfördes

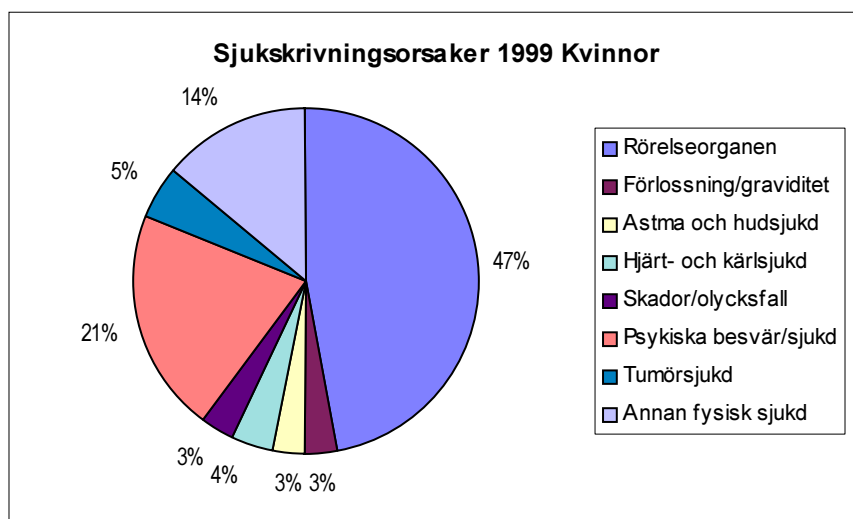
Under november månad 1999 genomfördes en undersökning av pågående sjukskrivningar vid landets försäkringskassor den 4 sept. 1999. Undersökningen var en uppföljning av motsvarande undersökning vid samma tidpunkt 1998.

Några större förskjutningar mellan olika grupper av sjukskrivna har inte skett under det senaste året (sept. 1998 – sept. 1999) och tiden är väl kort för att förvänta sig sådana genomslag. Andelen egna företagare har minskat något och vissa yrkesgrupper inom framförallt offentlig sektor har en tydlig uppgång som t.ex. sjuksköterskor, vårdbiträden och lärare, sista gruppen speciellt i åldrarna 55–59 år. När det gäller sjukskrivningsorsaker har andelen sjukskrivna för lättare psykiska besvär ökat sedan 1998.

När det gäller jämförelser över tiden för sjukfrånvaron kan konstateras att RFV inte har grundläggande uppgifter om sjukskrivningsorsaker, yrken, branscher och andra arbetsmiljörelaterade faktorer. Detta innebär stora svårigheter vid analyser av utfallet av rehabiliteringsreformen. I registren för de kollektivavtalade försäkringarna registreras löpande uppgifter som diagnos, facklig- och yrkestillhörighet för varje sjukfall. I den allmänna försäkringen registreras orsak endast i de riktigt långvariga fallen (sjukbidrag och förtidspension)

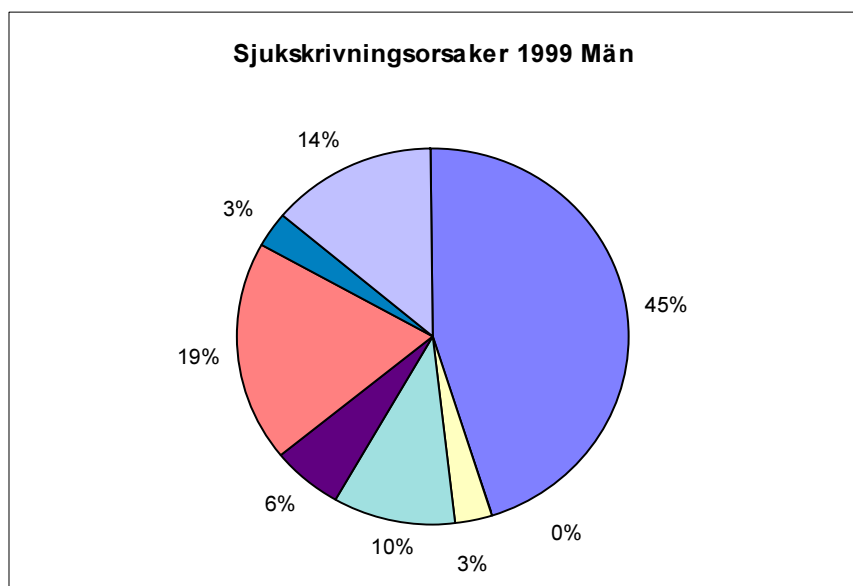
Av olika undersökningar om sjukfrånvaron och dess fördelning kan sammanfattningsvis sägas att den är ojämnt fördelad mellan arbetare och tjänstemän och mellan hög- och lågutbildade. Arbetare och lågutbildade personer har högre risk för långtidssjukskrivning. Riskerna för långtidssjukskrivning varierar också kraftigt mellan olika branscher.

Figur 4. Sjukskrivningsorsak för sjukfall 30 dagar och mer, kvinnor.



Källa: RFV.

Figur 5. Sjukskrivningsorsaker för sjukfall 30 dagar och mer, män.



Källa: RFV.

Av figur 4 och 5 framgår att ca två tredjedelar av sjukfallen utgörs av besvär från rörelseorganen eller av psykiska besvär i någon form. Stressrelaterade besvär som utbrändhet hamnar i många fall under diagnosgruppen psykisk besvär/sjukdom men också bland annan fysisk sjukdom.

Sjuknärvaro också ett problem

Ett alltmer uppmärksammat problem under 1990-talet är den så kallade sjuknärvaron. Med sjuknärvaro menas att den anställda gått till sitt arbete trots att hälsotillståndet varit sådant att han/hon borde ha skrivit sig. I en undersökning från 1999 framkom att yrkesgrupper som i sitt dagliga arbete har som uppgift att vårda, ge omsorg och lära, undervisa hade kraftigt förhöjd närvarorisk. Flertalet av de yrken som visade sig ha en högre sjuknärvaro återfanns inom offentlig verksamhet – kommuner och landsting. Detta styrks också vid utredningens egen undersökning av rehabilitering bland de i sysselsättning (se vidare s. 16) Det är också verksamheter som under 1990-talet utsatts för personalnedskärningar.

Den relativt omfattande sjuknärvaron kan naturligtvis också ha ett samband med de förändringar av ersättningsnivåer, införandet av karensdagar och andra regeländringar som genomförts under 1990-talet.

Arbetsrelaterade besvär

När det gäller arbetsrelaterade besvär finns det mer omfattande information om hur den fördelar sig över tid och mellan olika verksamheter (även här registreras ett antal uppgifter om skadeorsak, händelseförlopp, yrke m.m.). Till informationssystemet för arbetsskador (ISA) inrapporteras alla anmälda arbetsskador och Arbetarskyddsstyrelsen genomför årligen undersökningar om arbetsrelaterade besvär via arbetskraftundersökningarna (AKU).

Av den senaste undersökningen framgår exempelvis att ca 300 000 personer senaste året varit sjukskrivna på grund av arbetsrelaterade besvär. Andelen som uppger att de har besvär av stress och psykiska påfrestningar har ökat med ca 3 procentenheter mellan 1998 och 1999 bland kvinnor i ledningsarbete och med 10 procentenheter bland hälso- och sjukvårdsspecialister. Inom den gruppen finns t.ex. läkare, tandläkare och veterinärer. Även för andra yrkesgrupper som t.ex. vård- och omsorgspersonal och personer med kundservicearbete redovisas högre

andelar besvär till följd av stress 1999 jämfört med 1998. Bland t.ex. grundskollärare är det var femte som uppger besvär av stress. Antalet anmälda arbetssjukdomar 1998 var 16 000. Ca 2 100 (13 %) av dessa är anmälda som relaterade till stress (högt arbetstempo, stress, hög arbetsbelastning, personalbrist, underbemanning). Trots en rapporterad ökning av stressrelaterade besvär dominerar besvär från rörelseorganen och utgör i särklass det mest omfattande problemet både vad avser sjukskrivningar och förtidspensioner.

Antalet pågående förtidspensioner och sjukfall som varat mer än ett år har också ökat kraftigt under den senare delen av 1990-talet. Framförallt under de tre senaste åren har den mycket långvariga sjukfrånvaron ökat. Från december 1996 till december 1999 har 34 000 fler förtidspension eller är sjukskrivna sedan >1 år. Endast under åren 1995 och 1996 minskade den riktigt långvariga sjukfrånvaron något.

Kostnaderna för ohälsa ökar

I tabell 1 nedan redovisas försäkringskostnaderna under 1990-talet. Det blev en kraftig minskning av kostnaderna efter det att reformen genomfördes 1992 och i samband med ytterligare skärpningar av regelverken i framförallt början och mitten av 1990-talet (äldre regler, karensdag, steg för steg modellen mm). Kostnaderna har nu åter stigit de senaste två åren, speciellt kraftigt för sjukpenningen

Tabell 1. Kostnader för sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension. Tkr.

År	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Sjukpenning 1)	34 983	31 873	18 981	15 585	15 798	15 985	14 611	13 942	18 610	24 219
Rehabiliteringsersättning 2)	-	-	2 146	2 756	3 445	3 516	2 473	1 900	2 103	2 467
därav rehab.sjpenning	-	-	1 058	1 572	2 099	2 089	1 177	902	951	1 186
Förtidspension/sjukbidrag	27 110	30 055	32 575	34 755	37 115	37 362	36 610	36 958	37 139	37 906
Summa 3)	62 093	61 928	54 760	54 668	58 457	58 952	54 871	53 702	58 803	65 778
1999 års priser	77 138	70 296	60 795	57 972	60 668	59 669	55 278	53 827	59 009	65 778

1) Sjuklön för dag 1–14 infördes 1992

2 Totaluppgift som inkluderar Dagmarmedel år 1992–1994 trots att dessa då tillhörde annat anslag

3) (kostnader för bostadsbidrag och avgift till nya ålderspensionssystemet ingår inte i denna summa)

Trots att korttidsfrånvaron (>14 dagar) lyfts bort från det offentliga systemet till arbetsgivarna har kostnaderna 1999 jämfört med 1992 ökat med 11 miljarder räknat i löpande priser. 1999 har varit det år med den största ökningen någonsin. I december 1999 utbetalades 2,4 miljarder kr i sjukpenning. På årsbasis innebär detta en kostnad på ca 28,7 miljarder (exkl. rehabilitering)

Den kraftiga minskningen från 1991 till 1992 beror till stora delar på att arbetsgivarna fick ansvar för ersättning av korttidssjukfrånvaron (sjuklön 14 dagar). Under åren 1990 och 1991 bar sjukförsäkringen en stor del av kostnaderna för försörjningen i samband med rehabilitering. Även vissa kostnader för aktiva insatser finns i de redovisade beloppen. Från 1992 finns försörjningsstödet vid rehabilitering särredovisat. Sänkta ersättningsnivåer under åren 1996 fram till och med 1997 bidrog dels direkt till minskade kostnader men sannolikt också dels till att minska antalet sjukfall totalt under de aktuella åren. Omvänt har de höjda ersättningsnivåerna från 1998 direkt bidragit till högre kostnader men kanske också till en del att antalet sjukfall åter har ökat. Under 1998 och 1999 har kostnaderna för sjukpenningförsäkringen nästan fördubblats (74 %) och förtidspensionsförsäkringen ökat med närmare 12 miljarder (22 %). Räknas höstens siffror om för sjukpenningen till 12-månaders siffror blir förändringen med dito hösten -97 ca 15 miljarder.

Arbetskadeförsäkringen har under 1990-talet haft minskade kostnader framförallt till följd av att arbetsskadesjukpenningen sedan juli 1993 helt samordnas med den allmänna försäkringen och ersättningsnivån är den samma. En skärpning av begreppet arbetsskada har också genomförts i syfte att minska försäkringens kostnader. 1990 kostade arbetskadeförsäkringen drygt 12,6 miljarder (1999 år priser) och beräknas 1999 kosta 5,8 miljarder. Denna stora minskning av kostnaderna beror på förändringar i lagen om arbetskadeförsäkring. From 1 juli, 1993 upphörde exempelvis den särskilda arbetsskadesjukpenningen. Den kom att helt samordnas med sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. Ett antal regeländringar i försäkringarna under 1990-talet har syftat till att minska kostnaderna.

Utöver socialförsäkringens kostnader för ohälsan har också de kollektivavtalade försäkringarna en ansevärd kostnad för sjuk- och arbetskadeförsäkring. För 1999 beräknade SPP att utgifterna skulle komma att uppgå till ca 1,3 miljarder kr.

AMF-försäkring har för 1999 beräknat motsvarande utgifter för sjuk- och arbetskadeförsäkringen till ca 5 miljarder.

Totalt under 1999 kan kostnaderna beräknas till närmare 72 miljarder kr i enbart försörjningsstöd från socialförsäkringen och avtalsförsäkringarna tillsammans.

Utöver dessa kostnader för samhället tillkommer kostnader för produktionsbortfall som också borde räknas in i den totala kostnaden för ohälsan. I en nyligen publicerad rapport från arbetsgivarförbundet (SAF) uppskattas sjukfrånvaron minska BNP med ca 100 miljarder. Detta motsvarar en kostnad på i genomsnitt 1 100 kr per dag.

Den aktiva delen är oförändrat låg.

Kostnader för mer aktiva åtgärder som exempelvis köp av yrkesinriktad utbildning för sjuka och skadade eller andra aktiva insatser är svårare att sammanställa.

Försäkringskassorna har sedan 1990 haft möjligheten att köpa rehabilitering för enskilda personer. Mellan 400–700 miljoner kr har årligen disponerats av försäkringskassorna för detta ändamål. En inte oväsentlig del av dessa medel har använts till att köpa utredningar om förutsättningarna för rehabilitering. Utöver dessa medel har årligen ca 150 miljoner kr betalats ut till RFV:s sjukhus för utredning och behandlingsverksamhet. En grundläggande utredning om behov av rehabilitering är förutsättning för själva rehabiliteringsinsatsen men ska kanske inte räknas som medel för aktiva åtgärder.

Ytterligare ca 200 milj. har årligen utbetalats för resor istället för sjukpenning, särskilt bidrag vid rehabilitering, bidrag till arbetshjälpmedel mm.

Sedan 1990 har regeringen i avtal med landstingsförbundet utbetalt s.k. Dagmarmedel motsvarande 234 miljoner kr (1998). Under perioden 1990–96 var summan drygt 400 miljoner kr/år. Dessa medel har syftat till att generellt korta köer i vården och genom rehabilitering snabbare återföra personer som drabbats av sjukdom eller skada till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt.

Från och med år 1998 redovisas köp av arbetslivsinriktad rehabilitering och medel för resor, arbetshjälpmedel m.m. i en summa som "särskilda medel" som också kan användas för olika samverkansprojekt och inte är så individbundna på samma sätt som tidigare. Läger man samman de medel som används för mer aktiva insatser (Dagmar, köp av rehabilitering, resor, arbetshjälpmedel mm) utgör de ca 1 miljard eller drygt 1,5 procent av den totala kostnaden för sjuk-, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringarna 1999.

Till detta kommer sedan landstingens och kommunernas rehabiliteringsinsatser samt statens kostnader för arbetsmarknadsinsatser till sjukskrivna "på väg tillbaka". I en grov uppskattning för budgetåret 1992/93 kom en studie (RFV redovisar 1999:5) fram till att samhällets sammanlagda kostnader för rehabiliteringen (yrkesinriktade rehabili-

teringsinsatser, medicinska och sociala rehabiliteringsinsatser, arbetsgivarnas, Arbetslivsfondens, AMF, SPP, RFV:s sjukhus) var ca 7,4 miljarder (i 1997 års prisnivå). När det gäller arbetsgivarnas kostnader för insatser i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering (anpassning av arbetsplatser, aktiviteter vid arbetsprövning, omplaceringar, företagshälsovård, kompetensutveckling) är kostnaderna svåra att uppskatta. De är förmodligen betydande men ojämnt fördelade.

Kompletterar vi socialförsäkringens kostnader med kostnader för avtalsförsäkringar, medicinska och sociala rehabiliteringsinsatser och en skattning av arbetsgivarnas kostnader utgör de aktiva insatserna mindre än 10 procent av de passiva kontant ersättningarna.

Statskontoret har i en analys av de offentliga totala kostnader för rehabilitering 1996 kommit fram till att totalt 3 miljarder av sammanlagt 25 miljarder användes för åtgärder. Huvuddelen 19,4 miljarder var försörjningsmedel (enbart delar av kostnaderna för sjukbidrag medräknades som försörjningsmedel, ingen del av förtidspensionerna) och 2,7 miljarder administrativa kostnader.

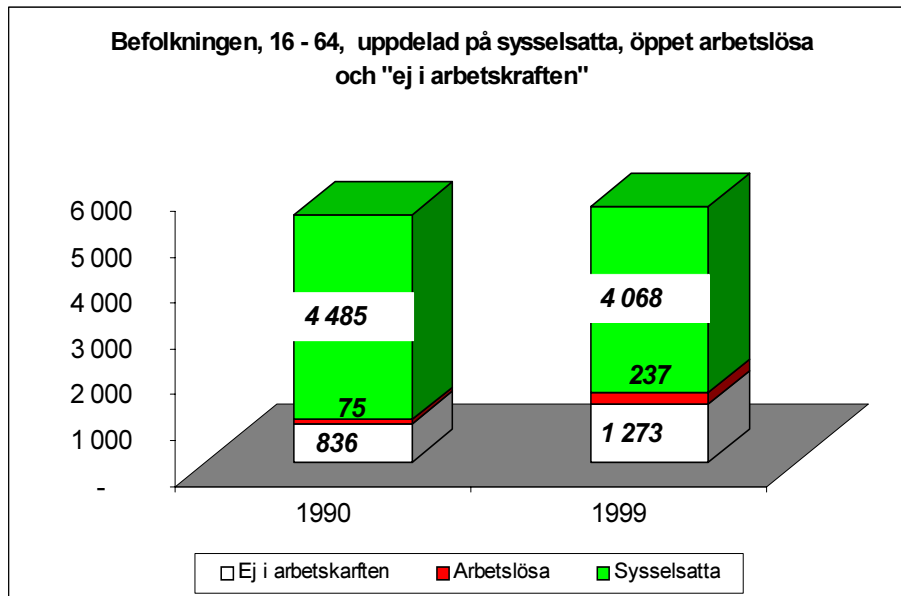
Arbetsmarknaden genomgår stora förändringar

En självklar utgångspunkt är naturligtvis att alla bör få delta i arbetslivet efter förmåga.

Av Sveriges befolkning är det ca 63 procent eller 5,6 miljoner som är i arbetsför ålder (16–64 år). Knappt 600 000 personer är i någon form av utbildning varav ca en halv miljon är under 30 år. 1990 var det år då Sverige hade den högsta andelen sysselsatta. Då var 83,1 procent sysselsatta (85,2 % av männen och 81 % av kvinnorna).

När rehabiliteringsreformen infördes 1992 hade sysselsättningsgraden sjunkit till 77 procent och fortsatte sjunka i princip under resten av 1990-talet. En viss återhämtning har skett från 70,7 procent 1997 till 72,9 procent 1999.

Figur 6. Antal personer i yrkesverksam ålder 1990 och 1999 (genomsnitt under året).

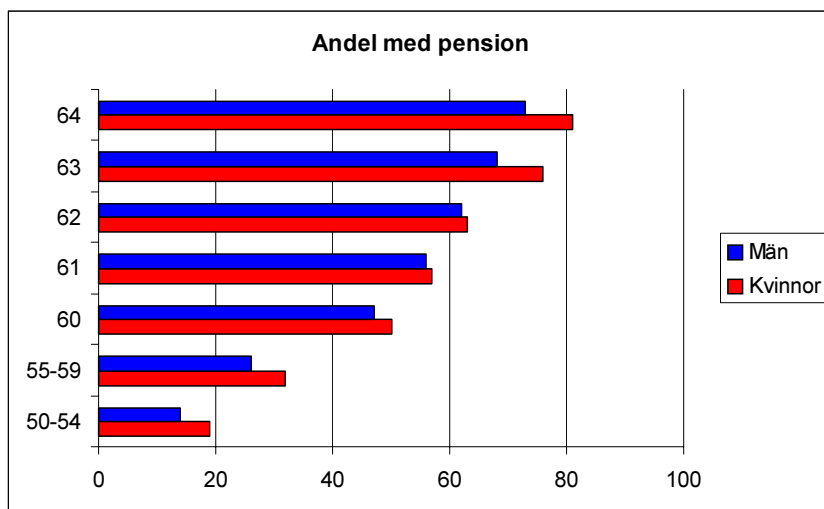


Källa: AKU.

Endast en av fem arbetar till 65

Knappt hälften av alla män mellan 60–64 år är yrkesverksamma och endast var fjärde av 64-åringarna förvärvsarbetar. Bland kvinnor är det bara var tredje mellan 60–64 som arbetar.

Figur 7. Andel av befolkningen med pension 1997 (källa SCB).



Källa: SCB.

Det är en oroväckande stor andel av befolkningen som utgörs av personer med olika typer av pensioner från det allmänna (förtidspension, förtida uttag av ålderspension). Det är en kraftig förändring om vi jämför med situationen för drygt 20 år sedan. 1976 var 3 av 4 yrkesverksamma. Detta har skett trots att reglerna för förtidspension har skärpts flera gånger, senast 1997. Samtidigt har hälsan för män förbättrats och medellivslängden ökat under dessa 20 år.

Många har under 1990-talets kris också erbjudits avtalspension för att lösa behov av personalminskningar. Detta gäller såväl inom offentlig som privat sektor. Denna utveckling tycks heller inte ha stannat upp. I samband med olika former av fusioner och sammanslagningar av verksamheter friställs anställda och avtalspensioner i olika former är lösningen. Det finns exempel på lösningar för personer ända ned till 55 år. Tyvärr finns ingen samlad statistik över hur vanligt detta är. Det överskott på 75 miljarder kronor som försäkringsbolaget SPP nu återför till företagen riskerar ytterligare spä på denna utveckling då en stor del

av medlen allokeras till att finansiera premier för exempelvis avtalspension.

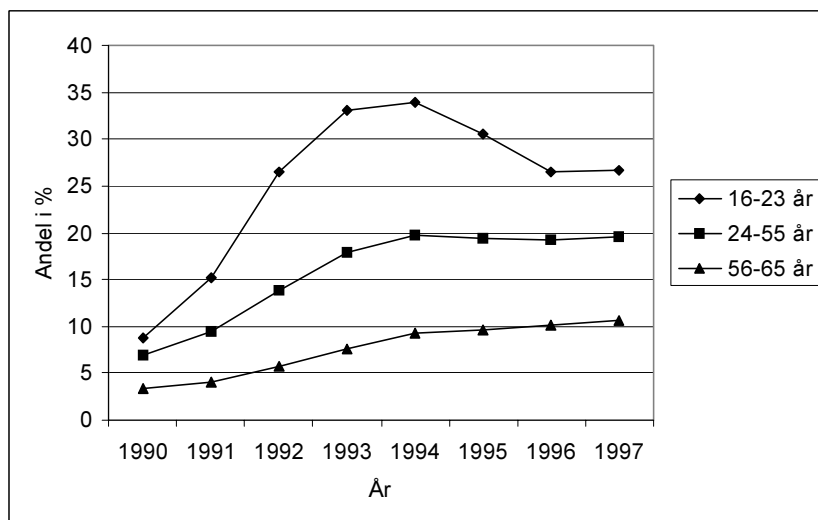
Samtidigt har vi fått kraftiga förskjutningar i ålderssammansättningen (demografen). Antalet ålderspensionärer ökar och antalet nyfödda barn per kvinna minskar. Antalet nyfödda barn per kvinna är lägre än någonsin. 1999 föddes 1,5 barn per kvinna vilket är lägre än siffrorna på 30-talet. Antalet sysselsatta har dock ökat de senaste åren vilket är en positiv utveckling för såväl tillväxt som välfärd.

Färre i arbete

Det betyder att – trots viss återhämtning de senaste åren – det ändå är nära 450 000 färre i arbetskraften nu jämfört med när reformen beslutades. Gruppen öppet arbetslösa är nära fyra gånger så stor. När det gäller gruppen ”ej i arbetskraften” saknas uppgifter om förändringar över tiden inom gruppen. En stor grupp är de som är i utbildning exempelvis kunskapslyftet, arbetsmarknadsutbildning eller högskolestudier. Totalt var 599 000 personer i utbildning i december 1999. Nästan hälften var mellan 16–19 år och två tredjedelar var under 25 år. Hur många av dessa som skulle ha varit i arbete om tillfälle funnits finns ingen uppgift om. Det kan noteras att en stor del av uppgången i antalet sysselsatta 1999 (ca +88 000) ”ätits upp” enbart av den kraftiga ökningen av antalet långvarigt sjukskrivna. (+30 000). Därtill kommer en samtidig ökning av korttidsfrånvaron.

De yngre hårdare drabbade av arbetslösheten

Figur 8. Arbetslöshetskvoter för olika ålderskategorier (arbetslös någon gång under året 1990–97).



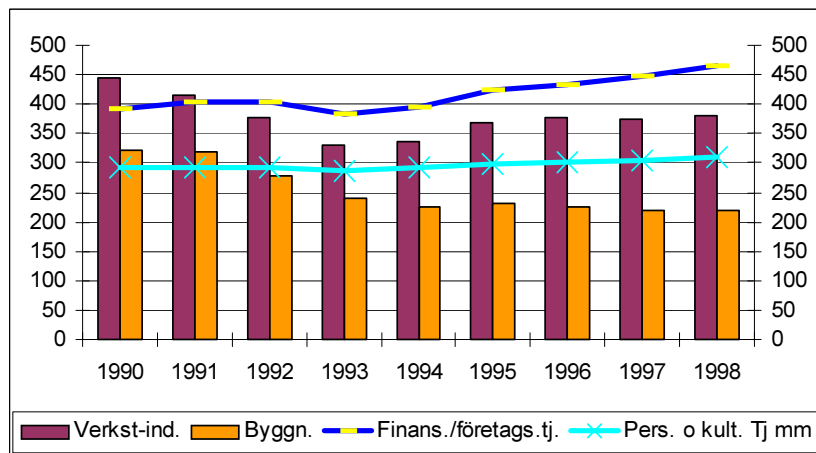
Källa: Per Lundberg 1999 Rörlighetsdatabasen.

Arbetslösheten under 1990-talet har drabbat de yngre i högre utsträckning än de äldre. Framförallt under mitten av 1990-talet var skillnaden mellan yngre och äldre särskilt stor. I slutet av 1990-talet har skillnaderna åter minskat.

Arbetslösheten högre i vissa branscher

I princip alla branscher har berörts av den förändrade arbetsmarknads-situationen. Utvecklingen skiljer sig mellan branscher och vissa tendenser kan konstateras.

Figur 9. Antal sysselsatta fördelade på några branscher 1990–1998.



Källa: AKU.

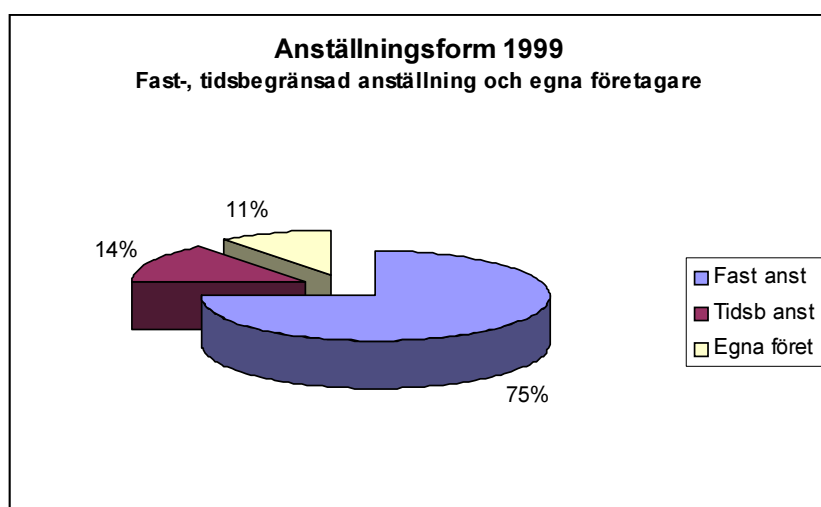
Verkstads- och byggbranschen har minskat kraftigt (-165 000) samtidigt som delar av tjänstesektorn ökat antalet sysselsatta (+75 000). Totalt sett har arbetslösheten slagit hårdare mot män än mot kvinnor under 1990-talet. Inom vård och omsorg som är kvinnodominerad har antalet sysselsatta minskat från 884 000 personer 1990 till 770 000 personer 1998.

Anställningsformerna ändras på arbetsmarknaden

En annan viktig förändring på arbetsmarknaden är anställningsformerna. Antalet egna företagare har ökat liksom antalet tillfälligt anställda. 1990 var ca 18 procent av de sysselsatta egenföretagare eller tillfälligt anställda. 1998 hade andelen egenföretagare och de med tidsbegränsade anställningar ökat till 25 procent av de sysselsatta. Var fjärde av de sysselsatta (dvs. 1 miljon personer) hade 1998 ingen tillsvidareanställning/fast arbetsgivare att diskutera åtgärder på arbetsplatsen i samband med en rehabiliteringssituation (jfr figur 10).

Gruppen egenföretagare skiljer sig naturligtvis från gruppen tillfälligt anställda i flera avseenden. Även inom gruppen tillfälligt anställda finns stora skillnader mellan exempelvis vikarier och projektanställda. När det kommer till mer omfattande rehabiliteringsinsatser finns dock vissa paralleller att göra mellan dessa i sig olika grupper. Den fast anställde med behov av olika insatser (anpassning av arbetsplats, kompetensutveckling m.m. som kan vara ett viktigt led i en rehabiliteringssituation) kommer förmodligen att prioriteras före en tillfälligt anställd. Vikariens ställning kan kanske i vissa fall vara bättre än den projektanställda. Fortfarande saknas dock kunskaper om hur olika anställningsförhållanden påverkar rehabiliteringsutfall. Den egna företagaren är också utelämnad till sig själv vad gäller olika insatser.

Figur 10. Andelen sysselsatta med tidsbegränsad anställning eller egenföretagare.



Källa: AKU.

Arbetets karaktär har ändrats

Även för de med tillsvidareanställning har förutsättningarna ändrats under 1990-talet. Decentralisering och delegering av ansvar och befogenheter har fortsatt under 1990-talet. En av effekterna när det gäller rehabilitering och åtgärder på arbetsplatsen är att även för relativt stora arbetsgivare (såväl privata som offentliga) utkrävs ansvar från relativt små resultatenheter och lokala chefer/arbetsledare. Stor arbetsgivare – stor möjlighet till hjälp gäller inte längre. Andra tendenser

inom arbetslivet är att organisationerna i såväl offentlig som privat sektor har satsat på kärnverksamhet genom bl.a. "outsourcing" de har också i allt högre utsträckning blivit "slimmade". Detta har kanske varit nödvändigt och önskvärt ur företagsekonomisk synvinkel och för tillväxten i vår ekonomi. Denna utveckling har dock försvårat möjligheten att hitta lämpliga miljöer för arbetsträning och arbetsprövning.

Upplevd hälsa, sjukskrivningar och arbetsförmåga

I en analys för kommittén välfärdsbokslut (Fritzell och Lundberg 1999) har 1990-talet delats in i tre perioder, 1989–90, 1993–94 och 1997–98 (före, under och efter krisen).

I analysen av data från undersökningar av levnadsförhållanden fann forskarna genomgående att den upplevda hälsan försämrades under 1990-talets första hälft, men att utvecklingen därefter varit svagt positiv, eller att hälsoläget i vart fall inte fortsatt att förvärras allmänt sett. Den upplevda hälsan tycks emellertid inte stämma överens med utvecklingen av sjukfrånvaron. Sedan hösten 1996 har antalet pågående sjukfall stadigt ökat även om de ökat mest under de två senaste åren. Från hösten 1997 har antalet sjukfall mer än 30 dagar ökat med ca 60 procent.

Kvinnor uppger ett sämre hälsoläge än män, äldre uppger generellt sett sämre hälsa än yngre, utrikes födda sämre hälsa än inrikes födda, ensamstående med barn uppger också allmänt sett sämre hälsa än människor i andra typer av hushåll, och arbetare sämre hälsa än tjänstemän. Dessa skillnader har enligt forskarna dock förblivit stabila under 1990-talet, med undantag för den förändring av åldersprofilen på nedsatt psykiskt välbefinnande i form av ångslan, oro och ångest.

Mellan 1989 och 1994 ökade andelen som uppgav nervösa besvär i alla åldersgrupper, men denna ökning var mycket kraftigare bland yngre och medelålders. Mellan 1994 och 1997 minskar så ångslan, oro och ångest, men inte heller denna minskning är jämnt fördelad utan återfinns främst bland åldersgrupperna 45–64 år. När det gäller sjukskrivning för denna typ av besvär var det en signifikant ökning från 1998 till 1999 enligt läkarintygen hos försäkringskassorna. 1998 var 11,7 procent av samtliga fall sjukskrivna på grund av psykiska besvär. I september 1999 var det 13,9 procent av fallen.

Även om självskattad hälsa är ett bra mått på ohälsa och att sjukskrivning i sig är en allvarlig konsekvens av sjukdom eller upplevd ohälsa, förtjänas att nämna att det rent vetenskapligt finns mycket lite som tyder på en stark korrelation mellan sjukdom och arbetsförmåga. Det finns många svårt handikappade eller personer med allvarlig och

objektivt konstaterad sjukdom/skada som har kvar hela sin arbetsförmåga. Åter andra har kvar delar av sin ursprungliga arbetsförmåga trots skada och handikapp. Denna dåliga korrelation mellan sjukdom och arbetsförmåga är en viktig kunskap för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Den innebär en utmaning att hitta olika former av individuellt anpassade lösningar för att bättre ta tillvara möjligheten till ett aktivt liv i arbete efter förmåga.

Arbetskraften blir äldre och allt färre får försörja fler

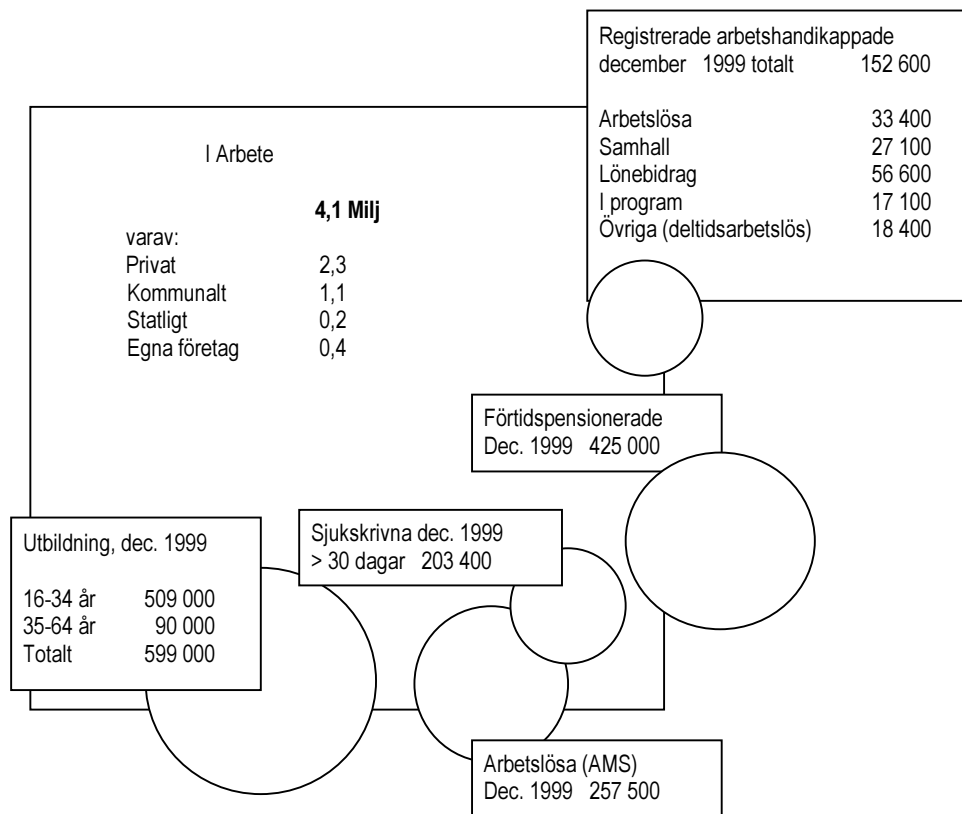
Befolkningens ålderssammansättning har ändrats under de senaste 10 åren. En större andel i befolkningen är äldre. Förändringen kommer att fortsätta även under den kommande 10-årsperioden och en brist på arbetskraft kan bli följden.

Åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år ökar kraftigt under den kommande perioden. 1990 var det drygt 1,3 miljoner personer i de båda grupperna. År 2010 är det närmare 1,8 miljoner. Med andra ord är det nästan en halv miljon fler om tio år i de åldrar som har högst sjukfrånvaro eller som har en högre risk för förtidspension.

Under de senaste decennierna har den faktiska pensionsåldern sjunkit successivt och ligger nu för vissa yrkesgrupper i praktiken under 58 år. Detta får stor betydelse för den så kallade försörjningskvoten (icke yrkesverksamma/yrkesverksamma). I stället för tre yrkesverksamma personer mellan 20–64 år på varje person över 65 år riskerar vi att få två yrkesverksamma mellan 20–59 år på varje person över 60 år redan år 2010 (källa SNS, välfärdspolitiska rådets rapport 1999)

Översiktsbild över befolkningen i arbetsför ålder (16–64 år) 1999

Ett annat sätt att beskriva befolkningen i arbetsför ålder är att även redovisa de som helt eller delvis står utanför arbetsmarknaden. I nedanstående figur redovisas antalet arbetslösa, sysselsatta (AKU), arbetshandikappade (AMS), sjuka och förtidspensionerade (RFV) samt de under utbildning (AKU). Då olika informationskällor använts går siffrorna inte att lägga samman då vissa grupper överlappar varandra. Uppgifterna avser ett genomsnitt 1999 om inget annat anges. Totalt finns 5,6 miljoner människor i arbetsför ålder (16–64 år).



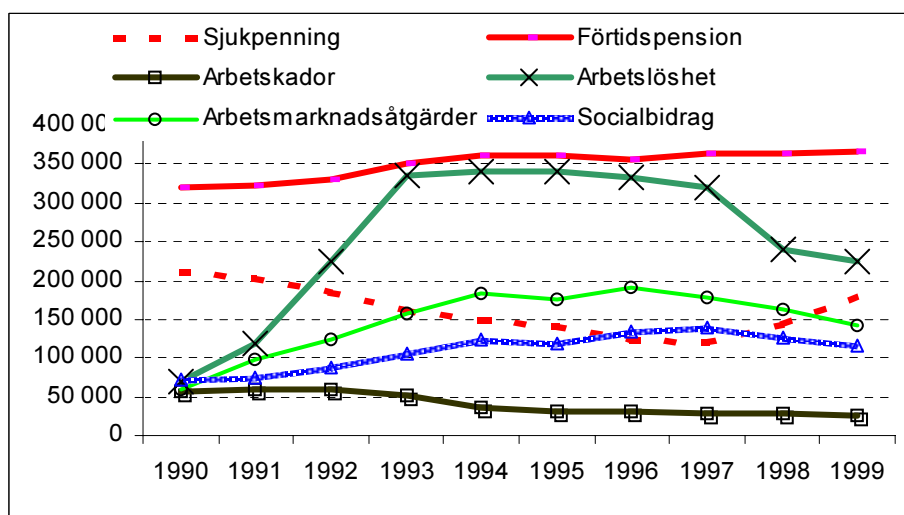
Ett annorlunda och kanske kompletterande sätt att beskriva detta är att räkna fram hur många personer som försörjs med sociala ersättningar och bidrag. I syfte att följa upp regeringens sysselsättningsmål har SCB fått i uppdrag att årligen redovisa statistik över antalet personer som försörjs genom sociala bidrag och ersättningar. Regeringens mål innebär att andelen reguljärt sysselsatta av befolkningen (20–64 år) ska öka från 74 procent till 80 procent 2004.

För att skapa jämförbarhet mellan olika typer av ersättningar så mäts varje ersättningssystem i s.k. helårsekvivalenter eller nedan kallade helårsförsörjda. Med helårsförsörjda menas det antal individer som skulle kunna ha försörjts under ett helt år med full ersättning. Det som nedan beskrivs som helårsekvivalenter är alltså inte verkliga individer utan mer ett mått på omfattningen av välfärdssystemen. Två

halva förtidspensioner blir en helårsförsörd i förtidspensionssystemet. Uppgifter om förtidspension och sjukpenning är hämtade från RFV. Från AMS uppgifter när det gäller Arbetsmarknadsåtgärder och Arbetslöshetsförsäkring. Uppgifterna för socialbidrag 1999 bygger på en prognos. Enligt Socialstyrelsen är kostnaderna för 1999 ca 8 procent lägre än för 1998. Utredningen har därför minskat helårsförsörjda för socialbidrag med 8 procent för 1999.

Vidare har utredningen kompletterat bilden med helårsförsörjda för arbetsskador. Det kan diskuteras om det är riktigt. Huvuddelen av arbetsskadeförsäkringens kostnader är kostnader för arbetsskadelivräntor. Många personer som beviljats förtidspension efter en arbetsskada får sin pension kompletterad med livränta. Ytterligare personer har livränta som komplement till inkomstförlust på grund av arbetsskada men arbetar heltid. En tredje grupp uppstår arbetsskadelivränta i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Totalt hade arbetsskadeförsäkringen 1999 utgifter motsvarande 5,6 miljarder kr. För att skapa s.k. helårsförsörjda även för arbetsskadeförsäkringen har en genomsnittlig månadslön på 18 000 kr använts. Hur många personer skulle på årsbasis kunna försörjas via detta system ?

Figur 11. Antal helårsförsörjda 1990–1999.



Källa: SCB 1990-98, RFV och AMS 1999.

Försörjning räknat enligt ovan innebär sammanräknat en ökning från knappt 788 000 helårsförsörjda 1990 till 1 056 000 helårsekvivalenter 1999. En ökning med 34 procent. En viss minskning av totala antalet

helårsekvivalenter har skett från 1998. Helårsförsörjning via förtidspensionssystemet är det mest stabila systemet under 1990-talet med en stadig ökning varje år. Från 319 000 år 1990 till 366 000 helårsförsörjda 1999. Antalet helårsförsörjda via arbetsskadesystemet har halverats under 1990-talet. Från 56 000 helårsförsörjda 1990 till 27 000 för år 1999.

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i befolkningen

Ett sätt att bedöma behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering i befolkningen är att studera hur vanligt det är att på grund av hälsoskäl vilja ändra sin arbetssituation. Detta lät utredningen Sifo under hösten undersöka bland ett representativt urval av 1022 personer i åldern 25–65 år. Alla tillfrågades om de under de senaste tolv månaderna av hälsoskäl övervägt att ändra sin arbetssituation. Som hälsoskäl beskrevs stress och/eller kroppsliga besvär. Alla tillfrågades också om de under samma period verkligen förändrat sin situation.

Var femte tillfrågad uppgav att man övervägt att byta arbetsuppgifter på grund av hälsoskäl (20 %). Vid fråga om man också förändrat sin arbetssituation under de senaste tolv månaderna på grund av hälsoskäl svarade 10 procent att man bytt arbetsuppgifter.

I syfte att fördjupa analysen av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering har SCB på uppdrag av utredningen genomfört en mer omfattande analys. Genom ett tillägg av fyra frågor till arbetsmiljöundersökningen 1999 har behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering hos de i arbete bättre kunnat analyseras (i urvalet ingår sjukskrivna personer men inte de arbetslösa). Drygt 10 000 personer har i undersökningen besvarat frågor om sina arbetsförhållanden och sin arbetsmiljö. SCB har genomfört arbetsmiljöundersökningen på uppdrag av Arbetarskyddsstyrelsen (ASS) och utredningen har i samarbete med ASS och SCB utformat de fyra tilläggsfrågor som syftar till att fånga upp behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos individer i arbete.

De fyra frågorna gäller om man på grund av sitt hälsotillstånd under de senaste tolv månaderna har övervägt att förändra sin arbetssituation genom att

- byta arbetsuppgifter
- förändra arbetsuppgifterna
- byta arbetsgivare, ev. starta eget
- minska arbetstiden

Det markerades särskilt att byte av annat än hälsoskäl inte skulle anges. De två sista frågorna om att byta arbetsgivare eller att minska sin arbetstid är möjligen de åtgärder som i minst utsträckning förutsätter att arbetsgivaren ändrar något i arbetet, att arbetsuppgifterna verkligen anpassas till den enskilde. De kan utgöra den enskildes sista utväg, men kan naturligtvis också vara bra lösningar för honom/henne.

Att ha övervägt en förändring innebär vanligtvis att man har tänkt ordentligt på saken. Ett svarsalternativ innebär att det stannat vid detta övervägande medan ett annat svarsalternativ innebär att man även gjort den förändring som man övervägt.

Tabell 2. Andel (procent) som under det senaste året av hälsoskäl övervägt att:

		Män	Kvinnor	Total
Byta arbetsuppgifter	Har övervägt detta	15,6	18,0	16,7
	Har också gjort den förändringen	3,5	4,5	4,0
Förändra nuvarande arbetsuppgifter	Har övervägt detta	13,8	16,0	14,8
	Har också gjort den förändringen	5,9	6,1	6,0
Byta arbetsgivare eller bli egen företagare	Har övervägt detta	17,4	18,1	17,7
	Har också gjort den förändringen	2,5	2,4	2,4
Minska arbetstiden	Har övervägt detta	14,5	17,2	15,8
	Har också gjort den förändringen	4,3	5,9	5,1

Frågorna avser det förändringsbehov den enskilde känner, vilket inte behöver vara detsamma som ett "objektivt" behov eller som ett behov som exempelvis någon "professionell" bedömer. Det är också rimligt att tro att uppfattningen att man av hälsoskäl borde göra något åt sin arbetssituation ofta infinner sig först när problemen redan är mycket påtagliga och inte i ett skede då man kanske lättare skulle kunna förebygga eller hantera dem. De fyra frågorna är förhoppningsvis en relativt god mätare på det medvetna övervägandet av en förändring.

Hur mycket man ägnar sig åt att överväga olika förändringar beror även rimligtvis på hur realistiska handlingsalternativ de är. Kan man få ett annat, lämpligare arbete på arbetsmarknaden? Kan och vill arbetsgivaren hjälpa till att anpassa arbetsuppgifterna? Vad finns att välja på inom företaget? Har man ekonomiska möjligheter att minska arbets-

tiden? Andra utvägar, som att sluta arbeta, kan uppfattas som goda alternativ eller närmast som en personlig katastrof.

Det är säkert vanligt att den som överväger förändringar tänker på olika alternativ, vilket innebär att det delvis är samma personer som återkommer som ”övervägare” i svaren på de olika frågorna. Det finns därför behov av en helhetsbild. SCB har utifrån de fyra frågorna bildat en särskild variabel som anger hur vanligt det är att av hälsoskäl ha...

- ...**gjort** någon förändring av sin arbetssituation
- ...**övervägt men (ännu) inte gjort** någon förändring av sin arbetssituation
- ...**inte övervägt** något sådant - i många fall säkert därför att man inte har några hälsoproblem som motiverar det

I redovisningen av denna variabel har endast de tagits med som besvarat samtliga fyra frågor. En begränsning i undersökningen är givetvis att mätningen avser en enda tidpunkt (hösten 1999). Någon möjlighet att följa upp de som vid en given tidpunkt övervägt exempelvis ett arbetsbyte finns således inte.

Tabell 3. Andel som av hälsoskäl övervägt att ändra arbetsuppgifter enligt något av de fyra sätten

	<i>Ja, har övervägt</i>	<i>Ja, har gjort</i>	<i>Nej, inte övervägt</i>
Män	25	11	64
Kvinnor	27	13	60

Mer än en fjärdedel av de sysselsatta går således i tankar om att av hälsoskäl förändra nuvarande situation och drygt 10 procent har förändrat sin arbetssituation av hälsoskäl på något sätt. Det betyder att ca 1 miljon individer bland de som i slutet av 1999 var sysselsatta gick och övervägde någon form av förändring av sin arbetssituation utifrån egen upplevd hälsa. Förändringsbehovet var vanligast i åldersgrupperna 35–54 år och minst i de högsta resp. lägsta åldersgrupperna.

Tabell 4. Andel som av hälsoskäl övervägt att ändra arbetsuppgifter enligt något av de fyra sätten fördelat på sektor.

	<i>Ja, har övervägt</i>		<i>Ja, har gjort</i>		<i>Nej, inte övervägt</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Statlig	23	31	10	10	68	58
Kommunal	29	28	11	13	60	59
Landsting	35	29	3	13	62	58
Enskild	25	25	11	13	64	63

Av tabell 4 kan utläsas att det framförallt är kvinnor inom offentlig sektor som övervägt någon form av förändring av hälsoskäl. Av männen som övervägt detta var det vanligast inom den kommunala sektorn. Påfallande många män inom landstinget har övervägt förändring (35 %) men relativt få har gjort något (3 %).

De områden (näringsgrenar) där det är mest vanligt att överväga förändringar av arbetssituationen är omsorg, vård och utbildning. Vanliga yrken är lärare, skötare, vårdare, förskollärare, fritidspedagoger och sjuksköterskor. Även personer i olika typer av ledningsarbete, chefer för mindre företag och enheter angav minskad arbetstid som åtgärd för att ändra arbetssituationen. Arbetsplatsens storlek tycks inte ha haft någon avgörande betydelse för hur behoven ser ut.

Ett alltmer vanligt sätt att fånga upp psykosociala arbetsförhållanden är användningen av den s.k. krav-kontroll modellen som utvecklats av Robert Karasek och Töres Teorell. Arbetsrelaterad stress mäts här med ett antal frågor som försöker fånga två olika aspekter i arbetsmiljön:

- De krav som ställs på arbetaren
- Den möjlighet som arbetaren har att möta dessa krav,
- Dvs. kontroll.

Modellen är socialpsykologisk men har även ett sociologiskt perspektiv. Den försöker fånga in såväl samspelet mellan individ och dennes direkta arbetsmiljö som hur arbetet är organiserat dvs. det som bestämmer omfattningen av krav och kontroll i arbetet. Om arbetet innebär höga krav kombinerat med låg kontroll, uppstår stress.

I arbetsmiljöundersökningen har ett flertal frågor ställts för att fånga upp individens upplevelse av kraven i arbetet och vilken kontroll över arbetssituationen individen upplever sig ha. Utifrån detta kan sedan olika index av frågorna skapas. Enkelt uttryckt kan utifrån frågorna om krav och kontroll i arbetet fyra olika typer av arbeten skapas.

Arbeten med låg anspänning – låga krav ställs på arbetet samtidigt som man har förutsättningar/möjligheter att kontrollera och påverka arbetet och det som händer.

Aktiva arbeten – höga krav ställs på arbetet samtidigt som det finns tillräckliga förutsättningar/möjligheter att kontrollera kraven.

Passiva arbeten – låga krav ställs på arbetet samtidigt som det också saknas förutsättningar/möjligheter att kontrollera och påverka arbetet och det som händer.

Arbeten med hög anspänning – höga krav ställs på arbetet samtidigt som det saknas förutsättningar/möjligheter att kontrollera och påverka arbetet och det som händer.

Tabell 5. Andel som av hälsoskäl övervägt att ändra arbetsuppgifter enligt något av de fyra sätten fördelat på olika anspänning i arbetet.

	<i>Ja, har övervägt</i>		<i>Ja, har gjort</i>		<i>Nej, inte övervägt</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Låg anspänning	14	14	9	11	77	76
Aktiva arbeten	27	28	13	15	66	57
Passiva arbeten	22	19	9	9	70	72
Hög anspänning	40	38	13	15	47	47

Arbete med hög anspänning – dvs. där man utsätts för höga krav och har låg kontroll – är relaterade till en rad stressrelaterade sjukdomar och besvär. I denna kategori kan därför förväntas att behovet är stort att av hälsoskäl förändra sin arbetssituation. Så ser också resultaten ut för såväl kvinnor som män på de fyra frågorna. Mer än hälften av individerna med denna typ av arbeten upplever ett behov av ändring av nuvarande arbetsförhållanden. Det är också förhållandevis få i den gruppen som också gjort något åt sin situation (13–15 %)

Sammanfattningsvis kan konstateras att behoven av arbetslivs-inriktade insatser hos den arbetsföra befolkningen i sysselsättning är omfattande. Ca 1 miljon människor har under de senaste 12 månaderna övervägt någon form av förändring av sin arbetssituation på grund av hälsoskäl. Andelen som övervägt förändring är större inom offentlig sektor. I arbeten med hög anspänning (höga krav och låg kontroll) har mer än hälften övervägt ändring av sin situation.

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bland sjukskrivna och bland personer som beviljats förtidspension

Den till antal ojämförbart största gruppen långtidssjukskrivna är personer med besvär i rörelseorganen. Närmare hälften av samtliga individer sjukskrivna sedan en månad eller mer har denna typ av besvär (ca 100000 individer). Ont i rygg och nacke är också den vanligaste orsaken vid förtidspensionering i Sverige. 1999 förtidspensionerades drygt 15 000 personer på grund av besvär i rörelseorganen av totalt 39 500.

Den totala samhällskostnaden (indirekta och direkta kostnader), för ont i ryggen 1995 har av Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) beräknats till 29,4 miljarder (direkta kostnader 2,4 miljarder och indirekta kostnader 27 miljarder)

Psykiska besvär som orsak till långvarig sjukskrivning utgör ca 20 procent av samtliga långvarigt sjukskrivna (4 sept. 1999) och 24 procent av samtliga nybeviljade förtidspensioner 1999 (nästan 10 000 individer). I en nyligen publicerad samhällsekonomisk analys av direkta och indirekta kostnader för depressionssjukdomar beräknades dessa uppgå till drygt 10,3 miljarder för 1997. Av bl.a. den anledningen har utredningen valt att närmare analysera behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering i dessa båda grupper.

Sjukskrivna med ont i rygg och nacke

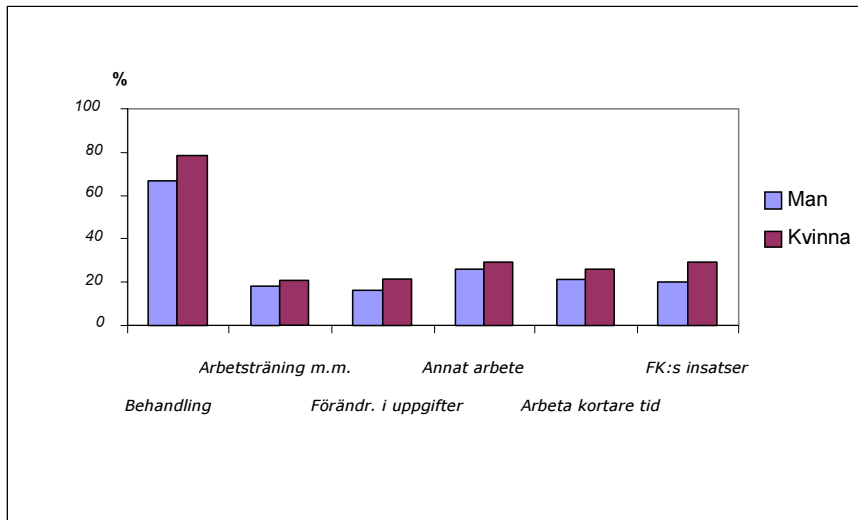
Med hjälp av Riksförsäkringsverket har en specialstudie om behovet av rehabilitering bland personer med besvär i rygg och nacke genomförts.

Undersökningen omfattar 2 001 personer i åldern 18–59 år inskrivna vid försäkringskassorna i Göteborg, Stockholm, Kristianstad, Västmanland och Västernorrland. Data har insamlats under åren 1994–1995 och samtliga personer följdes under en tvåårsperiod. Den svenska undersökningen är en del av en internationell studie vars syfte är att utvärdera effekten av de medicinska och arbetslivsinriktade åtgärderna som vidtas i syfte att skapa förutsättningar för sjukskrivna att återgå i arbete.

Efter fyra veckors sjukskrivning ansåg sig närmare åtta av tio sjukskrivna vara i behov av medicinska åtgärder. Ca 30 procent hävdade att de behövde ett annat arbete eller andra arbetsuppgifter på nuvarande arbetsplats. Nästan lika många uppgav behov av kortare arbetstid, olika förändringar på arbetsplatsen, arbetsträning eller omskolning och försäkringskassans insatser. Betydligt fler av de sjuk-

skrivna ansåg sig vara i behov av medicinsk behandling än vad behandlande läkaren motiverat.

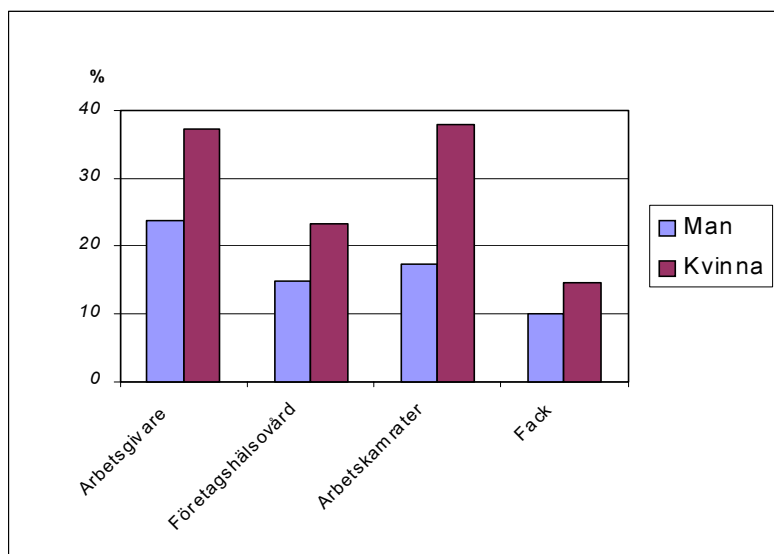
Figur 12. Behov av konkreta åtgärder efter 28 dagar.



Många sjukskrivna uppgav mera diffusa behov, såsom behov av stöd och engagemang, antingen för att de inte kunde identifiera konkreta behov eller som komplement för konkreta behov.

Enligt figur 13 nedan hade en tredjedel initialt förväntningar på arbetsgivare och cirka 20 procent på företagshälsovård. Det tyder, tillsammans med de behov av konkret slag som visas i figur 12, på att de sjukskrivna har stora förhoppningar på att arbetsgivaren ska kunna hjälpa dem att återgå i arbete. Detta ligger helt i linje med arbetsgivarens förstahandsansvar för anpassning av arbetsplatsen och för rehabiliteringen. En tredjedel hade dessutom förväntningar på arbetskamraterna. De sammanlagda behoven av stöd och uppmuntran från arbetsplatsen var således många. Skillnaderna i behov av stöd är påtagligt stora mellan män och kvinnor.

Figur 13. Av vem/vilka förväntas stöd för återgång i arbete.



Speciellt kvinnorna hade förväntningar på arbetsgivarens och arbetskamraternas stöd. Närmare 40 procent av kvinnorna ansåg att arbetsgivarens hjälp och engagemang skulle vara av avgörande betydelse för deras återgång i arbete och lika många betraktade arbetskamraternas stöd och uppmuntran som viktig.

Tabell 6. Bedömning av behov av rehabilitering, den sjukskrivne, läkaren och försäkringskassan, procent.

Behov	Män	Kvinnor	Totalt
Medicinsk behandling enligt de sjukskrivna	67	78	74
Medicinska åtgärder enligt läkare	58	58	58
Arbetslivsinriktade åtgärder enligt de sjukskrivna	51	58	55
Arbetslivsinriktade åtgärder enligt läkare	20	24	22
Arbetslivsinriktade åtgärder enligt försäkringskassan	20	23	21

Tabell 6 visar tydligt skillnaden mellan de professionellas bedömning av behov och den sjukskrivnes. Nära tre gånger så många av de sjukskrivna, såväl kvinnor som män, upplevde behov av en konkret arbetslivsinriktad insats (exkl. medicinska åtgärder) än vad såväl behandlande läkaren som försäkringskassan bedömde vara i behov av åtgärder, 55 procent jämfört med drygt 20 procent.

Att få sina behov tillgodosedda under sjukskrivningen och i olika faser av rehabiliteringsprocessen är en viktig förutsättning för möjligheten att återgå i arbete. Behovstillfredsställelse mättes också för de icke-medicinska behoven i undersökningen. Förutom de sedvanliga insatserna som utbildning, omskolning, arbetsträning, olika förändringar på arbetsplatsen och byte till lämpligare arbete ingick även åtgärder såsom taxiresor till och från arbete, arbetsprövning, aktiveringsgrupp, lönebidrag och starta-eget-bidrag i en specificerad lista på åtgärder

En fjärdedel av de sjukskrivna fick under det första året inte, trots upplevda behov, insatser som olika aktörer kan bidra med för att underlätta återgång i arbete .

Tabell 7. Behovstillfredsställelse vid arbetslivsinriktad rehabilitering (exkl. medicinsk behandling) efter 1 år, procent.

<i>Behovstillfredsställelse</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>
Behövde inte åtgärder	49	43	45
Behövde men fick inte åtgärder	18	28	25
Behövde och fick åtgärder	33	29	30

Kvinnorna gav uttryck för bristande behovstillfredsställelse i större utsträckning än männen, 28 procent jämfört med 18 procent.

Egen prognos kan dels anta spegla motivation, dels beskriva en bedömning av möjligheterna att arbeta såsom de ter sig mot bakgrund av smärta, funktionsförmåga och hälsostatus för övrigt samt mot övriga förhållanden i ens livssituation.

Tabell 8. Egen bedömning av arbetsförmåga efter 28 dagar, 90 dagar och 1 år, procent

	<i>Arbetsförmåga</i>					
	<i>Efter 28 dagar</i>		<i>Efter 90 dagar</i>		<i>Efter 1 år</i>	
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Arbetar i samma yrke	60	61	58	62	45	44
Arbetar i annat yrke	26	27	25	23	31	32
Kan inte arbeta	14	12	17	15	24	24
Totalt	100	100	100	100	100	100

Det fanns endast små skillnader i prognosen mellan männen och kvinnorna. Prognosen visade att 13 procent av de sjukskrivna inte trodde sig kunna arbeta någonsin när de besvarade 28-dagarsenkäten.

Motsvarande siffror för 90-dagarsenkäten var 16 procent och för ettårsenkäten 24 procent. Det är naturligt att prognosen blev dystrare ju längre tid sjukskrivningen pågick. Ju längre tid sjukskrivningen pågick desto tydligare blev inriktningen på att byta yrke.

Hur väl slog prognosen in? Av tabell 9 framgår att många trots en dyster prognos lyckades avsluta sin sjukskrivning utan att övergå till sjukbidrag eller förtidspension.

Tabell 9. Egen prognos och friskskrivning under 2-årsperioden, procent

Negativ prognos "kan aldrig arbeta" i...	Friskskriven inom 1 år		Friskskriven inom 2 år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
28-dagarsenkäten	38	42	54	60
90-dagarsenkäten	29	29	37	41
1-årsenkäten			35	34

Av dem som efter några veckors sjukskrivning bedömde sina möjligheter att återgå i arbete vara obefintliga blev ca 40 procent friskskrivna inom ett år och närmare 60 procent inom två år. De som hade varit sjukskrivna ett helt år och då inte trodde sig kunna arbeta var inte heller "hopplösa" fall eftersom en tredjedel av dem blev friskskrivna under det andra året. Den egna prognosen var således ingen självuppfyllande profetia.

Kvinnorna med dålig prognos tenderade att bli friskskrivna i större utsträckning än männen. Kvinnorna gjorde antingen mera pessimistiska prognoser än männen i motsvarande situation eller så lyckades de något bättre än männen, trots dålig egen prognos.

Friskskrivningen i gruppen med dålig prognos kan jämföras med friskskrivningen i hela undersökningsgruppen. Av samtliga sjukskrivna blev 75 procent friskskrivna inom ett år och 83 procent inom två år.

Sammantaget visar denna undersökning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering bland sjukskrivna med besvär i rygg och nacke på en stor skillnad mellan den sjukskrivnes bedömning av behov och de professionellas bedömning (sjukvården, försäkringskassan). Nära tre gånger så många av de sjukskrivna, såväl kvinnor som män, upplevde behov av en konkret arbetslivsinriktad insats (exkl. medicinska åtgärder) än vad såväl behandlande läkaren som försäkringskassans handläggare bedömde vara i behov av åtgärder. Det finns naturligtvis anledning att närmare analysera och diskutera vad denna stora skillnad kan bero på. Utredningen kan här bara konstatera att det enskildes upp-

levelse av behovs tillfredställelse är låg på flera punkter och att många (25 %) som ansåg sig ha behov av konkreta åtgärder efter det första året av sjukskrivning inte fått del av några insatser. Vidare att väntetiderna på utredning och behandling inom vården för denna typ av besvär är besvärande långa.

Sjukskrivning på grund av psykiska besvär, stress och utbrändhet

Under de senaste åren har debatten om stress och utbrändhet i arbetslivet tilltagit. Olika larmrapporter har fått stort genomslag i massmedia och statistik på arbetsskadeområdet tyder på en ökning av antalet anmälda stressrelaterade arbetsjukdomar.

I och med att uppgifter om olika typer av besvär i samband med sjukskrivning inte registreras finns inga möjligheter att med heltäckande statistik beskriva utvecklingen över tiden. Utredningen har dock i samarbete med några försäkringskassor fått tillgång till viss information om sjukskrivning på grund av stress och utbrändhet.

Hur vanligt är sjukskrivning på grund av stress och utbrändhet? Utredningen genomförde med försäkringskassan i Västernorrland i februari 2000 en undersökning av samtliga pågående sjukskrivningar i länet som varat mer än 30 dagar. I den undersökningen framkom att 6 % av samtliga sjukskrivningar hade stress eller utbrändhet angivits på läkarintyget. Denna andel (6 %) bekräftas även av tidigare gjorda undersökningar i Värmlands och Örebro län.

Sjukskrivning på grund av stress, utbrändhet i Västernorrland var vanligare bland tjänstemän än bland arbetare och vanligare inom den offentliga sektorn än bland privatanställda/egna företagare. Kvinnor var i högre grad än män sjukskrivna för denna typ av besvär.

Tabell 10. Andel sjukskrivna för stress, utbrändhet i februari 2000 jämfört med övriga orsaker fördelat på typ anställningsförhållande, procent.

	<i>Offentligt anställda</i>	<i>Egna företagare</i>	<i>Privat anställda</i>	<i>Arbetslösa</i>
Stress, utbrändhet	9	4	5	1
Övriga orsaker	91	96	95	99
Totalt	100	100	100	100

Någon bra beskrivning över hur denna typ av besvär utvecklats över åren finns tyvärr inte. Nedanstående tabell ger dock en viss indikation på utvecklingen.

Tabell 11. Antal sjukskrivna i Västernorrlands län i februari 1997–2000 för psykisk sjukdom, psykiska besvär (inkl stress, utbrändhet, hög arbetsbelastning) och missbruk.

	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män och kvinnor</i>	<i>Sjukskrivna >30 dagar Alla diagnoser</i>
1997	125	196	321	2 818
1998	125	232	357	3 052
1999	176	347	523	4 211
2000	311	648	959	5 641

Antalet sjukskrivna för olika typer av psykiska besvär (inkl missbruk) har ökat kraftigt sedan 1997. Av samtliga sjukfall > 30 dagar utgjorde denna typ av besvär 11 procent år 1997. Motsvarande andel i februari 2000 var 17 procent. I Riksförsäkringsverkets undersökning den 4 september 1998 och 1999 av pågående sjukfall som varat 30 dagar eller mer var motsvarande siffror för 1998 19 procent och för 1999 var det 21 procent. Den enda statistiskt säkerställda förändringen mellan åren var ökningen av denna typ av besvär.

I Västernorrland var signifikant fler kvinnor sjukskrivna på grund av stress, utbrändhet mm än män. 3 procent av männen jämfört med 7 procent av kvinnorna var sjukskrivna på grund av detta.

I syfte att ytterligare öka kunskaperna om rehabiliteringsinsatser för denna grupp lät utredningen intervjua personer som våren 2000 var sjukskrivna för denna typ av besvär. Vid tre försäkringskassor lät utredningen intervjua drygt 100 slumpmässigt utvalda personer som varit sjukskrivna mellan 2–6 månader för stress och utbrändhet om orsaker, rehabiliteringsbehov m.m. Utredningen frågade vad de sjukskrivna ansåg vara huvudorsaken till besvären, vad de hade för yrke om de ansåg att de fått den hjälp de behövde och om nuvarande inriktning var rehabilitering tillbaka till den gamla arbetsplatsen eller till annan arbetsplats.

Två tredjedelar av de sjukskrivna hade sin anställning inom den offentliga sektorn. Yrken inom sjukvård, socialt arbete, barnomsorg och utbildning var de i särklass vanligast förekommande vid sjukskrivning på grund av stress och utbrändhet. Antalet lärare inom olika delar av skolan som var sjukskrivna på grund av denna typ av besvär var slående.

Mer än hälften (57 %) angav arbetsförhållanden som enda orsak till besvären. Det var också insatser på arbetsplatsen som de flesta efterfrågade eller såg som nödvändiga inför eventuell återgång i arbete. En femtedel av intervjupersonerna ansåg att inget gjorts utöver pågående

sjukskrivning och påfallande många ansåg sig inte ha fått den hjälp de behövde. Männerna ansåg sig ha fått hjälp i högre utsträckning än kvinnorna. 63 procent av männen var i stort nöjda med den hjälp de fått medan kvinnorna bara i 38 procent av fallen ansåg att de fått den hjälp de behövde.

En annan fråga som berörde rehabiliteringen var om inriktningen var att komma tillbaka till den gamla arbetsplatsen eller inte. Här fanns ingen skillnad mellan män och kvinnors syn på inriktningen. Knappt 60 procent av personerna var inriktade på att gå tillbaka till den gamla arbetsplatsen, mer än var tredje ville till en helt annan arbetsplats och övriga visste vid undersökningstillfället inte vad som var bäst eller vad man ville.

Även i AMF:s och SPP:s register (där sjukskrivningsorsak registreras) har en ökning av antal personer som sjukskrivs för depression och närbesläktade tillstånd (ångesttillstånd, stresstillstånd, utbrändhet) kunna konstateras. SPP som administrerar den kollektivavtalade tilläggsförsäkringen för tjänstemän inom SAF/PTK-området har noterat en kraftig ökning (78 %) mellan 1998 och 1999 när det gäller individer sjukskrivna med diagnosen depression, stressreaktion och utbrändhet.

Vidare har utredningen i samarbete med försäkringsbolaget SPP tagit del av några forskningsprojekt kring stress och utbrändhet. I ett särskilt forskningsprojekt med försäkrade hos SPP (tjänstemän) har Karolinska institutets institution för klinisk neurovetenskap med sektionerna för personskadeprevention resp. psykiatri genomfört en undersökning med syfte att klargöra bakgrund och symtombild hos tjänstemän med långvarig sjukskrivning för denna typ av besvär (stress, utbrändhet). Ett hundratal patienter har undersökts och djupintervjuats. Avsikten med studien är bl.a. att utifrån vunna erfarenheter utveckla behandlings och rehabiliteringsprogram.

De preliminära resultat som utredningen fått ta del av visar att den utan jämförelse vanligaste orsaken till långtidssjukskrivningen är problem på arbetet. 76 procent angav arbetet som viktig utlösande faktor och 53 procent den enda utlösande faktorn. När det gäller rehabilitering av denna typ av besvär konstaterar forskarna bl.a. utifrån en internationell översikt av program för arbetsrelaterad stresshantering att det för närvarande är omöjligt att bestämma vilken typ av intervention som är mest effektiv.

Forskarna skriver i sin preliminära rapport att behovet av utvärderade och effektiva rehabiliteringsprogram är uppenbart. Vidare att det är viktigt att hitta olika typer av preventiva strategier för att hindra eller bromsa den utveckling vi nu ser.

I ett annat delprojekt som bedrivs vid samma institution, Hållbar Arbetshälsa inom Kommun och Landsting (HAKuL-projektet) har

drygt 400 långtidssjukskrivna besvarat enkäter om sin sjukskrivning. I projektet rapporterades att 25 procent helt eller delvis var förorsakad av utbrändhet. Forskarna konstaterar också att ”någon gemensam behandlingsstrategi finns inte och många av de sjukskrivna hade tappat tron på återgång i arbete”.

Sammanfattningsvis kan konstateras att psykiska besvär (inkl. stress/utbrändhet) som orsak till sjukskrivning har ökat de senaste åren. I två oberoende kartläggningar konstateras att mer än hälften av intervjupersonerna ansåg att besvären var utlösta av förhållanden kopplade till deras förhållanden på arbetet. Behovet av effektiva utvärderade program för rehabilitering i samband med stress/utbrändhet är uppenbara. Även för denna grupp är det uppenbart att behoven av insatser är ojämnt fördelade. Många ansåg att de inte fått den hjälp de behövde. Bara 38 procent av kvinnorna ansåg att de i stort sett fått den hjälp de behövde. För relativt många, mer än en tredjedel, vid denna typ av besvär är också ett arbetsbyte eller rehabilitering till en annan arbetsplats det mest realistiska.

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bedömt av försäkringskassans handläggare

För att skatta behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering är det också intressant att få del av försäkringskassans handläggares bedömning av behovet. Utredningen lät därför genomföra en särskild undersökning i samarbete med RFV och försäkringskassorna kring behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, utifrån reglerna i lagen om allmän försäkring (22 kap.). Ett urval av personer som varit sjukskrivna mer än 60 dagar har bedömts med hjälp av försäkringskassans handläggare, dvs. av handläggare som också löpande arbetar med sjukskrivna personers situation.

Den 4 september 1999 var drygt 149 000 personer sjukskrivna i 60 dagar eller mer. Totalt granskades ett urval av 2 954 sjukfall. Sjukfallen bedömdes av försäkringskassans handläggare utifrån den information som var tillgänglig vid tidpunkten för bedömningen. Bedömningen är gjord av situationen den aktuella undersökningsdagen (4 sept.)

Där inget behov av rehabilitering förelåg har individen bedömts kunna återgå i arbete utan vidare insatser. En annan grupp där ytterligare rehabiliteringsinsatser inte var aktuella är den där rätt till förtidspension bedömts föreligga eller var på väg att utredas.

Denna typ av undersökningar (tvärsnittsundersökningar) har vissa svagheter när det gäller att bedöma omfattningen av rehabilite-

ringsbehov. Undersökningsdesignen medför att de kortare (mindre än tre månader) och något mer vanliga sjukfallen blir underrepresenterade. De riktigt långa sjukfallen (mer än ett år) kommer alltid med i urvalet oavsett när under året undersökningen görs. Behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering kan därför komma att överskattas. Utredningen har trots dessa invändningar valt att redovisa resultaten och återkommer till detta när en uppskattning görs av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 12. Andel med behov av arbetslivsinriktad rehabilitering enligt försäkringskassans handläggare fördelat på olika sjukfallslängder sept. 1999, procent.

	<i>60-179 dagar</i>	<i>180-364 dagar</i>	<i>365 dagar -</i>	<i>Total</i>
Bedömdes bli frisk av sig själv	23	12	4	12
Utveckling avvaktades, bevakning	50	40	30	38
Behov av kompletterande uppgifter	10	10	10	10
Behov av arbetslivsinriktad Rehabilitering	10	21	23	19
Rätt till förtidspension	7	17	33	21
Utreds				
Total	100	100	100	100

Siffrorna visar att sannolikheten att tillfriskna av sig själv bedömdes minska med längden på sjukskrivningen. Rätten till förtidspension utreds i de långa fallen. Mellan 10 och 70 procent av de sjukskrivningar som pågick i september bedömdes efter två månader ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Anmärkningsvärt är att så mycket som en tredjedel (30 %) av samtliga pågående sjukfall som varat i ett år eller längre fortfarande bevakades på grund av osäkerhet hur sjukfallet kommer att utveckla sig. Här finns också en uppenbar risk för passiva väntetider som i sin tur ökar risken för att sjukfallet avslutas med sjukbidrag eller förtidspension. I de kortare fallen bedömde försäkringskassans handläggare att behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering förelåg i 10 procent av fallen jämfört med drygt 20 procent av fallen när sjukperioden varat mer än 6 månader (180 dagar)

Tabell 13. Andel sjukskrivna fördelade på sjukskrivningsorsaker och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering sept. 1999, procent

	<i>Rörelseorg</i>	<i>Psykiska sjd</i>	<i>Skador</i>	<i>Hjärt sjd</i>	<i>Övriga sjd</i>
Bedömdes bli frisk av sig själv	8	13	23	12	15
Utveckling avvaktades, bevakning	35	40	37	43	45
Behov av kompletterande uppgifter	13	8	1	10	8
Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering	22	19	21	6	13
Rätt till förtidspension utreds	22	20	18	29	19
Total	100	100	100	100	100

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering var mer än tre gånger så stor för sjukskrivna på grund av besvär i rörelseorganen, psykiska besvär eller skador jämfört med personer sjukskrivna för hjärt- och kärlbesvär. Personer sjukskrivna för hjärt- och kärlbesvär bedömdes av försäkringskassans handläggare vara i minst behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Endast 6 procent bedömdes ha detta behov. En större andel av de med psykiska besvär jämfört med exempelvis rörelseorganen bedömdes bli friska av sig själva.

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bland förtidspensionärer

Drygt en femtedel av alla långtidssjukskrivna (21 % 1999) var sjukskrivna på grund av psykisk sjukdom, psykiska besvär eller missbruk. Det är också den näst vanligaste orsaken till att bevilja förtidspension eller sjukbidrag (tidsbegränsad förtidspension). Av samtliga som 1999 beviljades förtidspension hade 24 procent (9 566 personer) psykisk sjukdom som orsak. I de yngre åldersgrupperna 16–39 år var det den vanligaste orsaken till förtidspension. Det finns även stora regionala skillnader som utredningen kunnat utläsa från statistiken. I storstäderna är andelen som förtidspensioneras på grund av psykiska sjukdomar och syndrom mellan 25–31 procent medan andelen i exempelvis Norrland bara är ca 15 procent. Det har inte varit utredningens uppdrag att analysera vad som döljer sig bakom dessa skillnader. Utredningen kan emellertid bara konstatera att det tycks finnas betydande regionala skillnader som bör bli föremål för en fördjupad analys.

Riksförsäkringsverket har på uppdrag av regeringen analyserat i vilken omfattning psykiskt funktionshindrade har fått del av rehabiliteringsinsatser i förhållande till andra grupper. Av den rapport som RFV överlämnat till regeringen (1999-12-16) framgår att:

”Hälften av sjukbidragstagarna med psykiatriska diagnoser har någon gång fått arbetslivsinriktad rehabilitering. För sjukbidragstagare med somatiska diagnoser är andelen tio procentenheter högre. Av sjuk-

bidragstagarna med de allvarliga psykiatriska diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom hade endast 27 procent fått arbetslivsinriktade insatser vid tidpunkten för sjukbidragets påbörjande. Betydligt fler, 44 procent, av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser hade fått arbetslivsinriktad rehabilitering vid den tidpunkten.”

En av de slutsatser som RFV gör med anledning av utvärderingen är att ingen av rehabiliteringsaktörerna har både mandat och medel för att helt kunna verka för det som är det bästa för individens hälsa. Det sätt på vilket ansvar och verksamhetsområden är avgränsade kan förhindra rehabiliteringsåtgärder, som skulle ge den psykiskt funktionshindrade ett bättre liv och dessutom vara lönsamma för samhället.

Riksdagens revisorer har nyligen genomfört en förstudie av “Förtidspensionering av personer med psykisk diagnos” och beslutade 1999-12-15 att granska försäkringskassans och andra aktörers hantering av processen från första sjukansökan till beslut om förtidspension vad gäller personer med psykisk diagnos. Bakgrunden till riksdagens granskning är den oroande utvecklingen av antalet förtidspensionärer med psykisk diagnos. Från 1991 till 1996 hade antalet förtidspensionärer på psykisk grund ökat från 90 000 till 108 000 (20 %). Av förstudien framgår att det är själva rehabiliteringsprocessen som ifrågasätts och som ur några olika perspektiv ska granskas. Studien har ännu inte slutförts.

När det gäller gruppen med psykisk ohälsa har även Socialstyrelsen gjort en omfattande utvärdering av psykiatrireformen. Även i denna utvärdering framkommer problem med gränsdragningskonflikter. Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärdering att minst 20 000 personer har behov av daglig aktivering och samordnad rehabilitering. Här finns en skillnad i omhändertagande om man jämför med de ca 19 000 utvecklingsstörda som i huvudsak har sitt behov av daglig verksamhet tillgodosett inom omsorgsverksamhetens dagcentra. En slutsats är att det finns ett uttalat behov av att planera för mer samlade och uthålliga lösningar och inte bara kortsiktiga punktinsatser.

Jag har också fått uppgifter om oklara ansvarsförhållanden i rehabiliteringen för gruppen traumatiserade flyktingar. I många fall uteblir nödvändiga insatser trots att behoven är omfattande och att metoder finns.

Sammanfattningsvis kan kring gruppen psykiskt funktionshindrade sägas att behoven av olika typer av insatser från samhället förmodligen är avsevärt större än för andra besvär. Någon bra kartläggning med utgångspunkt i ett individperspektiv har inte kunnat genomföras under den begränsade tid som utredningen haft. De kartläggningar utredningen tagit del av visar dock på att även denna grupp inte får sina behov av rehabiliteringsinsatser tillgodosedda. Gruppen psykiskt funk-

tionshindrade tillhör en av de mer utsatta grupperna i samhället och som inte på samma sätt som andra grupper förmår att uttrycka sina behov. Psykiskt funktionshinder är den vanligaste orsaken till förtidspension i åldrarna 16–39 år och utgjorde totalt 24 procent av samtliga nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1999. Ca 10 000 personer beviljas årligen förtidspension på grund av psykiska sjukdomar och syndrom. Det är ca 2–3 000 fler än när reformen trädde i kraft 1992.

Behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bland individer med mer sammansatta problem

Den 1 juli 2000 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen med anledning av utvärderingsuppdraget kring prop. 1996/97:63.

Socialstyrelsen har hittills kommit med två lägesrapporter. Årets rapport Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:5 ”Lönsam samverkan för individ och samhälle” är den tredje i raden rapporter kring FRISAM (Frivillig samverkan). I rapporten konstateras i korthet att:

Det finns ingen samlad behovsbild
Organisering mellan myndigheterna sker inte för att möta behoven
Ingen vet hur många vi talar om
Kartläggning är en del av samarbetet.

De samverkande organisationerna beskriver behovsgrupperna mycket olika. Samma individer grupperas olika i olika organisationer. De grupperas efter myndigheternas ansvar och beskrivs efter målgrupper, diagnosgrupper eller utifrån försörjningsstöd. I rapporten konstateras att befintliga register över personer saknar markeringar eller sorteringsmöjligheter för att få fram personer omkring vilka samverkan sker eller bör ske. Kunskap saknas om vilka personer som förekommer som hjälpsökande samtidigt hos exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller Socialtjänsten. I några kommuner som medverkar i Socialstyrelsens utvärdering har en mer noggrann genomgång gjorts som vid en uppräknig till rikssiffror innebär att mellan 190 000 och 400 000 individer är berörda av samverkan mellan myndigheter. Dessa siffror säger dock inget om vilka behov dessa människor har utan bara att vid ett givet tillfälle är detta antal föremål för någon form av samverkan där behoven är sammansatta.

Hur många individer som är i behov av mer sammansatta insatser från olika huvudmän har också varit föremål för kartläggningsaktiviteter inom Socsam (finansiell samordning mellan tre huvudmän –

socialförsäkringen, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten). Inom ett av Socsamprojekten i Göteborg, DELTA-projektet har en kartläggning av personer som enligt försäkringskassan och socialtjänsten kan ta ett på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbete, "har arbetsförmåga" men som enligt arbetsförmedlingen inte utan vidare kan få och behålla en anställning, "ej anställningsbar". Sammanlagt var det 1 800 personer på Hisingen och uppräknat på riksnivå utgör det drygt 100 000 personer.

AMS har också i en rapport till regeringen i december 1999 beräknat att motsvarande grupp utgör ca 2 procent av arbetskraften eller ca 100 000 individer. I rapporten skriver AMS att det är en grupp av arbetslösa som riskerar att öka i takt med fortsatta förändringar. Arbetskraftintensiva yrken minskar samtidigt som kunskaps- och kompetenskraven i de nya arbetstillfällena ökar. Denna grupp arbetslösa, skriver AMS, domineras av personer:

- i åldrarna 50–64 år
- med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionshinder
- utomnordiska medborgare med låg utbildningsnivå,
- korttidsutbildade i yrken som krymper
- som ej fullföljt skolan med godkända betyg

Inslaget av äldre arbetslösa kommer att öka i takt med att befolkningen i dessa åldrar ökar.

Väntetider inom sjukvården

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

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

Nedan redovisas ett urval väntetider för olika specialiteter som berör rehabilitering. Generellt gäller att bör man vara försiktig vid tolkningen av dessa siffror. Det råder betydande osäkerhet om hur pass jämförbara uppgifterna är. Det gäller främst jämförelser mellan olika sjukhus.

Med väntetider till mottagningar avses den tid som förflutit från det att den enskilde uttryckt önskemål om kontakt med sjukhusmottagning

till och med att kontakt tagits. Tiden till eventuell behandling är således inte med.

I tabell 14 redovisas förväntad längsta väntetid i veckor för patienter utan förtur. I de flesta fall torde dessa tider sammanfalla med remisstider från primärvård till sjukhusmottagning. Det är mycket stor variation i väntetider, 2–104 veckor, medelvärde 30 veckor.

Tabell 14. Väntetider till mottagningar/undersökningar.

Specialitet	Sjukhus		Veckor		
	Antal	Min	Median	Medelvärde	Max
Reumatologi	44	2	23	28	104
Ortopedi	84	3	27	30	64

Källa: Landstingsförbundet 2 000.

Med väntetider till behandlingar avses den tid som förflutit från det att beslut tagits om åtgärd till och med att åtgärd erhållits. I tabell 15 redovisas förväntad längsta väntetid i veckor för patienter utan förtur. Det är också här mycket stor variation i väntetider, 0–150 veckor, medelvärde också här strax under 30 veckor.

Tabell 15. Väntetider till behandlingar

Specialitet	Sjukhus		Veckor		
	Antal	Min	Median	Medelvärde	Max
Primär höftledsplastik	55	6	26	31	108
Ledbandsrekonstruktion (knä)	40	0	20	25	150
Primär knäledsplastik	54	4	29	33	110
Artroskopi knä (menisk-operation)	70	2	19	24	74
Ryggoperation (diskbräck/dekompression)	46	0	13	23	103

Källa: Landstingsförbundet 2000

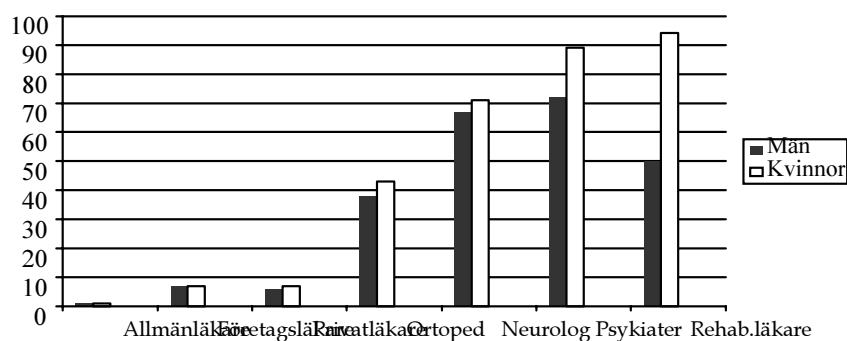
Dessa två typer av väntetider (tabell 14 och 15) är av stor betydelse för effektiviteten i rehabiliteringsprocessen. När det gäller rehabilitering är det högst sannolikt att det är de längre väntetiderna som är aktuella.

Tabell 16. Antal väntande patienter 1999-12-31.

	Ortopedi	Reumatologi
Antal kliniker/sjukhus		
Uppgift om antal väntande	65	32
Uppgift om väntetid	84	44
Totalt antal kliniker (ca)	96	57
Antal patienter		
Medelvärde	887	142
Min	33	3
Median	634	65
Max	3 990	840
Summa: antal patienter		
De med uppgift om antal personer	57 623	4 538
Uppr för de med väntetidsuppgift	74 467	6 240
Uppr för alla kliniker (uppskattat)	85 105	8 083

Källa: Beräkningar på material från Landstingsförbundet 2 000.

Figur 14. Antal dagar (median) från sjukskrivningens början till dag för första läkarbesöket.



Hälften av de sjukskrivna som besökte en ortoped kom dit först efter en dryg månad (40 dagar) och hälften av operationerna genomfördes inte förrän efter tre månader. Under väntetiden belastades socialförsäkringen med kostnader för sjukpenning medan sjukvården i princip inte hade några kostnader.

I en mindre stickprovsundersökning vid centrallasarettet i Växjö som genomförts under november 1999 framkom att 15 procent av de som stod i kö för operation av ortopedisk eller kirurgisk åkomma var sjukskrivna. I minst en femtedel av fallen förväntades sjukskrivningen påverkas av operation. Försäkringens kostnader för individerna beräknades till 875 000 kr och själva ingreppen beräknades till 125 000 kr. I en annan undersökning vid ortopedkliniken i Västerås var drygt 40 procent av de som väntade sjukskrivna.

Arbetsgivaren behov av stöd i rehabiliteringsarbetet

Utredningen har genomfört en kartläggning av små och medelstora företags behov av stöd i samband med en rehabiliteringssituation. En telefon intervju genomfördes under april 2000 med sammanlagt 250 arbetsgivare. 70 procent av de intervjuade personerna var VD eller Personalansvarig. Majoriteten (75 %) av de intervjuade arbetade på företag med 20–99 anställda. Ytterligare 20 procent var företag med 100–200 anställda. Majoriteten av de tillfrågade (86 %) kände till den lagstiftning som gäller kring kraven att genomföra en rehabiliteringsutredning vid upprepad sjukfrånvaro eller efter fyra veckors sjukskrivning.

En majoritet av de tillfrågade (56 %) hade haft ett eller flera ärenden kring anpassning de senaste två åren. Vid de större företagen hade alla erfarenhet av detta. Vid en fråga om det fanns behov av professionellt stöd i samband en rehabiliteringssituation var det 90 procent som ansåg sig behöva detta. Signifikant fler personer inom den tillverkande industrin ansåg sig behöva professionellt stöd vid både kort- och långtidssjukskrivningar jämfört med övriga typer av verksamheter. Störst behov fanns när de uppfattar att personalen mår psykiskt dåligt på arbetet. Hjälp att göra rehabiliteringsutredningar var en av de insatser som efterfrågades mest.

79 procent av de som intervjuades i denna undersökning hade tillgång till Företagshälsovård. Ca 80 procent av de som hade tillgång till företagshälsovård ansåg att stödet därifrån var tillräckligt.

I undersökningen ingick även ett antal öppna frågor kring rehabiliteringsarbetet. Här efterfrågades bl.a. vilka förändringar som skulle underlätta och effektivisera arbetet med att rehabilitera och anpassa

arbetet för personalen, om nuvarande ansvarsfördelning mellan arbetsgivare, det offentliga och den anställde är lämplig. På den första frågan framförde flera av intervjupersonerna att olika typer av förebyggande insatser är viktiga (personalfremjande åtgärder, tidigt lokalisera problem). Ett ökat samarbete med försäkringskassan tar några upp. *"Tätare besök från försäkringskassan efterfrågar vi, det är viktigt att de tar sig tid och besöker företagen". "Skattelättnad för friskvård" "att det fanns mer i offentlig regi, Det är sällan det händer i ett litet företag men vi har inte kompetens och resurser".* Företagshälsovårdens roll tas upp av flera som ett sätt att effektivisera arbetet med anpassning och rehabilitering.

När det gällde frågan om ansvarsfördelning var det bara drygt hälften (55 %) som ansåg att nuvarande fördelning var lämplig. Av de som inte delade denna uppfattning framfördes uppfattningar som *"Arbetsgivare ska inte ha ansvar för skador eller problem som inträffar på fritiden". "Personer blir anställda som lider av drogmissbruk och som arbetsgivare måste man idag acceptera alla typer av sjukdomar. Man har ansvar att ta tag i problem med t.ex. en kvinna som blir miss-handlad hemma och det kan vara svårt. Egentligen har man inte med det att göra men idag är det jag som har ansvar för henne, även om det händer hemma. Likaså när någon anställd bor ihop med någon som har alkoholproblem. Som arbetsgivare får man ett ansvar och det är svårt eftersom vi inte kan fysiologi och psykologi. Jag tycker försäkringskassan ska få mer ansvar". "Mer offentligt ansvar med alla de skatter vi betalar".* Flertalet av de som svarade nej på frågan menade att för mycket ansvar låg på arbetsgivaren och att mer ansvar borde läggas på försäkringskassan. Försäkringskassan var också den offentliga inrättning som de flesta ansåg det naturligt att vända sig till i samband med en rehabiliteringssituation.

Arbetskyddsstyrelsen har genomfört ett särskilt utvärderingsprojekt kring arbetsgivares erfarenheter av samverkan mellan Yrkesinspektionen och Försäkringskassan. Sammanlagt 900 intervjuer med arbetsställen i olika kategorier har genomförts hösten 1999. Utöver detta har även ett antal djupintervjuer med arbetsgivare genomförts. Av de intervjuade arbetsgivarrepresentanterna ansåg ca hälften att de hade ganska goda kunskaper om frågor kring arbetsanpassning och rehabilitering. Kunskaperna minskade med företagsstorlek. I djupintervjuerna framkom att flertalet av dem som intervjuades ansåg att de inte själva hade tillräcklig kunskap beträffande arbetsanpassning och rehabilitering. Det berodde dels på tidsbrist och tung arbetsbelastning, dels på att man har relativt få ärenden vilket gör att det tar relativt lång tid att bygga upp en erfarenhetsbank. Inte heller verkar det att ingå i alla ledarskapsutbildningar. En person som genomgått den

statliga chefsutbildningen berättade att man överhuvudtaget inte hade belyst arbetsanpassning och rehabilitering.

När det gällde kontakter med myndigheter hade arbetsgivarna lite olika erfarenhet av yrkesinspektionen, försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Vid arbetsplatser som saminspekterats (yrkesinspektionen och försäkringskassan) var kunskaperna om gällande regler bättre och i större utsträckning särskilda resurser avsatta för arbete med dessa frågor. I djupintervjuerna framkom tydligt att representanten för försäkringskassan hållit en relativt låg profil och att man uppfattat yrkesinspektionen och försäkringskassan på mycket skilda sätt. Yrkesinspektionen uppfattades som väldigt tydliga i sin myndighetsroll samt väl teoretiska och noggranna. Försäkringskassans representant å andra sidan agerade mer rådgivande. Från arbetsgivare påpekades att det skulle vara en fördel om representanten från försäkringskassan och yrkesinspektionen var bättre samkörda innan de gick ut till arbetsplatserna. Huvudintrycket var dock positivt. En person sa till exempel: "Det var bra att försäkringskassan var med, vi har i gemen alldeles för lite kontakt med dem och vet för lite vad de kan hjälpa till med."

Arbetsgivare påpekade också att det var bra att försäkringskassan fick komma "ut i verkligheten" för att se hur det fungerar på arbetsplatsen. Kontakterna med sjukvården upplevdes som problematiska. Det var inte ovanligt att man erfarit att det föreligger oenighet mellan olika läkare om vad en person klarar av. I många fall tyckte arbetsgivarrepresentanterna att det är bättre om läkare från företagshälsovården får bedöma vad en person klarar av eftersom företagshälsovården kan sätta individens situation i relation till vad arbetet kräver. Ett annat problem med läkare från primärvården är att de är mycket svåra att få kontakt med.

När det gällde ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och det offentliga för arbetsanpassning och rehabilitering av anställd personal svarade de flesta att det var rimligt att arbetsgivaren tar ett stort ansvar i dessa frågor. Av intervjuerna framkom bl.a. att tidsramarna för rehabiliteringsutredningarna var i snävaste laget. Utredningen skall skickas till försäkringskassan inom åtta veckor från det sjukfallet inleds. Utbildning från Försäkringskassan efterlystes om hur man ska göra rehabiliteringsutredningar.