



Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet

Sammanfattning

Utskottet behandlar i detta betänkande regeringens och samarbetspartiernas (Vänsterpartiet och Miljöpartiet de gröna) proposition Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet (prop. 2002/03:89) jämte fem motioner som väckts med anledning av propositionen.

I propositionen lämnar regeringen förslag till olika förändringar inom sjukförsäkringen som syftar till att öka hälsan i arbetslivet. Flertalet av förslagen avser åtgärder för att öka precisionen vid sjukskrivning.

Deltidssjukskrivning bör enligt regeringens bedömning användas i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad främst mot den arbetsförmåga en försäkrad har – inte arbetsoförmågan. Vidare bör de medicinska skälen för sjukskrivning preciseras och tydliggöras och passiviseringens negativa verkningar vid längre sjukskrivning uppmärksammas mer.

Regeringen anser att väsentligt fler s.k. avstämningmöten bör komma till stånd. Vid sådana möten deltar förutom den försäkrade och försäkringskassan t.ex. den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården. Vid mötena bör klarläggas det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Regeringen föreslår att försäkringskassan vid behov skall kunna inhämta ett särskilt läkarutlåtande för att kunna bedöma i vilken utsträckning den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt.

Regeringen föreslår att skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran skall upphöra att gälla. I stället skall en sådan försäkran ges in om försäkringskassan begär det.

De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin bör enligt regeringens bedömning förstärkas. Vidare bör försäkringsläkarnas arbetsuppgifter preciseras ytterligare. Uppgifterna bör i ökad utsträckning inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron. Försäkringsläkarna bör också ha en nyckelroll i utbildningen i försäkringsmedicin. Dessutom bör fler

försäkringsläkare anställas hos försäkringskassorna för att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen.

Förutom åtgärder för att öka precisionen vid sjukskrivning föreslår regeringen en skärpning av reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Det föreslås även att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för sjukpenning.

I propositionen lämnas vidare förslag som rör försäkrade som uppbär sjukersättning. Den tid dessa försäkrade skall kunna ha förmånen vilande för att pröva att arbeta utan att förmånen får dras in eller minskas föreslås bli utsträckt från längst 12 till längst 24 kalendermånader. Det innebär att möjligheten att få bostadstillägg (BTP) kommer att finnas under hela den tid som sjukersättningen är vilande.

Åtgärderna och förändringarna inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet föreslås bli införda respektive träda i kraft den 1 juli 2003.

Utskottet tillstyrker regeringens lagförslag och avstyrker samtliga motionsyrkanden.

I ärendet finns 31 reservationer och 3 särskilda yttranden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning.....	3
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	4
Redogörelse för ärendet	7
Bakgrund.....	8
Utskottets beredning av ärendet	9
Utskottets överväganden	15
Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m.....	15
Ökad precision vid sjukskrivning.....	20
Ökad användning av deltidssjukskrivning och betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning.....	20
Möjligheterna att fördjupa beslutsunderlaget m.m.	24
Övriga frågor om beslutsunderlag	28
Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin	30
Fler försäkringsläkare och en ändrad roll för dessa.....	32
Obligatorisk rehabiliteringsutredning m.m.....	34
Åtgärder som rör aktivitets- och sjukersättning	37
Utbyte av sjukpenning mot aktivitets- eller sjukersättning.....	37
Förlängd tid med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete.....	40
Reservationer	44
Särskilda yttranden.....	61
Bilagor	
1. Förteckning över behandlade förslag	63
2. Regeringens lagförslag.....	68
3. Offentlig utfrågning om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron	76

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m.

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 1, 2002/03:Sf10 yrkandena 1 och 10 och 2002/03:Sf12 yrkandena 1 och 2.

Reservation 1 (m)

Reservation 2 (kd)

2. Mål för ökad hälsa i arbetslivet

Riksdagen avslår motion 2002/03:Sf13 yrkande 1.

Reservation 3 (fp)

3. Incitament för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 19 och 2002/03:Sf11 yrkande 2.

Reservation 4 (m)

Reservation 5 (c)

4. Åtgärder i övrigt för ökad hälsa i arbetslivet

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 6, 2002/03:Sf10 yrkandena 11, 18, 20 och 21 och 2002/03:Sf11 yrkande 6.

Reservation 6 (m)

Reservation 7 (c)

5. Nationell vårdgaranti

Riksdagen avslår motion 2002/03:Sf10 yrkande 12.

Reservation 8 (m, fp, kd, c)

6. Deltidssjukskrivning

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkandena 2 och 3, 2002/03:Sf10 yrkande 13 och 2002/03:Sf11 yrkande 4.

Reservation 9 (m)

Reservation 10 (c)

7. Steglös sjukpenning

Riksdagen avslår motion 2002/03:Sf12 yrkande 3.

Reservation 11 (kd)

8. Avstämningsmöte

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 3 kap. 8 och 8 a §§ och 20 kap. 3 §. Därmed avslår riksdagen motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 5, 2002/03:Sf10 yrkandena 2 och 3 och 2002/03:Sf12 yrkande 4.

Reservation 12 (m)

Reservation 13 (kd)

9. Lagreglering av kraven på läkarintyg m.m.

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf11 yrkande 3 och 2002/03:Sf13 yrkande 3.

Reservation 14 (fp)

Reservation 15 (c)

10. Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf12 yrkande 7 och 2002/03:Sf13 yrkande 6 i denna del.

Reservation 16 (m, fp, kd, c)

11. Utbildning i försäkringsmedicin som villkor för läkarintyg för sjukskrivning m.m.

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf12 yrkande 8 och 2002/03:Sf13 yrkandena 6 i denna del och 7.

Reservation 17 (fp, c)

Reservation 18 (kd)

12. Försäkringsläkare

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 4, 2002/03:Sf10 yrkandena 15 och 16, 2002/03:Sf12 yrkandena 9–11 och 2002/03:Sf13 yrkande 8.

Reservation 19 (m)

Reservation 20 (fp)

Reservation 21 (kd)

13. Rehabiliteringsgaranti m.m.

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 14, 2002/03:Sf11 yrkande 1, 2002/03:Sf12 yrkande 5 och 2002/03:Sf13 yrkande 4.

Reservation 22 (m)

Reservation 23 (fp)

Reservation 24 (kd)

Reservation 25 (c)

14. Obligatorisk rehabiliteringsutredning

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 3 §. Därmed avslår riksdagen motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 4, 2002/03:Sf11 yrkande 5, 2002/03:Sf12 yrkande 6 och 2002/03:Sf13 yrkande 5.

Reservation 26 (m, fp, kd, c)

15. Utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning m.m.

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 1 § och övergångsbestämmelserna punkt 3. Därmed avslår riksdagen motionerna 2002/03:Sf10 yrkandena 5–8 och 17, 2002/03:Sf12 yrkande 12 och 2002/03:Sf13 yrkande 2.

Reservation 27 (m)

Reservation 28 (fp)

Reservation 29 (kd)

16. Förlängd tid med vilande sjukersättning

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 16 §. Därmed avslår riksdagen motion 2002/03:Sf12 yrkandena 13 och 15.

Reservation 30 (kd)

17. Vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier

Riksdagen avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 9 och 2002/03:Sf12 yrkande 14.

Reservation 31(m, kd)

18. Lagförslaget i övrigt

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring till den del det inte omfattas av vad utskottet föreslagit ovan.

Stockholm den 20 maj 2003

På socialförsäkringsutskottets vägnar

Tomas Eneroth

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Tomas Eneroth (s), Sven Brus (kd), Ronny Olander (s), Sten Tolgfors (m), Bo Könberg (fp), Mona Berglund Nilsson (s), Mariann Ytterberg (s), Anita Sidén (m), Lennart Klockare (s), Linnéa Darell (fp), Birgitta Carlsson (c), Kerstin Kristiansson Karlstedt (s), Göte Wahlström (s), Mona Jönsson (mp), Kurt Kvarnström (s), Magdalena Andersson (m) och Rolf Olsson (v).

Redogörelse för ärendet

Utskottet behandlar i detta betänkande regeringens proposition 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet jämte fem motioner som väckts med anledning av propositionen. Propositionen bygger på en överenskommelse mellan regeringen och dess samarbetspartier (Vänsterpartiet och Miljöpartiet de gröna). Propositionens lagförslag återfinns i *bilaga 2* och motionsförslagen i *bilaga 1*.

Utskottet har under beredningen av ärendet den 29 april 2003 hållit en offentlig utfrågning om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron med företrädare för Riksförsäkringsverket, Sveriges läkarförbund samt forskare från Karolinska Institutet, Arbetslivsinstitutet och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). I utfrågningen deltog företrädare för ett flertal myndigheter och organisationer. Till utfrågningen hade även inbjudits ledamöter i social- och arbetsmarknadsutskotten. En utskrift från utfrågningen återfinns i *bilaga 3*.

Bakgrund

Utvecklingen av sjukfrånvaron

Som framgår av propositionen har sjukfrånvaron ökat kraftigt under de senaste åren. Antalet sjukpenningdagar (netto) uppgick 1997 till ca 45 miljoner. Motsvarande antal var i december 2002 knappt 100 miljoner. Kvinnor har en väsentligt högre sjukfrånvaro än män.

Av Riksförsäkringsverkets (RFV) månadsstatistik den 23 april 2003 framgår att 352 000 personer fick ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning eller arbetsskadeersättning under mars 2003, vilket är en minskning med 0,1 % jämfört med mars 2002. Mellan mars 2001 och mars 2002 ökade däremot antalet personer med sådan ersättning med 8,2 %. Antalet personer som varit sjukskrivna kortare tid än ett halvår minskade med 10,9 % mellan januari 2002 och januari 2003. Av de som var sjukskrivna i slutet av januari 2003 hade emellertid 132 300 varit sjukskrivna i mer än ett år, vilket är en ökning med 14 % jämfört med januari 2002. För 12-månadersperioden t.o.m. januari 2002 var dock ökningstakten 21 %.

Av RFV:s månadsstatistik framgår också att andelen dagar med hel sjukskrivning har minskat från 73,4 % i mars 2002 till drygt 70,3 % i mars i år. Enligt RFV tyder detta på att sjukskrivning på deltid i stället för på heltid börjar få genomslag.

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag har ökat kontinuerligt sedan slutet av 1997 och uppgick under 2002 till ca 67 000, vilket innebär en ökning med 23 % jämfört med 2001. Antalet personer som i december 2002 uppbar förtidspension uppgick till närmare 488 000, vilket kan jämföras med december 1998 då antalet var ca 417 000. Detta innebär en ökning med nästan 17 %. Enligt propositionen kommer antalet personer som uppbar sjuk- eller aktivitetsersättning att passera 500 000 under 2003.

Förtidspension och sjukbidrag utges sedan den 1 januari 2003 i form av aktivitetsersättning för personer i åldern 19-29 år eller sjukersättning alternativt tidsbegränsad sjukersättning till den som fyllt 30 år. På grund av omläggningen saknas för närvarande uppgift om antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar.

Regeringens program för ökad hälsa i arbetslivet

För att möta den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna och förtidspensionerade presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 ett åtgärdsprogram i elva punkter för ökad hälsa i arbetslivet. Programmet innefattar bl.a. mål för ökad hälsa i arbetslivet, ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa, trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarkandens parter samt formerna för sjukskrivningsprocessen.

I budgetpropositionen för 2003 redovisades den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet. Regeringen och samarbetspartierna (Vänsterpartiet och

Miljöpartiet de gröna) föreslog bl.a. ett nationellt mål som innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivningar skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska.

Den fortsatta strategin omfattar även en satsning på ca 750 miljoner kronor per år under 2003 och 2004. I strategin ingår bl.a. förstärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare, ökade resurser för socialförsäkringsadministrationen, rätt till en egen kontaktperson för långtidssjukskrivna, fler försäkringsläkare hos försäkringskassorna, förstärkt utbildning för läkare i försäkringsmedicin, obligatorisk rehabiliteringsutredning och i vissa fall inhämtande av läkarintyg från annan läkare efter åtta veckors sjukskrivning samt beviljande av sjukersättning (tidigare förtidspension) för högst tre år i taget. Enligt budgetpropositionen för 2003 (volym 1) antas förslagen medföra att antalet sjukdagar minskar med 10 % mellan 2002 och 2003, vilket minskar utgifterna med ca 5 miljarder kronor. Under 2004 antas antalet sjukdagar minska med ytterligare ca 5 %.

Riksdagen godkände i december 2002 det föreslagna målet liksom regeringens förslag till medelsanvisning för 2003, inklusive bl.a. ökade resurser för socialförsäkringsadministrationen (bet. 2002/03:SfU1, rskr. 2002/03:72).

I den nu aktuella propositionen lämnas förslag till åtgärder i huvudsak med inriktning på sjukskrivningsprocessen.

Utskottets beredning av ärendet

Utskottet har som ett led i beredningen av ärendet den 29 april 2003 hållit en offentlig utfrågning av företrädare för RFV och Sveriges läkarförbund och av olika forskare om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron (en utskrift från utfrågningen återfinns i bilaga 3).

Vid utfrågningen framhöll *Anna Hedborg*, RFV:s generaldirektör, bl.a. följande. Sjukfrånvaron har aldrig varit högre och det är kvinnorna som står för den största frånvaron och som har den största ökningen. Det är också från arbete som de allra flesta är sjukfrånvarande.

Det är inte bara antalet sjukskrivna personer som ökat kraftigt. Också det antal dagar som individerna är sjukskrivna har ökat mycket kraftigt, från omkring 90 dagar 1998 till omkring 114 dagar 2002. De korta sjukfallen har dock blivit färre. De riktigt långa däremot, över ett år, fortsätter att öka.

När det gäller antalet sjukpenningdagar förefaller det dock som om det skett en vändning under de senaste månaderna i den meningen att ökningen har mattats av. En viss antydning till minskning kan också konstateras.

Sjukfrånvaron är mycket olika fördelad över landet. Skillnaderna vad gäller utvecklingen av både sjukfrånvaro och sjukersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag) mellan länen utgör nästan 20 dagar mellan de län som har högst respektive lägst sjukfrånvaro. Oavsett vilken sektor – kommun, lands-ting, stat eller privat sektor – är sjukfrånvaron högre i de nordliga länen än söderöver.

Att nå målet att halvera sjukfrånvaron kommer att bli svårt, men det är inte omöjligt. Det handlar om att få ner sjuktalen till den nivå som gällde så sent

som 1998 men också om att minska antalet sjukdagar med 50 miljoner. Det behövs därför kraftfulla insatser, både för att minska inflödet i sjukförsäkringen och för att förkorta i stort sett varje sjukfall, eftersom förlängningen är en påtaglig del av de ökade kostnaderna.

Ganska säkert kommer sjukersättningarna att fortsätta att öka. Det som bl.a. talar för det är, förutom åldersutvecklingen, de mycket långa sjukfallen. Ju längre sjukfallen varar, desto mindre blir sannolikheten för att den sjukskrivne skall återgå i arbete.

Därtill kommer att 25 000 personer är kvar i sjukpenningförsäkringen för att försäkringskassorna inte har hunnit pröva sjukfallen men också för att depressioner och andra psykiska diagnoser är långvariga sjukdomstillstånd.

Slutsatsen är att det "blir värre innan det blir bättre" och att vi har att förvänta oss ett par år av ganska höga tal av sjukersättningar innan antalet går att få ned.

Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund, anförde bl.a. följande. Läkaren har en stor roll i sjukskrivningsprocessen, då det bakom praktiskt taget varje sjukskrivning finns åtminstone en läkare, oftast flera. Samtidigt är de ökade sjukskrivningarna något av en medicinsk paradox eftersom den medicinska forskningen har gått väldigt snabbt med nya behandlingsmetoder och nya läkemedel. Därtill kommer en ökande medellivslängd och en välutbyggd hälso- och sjukvård.

Den senaste fem årens ökning av sjukfrånvaron beror på många olika faktorer t.ex. en åldrande arbetskraft och slimmade organisationer i den offentliga sektorn. Men det handlar också om en normförskjutning i samhället som också inbegriper läkarna.

Inom läkarkåren är man överens om att läkaren behöver mer tid för varje enskild patient. Läkaren strävar vid varje patientmöte efter att försöka komma fram till en diagnos och en behandling. I vissa fall är det enkelt men i många fall är det svårt att hitta en objektiv diagnos. När man väl kommit fram till en diagnos skall läkaren bedöma om det finns en funktionsnedsättning i relation till diagnosen. Om patienten t.ex. har smärta i axlarna är det mycket svårt att bedöma den reella funktionen. Nästa steg är att bedöma arbetsförmågan i relation till den aktuella funktionsnedsättningen. Även här är det svårare utan en given diagnos. Läkaren skall därefter bedöma arbetsförmågan i relation till det aktuella arbetet men också till arbetsmarknaden i stort, vilket är en komplicerad fråga. Därefter gäller det att komma fram till om sjukskrivning är den bästa lösningen på patientens problem.

Om patienten och läkaren inte är överens om att sjukskrivning är det bästa för patienten kan det ibland vara enklare att gå med på patientens önskemål än att ta en omfattande diskussion om alternativen till sjukskrivning, särskilt om läkarens arbetsförhållanden är ansträngda. Det läkaren behöver är därför tillräcklig tid för en diskussion med patienten. Det behövs också tid för att ta kontakt med försäkringskassan och arbetsgivaren för att nå de optimala lösningarna.

Läkare behöver också bättre kunskap om sjukskrivningens effekter för patienten. Dessvärre vet man i dag för lite, vilket inte beror på den enskilda läkaren utan på att kunskapen inte finns. Det behövs även ökade utbildningsinsatser vad gäller försäkringsmedicin både i grundutbildningen och fortlöpande under läkarens hela yrkesgörning.

Propositionens förslag om avstämningsmöte är positivt framför allt för patienten som annars riskerar att hamna mellan stolarna. Förslaget ger möjlighet att fånga upp och att hjälpa patienten. Det krävs dock att de berörda parterna får tid att diskutera och tillsammans med patienten göra en vettig bedömning av vilka resurser individen har och vilka resurser arbetsgivaren har för att kunna erbjuda ett anpassat arbete. Om man tar sig den tiden kommer man att tjäna in den i slutändan. Har man hjälpt patienten på ett tidigt stadium och samordnat resurserna kommer det att leda till kortare sjukskrivningar och även insparade läkarbesök i syfte enbart att förlänga sjukintyg.

Leif Westerlind, RFV:s programchef för ohälsa, delade uppfattningen att ett bra avstämningsmöte kan spara tid eftersom det kan ersätta mycket av det intygs- och utlåtandeskrivande som annars förekommer.

Professor *Staffan Marklund*, Arbetslivsinstitutet, anförde bl.a. följande. Det har skett en markant ökning av de psykosociala kraven i det svenska arbetslivet. Ökningen är dock ganska ojämn och har framför allt skett inom vissa sektorer, vissa branscher och vissa yrken.

Under 1990-talet är det tydligt att det framför allt inom landstings- och kommunsektorn har skett kraftiga öknningar när det gäller andelen kvinnor som har s.k. höga anspänningsarbeten, dvs. att de har alltför höga krav på sig och för liten kontroll. De har väldigt mycket att göra, men de kan inte påverka när, var eller hur det här arbetet ska utföras. Det bör också noteras att staten inte har samma ökning. Inte heller den privata sektorn.

Det finns två konkurrerande faktorer som är väl belagda. Den ena är åldersfaktorn. Åldersförändringen hos arbetskraften har en distinkt effekt på ökningen av sjukfrånvaron efter 1997. Det andra typen av faktorer som man är rätt övertygad om spelar roll är belastningar i privatlivet, fritidsaktiviteter och liknande. Vid en summering av alla mätbara faktorer kan arbetslivet förklara ungefär 30 % av variationen. Ytterligare en tredjedel kan förklaras med balansen mellan det privata och arbetslivet. Men en tredjedel är slump där man inte vet något alls.

När det gäller faktorer i privatlivet har man gått efter två spår. Det ena är det s.k. belastningsspåret. Människor som har stora belastningar i privatlivet – t.ex. mycket små barn, vårdnadsansvar för äldre anhöriga osv. – borde rimligen bli mer utmattade än de som inte har det. Men så ser det inte riktigt ut eftersom kvinnor med många barn är friskare än andra. Det tycks som om en del av dessa belastningar också är friskfaktorer. Det finns studier som visar att om individerna anger att det är problem i balansen mellan privatliv och arbetsliv får man utfall för risken för sjuklighet. Det innebär att de som har svårt att hantera situationen – när antingen arbetet inkräktar på privatlivet eller tvärtom – är sjukligare. Det andra spåret har att göra med traumatiska

händelser i privatlivet, t.ex. skilsmässor, dödsfall och sjuklighet. Människor som är med om svåra händelser löper större risk för sjuklighet. Men det har inte förändrats särskilt mycket över tid och kan således inte förklara den aktuella ökningen av sjukfrånvaron.

De individer som utsätts för mycket höga psykiska krav men har låg kontroll har en överrisk för sjukskrivning på nästan två och en halv gånger. Det är ett kraftigt utfall. Men även de som har höga krav och hög kontroll har en överrisk. Så har det inte sett ut tidigare. Särskilt för kvinnor finns det en överrisk i den här gruppen.

Diagnosen utbrändhet är väldigt ovanlig i Sverige, 3–4 % av de faktiska diagnoserna. Men om man vidgar man det till frågor om utmattningsdepressioner och liknande är det en väldigt tydlig ökning av den typen av sjuklighet. Men det är också viktigt att komma ihåg att det fortfarande finns en stor grupp med besvär i rörelseorganen. Det är fortfarande den största gruppen och den ökar.

Dessutom ökar sjukdomar som i allmänhet inte har med arbetslivet att göra. Där kan man fundera över om en del av ökningen visserligen inte orsakats av arbetslivet men ändå har med arbetslivet att göra på det sättet att det i dag är svårare att arbeta och samtidigt vara lite sjuk än vad det var för ett antal år sedan.

Det finns ganska bra belägg i Sverige och i några andra länder för en tydlig ökning av de psykosociala problemen i arbetslivet och för att de hänger samman med ökad sjukfrånvaro.

En del forskning finns om det som kallas sjukdomstolerans, dvs. att man tillåter den anställde att vara på arbetet även om han eller hon har lite krämpor. En forskare vid Karolinska sjukhuset, Gun Johansson, har presenterat en studie där hon visar på ett helt linjärt samband mellan hög grad av sjukdomstolerans i yrket och låg grad av sjukfrånvaro – allt annat lika.

Professor *Åke Nygren*, Karolinska Institutet, anförde bl.a. följande. Inom Karolinska institutet pågår forskning om stress och ohälsa på olika arbetsplatser. En studie har gjorts på sjukfall, 90 dagar eller längre avseende landstingsanställda med mental diagnos. Det handlar till ganska stor del om det som populärt kallas för utbrändhet men som rätteligen bör benämnas utmattningsdepression eller utmattningssyndrom.

Som bekant har det under 1990-talet gjorts neddragningar inom landstingssektorn. I Kronoberg, där sjukfrånvaron fördubblades mellan 1999 och 2000 för att sedan gå ned, var det under det här året en kraftig turbulens med omorganisationer, nedläggning av sjukhus osv. som kan förklara ökningen. Kalmar är däremot ett landsting som har mycket lite av den här problematiken, vilket kan förklaras av att man där inte haft så mycket neddragningar.

En annan intressant fråga är hur det ser ut om man jämför diagnoserna mentala och muskuloskeletala sjukdomar, sjukdomar i luftvägarna och hjärtkärlsjukdomar i kommuner och landsting och inom LO-kollektivet. Dessa diagnoser utgör tillsammans 80 % av sjukskrivningsproblematiken.

LO-kollektivet har ganska lite av utmattningsdepression. Där dominerar fortfarande de muskuloskelettala problemen. I kommuner och landsting är det fler, ungefär en tredjedel, som har utmattningsproblem. En jämförelse mellan olika yrken på samma arbetsplats inom sjukvården – städare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare – visar att den grupp som har mest av utmattningsproblematiken är läkarna, 42 %. Den enda grupp som slår läkarna är präster, som har 48 % av den här problematiken. Städare och undersköterskor har mer av muskuloskelettala problem.

Gemensamt för de fyra diagnoserna är stress. Det gäller även utmattning och depression. Stress är således den gemensamma nämnaren.

Undersökningen omfattar 350 personer och i 50 % av fallen finns ingen annan utlösande faktor än arbetet. I resten av fallen handlar det om familj och privatlivet i övrigt. När det gäller familj handlar det till övervägande delen om kvinnor, och när det gäller arbetet är det ganska lika mellan kvinnor och män.

De flesta anger orsaker som har att göra med omorganisationer. Då gäller det inte den första omorganisationen, utan det handlar om när det blir tre fyra omorganisationer en ganska kort tid. En omorganisation betyder ofta att det blir färre som ska göra samma arbete, och att det leder till en för stor arbetsbörda.

Den här processen har i regel pågått under en ganska lång tid. Det börjar ofta med värk i kroppen. Sedan tillkommer andra besvär, t.ex. sömnbesvär, energilöshet och minnesproblem. Glädjelöshet och nedstämdhet följer av det, och sedan är utmattningssyndromet ett faktum.

I samtliga fall minskar sjukskrivningarna om man går in i tid och kartlägger och åtgärdar riskpatienterna med avseende på både arbetsorganisation och personliga problem. Personer med utmattningsproblematik bör behandlas i grupp, s.k. gruppterapi. Det behövs också behandlingsmetoder för dem som är i riskzonen. Om 10 % i snitt är sjukskrivna hos de företag som studerats så är 20 % i riskzonen.

Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring och projektledare, anförde bl.a. följande. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har startat ett projekt för utvärdering av sjukfrånvaro och sjukskrivning. Syftet är att identifiera positiva och negativa konsekvenser av sjukskrivning och förtidspension men också att kartlägga forskningsområdet och identifiera vita fält.

Det finns mycket mindre forskning om sjukfrånvaro än om hälso- och sjukvård och övriga medicinska områden. Forskning om sjukfrånvaro handlar framför allt om orsaker till sjukfrånvaron. Det finns också en del studier om sjukskrivningspraxis. Men mycket lite om konsekvenser för den sjukskrivne av att vara sjukskriven.

SBU-projektet tittar på studier om rörelseorganens sjukdomar, psykiatriska diagnoser och hjärt-kärlsjukdomar, men också på studier som gäller sjukfrånvaro utan diagnos. En stor del av studierna tar inte hänsyn till diagnos.

När det gäller sjukfrånvaro för rygg- och nackbesvär finns det ett visst vetenskapligt stöd för att högre ålder ger en ökad risk för både sjukskrivning

och förtidspension. Kvinnor har en högre risk för förtidspension men inte för sjukskrivning. När man kontrollerar sådana faktorer som hör ihop med arbetslivet och med andra skillnader mellan män och kvinnor, och tar bort de skillnaderna, finns det ingen könsskillnad.

Det är viktigt att skilja mellan sjukdom och sjukfrånvaro. Nästan alla studier av samspelet mellan att ha ett yrkesarbete, en partner och barn visar att de kvinnor som har alla tre rollerna är friskast. Yrkesarbete spelar den viktigaste rollen där. Att ha en partner är viktigt för både män och kvinnor. Studien är inte lika entydiga när det gäller att ha barn. Det finns inget tydligt samband mellan sjukskrivning och att kvinnor har barn.

De personer som har en tidigare sjukskrivning, generellt och speciellt för rygg- och nackbesvär, har en högre risk för fortsatt eller längre sjukskrivning. De som har smärtutstrålning i ben, dvs. ischias, har en högre risk. De som har specifika diagnoser, t.ex. diskbråck, har också en högre risk, liksom de som upplever en funktionsnedsättning, dvs. som själva säger att deras funktion är nedsatt. För personer med fysiskt tunga arbeten eller en roterad, vriden arbetsställning och som upplever att de har litet inflytande över sin arbetsituation och låg arbetstillfredsställelse finns ett visst vetenskapligt stöd för ökad risk för sjukskrivning i de här diagnoserna. De som arbetar på företag med många anställda och som har en anställningstid som är längre än ett år har en lägre risk. Det finns också stöd för att arbete med vibrationer inte ger någon ökad risk, liksom att socialt stöd på arbetet inte påverkar sjukskrivning i dessa diagnoser.

Majoriteten av studierna gäller män. Utmärkande för medicinsk forskning i stort är att det finns mer kunskap om män än om kvinnor. Det finns således mer kunskap om ländryggsproblem, som är en manlig diagnos, än om nack- och skulderproblem, som kvinnor oftare lider av. Det finns vidare mer kunskap om industriarbete, där fler män arbetar, än om vård och omsorg. Kunskapen om rörelseorganens sjukdomar är sämre än om andra sjukdomar, t.ex. cancer och hjärtinfarkt.

Det är svårt att ställa diagnos och det är få som får en diagnos när de kommer med akuta problem. Det är vidare svårt att ta ställning till bra behandling och bra rehabilitering.

Docent *Eva Vingård*, Karolinska Institutet, anförde bl.a. följande. Det finns positiva faktorer som gör att vi går till arbetet. Socialstyrelsen kommer snart att presentera en utredning om utmattningssyndrom. Där redovisar man faktorer som gör att vi arbetar. Det handlar om att arbetet strukturerar tiden, att det skapar mening, att det ger oss status och identitet samt att det uppmuntrar till aktivitet och kreativitet.

Individens fysiska och mentala kapacitet påverkas av mycket, av ålder, kön, ärftliga faktorer, livsstil, utbildning och tidigare erfarenheter. Dessa faktorer kan stärka eller minska den fysiska och mentala förmågan. Till det kommer de fysiska och psykosociala kraven från arbetet som hänger samman med arbetsmiljön, arbetsorganisationen och hur arbetsmarknaden ser ut.

Till hjälp eller till stjälp finns t.ex. familj, dagis och skola, snälla och dumma människor.

Karolinska Institutet bedriver ett projekt om hälsoläget i kommuner och landsting – HAKuL-projektet. Inom det projektet har man tagit fram en modell för det förebyggande arbetet. Med relevanta och anpassade instrument skall man dels ta reda på hur det står till på arbetsplatsen, dels återföra den informationen till de anställda och de övriga berörda. Det ger möjlighet för dessa grupper att hitta förbättrings- och förändringsområden. Till sist sker en uppföljning och utvärdering. Varje arbetsplats eller arbetsgrupp måste själv komma fram till hur man skall lösa problemen.

I projektet ingår sex kommuner och fyra landsting där man försökt att arbeta enligt den här modellen. Det har handlat om olika åtgärder, från att införa friskvård på arbetstid till att förändra arbetstidsscheman.

Projektet följer bl.a. alla som blir sjukskrivna minst 28 dagar. Tillflödet av nya 28-dagarsfall har minskat på nästan alla ställen. Andelen nya 28-dagarsfall har minskat med 24 % mellan 2001 och 2002.

När det gäller faktorer i arbetslivet som ger grund för en god arbetshälsa är det framför allt en bra ledning och inflytande och delaktighet för de anställda som är viktigast. Andra viktiga faktorer är goda fysiska förhållanden och en bra ergonomi. Det är också viktigt med välavvägda krav, en rimlig arbetsbelastning, stimulans i arbetet, möjligheter till kompetensutveckling, även efter det att man har fyllt 50 år, samt att man känner arbetsglädje och får belöning både i form av uppmuntran och i form av lön.

Ett av projektets uppdrag är att hjälpa till med en förbättrad rehabilitering. Här är tre saker viktiga. Dels en tidig upptäckt, dvs. att man på arbetsplatsen vet vem det är som sviktar, dels en god rehabilitering. Men det allra viktigaste är att individen har möjlighet att komma tillbaka till samma eller till en annan arbetsplats.

Utskottets överväganden

Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m.

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör avslå motionsyrkanden som rör orsakerna till ohälsan, målet att halvera sjukfrånvaron fram till 2008 och ett helhetsperspektiv på problemet med ohälsan.

Jämför reservationerna nr 1 (m), 2 (kd), 3 (fp), 4 (m), 5 (c), 6 (m), 7 (c) och 8 (m, fp, kd, c).

Motionerna

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkandena 1, 10–12 och 18–21 tillkännagivanden i skilda frågor. När det gäller orsakerna till ohälsan anser motionärerna att dubbleringen av sjuktalen inte beror på att Sverige har sämre arbetsmiljö än andra länder. Enligt motionärerna krävs det ett helhetsgrepp för att få bukt med sjukfrånvaron. Endast då kommer regeringen att kunna uppnå sitt eget mål att halvera sjukfrånvaron fram till 2008. Vidare vill de införa en obligatorisk och offentligt finansierad hälsoförsäkring liksom en nationell vårdgaranti, som bör vara fullt genomförd inom två år. För att få människor att tänka till en extra gång innan de stannar hemma ytterligare en vecka vill de införa en karensdag den åttonde sjukdagen. Det behövs också olika åtgärder för att öka arbetsgivarnas incitament att minska sjukfrånvaron. Motionärerna vill bl.a. utreda om företag skall kunna få träda ut ur den offentliga försäkringen om de erbjuder lika bra villkor som den allmänna försäkringen och om ett system med friskpeng bör införas. För att vända utvecklingen vad gäller sjukskrivningar och förtidspensioneringar krävs enligt motionärerna en arbetsmarknad som är mer rörlig och tillgänglig för alla som vill arbeta. Dessutom anser de att det bör införas en spärregel för arbetslösa som blir sjukskrivna. Enligt motionärerna bör ingen kunna tjäna på att byta från arbetslöshetsersättning till sjukpenning.

I motion Sf9 av Carl-Axel Johansson (m) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om vikten av en förändrad social-, socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitik för ökad hälsa i arbetslivet. Motionären efterlyser bl.a. en ökad rörlighet på arbetsmarknaden och att bidrag växlas mot sänkta skatter. I samma motion yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om ekonomiska resurser för försäkringskassorna och sjukvården. Motionären anser att alla sjukfall måste minska och således även korta sjukfall. Därför måste sjukvården förstärkas och försäkringskassorna ges mer resurser för att upphandla den sjukvård som behövs för tidig rehabilitering.

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 1 ett tillkännagivande om ett nytt mål för minskning av det sammanlagda antalet personer som har sjukersättning och sjukpenning i mer än tolv månader. Motionärerna befarar att det nuvarande målet kan leda till en relativt snabb minskning av antalet sjukpenningdagar genom en alltför lättvindig ”pensionering” av ett stort antal långtidssjukskrivna.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 1 ett tillkännagivande om att lösningen på de växande ohälsotalen kräver både ett helhetsgrepp, som inkluderar familje-, jämställdhets-, folkhälso- och skattepolitiken, och en grundläggande systemförändring. Det behövs ett helt nytt system för att hjälpa människor som hamnat i en långtidssjukskrivning där insatserna fokuserar både på individens specifika problem och på hans eller hennes förutsättningar och möjligheter. I samma motion yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om ett vidgat perspektiv på ohälsans orsaker. Att peka ut arbetsplatsen som den viktigaste orsaken till problemet är att anlägga ett alltför snävt synsätt.

Birgitta Carlsson m.fl. (c) begär i motion Sf11 yrkande 2 ett tillkännagivande om rimliga incitament för arbetsgivarna att förebygga och rehabilitera sjukskrivna. Bland annat bör arbetsgivaransvaret stå i proportion till antalet anställda och inte omfatta personer med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom. I samma motion yrkande 6 begärs förslag som eliminerar risken att personer med förhöjd sjukdomsrisk på grund av diagnostiserade kroniska sjukdomar slås ut från arbetsmarknaden till följd av alltför höga sjuklönekostnader.

Utskottets ställningstagande

Utskottet har vid flera tillfällen haft anledning att ta upp frågan om såväl orsakerna till den ökade sjukfrånvaron som möjliga åtgärder för att komma till rätta med problemen. När det gäller utgångspunkten för bedömning av arbetsförmågans nedsättning ställde sig utskottet, i sitt av riksdagen godkända betänkande 1996/97:SfU6, bakom regeringens förslag (prop. 1996/97:28) att samhällets trygghetssystem borde renodlas och sjukpenning och förtidspension mer uttalat än tidigare vara ett skydd för medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. I betänkande 2002/03:SfU1 anförde utskottet i fråga om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron att det enligt utskottets mening är flera faktorer som samspelar, t.ex. en åldrande arbetskraft, hårdare krav i arbetslivet, ändrade attityder liksom brister i försäkringskassornas och arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar. Även andra faktorer kan ha betydelse såsom ersättningsystemens utformning, den ökande förvärvsfrekvensen bland kvinnor kombinerad med att männen inte tar sin del av ansvaret för barn och hem samt läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen. Också konjunkturen och den sanering av statsfinanserna som ägde rum under 1990-talet kan sannolikt förklara en del av den ökade sjukfrånvaron. Frågan om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron har belysts vid utskottets offentliga utfrågning den 29 april 2003, vilken redovisats ovan.

Vissa av de faktorer som utskottet lyft fram har också Utredningen om analys av hälsa och arbete (AHA-utredningen) framhållit som mer eller mindre betydelsefulla. Utredningen, som bl.a. haft i uppdrag att redovisa utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet, har i sitt delbetänkande Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62) framför allt lyft fram två faktorer som kan förklara de ökade sjuktalen. Den ena faktorn är den förändring av ålderssammansättningen av befolkningen som även vid oförändrade ohälsotal i olika åldersgrupper skulle ha gett upphov till en kraftig ökning av antalet ohälsodagar. Enligt utredningen förklarar förändringar av den demografiska sammansättningen av den arbetsföra befolkningen en tredjedel av ökningen av antalet ohälsodagar mellan åren 1995 och 2001. Administrativa tillkortakommanden och förändringarna i förtidspensionssystemet har lett till att denna ökning nästan uteslutande hamnat i sjukförsäkringssystemet.

Den andra faktorn är enligt utredningen mer komplex. Under 1990-talet har arbetslivet blivit mer pressat och det psykiska välbefinnandet har minskat. Det senare beror sannolikt både på situationen i arbetslivet och på andra fak-

torer i samhället. Utredningen framför hypotesen att något har hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Samspelet är intrikata och dubbelriktade och tycks leda till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som skall tas hänsyn till – och uthärdas – på arbetsplatsen. Sjukskrivning har blivit ett alltmer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv. Enligt utredningen är det dock inte nödvändigtvis arbetet som orsakar sjukdom. Men den psykiska pressen har ökat och fler reagerar på kombinationen av påfrestningar i sina liv med medicinska förklaringar. Läkarna står ofta handfallna inför svårdiagnostiserade symptom. Utan vare sig tillräcklig tid eller beprövade behandlingsmetoder bifalls i allmänhet önskemål om sjukskrivning.

Den del av ökningen av ohälsotalet som enligt AHA-utredningen beror på att andelen äldre i arbetskraften ökar kan enligt utskottets mening knappast påverkas om inte arbetslivet anpassas till en åldrande befolkning samtidigt som de ekonomiska drivkrafterna för individen att i förtid lämna arbetslivet minskar. Utskottet noterar att regeringen i 2003 års ekonomiska vårproposition (prop. 2002/03:100) har framhållit att sysselsättningsgraden i åldersgruppen 60-64 år är betydligt lägre än genomsnittet för befolkningen som helhet. Enligt regeringen har det visat sig att arbetsgivarna relativt sällan eller aldrig nyanställer äldre personer. Arbetsgivarnas attityder till äldre arbetstagare är en av orsakerna till att det är svårt för äldre som lämnat arbetslivet att återinträda på arbetsmarknaden. Enligt vårpropositionen överväger regeringen vidare åtgärder.

För att komma till rätta med problemen med sjukfrånvaron i övrigt kommer det enligt utskottet att krävas insatser under flera år och på många olika områden. I det ovan nämnda betänkandet 2002/03:SfU1 lyfte utskottet fram åtgärder för en bättre arbetsmiljö, inklusive inflytande på arbetsplatsen för de anställda, tydligare arbetsgivaransvar och en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som viktiga komponenter i detta arbete. Andra komponenter kan vara att få till stånd en ändring av läkarnas sjukskrivningsmönster, satsningar på en utbyggnad av företagshälsovården liksom förebyggande arbete i form av folkhälsoarbete och friskvård. Därtill måste det finnas möjligheter att kombinera arbete med familj och fritid samt jämställdheten både på och utanför arbetsplatsen stärkas.

Av vad nu sagts kan konstateras att utskottet i likhet med regeringen i princip delar den uppfattning som framförs i några av motionerna, nämligen att sjukfrånvarons komplexitet kräver både ett vidgat perspektiv på frågan och breda lösningar. Någon ensidig fokusering på arbetsplatsen är det således inte fråga om, även om utskottet anser att arbetsplatsen har stor betydelse för att få ner sjukfrånvaron. I regel är det från arbetsplatsen individen blir sjukskriven och det är också där åtgärder kan vidtas för att anpassa arbetsplatsen till individen. Uppfattningen att problemens lösning skulle stå att finna i en grundläggande systemförändring kan utskottet däremot inte dela.

Utskottet anser i stället att regeringens 11-punktsprogram med den vidareutveckling och konkretisering som presenterats i form av den fortsatta strate-

gin för ökad hälsa i arbetslivet har en sådan bredd att det finns förutsättningar att bryta den negativa ohälsoutvecklingen. Utskottet har tidigare ställt sig positivt till 11-punktsprogrammet och dess fortsättning och finner inte nu anledning att ändra uppfattning i frågan. Det är emellertid viktigt att programmet fullföljs i alla dess delar. I den förevarande propositionen presenteras förslag som tar sikte framför allt på sjukskrivningsprocessen. Åtskilligt återstår dock, såsom en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och införande av ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska ohälsa. Vad gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har RFV och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) i uppdrag att genomföra en förnyelse av rehabiliteringsverksamheten som innebär att nya metoder och arbetssätt skall tillämpas fullt ut i hela landet senast vid utgången av 2004.

I vårpropositionen har regeringen föreslagit ytterligare åtgärder för att bryta ohälsoutvecklingen, bl.a. ett anställningsstöd i form av en tidsbegränsad lönesubvention för de långtidssjukskrivna som får en anställning hos en annan arbetsgivare. AMS skall enligt regeringen få i uppdrag att administrera stödet, som beräknas omfatta i genomsnitt 3 000 personer. Vidare föreslås en förlängning av sjuklöneperioden från 14 till 21 dagar fr.o.m. den 1 juli 2003 och ett obligatoriskt högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som har en årlig lönesumma som uppgår till högst 160 prisbasbelopp. Utskottet har i yttrande till finansutskottet (2002/03:SfU3y) tillstyrkt förslaget om en förlängd sjuklöneperiod.

Med det anförda avstyrker utskottet motionerna Sf10 yrkandena 1 och 19, Sf9 yrkande 1, Sf12 yrkandena 1 och 2 och Sf11 yrkandena 2 och 6. Även motionerna Sf10 yrkandena 11, 12 och 20 och Sf9 yrkande 6 avstyrks.

I några av motionerna kritiserar regeringsens mål för ökad hälsa i arbetslivet. Målet innebär att sjukfrånvaron skall halveras fram till 2008 samtidigt som antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar skall minska. Målet har så sent som hösten 2002, efter förslag av utskottet, godkänts av riksdagen (bet. 2002/03:SfU1, rskr. 2002/03:72). Utskottet hyser goda förhoppningar om att målet kommer att kunna uppnås. Denna förhoppning synes delas av RFV:s generaldirektör Anna Hedborg, som vid utskottets offentliga utfrågning den 29 april 2003 ansåg att målet visserligen kan bli svårt att uppnå men att det inte är omöjligt. Mot bakgrund härav finner utskottet inte skäl att föreslå någon ändring av målet. Motionerna Sf10 yrkande 10 och Sf13 yrkande 1 avstyrks därmed.

Utskottet vill tillägga att regeringen i vårpropositionen aviserat ytterligare insatser för att klara målet att halvera antalet sjukdagar, t.ex. ett förstärkt förebyggande arbete med inriktning på företagshälsovården och tillsynen på arbetsmiljöområdet, ett ökat ansvar för sjukskrivna att medverka till att bryta sjukskrivningen och att sjukersättning skall beviljas för högst tre år i taget.

Frågan om att införa ytterligare en karensdag i sjukförsäkrings- och sjuklönesystemen har behandlats av utskottet vid flera tillfällen, senast hösten 2002 i betänkande 2002/03:SfU1. Utskottet ansåg då att en sådan åtgärd skulle medföra alltför stora påfrestningar på redan utsatta grupperns försörj-

ningsituation. Eftersom arbetsgivare med hög sjukfrånvaro dessutom skulle gynnas av högre självrisk för individen kunde utskottet inte ställa sig bakom en sådan ordning. Utskottet vidhåller att ytterligare en karensdag inte bör införas och avstyrker därmed motion Sf10 yrkande 18.

När det gäller frågan om att införa en spärregel för arbetslösa som blir sjukskrivna konstaterar utskottet att vårpropositionen även innehåller ett förslag om sjukpenning för den som är arbetslös. Utskottet har i sitt yttrande till finansutskottet tillstyrkt också det förslaget, dock med vissa ändringar. Motion Sf10 yrkande 21 får därmed anses tillgodosedd. Med det anförda avstyrker utskottet motionsyrkandet i fråga.

Ökad precision vid sjukskrivning

Ökad användning av deltidssjukskrivning och betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning

Utskottets förslag i korthet

Deltidssjukskrivning bör enligt regeringens bedömning användas i ökad utsträckning och de medicinska skälen för sjukskrivning bör preciseras och tydliggöras.

Riksdagen bör avslå motionsyrkanden bl.a. om att göra deltidssjukskrivning mer flexibel, om att motverka att deltidssjukskrivning blir ett alternativ för den som vill förkorta sin arbetstid samt om att avskaffa de fasta stegen i sjukpenningen.

Jämför reservationerna 9 (m), 10 (c) och 11 (kd).

Propositionen

Enligt vad som anges i propositionen finns det inslag av slentrianmässiga och mindre genomtänkta sjukskrivningar som måste förändras. Det olämpliga i dessa sjukskrivningar kan bestå i att hel sjukskrivning tillgrips i stället för deltidssjukskrivning eller att sjukskrivningarna blir för långa. Det kan även förekomma att personer som har full arbetsförmåga blir sjukskrivna. De slentrianmässiga sjukskrivningarna avser i många fall sjukfall där diagnoserna är oprecisa, s.k. symtomdiagnoser (t.ex. smärta, ryggbesvär eller lättare psykiska besvär). Dessa diagnoser är mycket vanliga, i synnerhet hos långtidssjukskrivna (mer än 60 dagar) där de utgör ca 30 % av fallen.

Den bristande precisionen vid sjukskrivning ökar risken för att den försäkrade inte får det individuellt anpassade stöd som är nödvändigt för rehabiliteringen. Dessutom ökar risken för att den försäkrade passiviseras och därmed får svårt att komma tillbaka till arbete. Det blir även ett problem för hela samhällsekonomin, eftersom många människor i onödan ställs utanför arbetslivet.

Andra problem som uppmärksammas i propositionen är bl.a. det förhållandet att den intygsskrivande läkaren kan ha svårt att bedöma arbetsförmågan,

att många läkare inte har tillräcklig utbildning i försäkringsmedicin samt ett ändrat förhållningssätt till sjukskrivning hos försäkrade och läkare.

I propositionen gör regeringen bedömningen att en försäkrads återstående arbetsförmåga bör tas till vara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad främst mot den arbetsförmåga en försäkrad har – inte arbetsoförmågan. Därför bör sjukskrivning på heltid inte bli ett förstahandsalternativ. I stället bör deltidssjukskrivning användas i ökad omfattning. Enligt regeringen ligger detta synsätt till grund för de åtgärder som föreslås i propositionen, t.ex. förstärkt utbildning för intygsskrivande läkare samt olika informations-satsningar.

Enligt vad som anges i propositionen finns det med stöd i forskningsresultat om självläkning anledning att anta att den försäkrade efter en viss tid bör kunna vara deltidssjukskriven, såvida inte särskilda skäl talar för motsatsen. Särskilda skäl bör således finnas för att hel ersättning skall komma i fråga i sådana situationer. Om hel sjukskrivning trots allt blir aktuell bör tiden för denna förkortas. Vidare bör den hela sjukskrivningen i slutet av perioden ersättas med deltidssjukskrivning inför återgången till heltidsarbete.

För att andelen deltidssjukskrivningar skall öka i någon större omfattning behöver arbetsgivare i större utsträckning än i dag ta ett aktivt ansvar för att anpassa den anställdes arbetsuppgifter med hänsyn till hans eller hennes förändrade förutsättningar eller finna andra lämpliga arbetsuppgifter. Vidare bör arbetsgivarens rehabiliteringsutredning innehålla uppgifter om möjligheterna att vidta sådana åtgärder (se även avsnittet Obligatorisk rehabiliteringsutredning m.m.).

Deltidssjukskrivningen bör emellertid inte användas under en längre tid utan den måste ses som en tillfällig lösning. Det bör vara en normal rutin hos försäkringskassan att i samband med deltidssjukskrivning tillsammans med den försäkrade samt dennes läkare och arbetsgivare ta fram en plan för återgång i heltidsarbete.

Såvitt gäller betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning anförs bl.a. följande. Eftersom många akuta sjukdomar har självläkt efter en viss tid bör man i långa sjukfall ställa särskilda krav på läkarens intygande att det fortfarande är sjukdom som förorsakar arbetsförmågans nedsättning. Detta bör klarläggas senast i samband med ett avstämningsmöte (se vidare avsnittet Möjligheterna att fördjupa beslutsunderlaget m.m.). Intygandet vid sjukskrivning bör dock endast avse sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för med utgångspunkt i sin medicinska kompetens.

I korta sjukfall med symtomdiagnoser är det inte alltid möjligt att göra en fullständig bedömning av arbetsförmågan. Sjukskrivning kan därför vara motiverad. När sjukskrivningen har pågått en något längre tid är det däremot nödvändigt att precisera diagnosen dels för att kunna bedöma rätten till sjukpenning, dels för att läkaren skall kunna bedöma vilken behandling som är lämplig.

Regeringen förutsätter att RFV vid sin tillsyn och uppföljning av regelverket särskilt uppmärksammar hur regeringens intentioner om den ökade beto-

ningen av den medicinska grunden för sjukskrivning förverkligas. Socialstyrelsen skall utöva tillsyn som utifrån ett patientperspektiv skall bidra till att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen och skall även genomföra andra insatser som är särskilt inriktade på att det nationella målet för regeringens ohälsaarbete uppfylls. I propositionen framhålls också att det är viktigt att RFV mycket noga följer upp effekterna av förslagen om ökad precision vid sjukskrivning.

I fråga om de ekonomiska konsekvenserna anges följande. För närvarande är andelen deltidssjukskrivningar knappt 30 %. Om andelen antas uppgå till 35 % och de sjukfall som annars skulle ha avsett hel sjukskrivning förkortas med 20 % skulle det sammanlagda antalet nettosjukpenningdagar vara 8 % lägre i jämförelse med oförändrad fördelning mellan hel- och deltidssjukskrivning. Detta motsvarar en minskning av utgifterna för sjukpenning med ca 4 miljarder kronor. Om andelen deltidssjukskrivningar i stället antas öka till 40 % skulle antalet nettosjukpenningdagar vara 11 % lägre. Detta skulle innebära en minskning av utgifterna för sjukpenning med ca 5,5 miljarder kronor.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 13 förslag om ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Motionärerna anser bl.a. att deltidssjukskrivning bör kunna göras mer flexibel och inte bara avse del av en dag. De anser att en person bör kunna sjukskrivas på deltid men vara på arbetet på heltid och arbeta i halv takt eller att man bör kunna bli sjukskriven från vissa arbetsuppgifter.

I motion Sf9 av Carl-Axel Johansson (m) begärs i yrkande 2 ett tillkännagivande om att den försäkrade bör få rätt att deltidssjukskriva sig själv under den första veckan. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om arbetstidsförkortning av icke-medicinska skäl. För att kunna ta till vara den arbetsförmåga som finns bör en sjukskriven person kunna få hjälp att byta arbetsgivare. Annars ökar risken för arbetstidsförkortningar.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 3 förslag om avskaffande av de fasta stegen i sjukersättningen. Motionärerna anser att det är positivt att regeringen betonar arbetsförmåga hellre än arbetsoförmåga men att detta synsätt bör stärkas ytterligare. Det kan ske genom att helt slopa de fasta stegen i sjukpenningen.

Birgitta Carlsson m.fl. (c) begär i motion Sf11 yrkande 4 ett tillkännagivande om behovet av att noggrant följa tillämpningen av deltidssjukskrivning. Motionärerna framhåller att deltidssjukskrivning inte får bli ett alternativ för den som vill korta sin arbetstid.

Utskottets ställningstagande

Av RFV:s månadsstatistik avseende mars 2003 kan utläsas att det redan skett en minskning av antalet heltidssjukskrivna samtidigt som sjukskrivning på deltid har ökat. Denna utveckling med ett ökat antal deltidssjukskrivna är

mycket positiv och bör förstärkas. Personer som inte har möjlighet att under en sjukskrivning behålla kontakten med arbetsplatsen, t.ex. genom att arbeta deltid, har svårare att komma tillbaka i arbete. Detta bekräftas av RFV:s rapport Partiell sjukskrivning (RFV Redovisar 2001:4). I rapporten redovisas en grupp personer som varit helt sjukskrivna för rygg- och nackbesvär i fyra veckor. En tredjedel av dem blev partiellt sjukskrivna någon gång under sin sjukskrivning. Jämfört med hel sjukskrivning ledde successiv återgång i arbete till friskskrivning i större utsträckning under tvåårsperioden. Successiv återgång följdes dessutom av färre återfall under året efter friskskrivningen. En ökad användning av deltidssjukskrivning underlättar således för en återgång i heltidsarbete.

Vissa sjukdomar är av den arten att det inte kan bli fråga om annat än heltidssjukskrivning. Andra sjukdomar kräver inledningsvis en sjukskrivning på heltid. Som framgår av propositionen finns det med stöd i forskningsresultat om självläkning dock anledning att anta att den försäkrade efter viss tid bör kunna vara sjukskriven på deltid såvida inte särskilda skäl talar för motsatsen. I likhet med regeringen anser utskottet att det bör krävas särskilda skäl för att hel sjukpenning även fortsättningsvis skall kunna komma i fråga i sådana situationer. I andra fall är deltidssjukskrivning, t.ex. till 75 %, redan från början det för patienten bästa alternativet. I de fall hel sjukskrivning trots detta blir aktuell bör tiden för denna förkortas jämfört med i dag.

Enligt utskottet är det viktigt att läkaren i alla fall där sjukskrivning blir aktuell överväger om inte en deltidssjukskrivning är det för patienten lämpligaste alternativet. Utskottet instämmer med andra ord i regeringens bedömning att sjukskrivning på heltid i normalfallet inte bör vara ett förstahandsalternativ.

I två av motionerna påpekas att deltidssjukskrivning inte får bli ett alternativ för personer som vill förkorta sin arbetstid. Utskottet delar denna uppfattning, vilket även regeringen synes göra. I propositionen framhålls nämligen att deltidssjukskrivning måste ses som en tillfällig lösning och att det bör vara en normal rutin hos försäkringskassan att i samband med deltidssjukskrivning ta fram en plan för återgång i heltidsarbete. Enligt utskottets mening är det angeläget att närmare följa upp att sjukskrivning på deltid används i enlighet med regeringens intentioner. Utskottet förutsätter dock att detta kommer att ske utan något särskilt påpekande från riksdagens sida. Med det anförda anser utskottet att motionerna Sf9 yrkande 3 och Sf11 yrkande 4 får anses tillgodosedda. Utskottet avstyrker därmed motionsyrkandena i fråga.

I fråga om deltidssjukskrivning under de första sju dagarna av ett sjukdomsfall kan utskottet konstatera att varken AFL eller sjuklönelagen (1991:1047) utgör något hinder mot att den försäkrade med stöd av egen försäkran uppbär t.ex. halv ersättning under denna tid. Med hänsyn härtill avstyrks motion Sf9 yrkande 2.

Vad beträffar frågan om flexiblare deltidssjukskrivning kan utskottet se fördelar med en deltidssjukskrivning som tillåter den sjukskrivne att vistas på arbetsplatsen på heltid men endast arbeta i halv takt. Emellertid kan utskottet

också se svårigheter för försäkringskassan att i ett sådant fall kontrollera omfattningen på det arbete som utförs. En sådan ordning skulle kunna leda till att t.ex. halv sjukpenning utges trots att personen i fråga successivt ökat sin arbetsinsats och rätten till sjukpenning därmed kan ifrågasättas. Även om vederbörande inte får lön för mer än ett halvtidsarbete kan arbetsförmågans nedsättning ifrågasättas om tidsmässigt mer än ett halvtidsarbete utförs. Det är inte heller lämpligt att reglerna utformas så att de ger utrymme för att använda sjukpenning som en form av anställningsstöd.

Frågan om att införa en möjlighet att bli sjukskriven från vissa arbetsuppgifter hänger samman med om arbetsgivaren kan anpassa en anställds arbete eller att omplacera honom eller henne till andra arbetsuppgifter. I propositionen har regeringen bl.a. framhållit att arbetsgivaren i större utsträckning än i dag behöver ta ett aktivt ansvar för att anpassa den anställdes arbetsuppgifter med hänsyn till hans eller hennes förändrade förutsättningar eller finna andra lämpliga arbetsuppgifter. Som framgår av det följande (avsnittet Obligatorisk rehabiliteringsutredning m.m.) bör arbetsgivarens rehabiliteringsutredning innehålla uppgifter om möjligheten att vidta sådana åtgärder. Med det anförda avstyrker utskottet motion Sf10 yrkande 13.

När det gäller frågan om att avskaffa de fasta stegen i sjukpenningen konstaterar utskottet att Sjukförsäkringsutredningen i sitt slutbetänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121) har lämnat förslag (s. 169–170) om att partiell ersättning från sjukförsäkringen skall kunna utges efter individuell prövning, dock lägst med 20 %. Utredningen framhåller att den nuvarande regeln framtvingar viss ”översjukskrivning”. Exempelvis kan den som klarar att arbeta 60 % endast få 25 % sjukpenning, vilket leder till att personen i praktiken bara arbetar 50 % för att få 50 % sjukpenning. Enligt utredningen får dock förslaget konsekvenser för en rad andra system och en förutsättning för genomförandet är därför att berörda systems villkor harmoniseras i samband med genomförande av utredningens förslag. Mot bakgrund härav och då försäkringskassans möjligheter att i det enskilda fallet bestämma rätt ersättningsgrad skulle väsentligt försvåras med en steglös ersättningsnivå avstyrker utskottet motion Sf12 yrkande 3.

När det gäller betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning delar utskottet i allt väsentligt regeringens bedömningar. Även utskottet anser att det finns anledning att anta att sjukskrivningsprocessen därmed kommer att stramas upp och att mycket av den slentrianmässiga sjukskrivningen kommer att upphöra. Utskottet förutsätter att berörda myndigheter (RFV och Socialstyrelsen) vidtar de åtgärder som erfordras för att förverkliga propositionens intentioner.

Möjligheterna att fördjupa beslutsunderlaget m.m.

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör bifalla regeringens förslag att försäkringskassan vid behov skall begära att en försäkrad skall delta i ett avstämnings-

möte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar detta skall sjukpenningen kunna dras in eller sättas ned. Vidare skall försäkringskassan vid behov infordra ett särskilt läkarutlåtande.

Riksdagen bör avslå motionsyrkanden om avstämningsmöte, om att i AFL införa skärpta krav på det medicinska underlaget för heltidssjukskrivning och om åtgärder för ökad kontroll över sjukskrivningarnas tillämpning. *Jämför reservationerna 13 (kd), 14 (fp) och 15 (c).*

Gällande bestämmelser

Enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) skall den försäkrade till försäkringskassan ge in dels en skriftlig försäkrans, dels en skriftlig särskild försäkrans. Försäkrans liksom särskild försäkrans skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av arbetsuppgifterna och den försäkrades egen bedömning av sin arbetsförmåga. Den särskilda försäkrans skall ges in senast den 28:e dagen efter sjukanmälningsdagen. Vidare skall den försäkrade ge in ett läkarintyg för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan senast fr.o.m. den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen. Från och med den 28:e dagen efter sjukanmälningsdagen skall den försäkrade ge in ett särskilt läkarutlåtande som skall innehålla uppgift bl.a. om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd samt läkarens bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan.

Om det är nödvändigt för att kunna bedöma i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga skall försäkringskassan enligt 3 kap. 8 a § AFL begära att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan och behov av och möjligheter till rehabilitering. Försäkringskassan skall under sjukperioden, när det finns skäl till det, undersöka om den försäkrade efter rehabiliteringsåtgärd helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete. Vidare skall försäkringskassan, när det kan anses nödvändigt för bedömning av rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsåtgärd, under sjukperioden infordra utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig, göra förfrågan hos t.ex. den försäkrade eller dennes arbetsgivare och besöka den försäkrade.

Propositionen

Enligt propositionen tar försäkringskassan redan i dag i många fall initiativ till möten (flerpartssamtal) mellan t.ex. den försäkrade, den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren, företagshälsovården och arbetsförmedlingen. Regeringen anser att väsentligt fler möten – s.k. avstämningsmöte – bör komma till stånd jämfört med i dag.

Vid dessa möten bör möjligheterna till anpassningar på den försäkrades arbetsplats liksom till deltidssjukskrivning i stället för heltidssjukskrivning stå i centrum under samtalen. Det bör även klarläggas i vilken mån det är annat än sjukdom som föranleder frånvaron från arbetet. Mötet skall dock inte ha karaktär av muntlig förhandling i syfte att avgöra ersättningsrätten, och information om orsaken till sjukfrånvaron bör göras tillgänglig för arbetsgivaren endast med den försäkrades samtycke. Försäkringskassan bör vara den som tar initiativ till ett avstämningsmöte.

Eftersom den försäkrades närvaro i de flesta fall torde vara av största betydelse föreslår regeringen att försäkringskassan skall kunna begära att den försäkrade deltar i mötet. Om den försäkrade utan giltig anledning vägrar bör sjukpenningen kunna dras in eller sättas ned. Förslaget avses träda i kraft den 1 juli 2003. Den närmare regleringen av formerna för avstämningsmötet bör enligt regeringen ske i förordning eller myndighets föreskrifter.

Om försäkringskassan bedömer att ett avstämningsmöte inte skulle ge ett tillräckligt beslutsunderlag skall det kunna kompletteras med ett särskilt läkarutlåtande. Regeringen föreslår att försäkringskassan vid behov skall kunna infordra ett sådant utlåtande. Ett fördjupat underlag från en annan läkare bör enligt regeringen i första hand användas som ett komplement till avstämningsmötena. Förslaget avses träda i kraft den 1 juli 2003.

Som nämnts åligger det den försäkrade att ge in ett särskilt läkarutlåtande senast fr.o.m. den 28:e dagen efter sjukanmälningsdagen. Regeringen föreslår att om det behövs för att kunna bedöma om den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom skall i stället gälla att försäkringskassan inhämtar ett särskilt läkarutlåtande. Förslaget avses träda i kraft den 1 juli 2003.

Enligt regeringen bör det finnas två olika typer av särskilt läkarutlåtande i långa sjukfall, ett för hel sjukskrivning och ett annat för deltidssjukskrivning. Särskilda krav bör ställas på kvaliteten i de uppgifter som lämnas på utlåtandet för hel sjukskrivning. Ett sådant utlåtande bör utförligt motivera varför arbetsförmågan är helt nedsatt. Det skall även särskilt anges vari nedsättningen av arbetsförmågan består och varför den försäkrade av medicinska skäl bör avhålla sig helt från arbete. Det bör därutöver krävas att läkaren närmare anger hur han eller hon har kännedom om den försäkrades arbetsförhållanden.

Regeringen anser att huvudregeln bör vara att det är en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar ett särskilt utlåtande (se vidare avsnittet Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin). Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör meddela närmare föreskrifter om särskilt läkarutlåtande samt om krav på den intygsskrivande läkarens kompetens.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 2 ett tillkännagivande om integritetsaspekter vid avstämningsmöten. En arbetsgivare behöver information om den anställdes eventuella arbetsoförmåga. Något skäl för ar-

betsgivaren att känna till diagnosen finns däremot inte. Trots det finns det enligt motionärerna en risk för att den enskilde känner sig pressad att berätta för arbetsgivaren om sitt sjukdomstillstånd.

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 3 beslut om ändring i AFL beträffande kraven på innehåll i läkarintyg med medicinskt underlag för heltidssjukskrivning. Motionärerna anser att de skärpta kraven på det medicinska underlaget för heltidssjukskrivning bör anges i lag.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 4 ett tillkännagivande om försäkringskassans avstämningsmöten. Sådana möten hålls redan i dag men försäkringskassan har inte ens klarat av dessa i tillräcklig omfattning. Det finns därför skäl att ifrågasätta om förslaget innebär någon reell förändring.

Birgitta Carlsson m.fl. (c) begär i motion Sf11 yrkande 3 ett tillkännagivande om åtgärder för ökad kontroll över sjukskrivningens tillämpning. Motionärerna anser att skall krävas intyg från två läkare för att få sjukpenning efter fyra veckors sjukskrivning. De anser också att sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna bör slås samman till en sjuk- och rehabiliteringsförsäkring med krav på aktivt deltagande i planerade rehabiliteringsinsatser för rätt till sjukpenning.

Utskottets ställningstagande

Ett avstämningsmöte utgör ett viktigt instrument för att klarlägga hur den försäkrades arbetsförmåga skall kunna tas till vara. Genom att delta i ett avstämningsmöte bör den försäkrade få ökade möjligheter att komma tillbaka i arbete. Eftersom sjukskrivande läkare sällan torde ha sådan kunskap om patientens arbetsförhållanden och arbetsuppgifter att han eller hon kan bedöma arbetsförmågan i relation till arbetet kan det även från läkarens synpunkt vara viktigt att få till stånd en konkret samverkan kring patienten. I stället för att en annan läkare gör en ny bedömning behövs ett samråd kring patienten där försäkringskassan vid ett avstämningsmöte tillsammans med läkaren, patienten och t.ex. arbetsgivaren gör en samlad bedömning av patientens arbetsförmåga relaterad till funktionsnedsättning och aktuellt arbete. Ett avstämningsmöte borde också ligga i arbetsgivarens intresse eftersom det då kan klargöras om och i så fall vilka anpassningar av arbetsplatsen som är nödvändiga för att arbetsgivaren skall kunna få tillbaka den anställde i arbete, helt eller delvis.

Mot bakgrund av vad som nu sagts delar utskottet regeringens bedömning att det är angeläget att få till stånd väsentligt fler avstämningsmöten än i dag. Utskottet ser också positivt på förslaget att försäkringskassan skall kunna kräva att den försäkrade deltar i ett sådant möte eftersom hans eller hennes närvaro i flertalet fall är av avgörande betydelse. Om den försäkrade utan giltig anledning vägrar bör sjukpenningen kunna dras in eller sättas ned.

Som påpekas i propositionen är ett avstämningsmöte resurskrävande. Det kan därför befaras att utrymmet för försäkringskassorna att öka antalet avstämningsmöten inte är så stort på kort sikt. Emellertid torde ett sådant möte många gånger kunna bli resurssparande i den meningen att det kan minska

behovet av ytterligare utredningsåtgärder. Samma uppfattning framfördes vid utskottets offentliga utfrågning den 29 april 2003 av såväl Sveriges läkarförbud som RFV. Vid behov skall försäkringskassan kunna komplettera utredningen med t.ex. ett särskilt läkarutlåtande.

Med det anförda tillstyrker utskottet regeringens förslag och avstyrker motion Sf12 yrkande 4. Även motion Sf11 yrkande 3 avstyrks med det nu anförda.

När det gäller frågan om integritetsaspekterna vid avstämningsmöten är som nämnts ett sådant möte inte tänkt att vara en muntlig förhandling i syfte att avgöra den försäkrades rätt till ersättning även om resultatet av ett sådant möte kan bli att rätten till sjukpenning ifrågasätts. Vidare skall informationen om orsaken till sjukfrånvaron göras tillgänglig för arbetsgivaren endast med den försäkrades samtycke. Eftersom deltagande i ett avstämningsmöte får antas vara i den försäkrades eget intresse och arbetsgivaren i de flesta fall inte har behov av att få kännedom om diagnosen kan utskottet inte dela de farhågor som framförs i motion Sf10 yrkande 2. Motionsyrkandet avstyrks därmed.

I en av motionerna framförs att de skärpta kraven på det medicinska underlaget för heltidssjukskrivning bör lagregleras. Enligt utskottet är det dock inte rimligt att tynga AFL med detaljregler om t.ex. vilka typer av läkarutlåtanden som skall finnas och hur dessa skall utformas. Utskottet delar därför regeringens uppfattning att den närmare regleringen härav bör ske i förordning eller myndighets föreskrifter. Utskottet avstyrker därmed motion Sf13 yrkande 3.

Övriga frågor om beslutsunderlag

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör bifalla regeringens förslag att skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran skall upphöra att gälla och att en sådan försäkran i stället skall ges in om försäkringskassan begär det. Därmed bör riksdagen avslå motionsyrkanden om avslag på förslaget.

Vidare bör riksdagen bifalla förslaget att ersättning skall lämnas för en försäkrads och en läkares kostnader i samband med avstämningsmöten. Därmed bör riksdagen avslå ett motionsyrkande om att också småföretagare skall få ersättning i samband med avstämningsmöten. *Jämför reservation 12 (m).*

Propositionen

För att styrka nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom skall den försäkrade lämna en skriftlig särskild försäkran till försäkringskassan senast fr.o.m. den 28:e dagen efter sjukanmälningsdagen. RFV har vid ett flertal uppföljningar uppmärksammat att denna försäkran inte tillför ärendet några ytterligare uppgifter. Mot bakgrund härav föreslår regeringen att skyldigheten

att vid en viss tidpunkt inkomma med en s.k. skriftlig särskild försäkrans skall upphöra att gälla den 1 juli 2003.

Regeringen föreslår i stället att den försäkrade skall lämna in en särskild försäkrans när försäkringskassan begär det. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör utfärda föreskrifter om när en sådan försäkrans skall begäras av den försäkrade.

För att underlätta för läkare att avsätta tid för avstämningsmöten föreslår regeringen att ersättning för dessa läkarinsatser skall lämnas. Även försäkrade skall enligt förslaget kunna få ersättning för kostnader med anledning av ett avstämningsmöte. Ersättning bör lämnas i enlighet med vad som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. Förslaget avses träda i kraft den 1 juli 2003.

Kostnaderna för läkares medverkan i avstämningsmötena beräknas uppgå till ca 65 miljoner kronor per år.

Enligt regeringen kommer lämpliga informationsinsatser att övervägas så att samtliga intygsskrivande läkare får kännedom om det förändrade synsätt på sjukskrivning som propositionen avser att uppnå. Informationen bör rikta sig även till de försäkrade och arbetsgivarna.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 3 avslag på förslaget att slopa skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkrans.

I motion Sf9 av Carl-Axel Johansson (m) begärs i yrkande 5 ett tillkännagivande om småföretagens kostnader för avstämningsmöten. Motionären anser att inte bara den enskilde och läkaren bör få ersättning för kostnader i samband med avstämningsmöten. Även småföretagare bör kunna få ersättning för sina kostnader för t.ex. produktionsbortfall.

Utskottets ställningstagande

Eftersom RFV:s uppföljningar har visat att den särskilda försäkrans inte tillför ärendet några nya uppgifter utöver dem som redan finns, saknas det enligt utskottet skäl att upprätthålla kravet på att den försäkrade vid en viss tidpunkt skall inkomma med en sådan försäkrans. Utskottet tillstyrker därför regeringens förslag i denna del liksom förslaget att försäkrans i stället skall inges om försäkringskassan begär det. Därmed avstyrks motion Sf10 yrkande 3.

Med hänsyn till att arbetsgivares rehabiliteringsansvar även gäller för små arbetsgivare bör en arbetsgivares deltagande i ett avstämningsmöte ses som ett sätt att fullgöra detta ansvar. Mot bakgrund härav tillstyrker utskottet regeringens förslag om ersättning för läkares och en försäkrads kostnader i samband med avstämningsmöte. Motion Sf9 yrkande 5 avstyrks därmed.

Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin

Utskottets förslag i korthet

De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin bör enligt regeringens bedömning förstärkas.

- Riksdagen bör avslå motionsyrkanden bl.a. om
- utbildning i försäkringsmedicin som villkor för rätten att sjukskriva,
 - vissa begränsningar i rätten att sjukskriva och
 - inrättandet av en professur i försäkringsmedicin.

Jämför reservationerna 16 (m, fp, kd, c), 17 (fp, c) och 18 (kd).

Propositionen

Den nuvarande utbildningen i försäkringsmedicin är mycket begränsad till omfattningen. För att förbättra situationen har ett resurstillskott på 20 miljoner kronor avsatts för 2003 respektive 2004.

Regeringen anser att de intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin bör förstärkas. Det är emellertid inte realistiskt att alla intygsskrivande läkare skall ges möjlighet att under den närmaste tiden inhämta de relativt omfattande kunskaper i försäkringsmedicin som behövs. I ett första skede bör därför utbildningsinsatserna inriktas på dels en kortare utbildning som vänder sig till alla läkare, dels en utbildning som ger fördjupade kunskaper i försäkringsmedicin. Sistnämnda utbildning bör vända sig till de läkare som försäkringskassan avser att använda för att inhämta fördjupade underlag. Regeringen anser vidare att det är viktigt att utbildningen i försäkringsmedicin stärks under läkarutbildningens alla delar.

Inriktningen är att de första utbildningsinsatserna skall påbörjas under maj 2003. RFV har den 13 februari 2003 fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och efter kontakt med Försäkringskassaförbundet bl.a. utarbeta utbildningsmaterial och ansvara för att utbildningsinsatserna genomförs. Regeringen framhåller att det är viktigt att könsperspektivet uppmärksammas och beaktas i samband med utbildningsinsatserna.

Enligt regeringen är det angeläget att hitta former som leder till en forskningsmässig, yrkesmässig och akademisk kompetenshöjning i försäkringsmedicin. I nämnda uppdrag ingår därför att RFV i samverkan med Socialstyrelsen skall verka för att forskning och utveckling inom området försäkringsmedicin stärks.

Motioner

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 6 ett tillkännagivande om att utbildning i försäkringsmedicin bör ges till alla läkare och på sikt bli ett vilkor för att få skriva sjukintyg. I samma motion, yrkande 7, begärs ett tillkännagivande om en begränsning av möjligheterna för en läkare med

viss specialistutbildning att skriva sjukintyg för längre tids sjukpenning med diagnoser inom en annan medicinsk specialitet.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 7 ett tillkännagivande om att verka för att utbildning i försäkringsmedicin ges en starkare ställning i läkarutbildningen. Sådan utbildning måste bli obligatorisk för läkare på alla nivåer och ges ett större inslag i grundutbildningen. I samma motion, yrkande 8, begärs ett tillkännagivande om behovet av att inrätta en professur i försäkringsmedicin.

Utskottets ställningstagande

Den nuvarande försäkringsmedicinska utbildningen inom ramen för grund- och vidareutbildningen har som framgår av propositionen en mycket begränsad omfattning. Den otillräckliga utbildningen samt tidsbristen för läkare leder till att alltför många läkarintyg och läkarutlåtanden är ofullständiga eller bristfälliga i övrigt. Dessutom finns det anledning att anta att den intygsskrivande läkarens många gånger bristande kunskaper om funktionsnedsättningens påverkan på arbetsförmågan försvårar läkarens bedömning. För att komma till rätta med denna situation är det enligt utskottets mening ytterst angeläget att åtgärder vidtas.

Utskottet välkomnar därför regeringens initiativ att förbättra de intygsskrivande läkarnas utbildning genom både en kortare utbildning för alla läkare och en påbyggnadsutbildning riktad till läkare som behöver fördjupa sina kunskaper på området. Utskottet ser också positivt på att utbildningen i försäkringsmedicin skall stärkas under läkarutbildningens alla delar. Med det anförda får motion Sf12 yrkande 7 anses tillgodosedd, och utskottet avstyrker därmed motionsyrkandet i fråga.

När det gäller frågan om att införa ett krav på utbildning i försäkringsmedicin som villkor för att få utfärda läkarintyg för sjukskrivning konstaterar utskottet att Sjukförsäkringsutredningen i sitt betänkande SOU 2000:121 (s. 189) har övervägt frågan men inte funnit skäl att föreslå en sådan begränsning. Enligt utredningen behöver läkares kunskaper och kompetens om hur sjukskrivningsinstrumentet skall hanteras förbättras men utredningen stannade i stället för att föreslå att alla läkare skall ha rätt att utfärda läkarintyg men att dessa mera regelmässigt skall kompletteras av annat underlag om försäkringskassan så bedömer nödvändigt. Som redan nämnts anser regeringen att det bör vara en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som skall få utfärda det särskilda läkarutlåtande som försäkringskassan skall kunna kräva att den försäkrade ger in t.ex. när ett avstämningsmöte inte ger ett tillräckligt beslutsunderlag. Härigenom kommer det enligt utskottets mening att skapas garantier för att försäkringskassan i fortsättningen kommer att kunna få ett fullgott beslutsunderlag. Utskottet anser således att det för närvarande inte finns skäl att överväga vare sig villkor eller andra begränsningar i

läkares rätt att utfärda läkarintyg för sjukskrivning. Utskottet avstyrker därmed motion Sf13 yrkandena 6 och 7.

När det gäller frågan om att inrätta en professur i försäkringsmedicin konstaterar utskottet dels att det numera är universiteten och högskolorna själva som beslutar om inrättande av professorer i olika ämnen, dels att det i propositionen framhålls att det är angeläget att hitta former som bl.a. leder till en akademisk kompetenshöjning i försäkringsmedicin. Med det anförda får motion Sf12 yrkande 8 anses tillgodosedd, och utskottet avstyrker därmed motionsyrkandet i fråga.

Fler försäkringsläkare och en ändrad roll för dessa

Utskottets förslag i korthet

Fler försäkringsläkare bör enligt regeringens bedömning anställas hos försäkringskassorna, och försäkringsläkarnas arbetsuppgifter bör preciseras ytterligare.

Riksdagen bör avslå motionsyrkanden bl.a. om riktlinjer för försäkringsläkare, om att utreda konsekvenserna av den ökade rekryteringen av försäkringsläkare för sjukvården och om att ställa försäkringsläkarna under myndighetskontroll.

Jämför reservationerna 19 (m), 20 (fp) och 21 (kd).

Gällande bestämmelser

Enligt 18 kap. 15 § AFL skall i en allmän försäkringskassa finnas en eller flera försäkringsläkare och försäkringstandläkare för att hjälpa försäkringskassan med medicinsk och odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan kassan och de läkare och tandläkare som är verksamma inom kassans område.

Propositionen

Regeringen anser att fler försäkringsläkare bör anställas hos försäkringskassorna för att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen. Av propositionen framgår att det i mars 2000 fanns sammanlagt 427 försäkringsläkare hos försäkringskassorna. De arbetade i genomsnitt åtta timmar per vecka. I budgetpropositionen för 2003 bedömde regeringen att det behövs ytterligare ca 100 försäkringsläkare med halvtidsanställning. I regleringsbrevet för 2003 har det därför avsatts 22,5 miljoner kronor för ett ökat antal försäkringsläkare.

Vidare anser regeringen att försäkringsläkarnas arbetsuppgifter bör preciseras ytterligare. Uppgifterna bör i ökad utsträckning inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron. Försäkringsläkarna bör också ha en nyckelroll i utbildningen i försäkringsmedicin. RFV bör svara för att även försäkringsläkarna kontinuerligt ges möjlighet att delta i relevanta utbildningar.

Enligt propositionen bör det ankomma på regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för försäkringsläkare samt om utbildning av dessa.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 15 ett tillkännagivande om att det inom ett par år bör finnas klara riktlinjer om vilka krav på utbildning m.m. som bör ställas på en försäkringsläkare. I samma motion, yrkande 16, begärs ett tillkännagivande om en stärkt företagsläkarorganisation. Motionärerna anser att företagshälsovården bör återfå rätten att ge sjukvård på samma villkor som läkarna inom landstingen.

I motion Sf9 av Carl-Axel Johansson (m) begärs i yrkande 4 ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda konsekvenserna av den ökade rekryteringen av försäkringsläkare för sjukvården i allmänhet.

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 8 ett tillkännagivande om antalet försäkringsläkare. Enligt motionärerna är det tveksamt om regeringens förslag räcker.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 10 ett tillkännagivande om att på något sätt ställa försäkringsläkarna under myndighetskontroll. I samma motion, yrkande 11, begärs ett tillkännagivande om vidareutbildning för försäkringsläkarna, som enligt motionärerna bör vara kontinuerlig och uppdaterad. I yrkande 9 begär motionärerna ett tillkännagivande om en reformering av det försäkringsmedicinska systemet.

Utskottets ställningstagande

Utskottet delar regeringens uppfattning att det bör ankomma på regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för försäkringsläkare och om utbildning av dessa. Utskottet förutsätter att sådana föreskrifter kommer att meddelas relativt snart och anser med hänsyn härtill att motion Sf10 yrkande 15 får anses tillgodosedd. Utskottet tillstyrker regeringens förslag och avstyrker motionsyrkandet i fråga. Även motion Sf12 yrkande 11 avstyrks med det anförda.

När det gäller frågan om den planerade ökningen av antalet försäkringsläkare är tillräcklig, anser utskottet att det i nuläget inte finns något skäl att ifrågasätta regeringens bedömning av behovet av antalet försäkringsläkare. Inte heller anser utskottet att det är påkallat med någon åtgärd från riksdagens sida vad gäller konsekvenserna för sjukvården av en ökad rekrytering av försäkringsläkare. Motionerna Sf9 yrkande 4 och Sf13 yrkande 8 avstyrks därmed.

Vad gäller frågan om att ställa försäkringsläkare under myndighetskontroll noterar utskottet att en översyn redan har påbörjats. Enligt vad som anges i propositionen har Socialstyrelsen fått i uppdrag att i samråd med RFV se över om det finns behov av att göra förändringar av det tillsynsansvar som gäller

försäkringsläkarna. Uppdraget skall redovisas senast den 31 juli 2004. Med det anförda avstyrker utskottet motion Sf12 yrkande 10.

Även motion Sf12 yrkande 9 avstyrks då det i dagsläget inte finns skäl att föreslå en reformering av det försäkringsmedicinska systemet.

Beträffande frågan om att stärka företagshälsovården har regeringen som redan nämnts i vårpropositionen aviserat ytterligare insatser för att klara målet att halvera antalet sjukdagar, bl.a. ett förstärkt förebyggande arbete med inriktning på företagshälsovården och tillsynen på arbetsmiljöområdet. Utskottet finner inte anledning att föregripa detta arbete och avstyrker därmed motion Sf10 yrkande 16.

Obligatorisk rehabiliteringsutredning m.m.

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör bifalla regeringens förslag att rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. 3 § AFL skall vara obligatorisk. Riksdagen bör därmed avslå motionsyrkanden om avslag på förslaget.

Riksdagen bör vidare avslå motionsyrkanden om bl.a. rehabiliteringsgaranti, en ny rehabiliteringsförsäkring och att småföretagare med färre än 15 anställda befrias från skyldigheten att göra rehabiliteringsutredning. *Jämför reservationerna 22 (m), 23 (fp), 24 (kd), 25 (c) och 26 (m, fp, kd, c).*

Propositionen

Det har i olika sammanhang framförts att arbetsgivarna inte gör rehabiliteringsutredningar i den omfattning som borde vara fallet. I rapporten Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV Anser 1998:4) konstaterar RFV att rehabiliteringsutredning saknades i 75 % av de ärenden verket granskat när sjukskrivningen hade pågått i 90 dagar.

Enligt nuvarande lydelse av 22 kap. 3 § andra stycket AFL skall arbetsgivaren i vissa angivna situationer påbörja en rehabiliteringsutredning om det inte framstår som obehövligt. För att det inte skall uppstå någon oklarhet om när arbetsgivaren skall påbörja en utredning föreslår regeringen att rehabiliteringsutredning skall vara obligatorisk. Försättningsvis skall således arbetet med rehabiliteringsutredningen ovillkorligen påbörjas i de situationer som anges i bestämmelsen, dvs. om den försäkrade till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor i följd, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det. Utredningen skall precis som i dag lämnas in till försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor. Förslaget avses träda i kraft den 1 juli 2003.

Rehabiliteringsutredningens omfattning bör enligt regeringen kunna anpassas med hänsyn till vad som kan anses påkallat i det enskilda fallet. Finns det inte något rehabiliteringsbehov bör utredningen kunna göras i en förenklad form och begränsas till uppgifter om varför rehabilitering inte behövs.

För att göra deltidssjukskrivning till en reell möjlighet krävs enligt regeringen att arbetsgivaren i större utsträckning än i dag anpassar de anställdas arbetsuppgifter eller finner andra lämpliga arbetsuppgifter och i övrigt vidtar nödvändiga åtgärder i arbetsmiljön. Det är mot denna bakgrund angeläget att rehabiliteringsutredningen innehåller uppgifter om arbetsgivarens möjligheter att vidta sådana åtgärder. Regeringen avser att i förordning återkomma med närmare bestämmelser om rehabiliteringsutredningens innehåll.

I fråga om effekterna av förslaget för små företag anförs i propositionen att små företag likaväl som större arbetsgivare redan i dag har en skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Småföretagen behöver därför inte vidta några särskilda administrativa, praktiska eller andra åtgärder med anledning av att rehabiliteringsutredningarna görs obligatoriska.

Som nämnts bör utredningen i vissa fall kunna göras i förenklad form. Regeringen uppskattar tidsåtgången för att göra en förenklad utredning till i genomsnitt 15 minuter per utredning. Förslaget uppskattats innebära en ökad tidsåtgång för företag med färre än 20 anställda motsvarande totalt 2 000 timmar eller en ökad årlig kostnad på knappt 1,4 miljoner kronor. Den totala kostnaden för samtliga arbetsgivare beräknas till drygt 12 miljoner kronor.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 4 avslag på förslaget att göra det obligatoriskt för företagen att göra rehabiliteringsutredning. Motionärerna anser att förändringen är onödig. I stället bör gränsdragningen mellan företagets och försäkringskassans rehabiliteringsansvar göras tydligare. I samma motion, yrkande 14, begärs ett tillkännagivande om ändrad ansvarsfördelning för rehabilitering. Enligt motionärerna bör försäkringskassan få ansvar för att en rehabiliteringsutredning kommer till stånd.

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 5 avslag på förslaget om ändring i 22 kap. 3 § AFL. Enligt motionärerna förekommer redan i dag meningslösa "skenutredningar" samtidigt som det i vissa andra fall inte görs någon utredning, trots att en sådan skulle behövas. Inget av detta skulle avhjälpas med att tvinga arbetsgivare att slentrianmässigt fylla i blanketter. I samma motion, yrkande 4, begärs lagförslag om rehabiliteringsgaranti och förbättrade förutsättningar för rehabilitering efter sjukskrivning. Enligt motionärerna bör en rehabiliteringsplan i normalfallet sättas i verket inom en månad och den enskilde ha rätt till överenskomna insatser.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 6 avslag på förslaget att en rehabiliteringsutredning alltid skall göras till förmån för att en rehabiliteringsförsäkring i stället införs. Motionärerna påpekar att förslaget är orimligt eftersom arbetsgivare kan tvingas att göra en utredning även i de fall den anställda redan har återgått i arbete. I samma motion, yrkande 5, begärs att regeringen påbörjar det lagstiftningsarbete som krävs för att införa en ny rehabiliteringsförsäkring. Ansvaret för denna försäkring skall åvila en enda offentlig aktör och inte som i dag fyra olika aktörer. Vidare skall försäkringen innehålla ett kraftigt förstärkt rehabiliteringsmoment.

Birgitta Carlsson m.fl. (c) begär i motion Sf11 yrkande 5 ett tillkännagivande om att småföretagare med färre än 15 anställda skall befrias från skyldigheten att genomföra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret bör i stället ligga på försäkringskassan. I samma motion, yrkande 1, begärs ett tillkännagivande om förbättrade rehabiliteringsinsatser riktade till långtidssjukskrivna. Enligt motionärerna behövs en finansiell samordning för att mobilisera resurser för finansiering av offensiva åtgärder. Motionärerna vill också införa en rehabiliteringsgaranti, som innebär att en rehabiliteringsplan utarbetas inom sex veckor från sjukskrivningens början, liksom en rehabiliteringslots i form av en särskild kontaktperson med ansvar för planens genomförande.

Utskottets ställningstagande

Möjligheterna att med framgång genomföra en rehabilitering som syftar till att den försäkrade skall återgå i arbete är i många fall beroende bl.a. av förhållandena på arbetsplatsen. För att den sjukskrivne inte skall hamna i passivitet är det viktigt att det snabbt tas fram en rehabiliteringsutredning. Som framgår av propositionen görs emellertid inte sådana utredningar i den omfattning som behövs. Detta är otillfredsställande eftersom det i princip bara är arbetsgivaren som kan redovisa vilka möjligheter det finns att anpassa arbetsuppgifterna eller att omplacera den anställde till andra arbetsuppgifter. Med hänsyn härtill anser utskottet i likhet med regeringen att det behövs en skärpning av arbetsgivarens skyldighet att göra en rehabiliteringsutredning. Något skäl att göra ett undantag för de små arbetsgivarna kan utskottet inte se. Även om sjukfrånvaron hos dessa inte är lika omfattande som hos de stora arbetsgivarna kan de inte undgå rehabiliteringsansvaret för de anställda som ändå blir sjukskrivna ofta eller för en längre tid.

Att göra en rehabiliteringsutredning kommer sannolikt att av arbetsgivare uppfattas som en i vissa fall onödig åtgärd. Mot bakgrund av att det krävs en skärpning av arbetsgivarens skyldighet i detta avseende och då arbetsgivare kommer att ha möjlighet att i vissa fall göra utredningen i förenklad form har utskottet inte något att invända mot regeringens förslag.

Ett obligatorium för arbetsgivare att göra en rehabiliteringsutredning kommer att ställa ökade krav på försäkringskassan att, när en rehabiliteringsutredning kommer in, dels snabbt ta ställning till ett eventuellt behov av rehabiliteringsåtgärder, dels tillse att dessa åtgärder sätts in. Med hänsyn härtill är det enligt utskottet viktigt att försäkringskassorna har de resurser som kan komma att behövas till följd härav.

Med det anförda tillstyrker utskottet regeringens förslag och avstyrker motionerna Sf10 yrkandena 4 och 14, Sf13 yrkande 5, Sf12 yrkande 6 och Sf11 yrkande 5.

Utskottet vill i sammanhanget påminna om det arbete med att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som redan pågår. RFV och AMS har i uppdrag bl.a. att utveckla metoder för en tidig och fördjupad bedömning av den enskildes behov av rehabilitering. I uppdraget ingår även att utveckla metodiken för hur försäkringskassorna arbetar i förhållande till arbetsgivarna.

Såvitt gäller frågan om att införa en ny rehabiliteringsförsäkring vill utskottet erinra om att regeringen i budgetpropositionen för 2003 förklarade sin avsikt att förutsättningslöst studera möjligheterna att införa en sådana försäkring. Mot bakgrund härav anser utskottet att det för närvarande inte är påkallat med någon åtgärd från riksdagens sida. Utskottet avstyrker därmed motion Sf12 yrkande 5.

När det gäller rehabiliteringsfrågor i övrigt, t.ex. införandet av en rehabiliteringsgaranti, anser utskottet med hänsyn till det pågående arbetet med att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen att det i nuläget inte är påkallat med någon åtgärd från riksdagens sida. Med det anförda avstyrker utskottet motionerna Sf13 yrkande 4 och Sf11 yrkande 1.

Åtgärder som rör aktivitets- och sjukersättning

Utbyte av sjukpenning mot aktivitets- eller sjukersättning

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör bifalla regeringens förslag att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att tillerkänna den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för sjukpenning, trots att den försäkrade inte har ansökt härom. Därmed bör riksdagen avslå motionsyrkanden om avslag på förslaget.

Riksdagen bör vidare avslå motionsyrkanden bl.a. om tidsbegränsad sjukersättning och om slentrianmässiga beslut om sådan ersättning. *Jämför reservationerna 27 (m), 28 (fp) och 29 (kd).*

Gällande bestämmelser

Ett nytt ersättningssystem har trätt i kraft den 1 januari 2003. Det innebär att förtidspension och sjukbidrag har ersatts av aktivitets- och sjukersättning (prop. 2000/01:96, bet. 2000/01:SfU15, rskr. 2000/01:257). De nya förmånerna utges till personer som drabbats av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. För försäkrade som är under 30 år utges aktivitetsersättning, dock tidigast fr.o.m. den 1 juli det år de fyller 19 år. Ersättningen kan beviljas för längst tre år i taget. Försäkringskassan är skyldig att erbjuda den som beviljats aktivitetsersättning möjlighet att delta i aktiviteter. Sjukersättning utges till personer i åldern 30–64 år. Både aktivitets- och sjukersättning utges i form av en inkomstrelaterad ersättning och ett grundskydd i form av garantiersättning för den som inte haft några förvärvsinkomster eller endast haft låga sådana. Förmånerna kan utges som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.

Alla de som vid årsskiftet 2002/03 uppbar förtidspension eller sjukbidrag har fått förmånen omvandlad till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Tilläggs-pension i form av förtidspension har omvandlats till inkomstre-

laterad sjukersättning. En försäkrad med låg eller ingen inkomstrelaterad sjukersättning har fått garantiersättning som en utfyllnadsförmån.

Den som önskar sjuk- eller aktivitetsersättning skall enligt 16 kap. 1 § AFL ansöka om detta hos försäkringskassan. Om en försäkrad uppbär bl.a. sjukpenning eller rehabiliteringspenning får försäkringskassan tillerkänna honom eller henne sjuk- eller aktivitetsersättning utan hinder av att han eller hon inte har ansökt därom.

Propositionen

Av RFV:s årsredovisning för budgetåret 2002 framgår att det fanns 118 000 fall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning som pågått längre tid än ett år och 46 400 fall som pågått två år eller längre. I båda fallen utgjorde kvinnornas andel ca 65 %. Skillnaderna mellan försäkringskassorna är stora. Antalet sjukfall över två år per tusen registrerade försäkrade i åldern 16–64 år varierar mellan 5,7 och 13,6. Av de sjukfall över ett år som avslutats under 2002 övergick hälften till förtidspension eller sjukbidrag. För sjukfall som pågått två år eller längre var motsvarande andel två tredjedelar.

Regeringen ser mycket allvarligt på den fortsatta ökningen av antalet långtidssjukskrivna och anser att den utgör ett hot mot välfärden i samhället. Det förhållandet att många försäkrade uppbär sjukpenning trots att de i själva verket uppfyller förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning kan inte accepteras. Det är av flera skäl viktigt att de försäkrade får rätt ersättning från socialförsäkringen såväl till belopp som till ersättningsslag. Åtgärder måste därför vidtas för att komma till rätta med detta missförhållande. De stora skillnaderna i försäkringskassornas handläggning av de långa sjukfallen är ett problem från försäkringsrättslig synpunkt som samtidigt riskerar att undergräva tilltron till försäkringen.

För att strama upp försäkringskassans handläggning av de långa sjukfallen föreslår regeringen att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning.

Enligt regeringens uppfattning kan arbetsförmågan i princip inte anses vara varaktigt eller långvarigt nedsatt med minst en fjärdedel förrän det i rehabiliteringshänseende har gjorts vad som rimligen kan komma i fråga i det enskilda fallet. Det innebär att om rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda och arbetsoförmågan visar sig bestå, kommer den försäkrade även fortsättningsvis att ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Den föreslagna regeln innebär inte heller att försäkringskassan skall vänta med prövningen av sjukpenningrätten till dess ett år förflutit om förutsättningarna för att ta upp frågan om utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning föreligger dessförinnan.

Ändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2003. Bestämmelsen i dess äldre lydelse skall dock fortfarande tillämpas vid sjukfall där sjukanmälan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet. På detta sätt får försäkringskassorna rimlig tid att uppfylla det nya utredningskravet.

Förslaget medför ett visst merarbete och därmed ökade administrationskostnader för försäkringskassorna. Socialförsäkringsadministrationens resurser har ökat med 675 miljoner kronor åren 2003 och 2004, och regeringen avser att återkomma till resursfrågan i budgetpropositionen för 2004.

I övrigt bedömer regeringen att förslaget sammantaget innebär en utgiftsminskning för staten.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 5 avslag på förslaget att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot sjukersättning. Motionärerna anser att förslaget visserligen ger en kortsiktig besparing men att det på lång sikt innebär en stor kostnad att förtidspensionera människor, särskilt om det sker i unga år. I samma motion, yrkande 6, begärs förslag om justering av lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) så att förslaget om tidsbegränsad sjukersättning kan genomföras. Enligt motionärerna kan en arbetsgivare med nuvarande regler inte säga upp personal som har en tidsbegränsad sjukersättning. Därefter bör regeringen enligt motionärerna lägga fram förslag om såväl tidsbegränsad sjukersättning som att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenning mot sjukersättning (yrkandena 7 och 8). I yrkande 17 begärs ett tillkännagivande om att stoppa den orimliga förtidspensioneringen av arbetshandikappade. Motionärerna anser att alla som vill och kan skall få arbeta.

Bo Könberg m.fl. (fp) begär i motion Sf13 yrkande 2 ett tillkännagivande om vikten av arbetslinjen och rehabiliteringsmöjligheterna samt undvikande av svagt grundade beslut om sjukersättning i stället för sjukpenning. Motionärerna anser att slentrianmässig överflyttning till sjukersättning innan alla rehabiliteringsmöjligheter är uttömda måste undvikas.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 12 avslag på förslaget att försäkringskassan senast efter ett år skall utreda om sjukpenning skall övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning till förmån för att en rehabiliteringsförsäkring införs. Enligt motionärerna borde regeringen i stället ha fastställt en tidsgräns för när rehabiliteringsinsatser skall ha kommit i gång.

Utskottets ställningstagande

Utskottet instämmer i uppfattningen att förslaget om en ettårsprövning inte får leda till att människor slentrianmässigt överförs från sjukpenning till aktivitets- eller sjukersättning. Det är inte rimligt att personer t.ex. i åldern 30–40 år eller ännu yngre förklaras så arbetsoförmögna att sjukersättning för resten av livet är det enda alternativet. Detta är särskilt allvarligt eftersom ett beslut om sjukersättning många gånger innebär att aktiva rehabiliteringsåtgärder inte längre sätts in.

Det är emellertid inte heller rimligt att personer år efter år fortsätter att uppbära sjukpenning trots att de uppfyller villkoren för rätt till sjuk- eller

aktivitetsersättning. Som framhålls i propositionen är det viktigt att de försäkrade får rätt ersättning såväl till belopp som ersättningsslag. Med hänsyn härtill tillstyrker utskottet förslaget att en utredning av om det finns förutsättningar för att byta sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning bör ske senast ett år efter sjukanmälningsdagen.

Med det anförda avstyrker utskottet motionerna Sf10 yrkandena 5 och 17, Sf13 yrkande 2 och Sf12 yrkande 12. Som en följd härav avstyrks även motion Sf10 yrkande 8.

Vad gäller frågan om en tidsbegränsning av sjukersättningen noterar utskottet att regeringen i vårpropositionen har aviserat ytterligare insatser för att klara målet att halvera antalet sjukdagar, bl.a. att sjukersättning skall beviljas för högst tre år i taget. Förslaget måste dock analyseras ytterligare med avseende på de arbetsrättsliga konsekvenserna av en sådan förändring. Regeringen har därför för avsikt att återkomma i denna fråga. Utskottet anser att resultatet av regeringens analys bör avvaktas och avstyrker därmed motion Sf10 yrkandena 6 och 7.

Förlängd tid med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör bifalla regeringens förslag dels att den tid som en försäkrad får ha sjukersättning vilande, utan att förmånen får dras in eller minskas, skall utsträckas till högst 24 månader, dels att regeln att efter en sådan period ha sjukersättningen vilande utan skydd mot indragning eller minskning upphävs.

Riksdagen bör avslå motionsyrkanden bl.a. om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier och om arbetsgivares sjuklönekostnader för anställd med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning.

Jämför reservationerna 30 (kd) och 31 (m, kd).

Gällande bestämmelser

Den 1 januari 2000 infördes regler om vilande förtidspension. Reglerna syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv. Motsvarande bestämmelser har införts i det nya sjukersättningssystemet och innebär bl.a. följande.

En försäkrad som uppburit sjuk- eller aktivitetsersättning under minst ett år får behålla förmånen under högst tre månader under en tolv månadersperiod, samtidigt som han eller hon prövar att arbeta. Om den försäkrade därefter fortsätter att arbeta skall förmånen förklaras vilande under den tid som återstår av denna tolv månadersperiod. Efter de första tolv månaderna av förvärvsarbete skall den försäkrade kunna ha förmånen vilande under ytterligare 24 kalendermånader. Om den försäkrade under sistnämnda tid anmäler att han eller hon önskar få tillbaka förmånen kan den efter prövning minskas eller

dras in om utredning visar att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt. När beslutet om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning löper ut skall den fortsatta rätten till förmånen prövas på samma sätt.

För den som uppbär aktivitetsersättning skall dock ingen prövning av arbetsförmågan göras under hela den tid som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Propositionen

Enligt RFV:s uppföljningar utnyttjade betydligt färre personer än väntat möjligheten att få förmånen vilande under de första åren av reformen. De senaste uppgifterna visar dock på ett ökat intresse. Enligt RFV ökade antalet personer med vilande förtidspension/sjukbidrag med 75 % under 2002. I december 2002 hade ca 2 300 personer sin förmån vilande. Drygt 60 % av dem var kvinnor. Antalet personer som tagit tillbaka sin förtidspension eller sitt sjukbidrag efter att ha haft förmånen vilande en period har stabiliserats kring 30 %. Personer med hel förmån återtar denna i större utsträckning än de med partiell förmån. Det framgår också av statistiken att ju längre tid en försäkrad prövat på att arbeta, desto mindre troligt är det att han eller hon återtar sin förmån.

För att ytterligare stimulera försäkrade med sjukersättning att pröva att förvärvsarbeta föreslår regeringen att tiden under vilken förmånen kan vara vilande utan att den får dras in eller sättas ned skall utsträckas till sammanlagt längst 24 kalendermånader.

Regeringen föreslår vidare att den regel som innebär att den försäkrade kan ha sin förmån vilande under ytterligare 24 kalendermånader – efter den första tolv månadersperioden med förvärvsarbete – slopas. Härigenom förenklas reglerna påtagligt samtidigt som försäkringskassan inte behöver göra någon ytterligare prövning av om förmånen skall kunna vara vilande.

I likhet med den nuvarande ordningen är det enligt regeringens uppfattning naturligt att även en arbetsskadelivränta som är samordnad med sjukersättning skall förklaras vilande när sjukersättningen görs vilande på grund av förvärvsarbete. Det finns inte heller anledning, att ändra vad som redan gäller om rätten till sjukpenning, föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning och havandeskapspenning när en försäkrad prövar att arbeta med vilande sjukersättning. Inte heller reglerna i LAS påverkas av den föreslagna ändringen.

Vidare anser regeringen det naturligt att möjligheten att få bostadstillägg (BTP) skall finnas under hela vilandetiden, dvs. maximalt under 24 månader.

De nu föreslagna reglerna avses träda i kraft den 1 juli 2003 och gälla även för försäkrade som dessförinnan beviljats sjukersättning. De försäkrade som av försäkringskassan har beviljats ytterligare 24 månader med vilande sjukersättning enligt den regel som nu föreslås bli upphävd påverkas dock inte av ändringen.

Motioner

Sten Tolgfors m.fl. (m) begär i motion Sf10 yrkande 9 ett tillkännagivande om att vilande förtidspension skall gälla även för att genomföra studier.

Sven Brus m.fl. (kd) begär i motion Sf12 yrkande 13 ett tillkännagivande om arbetsgivarnas sjuklönekostnader för anställda med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. För arbetsgivare som bereder plats för en person med t.ex. vilande sjukersättning finns enligt motionärerna inget skydd om sjuklönekostnader skulle uppkomma. Detta kan medföra att arbetsgivare tvekar att anställa personer som har sin förmån vilande. I samma motion, yrkande 14, begärs ett tillkännagivande om att regler om vilande förmån skall införas för studier. I yrkande 15 begär motionärerna ett tillkännagivande om villkoren för personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som vill stå till arbetsmarknadens förfogande. Enligt motionärerna löser systemet med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning problemet för dem som kan börja en anställning. För dem som inte genast kommer in på arbetsmarknaden måste andra lösningar tas fram.

Utskottets ställningstagande

Som redovisats ovan beräknar regeringen att antalet personer som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning kommer att passera 500 000 redan under 2003. Denna utveckling är mycket oroväckande, särskilt som möjligheterna att på kort sikt motverka den synes mycket begränsade. Den bärande tanken med att införa en rätt att få förmånen vilande var att stimulera personer med sjuk- eller aktivitetsersättning att pröva på att arbeta. Emellertid har det visat sig att reformen inte har slagit så väl ut eftersom förhållandevis få människor har valt att pröva. För att förbättra situationen anser utskottet i likhet med regeringen att vilandetiden bör utsträckas till två år. För att förändringen skall få ordentligt genomslag är det dock viktigt att alla berörda försäkrade uppmärksammas härpå. Med det anförda tillstyrker utskottet regeringens förslag om förlängd vilandetid liksom förslaget att slopa regeln att ha förmånen vilande ytterligare 24 månader utan skydd mot indragning eller minskning.

När det gäller frågan om att införa en rätt till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning under studier konstaterar utskottet att regeringen i budgetpropositionen för 2003 har förklarat att en sådan möjlighet skall införas under 2003. Eftersom frågan således redan är föremål för regeringens överväganden avstyrker utskottet motionerna Sf10 yrkande 9 och Sf12 yrkande 14.

I en av motionerna framförs farhågor om att arbetsgivare med hänvisning till avsaknad av skydd mot sjuklönekostnader inte skulle vara intresserade av att anställa personer med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning. Utskottet kan dock konstatera att sjuklönelagen innehåller en bestämmelse (13 §) som innebär att försäkringskassan efter skriftlig ansökan kan besluta om särskilt högriskskydd för en arbetstagare som är försäkrad för sjukpenning enligt AFL. Ett sådant beslut får meddelas om den sökande har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder eller medföra risk för en eller flera längre sjukperioder. Enligt 16 § sjuklönelagen har en arbetsgivare hos vilken ett beslut enligt 13 § gäller rätt till ersättning från

sjukförsäkringen för de kostnader för sjuklön som han har haft för arbetstagar-
ren. Eftersom den som har t.ex. sin sjukersättning vilande har rätt att bli för-
säkrad för sjukpenning enligt AFL på grundval av det förvärvsarbete som
utförs under vilandetiden kan utskottet inte dela motionärernas farhågor.
Utskottet avstyrker därmed motion Sf12 yrkande 13.

För den som efter att ha uppburit t.ex. sjukersättning ställer sig till arbets-
marknadens förfogande, dock utan att få förmånen vilandeförklarad, kan
problem uppstå om personen i fråga inte omedelbart kommer in på arbets-
marknaden. Reglerna inom arbetsmarknadsområdet är inte anpassade till den
situation som en person som haft sjukersättning kan ställas inför vid återgång,
helt eller delvis, till arbetsmarknaden när han eller hon väntar på att få ett
arbete eller en arbetsmarknadsåtgärd. Utredningen om en handlingsplan för
ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) har i sitt slutbetänkande SOU
2002:5 föreslagit bl.a. att arbetsmarknadspolitikens ansvarsområde skall
vidgas i syfte att skapa en kompletterande arbetsmarknad för människor med
begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom. HpH-utredningens förslag
remissbehandlades under våren 2002. Utskottet anser att regeringens fortsatta
beredning av förslaget bör avvaktas. Utskottet förutsätter dock att regeringen
skyndsamt återkommer till riksdagen med förslag i frågan. Motion Sf12 yr-
kande 15 avstyrks därmed.

Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges inom parentes vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m. (punkt 1)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 1 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 1. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 1 och 2002/03:Sf10 yrkandena 1 och 10 och avslår motion 2002/03:Sf12 yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

Den dubblering av sjuktalen som skett sedan 1997 beror enligt vår mening inte på att Sverige har en sämre arbetsmiljö än andra länder. Den ökade sjukfrånvaron beror heller inte på att svenska arbetsgivare har blivit sämre. För att förklara de ökade sjuktalen måste man vidga perspektivet till faktorer utanför arbetslivet och till en ändrad inställning till sjukskrivning, t.ex. att det finns personer som är sjukskrivna trots att de har arbetsförmåga och att sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag) beviljas av arbetsmarknadsskäl. Sjukskrivning har blivit det enda andningshållet för många människor, när de samlade livsvillkoren är för betungande. Många har inte råd att anpassa arbetstiden efter livssituationen, t.ex. genom att vara ledig en extra dag. Bristande tillgänglighet till vård och rehabilitering leder till långa sjukskrivningsperioder i väntan på vård och behandling. Attityden till hälsa, ohälsa och sjukskrivning har ändrats hos allmänheten och läkarkåren och det kan ofta bli patientens önskan som avgör om sjukskrivning skall komma till stånd, särskilt när läkare har ett pressat tidsschema. Forskningen visar att det finns ett tydligt samband mellan villkoren i sjukförsäkringen och sjukskrivningarnas storlek. Sjukfrånvaron började att öka när ersättningsnivån i sjukförsäkringen höjdes från 75 % till 80 %. Sedan dess har sjukfrånvaron fördubblats.

För att få bukt med sjukfrånvaron krävs enligt vår uppfattning ett helhetsgrepp på frågan som inbegriper en ändrad social-, socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitik. Endast då kommer regeringen att kunna uppnå sitt eget mål att halvera sjukfrånvaron fram till år 2008 samtidigt som antalet nya aktivitets- och sjukersättningar skall minska.

2. Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m. (punkt 1)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 2. Därmed bifaller riksdagen motion 2002/03:Sf12 yrkandena 1 och 2 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 1 och 2002/03:Sf10 yrkandena 1 och 10.

Ställningstagande

Sedan de växande ohälsotalen tog fart för sex år sedan har regeringen i princip intagit en åskådarpåst. Regeringens handlingsförlamning har inte bara medfört gigantiska samhällsekonomiska problem utan även lidande för varje berörd människa. Det är mot bakgrund av detta som förslagen i propositionen skall ses. Det är oroväckande när ett så stort problem endast resulterar i små lösningar. De stora frågorna om varför ohälsotalen är höga och hur vi får människor tillbaka till arbete kvarstår fortfarande obesvarade i propositionen. Lösningen på de växande ohälsotalen kräver, enligt vår mening, ett helhetsgrepp. Det är lätt att inse att familje-, jämställdhets-, folkhälso- och skattepolitik påverkar möjligheterna för individen att få ihop livspusslet. Här finns det stora brister i dag. Dessutom måste det till ett helt nytt system för att hjälpa människor som har hamnat i en långtidssjukskrivning. Insatserna bör fokusera både på individens specifika problem och på hans eller hennes förutsättningar och möjligheter. Samordningen av insatserna bör ske med individen som en aktiv deltagare i rehabiliteringsprocessen. Det duger inte att låta försäkringskassorna och arbetsgivarna arbeta på samma sätt som hittills – bara lite mer. Det som behövs är i stället en grundläggande systemförändring.

3. Mål för ökad hälsa i arbetslivet (punkt 2)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 3. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkande 1.

Ställningstagande

Risken för att människor blir avförda för gott ur arbetslivet har ökat genom regeringens målformulering kring antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar (tidigare förtidspension/sjukbidrag). Att minska antalet sjukskrivna personer med hjälp av en alltför lättvindig "pensionering" kan uppfattas som en bekväm väg att slippa från både förvaltningsmässiga och personliga problem. Målet bör i stället vara att antalet nya längre sjukskrivningar skall minska och

det sammanlagda antalet personer som under längre tid – förslagsvis mer än sex månader – uppbär sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag) hållas nere. Hälsan ökar inte och ohälsan minskar inte av att människor flyttas från ersättning för tillfällig arbetsförmåga till ersättning för varaktig arbetsförmåga. En ändring av målet bör därför ske.

4. Incitament för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron (punkt 3)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 3 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 4. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkande 19 och avslår motion 2002/03:Sf11 yrkande 2.

Ställningstagande

I syfte att öka incitamenten för arbetsgivarna att minska sjukfrånvaron har flera alternativ till dagens sjukförsäkring förts fram. Ett av dessa är att de företag som vill skall få träda ur den offentliga försäkringen om de försäkrar sina anställda med minst lika bra villkor som den offentliga försäkringen erbjuder. Ett annat är förslaget om en "friskpeng", som innebär att arbetsgivarna liksom nu betalar en sjukförsäkringsavgift och att försäkringskassan därefter betalar tillbaka pengar till företaget i form av en friskpeng, vars storlek beror på risken för sjukskrivning inom olika grupper av anställda. Ju fler kvinnor och äldre som företaget har desto högre blir friskpengen. Friskpengen används sedan för att försäkra de anställda antingen i den offentliga försäkringskassan eller i ett privat försäkringsbolag. Sistnämnda förslag medför att tveksamheten hos arbetsgivare att anställa just kvinnor och äldre skulle minska. Regeringen bör låta utreda de nu nämnda förslagen.

5. Incitament för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron (punkt 3)

av Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 3 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 5. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf11 yrkande 2 och avslår motion 2002/03:Sf10 yrkande 19.

Ställningstagande

För att minska sjukskrivningarna och ohälsan krävs åtgärder som syftar till att påverka alla berörda aktörer att förändra sitt beteende. En viktig åtgärd i det

avseendet är att ge arbetsgivare rimliga incitament att förebygga ohälsa bland personalen och att initiera rehabiliteringsinsatser. Ett arbetsgivaransvar bör därför stå i proportion till antalet anställda och riskexponeringen avpassas till arbetsgivarens storlek.

6. Åtgärder i övrigt för ökad hälsa i arbetslivet (punkt 4)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 4 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 6. Riksdagen bifaller därmed motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 6 och 2002/03:Sf10 yrkandena 11, 18, 20 och 21 samt avslår motion 2002/03:Sf11 yrkande 6.

Ställningstagande

För att förbättra tillgänglighet och kvalitet inom vård och rehabilitering, minska benägenhet till sjukskrivning och sänka statens kostnader för sjukskrivningarna bör enligt vår uppfattning en obligatorisk och gemensamt finansierad hälsoförsäkring införas. En sådan försäkring, som skall omfatta alla, innebär att pengarna följer patienten, som därigenom styr resurserna genom ett eget val av vårdgivare.

Vidare bör en andra karensdag införas i sjukförsäkringen den åttonde sjukdagen. En sådan åtgärd innebär att man tänker till en extra gång innan man stannar hemma en andra vecka för t.ex. en vanlig förkylning. För att människor som ofta är borta från arbetet på grund av kroniska sjukdomar inte skall drabbas för hårt bör ett tak på högst 10 karensdagar per år gälla.

Avgörande för att vända utvecklingen av ohälsan är att arbetsmarknaden reformeras så att den blir mer rörlig och tillgänglig för den som vill arbeta. Det måste bli lättare att byta arbete och det skall löna sig att arbeta. Sjukskrivning får inte maskera arbetslöshet och ingen bör kunna tjäna på att byta från arbetslöshetsersättning till sjukpenning. Det bör därför finnas en spärregel för att hindra att ersättningen ökar om man byter arbetslöshetsersättning mot sjukpenning.

7. Åtgärder i övrigt för ökad hälsa i arbetslivet (punkt 4)

av Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 4 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 7. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf11 yrkande 6 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 6 och 2002/03:Sf10 yrkandena 11, 18, 20 och 21.

Ställningstagande

Personer som på grund av funktionsnedsättning eller kronisk fysisk eller psykisk sjukdom har en förhöjd sjukdomsrisk blir mindre attraktiva på arbetsmarknaden om de av arbetsgivaren förknippas med höga sjuklönekostnader. För att förhindra att sådana grupper slås ut från arbetsmarknaden måste åtgärder vidtas. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag som, inom ramen för ett väl avvägt arbetsgivaransvar, eliminerar denna risk.

8. Nationell vårdgaranti (punkt 5)

av Sven Brus (kd), Sten Tolgfors (m), Bo Könberg (fp), Anita Sidén (m), Linnéa Darell (fp), Birgitta Carlsson (c) och Magdalena Andersson (m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 5 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 8. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkande 12.

Ställningstagande

Vi anser att en nationell vårdgaranti bör införas, som innebär att alla har rätt att få vård senast inom tre månader efter fastställd diagnos. Vårdgarantin skall omfatta alla medicinskt motiverade behandlingar och vara fullt genomförd inom två år. En vårdgaranti innebär att patienter kan få behandling tidigare än i dag och att sjukskrivningarna därmed kan förkortas.

9. Deltidssjukskrivning (punkt 6)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 6 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 9. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkande 13 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkandena 2 och 3 och 2002/03:Sf11 yrkande 4.

Ställningstagande

Enligt vår uppfattning bör möjligheten till deltidssjukskrivning göras mer flexibel och inte bara begränsas till en del av dagen. Exempelvis bör man kunna sjukskrivas till hälften, men vara på arbetet på heltid och arbeta i halv takt. Det bör även vara möjligt att sjukskrivas från vissa arbetsuppgifter eller att vara sjukskriven från de ordinarie arbetsuppgifterna men i stället genomgå utbildning. En ändring med den innebörden bör tas in i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Det är viktigt att betona att sjukförsäkringen gäller när man är sjuk och arbetsförmågan på grund härav är nedsatt. Med hänsyn härtill bör enligt vår mening sjukdomsbegreppet stramas upp och ersättas med att sjukdom skall bedömas ”i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet” så att inte alla tillstånd utanför det helt normala betraktas som sjukdom. Även denna ändring bör tas in i AFL.

10. Deltidssjukskrivning (punkt 6)

av Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 6 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 10. Riksdagen bifaller därmed motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 3 och 2002/03:Sf11 yrkande 4 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 2 och 2002/03:Sf10 yrkande 13.

Ställningstagande

Det förhållandet att deltidssjukskrivning skall användas i ökad utsträckning kan komma att medföra vissa problem, eftersom det finns risk för att sjukskrivning på deltid blir ett ekonomiskt attraktivt alternativ för personer som vill korta sin arbetstid. Detta kommer att ställa ökade krav på försäkringskassornas kontroll. Det är av det skälet angeläget att tillämpningen av deltidssjukskrivning följs upp.

11. Steglös sjukpenning (punkt 7)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 7 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 11. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkande 3.

Ställningstagande

Det är positivt att propositionen betonar arbetsförmåga hellre än arbetsförmåga. För att ytterligare stärka detta synsätt och samtidigt ge ökade individuella möjligheter bör de fasta stegen i sjukpenningen slopas. En person som i dag arbetar 50 % och får sjukpenning med 50 % får endast sjukpenning med 25 % om han eller hon skulle öka sin arbetsinsats med 10 %. Det vore rimligt om sjukpenning i det fallet kunde utgå med 40 %. Nuvarande system uppmuntrar således inte till ökad arbetsinsats om det inte ryms inom ramen för de fasta stegen. Av detta skäl bör det vara möjligt att ha en ersättning med en individanpassad procentsats mellan 25 och 100 %.

12. Avstämningsmöte (punkt 8)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 8 borde ha följande lydelse: Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1963:381) om allmän försäkring såvitt avser 3 kap. 8 a § och 20 kap. 3 § med den ändringen att sistnämnda paragraf första stycket skall ha oförändrad lydelse och avslår regeringens förslag till lag om ändring i samma lag såvitt avser 3 kap. 8 § samt tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 12. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkandena 2 och 3 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 5 och 2002/03:Sf12 yrkande 4.

Ställningstagande

Regeringen vill slopa skyldigheten för en försäkrad att fr.o.m. den 28:e sjukdagen inkomma med en skriftlig särskild försäkran om att nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår. I stället skall en sådan försäkran ges in om försäkringskassan begär det. Vi anser att den enskilde även fortsättningsvis skall intyga på vilket sätt arbetsförmågan brister efter fyra veckors sjukfrånvaro.

Även om avstämningsmöten i många fall kan fungera väl anser vi att integritetsaspekterna inte har beaktats tillräckligt. Försäkringskassan har rätt att få relevant medicinsk information, t.ex. om diagnosen, och information om arbetsförhållanden för att bedöma rätten till sjukpenning. Arbetsgivaren har rätt att få information om arbetsförmåga respektive arbetsoförmåga, men däremot inte om den anställdes diagnos. Det finns en risk för att den enskilde kan komma att känna sig pressad att uppge diagnosen för arbetsgivaren. Med hänsyn härtill är det nödvändigt att integritetsskyddet för den enskilde förtydligas i reglerna kring avstämningsmöten.

13. Avstämningsmöte (punkt 8)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 8 borde ha följande lydelse: Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1963:381) om allmän försäkring såvitt avser 3 kap. 8 och 8 a §§ och 20 kap. 3 § och tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 13. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkande 4 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 5 och 2002/03:Sf10 yrkandena 2 och 3.

Ställningstagande

Regeringen föreslår att beslutsunderlaget skall fördjupas genom att försäkringskassan i större omfattning än tidigare skall kalla till s.k. avstämningsmöten. Sådana möten är dock tids- och kostnadskrävande och hittills har försäk-

ringskassorna fått ägna all tid åt utbetalningar av sjukpenning i stället för att rehabilitera människor tillbaka i arbete. Eftersom försäkringskassan i dag inte klarar av att hålla sådana möten i tillräcklig omfattning kan det ifrågasättas om förslaget innebär någon reell förändring.

14. Lagreglering av kraven på läkarintyg m.m. (punkt 9)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 9 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 14. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkande 3 och avslår motion 2002/03:Sf11 yrkande 3.

Ställningstagande

Även om deltidssjukskrivningar har ökat något jämfört med tidigare kan det ifrågasättas om regeringens intentioner och propositionens skrivningar om en ökad användning av deltidssjukskrivning kommer att få det genomslag som eftersträvas. Av det skälet anser vi att de skärpta kraven på det medicinska underlaget för heltidssjukskrivning tydligt bör anges i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

15. Lagreglering av kraven på läkarintyg m.m. (punkt 9)

av Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 9 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 15. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf11 yrkande 3 och avslår motion 2002/03:Sf13 yrkande 3.

Ställningstagande

För att få en ökad kontroll över sjukskrivningens tillämpning bör ett system med tvåläkarintyg införas. Det innebär att intyg från två läkare skall krävas för att få sjukersättning efter fyra veckors sjukskrivning. Intyget skall ligga till grund för en rehabiliteringsplan.

Vidare bör sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna slås samman till en sjuk- och rehabiliteringsförsäkring. Ett villkor för ersättning från försäkringen skall vara att individen aktivt deltar i planerade rehabiliteringsinsatser.

16. Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin (punkt 10)

av Sven Brus (kd), Sten Tolgfors (m), Bo Könberg (fp), Anita Sidén (m), Linnéa Darell (fp), Birgitta Carlsson (c) och Magdalena Andersson (m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 10 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 16. Riksdagen bifaller därmed motionerna 2002/03:Sf12 yrkande 7 och 2002/03:Sf13 yrkande 6 i denna del.

Ställningstagande

Behovet av en förstärkt försäkringsmedicinsk utbildning för läkare har funnits i flera år. För att betona vikten av sådan utbildning anser vi att den bör göras obligatorisk för läkare på alla nivåer. Utbildning i försäkringsmedicin bör dessutom ges ett betydande inslag i läkarnas grundutbildning.

17. Utbildning i försäkringsmedicin som villkor för läkarintyg för sjukskrivning m.m. (punkt 11)

av Bo Könberg (fp), Linnéa Darell (fp) och Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 11 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 17. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkandena 6 i denna del och 7 och avslår motion 2002/03:Sf12 yrkande 8.

Ställningstagande

Vi anser att utbildning respektive fortbildning av läkare i försäkringsmedicin är av stor vikt för att höja kvaliteten på de behandlande läkarnas intyg och utlåtanden. På sikt bör genomgången utbildning i försäkringsmedicin bli ett villkor för att över huvud taget få skriva läkarintyg för sjukskrivning.

När någon behandlas för en långvarig sjukdom som kräver specialiserad vård är det naturligt att den läkare som ansvarar för vården också skriver läkarintyg för sjukskrivning. Däremot bör specialistläkare inte ha möjlighet att annat än för kort tid utfärda sådana intyg för patienter med diagnoser som hör hemma inom en helt annan specialitet.

18. Utbildning i försäkringsmedicin som villkor för läkarintyg för sjukskrivning m.m. (punkt 11)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 11 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 18. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkande 8 och avslår motion 2002/03:Sf13 yrkandena 6 i denna del och 7.

Ställningstagande

Till skillnad från Norge och Finland saknar Sverige professurer och lektorat inom försäkringsmedicin. Regeringen bör därför verka för att inrätta kliniska professurer och lektorstjänster i försäkringsmedicin vid högskolorna i samarbete med hälso- och sjukvården och försäkringskassorna.

19. Försäkringsläkare (punkt 12)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 12 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 19. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkandena 15 och 16 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 4, 2002/03:Sf12 yrkandena 9–11 och 2002/03:Sf13 yrkande 8.

Ställningstagande

Vi anser att försäkringsläkarnas roll bör tydliggöras. Deras sätt att arbeta bör bli mer likformiga över hela landet. Senast inom ett par år bör det finnas klara riktlinjer för vilka krav på utbildning m.m. som bör ställas på en försäkringsläkare.

Företagshälsovården är en kritisk faktor för hälsosamma arbetsplatser och bör ges bästa möjliga arbetsvillkor. Företagsläkarna bör åter ges möjlighet att ge sjukvård på samma villkor som läkare inom landstingen eller läkare med avtal med landstingen. Företagsläkare har större möjlighet än andra läkare att göra en bedömning av arbetsförmågan eftersom de känner arbetsplatsen. Vi anser att företagshälsovården bör få tillbaka en del av sina tidigare uppgifter. Enligt vår mening skulle det kunna leda till en direkt minskning av sjukfrånvaron samtidigt som vårdcentralerna skulle avlastas. Samarbete med företagshälsovården skulle även kunna medföra en effektivisering av arbetsgivarernas arbetsmiljöarbete.

20. Försäkringsläkare (punkt 12)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 12 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 20. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkande 8 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 4, 2002/03:Sf10 yrkandena 15 och 16 och 2002/03:Sf12 yrkandena 9–11.

Ställningstagande

Försäkringsläkarna är få, både i förhållande till det stora antalet ärenden och i förhållande till de många frågor som kan uppstå i fråga om sjukpenning och rehabilitering. För närvarande finns det, omräknat i heltidstjänster, omkring 135 försäkringsläkare i hela landet. Regeringens förslag innebär en ökning motsvarande ungefär 50 heltidstjänster. Enligt vår uppfattning är det tveksamt om denna ökning är tillräcklig, och regeringen bör därför ha fortsatt uppmärksamhet på frågan.

21. Försäkringsläkare (punkt 12)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 12 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 21. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkandena 9–11 och avslår motionerna 2002/03:Sf9 yrkande 4, 2002/03:Sf10 yrkandena 15 och 16 och 2002/03:Sf13 yrkande 8.

Ställningstagande

I försäkringsläkarnas uppgifter ingår inte att lämna förslag till beslut. Trots det blir deras bedömningar ofta styrande i beslutsprocessen. Eftersom de inte står under tillsyn av någon myndighet måste en försäkrad som är missnöjd med en försäkringsläkares bedömning överklaga försäkringskassans beslut till förvaltningsdomstol. Frågan om inte försäkringsläkarna bör ställas under motsvarande kontroll som övriga läkare bör därför övervägas.

Det är vidare viktigt att försäkringsläkarna tillförsäkras en kontinuerlig och uppdaterad vidareutbildning. Endast på så sätt garanteras att deras bedömningar baseras på aktuell kunskap.

Dessutom bör en utredning tillsättas som grundligt och specifikt ser över de problem som finns inom det försäkringsmedicinska området. Utredningen bör få i uppdrag att lämna förslag på en reformering av det försäkringsmedicinska systemet.

22. Rehabiliteringsgaranti m.m. (punkt 13)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 13 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 22. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkande 14 och avslår motionerna 2002/03:Sf11 yrkande 1, 2002/03:Sf12 yrkande 5 och 2002/03:Sf13 yrkande 4.

Ställningstagande

Den nuvarande ansvarsfördelningen vad gäller rehabilitering fungerar enligt vår uppfattning inte tillfredsställande. I stället för att tvinga arbetsgivarna att göra rehabiliteringsutredningar anser vi att försäkringskassan, som ändå har samordningsansvaret för rehabilitering, skall ha helhetsansvaret för att en rehabiliteringsutredning kommer till stånd. Att försäkringskassan får ansvaret för utredningen betyder dock inte att det är försäkringskassan själv som måste göra den. En utredning skall kunna göras av någon annan, t.ex. arbetsgivaren, företagshälsovården eller primärvården.

23. Rehabiliteringsgaranti m.m. (punkt 13)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 13 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 23. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkande 4 och avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 14, 2002/03:Sf11 yrkande 1 och 2002/03:Sf12 yrkande 5.

Ställningstagande

När det gäller rehabilitering av långtidssjukskrivna är det viktigt att prövningen av rehabiliteringsbehovet inte drar ut på tiden. Därför bör en rehabiliteringsgaranti införas. I normalfallet skall en första bedömning av behovet ske inom fyra veckor, eller senast efter åtta veckors sjukskrivning. Rehabiliteringsgarantin säkerställer att rehabiliteringsplanen, om den medicinska behandlingen i övrigt medger det, kan sättas i verket senast inom en månad. En sådan garanti innebär att den enskilde har rätt till de insatser som man kommit överens om, oavsett om de måste hämtas från ett annat län. För den som efter ytterligare en viss tid ännu inte kunnat beredas rehabilitering måste beredskapen att lämna bidrag till en av patienten själv initierad alternativ rehabilitering vara stor. En sådan rehabilitering bör kunna upphandlas från av försäkringskassan godkänd leverantör, varvid kassorna framför allt bör försäkra sig om att leverantörerna har utbildad personal och ordnad ekonomi.

24. Rehabiliteringsgaranti m.m. (punkt 13)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 13 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 24. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkande 5

och avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 14, 2002/03:Sf11 yrkande 1 och 2002/03:Sf13 yrkande 4.

Ställningstagande

Det är viktigt att få till stånd rehabiliteringsinsatser där individen sätts i centrum. Dagens system med fyra sektorer (landsting, kommun, arbetsförmedling och försäkringskassa) som har samma ansvar men olika mål och medel innebär att individerna riskerar att hamna mellan stolarna. Detta problem bör lösas genom att rehabiliteringen övertas av en offentlig aktör, försäkringsgivaren, som får ansvar bl.a. för förebyggande insatser, utbetalning av ersättningar och bidrag, rehabiliteringsutredning och att återföra den sjukskrivne i arbete.

Vidare måste rehabiliteringsmomentet ges en starkare ställning i sjukförsäkringen. Ett konkret förslag har lagts fram av en statlig utredning i kommittébetänkandet Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78). Utredningen har bl.a. föreslagit mentorer som stöder den försäkrade, en koordinator som håller i rehabiliteringsprocessen, ekonomiskt stöd för offentliga arbetsgivare och en vidgad rätt till rehabilitering för egenföretagare. En rehabiliteringsförsäkring i enlighet med den modell som tagits fram av utredningen bör införas.

25. Rehabiliteringsgaranti m.m. (punkt 13)

av Birgitta Carlsson (c).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 13 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 25. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf11 yrkande 1 och avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 14, 2002/03:Sf12 yrkande 5 och 2002/03:Sf13 yrkande 4.

Ställningstagande

För att förbättra rehabiliteringsinsatserna riktade till långtidssjukskrivna krävs olika åtgärder. Genom att använda bl.a. medel från sjukförsäkringen kan stora resurser mobiliseras för att finansiera offensiva åtgärder. Erfarenheten av genomförda eller pågående försök med finansiell samordning mellan försäkringskassan, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården visar att det går att både minska kostnader och förbättra effektiviteten. Därtill krävs att en rehabiliteringsgaranti införs. Inom sex veckor efter det att sjukskrivningsperioden inleddes skall en preliminär rehabiliteringsplan vara framtagen och rehabiliteringsinsatser påbörjas. För att underlätta samordningen mellan olika aktörer och för att vägleda den sjukskrivne i rehabiliteringsarbetet bör varje sjukskriven person ha rätt till en särskild kontaktperson – en rehabiliteringslots – med ansvar för rehabiliteringsplanen och dess genomförande.

26. Obligatorisk rehabiliteringsutredning (punkt 14)

av Sven Brus (kd), Sten Tolgfors (m), Bo Könberg (fp), Anita Sidén (m), Linnéa Darell (fp), Birgitta Carlsson (c) och Magdalena Andersson (m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 14 borde ha följande lydelse: Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 3 §. Riksdagen bifaller därmed motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 4 och 2002/03:Sf13 yrkande 5 och bifaller delvis motion 2002/03:Sf12 yrkande 6 samt avslår motion 2002/03:Sf11 yrkande 5.

Ställningstagande

Regeringen föreslår att det skall bli obligatoriskt för företagen att göra rehabiliteringsutredningar. Enligt förslaget skall arbetsgivaren kunna göra en förenklad rehabiliteringsutredning om det framstår som uppenbart att någon rehabiliteringsåtgärd inte behövs. Vi anser att förslaget inte bör genomföras.

27. Utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning m.m. (punkt 15)

av Sten Tolgfors, Anita Sidén och Magdalena Andersson (alla m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 15 borde ha följande lydelse: Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 1 § och övergångsbestämmelserna punkt 3 samt tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 27. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf10 yrkandena 5–8 och 17 och avslår motionerna 2002/03:Sf12 yrkande 12 och 2002/03:Sf13 yrkande 2.

Ställningstagande

Enligt regeringens förslag skall försäkringskassan senast ett år efter sjukansmälningdagen ha utrett om sjukpenningen skall bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag). I praktiken innebär en övergång från sjukpenning till sjukersättning en sänkning av ersättningen från för närvarande 80 till 64 % för den enskilde. Det innebär en kortsiktig besparing för staten men en mycket stor kostnad på lång sikt för staten, den enskilde och samhället att ”förtidspensionera” bort människor från arbetslivet, särskilt när det sker i unga år. Vi anser att förslaget inte bör genomföras nu.

Regeringen har tidigare aviserat sin avsikt att lämna förslag om att sjukersättning skall beviljas för högst tre år i taget. Förslaget har emellertid dragits tillbaka eftersom de arbetsrättsliga konsekvenserna av en sådan förändring måste analyseras ytterligare. Enligt 33 § lagen (1982:80) om anställnings-

skydd (LAS) kan en arbetsgivare säga upp en arbetstagare som har ”hel sjukersättning som inte är tidsbegränsad”. Om sjukersättningen görs tidsbegränsad kommer arbetsgivarna med nuvarande lagstiftning inte att kunna säga upp personal som har en sådan sjukersättning.

För att förslaget om att senast efter ett år utreda om sjukpenning skall bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning skall leda till lägre kostnader för skattebetalarna krävs att förslaget om tidsbegränsad sjukersättning genomförs. Regeringen bör återkomma dels med förslag om hur LAS kan justeras så att sjukersättningen kan beviljas för högst tre år i taget, dels med ett förslag om tidsbegränsad sjukersättning. Regeringen bör samtidigt återkomma med förslaget om att senast efter ett år utreda om sjukpenning skall bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning.

Det är många unga människor med arbetshandikapp som beviljas aktivitets- eller sjukersättning fastän de egentligen både vill och kan arbeta. Detta är inte acceptabelt. Alla som kan och vill arbeta skall få möjlighet att göra detta utifrån sina förutsättningar.

28. Utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning m.m. (punkt 15)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 15 borde ha följande lydelse: Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 1 § och övergångsbestämmelserna punkt 3 samt tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 28. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf13 yrkande 2 och avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkandena 5–8 och 17 och 2002/03:Sf12 yrkande 12.

Ställningstagande

Propositionens förslag att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om sjukpenning skall bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag) har sin bakgrund i att åtskilliga försäkringskassor halkat efter när det gäller att ta ställning till om sjukpenning skall bytas mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Den skärpning som regeringen föreslår är mot den bakgrunden motiverad. Skärpningen får dock inte leda till en slentrianmässig överflyttning till sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetslinjen måste vara styrande även på detta område och alla möjligheter till rehabilitering vara uttömda innan beslut om sjuk- eller aktivitetsersättning tas.

29. Utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning m.m. (punkt 15)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 15 borde ha följande lydelse: Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 1 § och övergångsbestämmelserna punkt 3. Riksdagen bifaller därmed motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 5 och 2002/03:Sf12 yrkande 12 och avslår motionerna 2002/03:Sf10 yrkandena 6–8 och 17 och 2002/03:Sf13 yrkande 2.

Ställningstagande

Under 1990-talet fick försäkringskassorna utstå kraftiga resursneddragningar och har därför inte kunnat arbeta aktivt med rehabilitering. I takt med att antalet sjukskrivningar ökat har kassorna tvingats prioritera utbetalningar av sjukpenning. Det är således inte i första hand brist på likadana rutiner, liksom den nu föreslagna ettårsgränsen, som har lett till nuvarande problem, utan snarare bristen på resurser som fått till följd att rehabiliteringsarbetet har fått stå tillbaka. Det finns fortfarande ett stort antal långtidssjukskrivna som väntar på rehabilitering, och antalet bara växer. Detta problem kan inte lösas genom att en tidsgräns sätts för utbyte av sjukpenning mot andra ersättningsformer. Regeringen borde i stället ha fastställt en tidsgräns för när rehabiliteringsinsatser senast skall ha kommit i gång. Vidare borde regeringen ha inriktat sig på att införa en rehabiliteringsförsäkring där individen sätts i centrum.

Riksdagen bör därför avslå regeringens förslag att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om sjukpenning skall bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension/ sjukbidrag). Detta är också i enlighet med förslaget i reservation 24.

30. Förlängd tid med vilande sjukersättning (punkt 16)

av Sven Brus (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 16 borde ha följande lydelse: Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 16 kap. 16 § och tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 30. Riksdagen bifaller därmed motion 2002/03:Sf12 yrkandena 13 och 15.

Ställningstagande

Förslaget att förlänga den tid en försäkrad får ha sjukersättningen vilande från 12 till 24 månader är positivt. För de arbetsgivare som vill anställa en person med vilande sjuk- eller aktivitetsersättning finns det emellertid inget skydd

om eventuella sjuklönekostnader uppkommer. Det skulle kunna medföra att arbetsgivare tvekar att anställa dessa personer.

Personer med sjukersättning som skall återgå i arbete har inte rätt till arbetslöshetsersättning eftersom de saknar anställning. Systemet med vilande sjukersättning löser problemet för dem som kan påbörja en anställning. De kvalificerar sig för rätt till arbetslöshetsersättning. För dem som ställer sig till arbetsmarknadens förfogande men inte omedelbart får ett arbete måste emellertid andra lösningar tas fram.

31. Vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier (punkt 17)

av Sven Brus (kd), Sten Tolgfors (m), Anita Sidén (m) och Magdalena Andersson (m).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 17 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 31. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2002/03:Sf10 yrkande 9 och 2002/03:Sf12 yrkande 14.

Ställningstagande

Regeringen förklarade i budgetpropositionen för 2003 att man avsåg att återkomma med ett förslag om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning vid studier. Något sådant förslag har ännu inte lagts fram för riksdagen. Enligt vår uppfattning bör vilanderegler införas även för studier, och regeringen bör därför återkomma med förslag härom.

Särskilda yttranden

Utskottets beredning av ärendet har föranlett följande särskilda yttranden. I rubriken anges inom parentes vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m. (punkt 1)

av Bo Könberg och Linnéa Darell (båda fp).

Det ökade antalet sjukfall har många och sammansatta orsaker. En del har att göra med svårigheterna för människor att få livspusslet att gå ihop. Annat har att göra med att människor, som ofta slits hårt av både arbetslivets och familjelivets krav, inte har tillräckligt inflytande över den egna livssituationen. Att hävda att orsaken till den ökade sjukfrånvaron skulle vara att arbetsgivarna inte tagit sitt ansvar för arbetsmiljön är däremot att göra det för enkelt för sig.

Folkpartiet har vid en rad tillfällen lagt fram förslag bl.a. om en förbättrad familjepolitik. Av stor vikt är också att hälso- och sjukvården medverkar till att både förebygga ohälsa och underlätta återgång i arbete för dem som ändå blir sjuka. Genom en nationell vårdgaranti kan de brister som finns, t.ex. vad gäller köer och väntetider i vården, åtgärdas. Även arbetsmarknadspolitiken, som på senare år har fungerat allt sämre, behöver reformeras eftersom en illa fungerande arbetsmarknadspolitik orsakar en ökad belastning på sjukförsäkringen.

2. Orsakerna till den ökade sjukfrånvaron m.m. (punkt 1)

av Birgitta Carlsson (c).

Sjukfrånvaron har under de senaste sex åren ökat dramatiskt och framstår i dag som ett av de största hindren för ekonomisk utveckling. Brist på anställningsbar arbetskraft liksom sjukfrånvaron hos den befintliga arbetskraften håller tillbaka produktionen i näringslivet och sänker kvaliteten i de offentliga välfärdstjänsterna. Samtidigt åter kostnaderna upp utrymmet för skattesänkningar och reformer. I den debatt som under de senaste åren förts om de växande sjukskrivningskostnaderna har förhållandena i arbetslivet satts i fokus. Förvisso är dessa en viktig del, men orsakerna till ohälsa och sjukskrivning är dock mer sammansatta. För att nå framgång i arbetet med att minska sjukskrivningarna krävs en strategi som angriper samtliga orsaker. I korthet rör det sig bl.a. om påfrestningar i arbetslivet, arbetslöshet, sociala problem såsom alkohol- och narkotikamissbruk, sjukdom som inte är relaterad till arbetslivet, påfrestningar i privatlivet och överutnyttjande av trygghetssystemen.

För att effektivt minska ohälsan måste hela denna problematik beaktas. Centerpartiet anser att finansiell samordning skall användas för att möjliggöra

finansiering och effektiv organisation av en nationell vårdgaranti och en rehabiliteringsgaranti.

3. Obligatorisk rehabiliteringsutredning (punkt 14)

av Birgitta Carlsson (c).

Regeringens förslag om en skärpning av arbetsgivarnas skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar är för de mindre företagen ett steg i fel riktning och visar på en oförståelse för de små företagens villkor. Centerpartiet anser att företagare med upp till 15 anställda helt skall befrias från skyldigheten att göra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret bör i stället ligga på försäkringskassan.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Propositionen

I proposition 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet har regeringen (Socialdepartementet) föreslagit att riksdagen antar det i propositionen framlagda förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Lagförslaget återfinns som bilaga 2 till betänkandet.

Följdmotioner

2002/03:Sf9 av Carl-Axel Johansson (m):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om vikten av förändrad socialpolitik, socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitik för ökad hälsa i arbetslivet.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om deltidssjukskrivning även under den s.k. egensjukskrivningen, dvs. de första sju dagarna.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om arbetstidsförkortning av icke-medicinska skäl.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om konsekvenserna av den ökade rekryteringen av försäkringsläkare för sjukvården i allmänhet.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om småföretagares kostnader för avstämningsmöten.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ekonomiska resurser i övrigt för försäkringskassorna och sjukvården.

2002/03:Sf10 av Sten Tolgfors m.fl. (m):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om orsakerna till ohälsan.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om integritetsaspekter vid avstämningsmöten.
3. Riksdagen avslår regeringens förslag att skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran skall upphöra att gälla i enlighet med vad som anförs i motionen.

4. Riksdagen avslår regeringens förslag att göra det obligatoriskt för företagen att göra rehabiliteringsutredning i enlighet med vad som anförs i motionen.
5. Riksdagen avslår regeringens förslag att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att byta ut sjukpenningen mot sjukersättning i enlighet med vad som anförs i motionen.
6. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag om hur lagen om anställningsskydd kan justeras så att förslaget om tidsbegränsad sjukersättning kan genomföras i enlighet med vad som anförs i motionen.
7. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag om hur sjukersättningen kan tidsbegränsas i enlighet med vad som anförs i motionen.
8. Riksdagen begär att regeringen i samband med förslag om tidsbegränsad sjukersättning återkommer till riksdagen med förslag om att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att byta ut sjukpenning mot sjukersättning i enlighet med vad som anförs i motionen.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om vilande förtidspension för att genomföra studier.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om möjligheten att uppnå målsättningen att halvera sjukfrånvaron.
11. Riksdagen begär att regeringen utreder en obligatorisk och offentligt finansierad hälsoförsäkring i enlighet med vad som anförs i motionen.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en nationell vårdgaranti.
13. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag på ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring i enlighet med vad i motionen anförs.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ändrad ansvarsfördelning för rehabilitering.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om förtydligade riktlinjer för försäkringsläkare.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en stärkt företagsläkarorganisation.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att stoppa den orimliga förtidspensioneringen av arbetshandikappade.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om självrisk i sjukförsäkringen.

19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om olika förslag att öka arbetsgivarnas incitament att minska sjukfrånvaron.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en reformerad arbetsmarknad.
21. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med ett förslag om spärregel för arbetslösa som blir sjukskrivna i enlighet med vad i motionen anförs.

2002/03:Sf11 av Birgitta Carlsson m.fl. (c):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om åtgärder för att förbättra rehabiliteringsinsatserna riktade till långtidssjukskrivna.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rimliga incitament för arbetsgivarna att förebygga och rehabilitera sjukskrivning.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om åtgärder för ökad kontroll över sjukskrivningens tillämpning.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av att noggrant följa tillämpningen av deltidssjukskrivning.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att småföretagare med färre än femton anställda skall befrias från skyldigheten att genomföra rehabiliteringsutredningar.
6. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag som eliminerar risken att personer med förhöjd sjukdomsrisk på grund av diagnostiserade kroniska sjukdomar slås ut från arbetsmarknaden.

2002/03:Sf12 av Sven Brus m.fl. (kd):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att lösningen på de växande ohälsotalen kräver ett helhetsgrepp och en grundläggande systemförändring.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om ett vidgat perspektiv på ohälsans orsaker.
3. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till avskaffande av de fasta stegen i sjukersättningen, i enlighet med vad som anförs i motionen.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om försäkringskassans avstämningsmöten.
5. Riksdagen begär att regeringen påbörjar det nödvändiga lagstiftningsarbetet för en ny rehabiliteringsförsäkring, i enlighet med vad som anförs i motionen.

6. Riksdagen avslår förslaget om att en rehabiliteringsutredning alltid skall göras till förmån för att en rehabiliteringsförsäkring i stället införs, i enlighet med vad som anförs i motionen.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att verka för att utbildning i försäkringsmedicin ges en starkare ställning i läkarutbildningen.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av att inrätta en professur i försäkringsmedicin.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att tillsätta en utredning för en reformering av det försäkringsmedicinska systemet.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att på något sätt ställa försäkringsläkarna under myndighetskontroll.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om vidareutbildning för försäkringsläkarna.
12. Riksdagen avslår förslaget om att försäkringskassan senast efter ett år skall utreda om sjukpenning skall övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning till förmån för att en rehabiliteringsförsäkring införs, i enlighet med vad som anförs i motionen.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om arbetsgivarnas sjuklönekostnader för anställda personer med vilande aktivitets- eller sjukersättning.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om motsvarande vilanderegler för studier.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om villkoren för personer med aktivitets- eller sjukersättning som vill stå till arbetsmarknadens förfogande.

2002/03:Sf13 av Bo Könberg m.fl. (fp):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om nytt mål för minskning av det sammanlagda antalet personer som har sjukersättning och sjukpenning i mer än tolv månader.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om vikten av arbetslinjen och rehabiliteringsmöjligheterna samt undvikande av svagt grundade beslut om sjukersättning i stället för sjukpenning.
3. Riksdagen beslutar om lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring beträffande kraven på innehållet i läkarintyg med medicinskt underlag för heltidssjukskrivning i enlighet med vad som anförs i motionen.

4. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med lagförslag om rehabiliteringsgaranti och förbättrade förutsättningar för rehabilitering efter sjukskrivning enligt vad som anförs i motionen.
5. Riksdagen avslår det i propositionen framlagda förslaget till ändring av 22 kap. 3 § lagen om allmän försäkring.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om utbildning av läkare i försäkringsmedicin och om sådan utbildning som villkor för att få skriva sjukintyg som underlag för utbetalning av sjukpenning.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om begränsning av möjligheterna för en läkare med viss specialistutbildning att skriva sjukintyg för längre tids sjukpenning med diagnoser inom en annan medicinsk specialitet.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om antalet försäkringsläkare.

BILAGA 2

Regeringens lagförslag

2 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att 16 kap. 17 § skall upphöra att gälla,

dels att 3 kap 5, 8 och 8 a §§, 16 kap. 1, 8, 16 och 18 §§, 18 kap. 15 §, 20 kap. 3 § och 22 kap. 3 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.5 §²

Den allmänna försäkringskassan skall besluta om en försäkrads tillhörighet till sjukpenningförsäkringen och fastställa sjukpenninggrundande inkomst. För en försäkrad som inte är bosatt i Sverige gäller detta så snart anmälan om hans inkomstförhållanden gjorts hos kassan. Av beslutet skall framgå i vad mån den sjukpenninggrundande inkomsten är att hänföra till anställning eller till annat förvärvsarbete. Sjukpenningförsäkringen skall omprövas

a) när kassan fått kännedom om att den försäkrades inkomstförhållanden eller andra omständigheter har undergått ändring av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek,

b) när sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn beviljas den försäkrade eller sådan ersättning eller pension som redan utges ändras med hänsyn till ändring i den försäkrades arbetsförmåga eller, vid särskild efterlevandepension, förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete,

c) när delpension enligt särskild lag beviljas den försäkrade eller redan utgående sådan pension ändras med hänsyn till ändring i den försäkrades arbets- eller inkomstförhållanden,

d) när tjänstepension beviljas den försäkrade,

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 eller 17 § upphör, samt

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 § upphör, samt

f) när livränta beviljas den försäkrade enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller redan utgående livränta ändras.

Ändring som avses i första stycket skall gälla från och med den dag då anledningen till ändringen uppkommit. Den sjukpenninggrundande inkomst som ändrats enligt första stycket a får dock läggas till grund för ersättning tidigast från och med första dagen i den ersättningsperiod som inträffar i anslutning till att försäkringskassan fått kännedom om inkomständringen.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

Senaste lydelse av 16 kap. 17 § 2001:489.

² Senaste lydelse 2002:226.

Under tid som anges under 1–6 får, om inte första stycket b, c eller d är tillämpligt, den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten sänkas lägst till vad den skulle ha varit närmast dessförinnan om försäkringskassan då känt till samtliga förhållanden. Detta gäller tid då den försäkrade

1. bedriver studier enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

3. deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

4. är gravid och avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete tidigast sex månader före barnets födelse eller den beräknade tidpunkten härför,

5. är helt eller delvis ledig från förvärvsarbete för vård av barn, om den försäkrade är förälder till barnet eller likställs med förälder enligt 1 § föräldraledighetslagen (1995:584) och barnet inte har fyllt ett år. Motsvarande gäller vid adoption av barn som ej fyllt tio år eller vid mottagande av sådant barn i avsikt att adoptera det, om mindre än ett år har förflutit sedan den försäkrade fick barnet i sin vård,

6. fullgör tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarspålit.

För en försäkrad som avses i tredje stycket 1 eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd skall försäkringskassan, vid sjukdom under den aktuella tiden, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid. Om därvid den sjukpenninggrundande inkomsten helt eller delvis är att hänföra till anställning, skall årsarbetstiden beräknas på grundval av enbart det antal arbetstimmar som den försäkrade kan antas ha i ifrågavarande förvärvsarbete under den aktuella tiden.

För en försäkrad som får sådan behandling eller rehabilitering som avses i 7 b § eller 22 kap. 7 § och som under denna tid får livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt en annan författning skall försäkringskassan, vid sjukdom under den tid då livränta betalas ut, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

För en försäkrad som avses i 10 c § första stycket 1 eller 2 skall dock under studieuppehåll mellan vår- och hösttermin, då den försäkrade inte uppbär studiesocial förmån för studier som avses i tredje stycket 1, sjukpenningen beräknas på den sjukpenninggrundande inkomst som följer av första–tredje styckena, om sjukpenningen blir högre än sjukpenning beräknad på den sjukpenninggrundande inkomsten enligt fjärde stycket.

Fjärde stycket tillämpas även för försäkrad som avses i tredje stycket 6 när den försäkrade genomgår grundutbildning som är längre än 60 dagar.

Omprövning av sjukpenningförsäkringen enligt första stycket a skall ej omfatta ändring av den försäkrades inkomstförhållanden på grund av sådant förvärvsarbete som avses i 16 kap. 15 §.

8 §³

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in en skriftlig försäkran för sjukpenning. Försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en

³ Senaste lydelse 1995:508.

beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan. Uppgifterna i försäkran skall lämnas på heder och samvete.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningdagen till dess sådant läkarutlåtande som anges i tredje stycket har getts in till kassan.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in ett särskilt läkarutlåtande och en skriftlig särskild försäkran för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den tjuugoåttonde dagen efter sjukanmälningdagen. Det särskilda läkarutlåtandet skall innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan. Den särskilda försäkran skall innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmåga än försäkran enligt första stycket. Uppgifterna i den särskilda försäkran skall lämnas på heder och samvete.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket får meddela föreskrifter dels om undantag i vissa fall från skyldighet att lämna läkarintyg, läkarutlåtande, försäkran och särskild försäkran, dels om att sådan skyldighet skall gälla från och med en annan dag än vad som anges i denna paragraf.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningdagen.

Den försäkrade skall om försäkringskassan begär det till kassan ge in en skriftlig särskild försäkran avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkran skall innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan än försäkran enligt första stycket. Uppgifterna i den särskilda försäkran skall lämnas på heder och samvete.

Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter dels om undantag i vissa fall från skyldighet att lämna läkarintyg och försäkran, dels om att sådan skyldighet skall gälla från och med en annan dag än vad som anges i denna paragraf.

8 a §⁴

Den allmänna försäkringskassan skall, om det *är nödvändigt* för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

Försäkringskassan skall under sjukperioden, när det finns skäl till det, undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

Försäkringskassan skall, *när det kan anses nödvändigt* för bedömningen av rätt till sjukpenning eller åtgärder enligt 7 b § eller 22 kap., under sjukperioden

1. infordra utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,

2. göra förfrågan hos den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter, och

3. besöka den försäkrade.

För kostnader som den enskilde har med anledning av en sådan utredning som avses i första eller tredje stycket lämnas ersättning i enlighet med vad *regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver*.

Den allmänna försäkringskassan skall, om det *behövs* för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning *eller deltar i ett särskilt möte (a v s t ä m n i n g s m ö t e)* för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

Försäkringskassan skall, *om det behövs* för bedömningen av rätt till sjukpenning eller åtgärder enligt 7 b § eller 22 kap., under sjukperioden

1. infordra *ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande* av viss läkare eller annan sakkunnig.

Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om sådant avstämningsmöte som avses i första stycket och om särskilt läkarutlåtande enligt tredje stycket 1.

För kostnader som den enskilde har med anledning av en sådan utredning som avses i första eller tredje stycket *eller som den enskilde eller en läkare har med anledning av ett sådant avstämningsmöte som avses i första stycket* lämnas ersättning i enlighet med vad *som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer*.

⁴ Senaste lydelse 2001:1114.

16 kap.**1 §⁵**

Den som önskar sjukersättning eller aktivitetsersättning skall göra ansökan hos allmän försäkringskassa i enlighet med vad regeringen förordnar.

Uppbär en försäkrad sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård eller rehabiliteringspenning enligt denna lag, får försäkringskassan tillerkänna honom eller henne sjukersättning eller aktivitetsersättning utan hinder av att han eller hon inte gjort ansökan därom. Detsamma skall gälla då en försäkrad uppbär sjukpenning, ersättning för sjukhusvård eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utges enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande.

Uppbär en försäkrad sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård eller rehabiliteringspenning enligt denna lag, får försäkringskassan tillerkänna honom eller henne sjukersättning eller aktivitetsersättning utan hinder av att han eller hon inte gjort ansökan därom. Detsamma skall gälla då en försäkrad uppbär sjukpenning, ersättning för sjukhusvård eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utges enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande.
Om den försäkrade uppbär sjukpenning skall försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om det finns förutsättningar för att tillerkänna den försäkrade sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Uppbär en försäkrad tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning, får den tid för vilken förmånen skall utges förlängas utan att ansökan har gjorts.

För kostnader för läkarundersökning och läkarutlåtande vid ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning skall ersättning lämnas i enlighet med vad regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver.

8 §⁶

Den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning är skyldig att utan oskäligt dröjsmål anmäla till allmän försäkringskassa om han eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större omfattning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15–17 §§, eller om hans eller hennes arbetsförmåga väsentligt förbättras utan att han

Den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning är skyldig att utan oskäligt dröjsmål anmäla till allmän försäkringskassa om han eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större omfattning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15 och 16 §§, eller om hans eller hennes arbetsförmåga väsentligt förbättras utan att han

⁵ Senaste lydelse 2001:489.

⁶ Senaste lydelse 2001:489.

eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större utsträckning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15–17 §§. Om den försäkrade har en god man eller förvaltare enligt föräldrabalken, har denne motsvarande skyldighet att göra anmälan, om det kan anses ingå i uppdraget.

Underlåts anmälan som avses i första stycket utan giltigt skäl, får sjukersättningen eller aktivitetsersättningen dras in för viss tid eller tills vidare.

eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större utsträckning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15 och 16 §§. Om den försäkrade har en god man eller förvaltare enligt föräldrabalken, har denne motsvarande skyldighet att göra anmälan, om det kan anses ingå i uppdraget.

16 §⁷

Försäkringskassan får förklara sjukersättningen eller aktivitetsersättningen vilande för tid efter den period som har bestämts i beslut enligt 15 §. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får försäkringskassan i stället besluta att sjukersättningen eller aktivitetsersättningen skall förklaras vilande från och med den månad som anges i ansökan.

Sjukersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket under högst *tolv* månader, dock längst till utgången av *tolfte* månaden från och med den första månad som beslutet enligt 15 § omfattar. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får sjukersättningen vilandeförklaras längst till utgången av *tolfte* månaden från och med den första månad som beslutet omfattar.

Aktivitetsersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket längst till utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Sjukersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket under högst *tjugofyra* månader, dock längst till utgången av *tjugofjärde* månaden från och med den första månad som beslutet enligt 15 § omfattar. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får sjukersättningen vilandeförklaras längst till utgången av *tjugofjärde* månaden från och med den första månad som beslutet omfattar.

18 §⁸

Ett beslut om vilandeförklaring enligt 16 eller 17 § skall upphävas om den försäkrade begär det.

Försäkringskassan får utan att den försäkrade har begärt det upphäva ett beslut om vilandeförklaring om den försäkrade insjuknar och beräknas bli långvarigt sjuk. Detsamma gäller om den försäkrade har vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 § och helt eller delvis avbryter det

Ett beslut om vilandeförklaring enligt 16 § skall upphävas om den försäkrade begär det.

Försäkringskassan får utan att den försäkrade har begärt det upphäva ett beslut om vilandeförklaring om den försäkrade insjuknar och beräknas bli långvarigt sjuk. Detsamma gäller om den försäkrade har vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning och helt eller delvis avbryter det arbetsförsök

⁷ Senaste lydelse 2001:489.

⁸ Senaste lydelse 2001:489.

arbetsförsök som legat till grund för beslutet om vilandeförklaring för att i stället uppbära föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller havandeskapspenning.

som legat till grund för beslutet om vilandeförklaring för att i stället uppbära föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller havandeskapspenning.

18 kap.

15 §⁹

I en allmän försäkringskassa skall det finnas en eller flera försäkringsläkare och försäkringstamläkare för att hjälpa försäkringskassan med medicinsk och odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan försäkringskassan och de läkare och tandläkare som är verkamma inom försäkringskassans område.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för samt fortbildning av försäkringsläkare.

20 kap.

3 §¹⁰

Ersättning enligt denna lag får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen

a) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid uppsåtligt brott som han har dömts för genom dom som har vunnit laga kraft;

b) vägrar att genomgå undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter;

c) underlåter att ge in sådant läkarintyg, *läkarutlåtande*, försäkran eller *särskild försäkran* som skall ges in till försäkringskassan enligt 3 kap. 8 §;

c) underlåter att ge in *ett* sådant läkarintyg eller *en sådan* försäkran som skall ges in till försäkringskassan enligt 3 kap. 8 § eller vägrar ge in *en särskild försäkran enligt tredje stycket samma paragraf*;

d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.

Vägrar en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b och 8 a §§, 7 kap. 3 b § eller 22 kap. 4, 5 och 7 §§ får sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning helt eller delvis tills vidare förvägras honom eller henne, under för-

Vägrar en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b och 8 a §§, 7 kap. 3 b § eller 22 kap. 4, 5 och 7 §§ eller delta vid *ett sådant avstämningsmöte som anges i 3 kap. 8 a §* får sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning

⁹ Senaste lydelse 1998:87.

¹⁰ Senaste lydelse 2001:489.

utsättning att han eller hon erinrats om denna påföljd. helt eller delvis tills vidare förvägras honom eller henne, under förutsättning att han eller hon erinrats om denna påföljd.

Om någon som är berättigad till ersättning enligt denna lag i annat fall underlåter att lämna uppgifter i enlighet med vad som anges i 8 § eller vägrar att ta emot besök som anges där, får ersättningen dras in eller sätts ned om omständigheterna motiverar det.

22 kap.

3 §¹¹

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klargöras och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning *Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning*

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetsgivarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

2. 16 kap. 8 och 18 §§ i deras äldre lydelse samt den upphävda 16 kap. 17 § skall fortsätta att gälla under tid för vilken förtidspension eller sjukersättning före ikraftträdandet förklarats vilande enligt 16 kap. 17 §.

3. 16 kap. 1 § i dess äldre lydelse skall fortfarande tillämpas vid sjukfall där sjukansökan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet.

¹¹ Senaste lydelse 1991:1040.

BILAGA 3

Offentlig utfrågning om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron

Datum: tisdagen den 29 april 2003

Tid: 09.00–13.00

Lokal: andrakammarsalen

Program

Inledning

Socialförsäkringsutskottets ordförande Tomas Eneroth (s)

Utvecklingen av sjukfrånvaron

Anna Hedborg, generaldirektör, Riksförsäkringsverket

Eva Nilsson Bågenholm, andre vice ordförande, Sveriges läkarförbund

Psykisk hälsa, stress och utbrändhet

Staffan Marklund, professor, Arbetslivsinstitutet

Åke Nygren, professor, Karolinska institutet

Rygg-, led- och muskelbesvär

Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring och projektledare för SBU:s projekt om sjukskrivning

Varför är vissa i arbete och andra inte?

Eva Vingård, docent, Karolinska Institutet

Följande myndigheter och organisationer deltog vid utfrågningen:

Socialdepartementet

Bengt Sibbmark

Per-Olof Büren

Per Tillander

Näringsdepartementet

Jan Rydh

Stefan Hult

Bo Barrefelt

Lars von Ehrenheim

Marie Åkhagen

Riksförsäkringsverket

Anna Hedborg

Leif Westerlind

Arbetsmiljöverket

Kenth Pettersson

Arbetslivsinstitutet

Staffan Marklund

Statens folkhälsoinstitut

Christer Hogstedt

Socialstyrelsen

Måns Rosén

KarolinskaInstitutet

Åke Nygren

Eva Vingård

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering

Kristina Alexanderson

Sveriges Läkarförbund

Eva Nilsson Bågenholm

Kåre Jansson

Per Johansson

Svenska Företagsläkarföreningen

Johnny Johnsson

Landstingsförbundet

Anneli Löfqvist

Svenska Kommunförbundet

Boel Callermo

Anders Mellberg

Arbetsgivarverket

Elisabet Sundén Ingeström

Britt Trossmark

Svenskt Näringsliv

Alf Eckerhall

Ulla-Britt Fräjdin-Hellqvist

Sofia Bergström

Företagarnas Riksorganisation

Lena Heldén Filipsson

Landsorganisationen (LO)

Christina Järnstedt

Åsa Forsell

Renée Andersson

Sten Gellerstedt

Tjänstemännens centralorganisation (TCO)

Anna-Stina Elfving

Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)

Kerstin Hildingsson

Försäkringskassaförbundet

Margareta Karlsson

Henrik Meldahl

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Robert Erikson

Till utfrågningen hade även socialutskottet och arbetsmarknadsutskottet inbjudits.

Inledning

Ordföranden: Jag vill hälsa alla varmt välkomna till socialförsäkringsutskottets utfrågning om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron. Särskilt välkommen givetvis till inbjudna talare och inbjudna gäster, men också till alla som sitter på åhörarläktaren.

Sjukfrånvaron och ohälsan i arbetslivet har onekligen debatterats flitigt under den senaste perioden, inte minst förorsakat av de ökade kostnaderna men också det ökade mänskliga lidande som det innebär att man blir långtids-sjukskriven och stängs ute från arbetsmarknaden. För tillfället är dessa frågor högaktuella i riksdagen, särskilt med anledning av regeringens proposition om förändringar i sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet, som just nu hanteras av socialförsäkringsutskottet och som vi kommer att justera under ett kommande sammanträde några veckor framöver. I den delen är den här typen av utfrågningar någonting som är till gagn för utskottets arbete och som gör att vi kanske kan bli ännu klokare när vi ska formulera våra slutsatser och ståndpunkter. Regeringen kommer framöver med någon eller några propositioner som rör det här området, inte minst finansiell samverkan, som jag tror har påverkan på de frågor som vi diskuterar här i dag.

Den här utfrågningen har vi valt att göra forskningsinriktad, just därför att det inför utfrågningen har varit väldigt mycket åsikter och ibland myter i diskussionen om bakgrundsorsakerna till den ökade sjukfrånvaron. Därför är tanken att och tydligare klargöra: Hur ser det verkligen ut? Vad är orsakerna och vad vet vi egentligen om orsakerna till den ökade sjukfrånvaron?

Vi har valt att dela in utfrågningen i fyra delar med möjlighet till frågor efter varje pass. Efter de två inledande talarna finns det möjlighet till en frågestund. Framför allt är det utskottets ledamöter som har möjlighet att ställa frågor. I mån av tid släpper vi in även andra för att ställa frågor. Jag ska också be er som är inbjudna att vara uppmärksamma på att utskottets ledamöter kan ställa direkt riktade frågor till enskilda gäster.

Utfrågningen sänds i TV 24 och i webb-TV. Dessutom dokumenteras allting som sägs av riksdagsstenografer, och det kommer sedan att finnas med i riksdagstryck vid riksdagsbehandlingen av dessa frågor.

Min förhoppning är att det ska bli en spännande och intressant förmiddag och att vi ska bli klokare tillsammans genom både inlägg och diskussioner. Vi börjar med att varmt välkomna Riksförsäkringsverkets generaldirektör Anna Hedborg.

Utvecklingen av sjukfrånvaron

Anna Hedborg: Jag vill börja med att tacka för att jag har fått komma hit, och jag har förstått min uppgift på det sättet att jag ska anlägga en grundbild av hur det faktiskt ser ut och hur det har utvecklats.

Jag vill gärna börja med en bild (Bild 1) som ni säkert sett många gånger förut men som ändå är väldigt grundläggande och sammanfattande av situationen. Den visar frånvarons utveckling för den långa sjukfrånvaron, över 30 dagar. Då är alla problem med arbetsgivarperioder, karensdagar av olika slag borta. Det visar sig att frånvaron aldrig har varit högre. Det är kvinnorna som är mest frånvarande och har den största ökningen (Bild 13-14). Det är de äldre i högre grad än de yngre, men även de yngre har ganska höga ökningstal, i och för sig från låga nivåer. Det är också från arbete som de allra flesta är sjukfrånvarande. De flesta har arbetat länge, men arbetslösa är överrepresenterade, både därför att sjukförsäkringen betalar sjukförsäkringen från första stund och också därför att de är överrepresenterade i relation till sin andel av befolkningen. De är också sjukskrivna något längre än andra.

(Bild 2) Det är inte bara så att antalet personer som är sjukskrivna har ökat kraftigt. Också det antal dagar som individerna är sjukskrivna har ökat mycket kraftigt, från omkring 90 dagar år 1998, som var det år då ökningarna började, till omkring 114 dagar 2002, vilket naturligtvis är en mycket stor förlängning av genomsnittlig frånvaro.

(Bild 3-4) Man kan också se att någonting ändå har börjat hända i de väldigt konsekventa ökningstal som har gällt under lång tid. Vi ser antalet sjukskrivna vid månadens slut, och vi ser att antalet har legat ganska konstant under en tid. Vad som har hänt är att de korta sjukfallen är färre. De riktigt långa, över ett år, fortsätter att öka.

(Bild 7) Man kan också uttrycka det i sjukpenningdagar, och där har vi faktiskt sett något av en vändning under de senaste månaderna. Den röda linjen, som visar 2002 och 2003 års senaste siffror, ligger sedan några månader tillbaka något under tidigare års siffror. Det har inte hänt på länge. Det ser trots allt ut som om ökningen har mattats av, och en viss liten antydning till minskning kan man också konstatera.

(Bild 9-10) Sjukfrånvaron är väldigt olika fördelad över landet. På bilden kan vi se utvecklingen av både sjukfrånvaro och sjukersättning, dvs. tidigare förtidspension, som är drygt 40 dagar i genomsnitt per år. Men skillnaderna i landet är väldiga, från plus 30 % till minus 20 % mellan länen, eller nästan 20 dagar mellan högst och lägst. Orsaken är inte att hänföra till åldersfrågor, där är det nästan ingen skillnad. Det är inte heller branschtillhörighet som det handlar om. Oavsett vilken sektor man tittar på – kommuner, landsting, staten eller den privata sektorn – är man mera sjukfrånvarande i de nordliga länen än

söderöver. Varken ålder eller bransch är den avgörande förklaringen till de mycket stora skillnaderna.

(Bild 12) Vad ska man tro om framtiden? Hur svårt är det att nå målet att halvera sjukfrånvaron? Ja, svårt, men naturligtvis inte omöjligt. Det är sjuktal som vi hade så pass sent som 1998. Men 50 miljoner färre sjukdagar är väldigt många färre sjukdagar. Den minskning som vi hittills har kunnat konstatera och kan räkna fram om inte någonting ytterligare händer i våra prognoser räcker ingen vart. Det handlar om att det går ned lite grann framöver, men inte särskilt mycket. Men då har vi inte räknat in de förslag som nu ligger eller de insatser som försäkringskassan och Riksförsäkringsverket arbetar med att få på plats. Det här är den mera spontana fortsättningen av den nuvarande situationen.

Det är alltså mycket kraftfulla insatser som behövs, både när det gäller att ännu färre kommer in i sjukskrivning, vilket ändå har börjat hända, och också när det gäller att förkorta i stort sett varje sjukfall, eftersom förlängningen är en så påtaglig del av de ökade kostnaderna. Naturligtvis gäller det också att återföra människor till arbetet, till ett arbete de har eller till ett arbete som de behöver därför att de inte har något arbete eller rätt arbete.

En sak som också kommer att hända, det kan vi påstå ganska säkert, är att sjukersättningarna, dvs. förtidspensionerna, kommer att fortsätta att öka. De har ökat under hela den här perioden också, dock inte så mycket i början. Faktiskt mindre i början av perioden än vad man kunde ha förväntat sig med hänsyn till åldersutvecklingen i befolkningen. Om sjukersättningarna skulle ha utvecklats på samma sätt som förtidspensioneringarna såg ut för motsvarande åldersgrupper i början av 90-talet skulle man i själva verket ha förväntat sig fler förtidspensioneringar under den här tiden. (Bild 6) Nu ligger de emellertid väldigt högt, över 70 000. En prognos som faktiskt går att göra är att de kommer att ligga högt under några år framöver.

Det som bl.a. talar för det är, förutom själva åldersutvecklingen, de mycket långa sjukfallen. Vi vet att ju längre sjukfallen varar, desto mindre blir sannolikheten för att man ska återgå till arbete och desto större blir sannolikheten att det slutar med antingen förtidspension eller ålderspension om man väntar länge nog.

(Bild 5) Den här bilden visar att väldigt många av de riktigt långa sjukfallen fortfarande så att säga står på kö. Det är 1998 års siffror som vi utgår från, och då fanns det 55 000 sjukfall över ett år. På den tiden förtidspensionerade vi ungefär 40 000 om året.

När det gäller det ökade inflödet, alltså hur många fler som är sjukskrivna över huvud taget, kan man med samma fördelning av sjukskrivningens längd som för 1998 räkna med att 45 000 till som är över ett år skulle kunna finnas, vilket i sig omfattar en relativt lång kö till förtidspensioneringar och sjukersättningar.

Därtill kan man säga att 25 000 personer har blivit kvar i sjukpenning framför allt därför att försäkringskassorna inte har hunnit pröva fallen, men i och för sig också därför att depressioner och andra psykiska diagnoser är

långvariga. Detta i kombination med att det bakom ettårsgränsen står rätt många människor i kö gör att också kön till sjukersättning kan beräknas vara lång. (Bild 11) De röda markeringarna är ettårsfallen och mer än ett år, de gula är de som ligger mellan ett halvt år och ett år. Också de har ökat över tid. Det är klart att ju fler längre fall som det finns, desto fler av dem kommer att hamna över ettårsgränsen. Men den kortaste tiden omfattar lite färre, så inflödet har minskat.

Min slutsats på denna punkt måste ändå bli att vi har att förvänta oss ett par år av ganska höga förtidspensioner innan vi kan få ned såväl sjukskrivningar som förtidspensioner. Det tror jag man ändå måste inse.

Kommer man att nå målet? Det är ingalunda en omöjlighet, och särskilt positivt har jag uppfattat att det är att frågan nu har blivit den samhällsfråga som den i själva verket är. Alla, var man än är, är engagerade i denna fråga, som en av samhällets stora frågor. Det är så som en fråga av den här karaktären måste lösas också. Det finns inte någon enskild snabb lösning, utan när så här mycket händer samtidigt är det inte bara någonting enskilt som händer, utan det är någonting som händer i allas vår inställning till det som händer. Det händer någonting i mötet mellan individ, arbetsplats, läkare, försäkringskassa, arbetskamrater. Det är där som det avgörs hur man förhåller sig till de här frågorna och sist och slutligen också till vad man kan göra åt dem.

Till slut skulle jag vilja säga att jag tycker att det är väldigt tråkigt när diskussionen i första hand handlar om var felet ligger. Det spelar egentligen inte så stor roll. Sjukfrånvaron handlar ändå om frånvaro från ett arbete, från en arbetsplats. Friskskrivning handlar om att återkomma till en arbetsplats. Det är alltså en avgörande sak för att vi ska klara den här situationen att vi alla – och då menar jag verkligen inte bara arbetsgivare utan inte minst arbetskamrater, fackliga organisationer, arbetsgivare – ser det som en naturlig sak att man får vara på arbetet, och till och med är önskad på arbetsplatsen, också när man inte är alldeles hundra procentigt på topp.

Eva Nilsson Bågenholm: Jag ska tala om läkarnas roll i sjukskrivningarna och vad läkarna har för betydelse för de ökade sjukskrivningarna.

Det är självklart att läkaren har en stor roll, eftersom praktiskt taget bakom varje sjukskrivning finns åtminstone en läkare, oftast flera. Samtidigt är de ökade sjukskrivningarna lite grann av en medicinsk paradox. Vi vet att den medicinska forskningen och utvecklingen har gått väldigt snabbt. Vi vet att vi har nya behandlingsmetoder, nya läkemedel, vi kan göra mycket mer för fler personer, vi har en ökande medellivslängd, vi har en välutbyggd sjukvård och hälsovård i landet, och ändå har vi ökande sjukskrivningar. Det här går inte riktigt ihop.

Jag ska inte tala så mycket om orsakerna och försöka hitta felet utan mer försöka fokusera på vad läkarna gör och vad läkarna kan göra, kanske bättre, för att försöka få tillbaka individer i arbete i ökad utsträckning.

Vi har från Läkarförbundets sida arbetat mycket med att försöka hitta lösningar för läkarkåren. Det här är en fråga som vi har diskuterat mycket under

det gångna året. En sak som jag tror alla kolleger är överens om är att det definitivt behövs mer tid för varje enskild patient.

Vad gör läkaren? Vad är det som har hänt? Är det någon skillnad på vad läkaren gör nu och vad han har gjort tidigare? Ja, egentligen ska det inte vara det. Läkaren utgår vid varje patientmöte från att försöka komma fram till en diagnos av vad patienten lider av. Ibland krävs det kortare eller längre utredningar, men det är fram till en diagnos man ska komma och också naturligtvis föreslå en behandling.

I vissa fall är det här naturligtvis enkelt, det är det här vi är utbildade för, det är det här vi är bäst på. Men i många fall där patienten uppvisar symtom är det oerhört svårt att hitta en objektiv diagnos. Då blir hela bedömningen mycket svårare.

När man ändå har kommit fram till en diagnos ska man bedöma om det finns en funktionsnedsättning i relation till den diagnos som vi i bästa fall har kommit fram till. Har man brutit benet är det naturligtvis ingen svårighet att bedöma att patienten har en nedsatt funktion. Har patienten smärta i axlarna är det oerhört mycket svårare att bedöma vad den reella funktionen är.

När man har kommit så långt är nästa steg att bedöma arbetsförmågan i relation till den aktuella funktionsnedsättningen. Även här blir det naturligtvis svårare om man inte har en given, rak och enkel diagnos. Sedan vet vi också att arbetsförmågan kan variera oerhört beroende på vilket arbete individen har men också på individens förutsättningar. Det skiljer från till individ till individ.

Läkaren ska bedöma arbetsförmågan i relation till det aktuella arbetet men också i relation till arbetsmarknaden i stort, vilket är en oerhört svår och komplicerad fråga.

När de här stegen är tagna gäller det att komma fram till om det är sjukskrivning som är lösningen på problemet för den enskilda patienten. Sjukskrivning kan vara en del av den medicinska behandlingen. Det brukar oftast inte vara så svårt. Det kan också vara så att en sjukskrivning är nödvändig för den medicinska rehabiliteringen. Då är det fortfarande inom läkarnas hemmaområde, och det brukar inte vara några större svårigheter.

Sedan har vi det som har diskuterats väldigt mycket, och det är att patienten har önskemål om att bli sjukskriven. Då är det oerhört svårt om läkaren inte är riktigt överens om att sjukskrivning är det bästa för patienten. Det beror också på hur läkarens arbetsförhållanden ser ut vad resultatet kommer att bli. Har man en fullsatt mottagning och vet att man redan är sen går det fortare att gå med på patientens önskemål än att ta en mer omfattande diskussion för att hitta alternativ i stället för att bara sjukskriva.

Då kommer vi fram till det här med tid för diskussion med patienten. Det behövs, det är oerhört angeläget att man med patienten kan diskutera och se alternativ och lösningar. Det behövs tid för att ta kontakt med försäkringskassan och med arbetsgivaren för att komma fram till de optimala lösningarna.

Vad behöver läkaren för att kunna göra de här olika bedömningarna? Ja, att läkare behöver medicinska kunskaper är inte konstigt att förstå. Det är

heller inte något av de största problemen. Läkare är oerhört kunskapstörstiga och brukar ta till sig all den kunskap som kommer fram. Men någonting som vi vet i dag att det finns för lite kunskap om är sjukskrivningens effekter för patienten. Här vet vi för lite, och det beror inte på den enskilda doktorn, utan den kunskapen har vi inte riktigt i dag.

De försäkringsmässiga kunskaperna har också diskuterats. Vet läkarna vilka regler som gäller? Ja, läkarna vet vilka regler som gäller. Sedan är det här ett ämne som många läkare kan förbättra sin kunskap i. Vi vet att det behövs ökade utbildningsinsatser inom grundutbildningen. Men det behövs också fortlöpande under läkarens hela yrkesgörning, naturligtvis. Regler av det här slaget förändras ju med jämna mellanrum, och man behöver också i förhållande till de olika sjukdomarna ta in ny kunskap.

Det nästan allra viktigaste, som jag varit inne på tidigare, är tid för samarbete med övriga aktörer. Med övriga aktörer menar jag t.ex. försäkringskassan, arbetsgivaren och inte minst företagshälsovården. Det är ett problem om vi inte kan diskutera med andra som kan hjälpa patienten, utan lösningen får bli här och nu och då kanske inte blir den optimala lösningen.

Enligt de regler som gäller i dag ska den behandlande läkaren skriva ett intyg som patienten ska lämna till försäkringskassan, ett intyg fr.o.m. dag 8 och ett intyg fr.o.m. dag 29. En brist i dagens system är att pilen oftast bara pekar åt ett håll, från läkaren till försäkringskassan. Oftast är det ingen muntlig kommunikation, utan läkaren lämnar ett intyg, och försäkringskassan klagar på att det är svårt att få tag på läkaren – försäkringskassan har helt enkelt inte heller tid för att ta de här kontakterna. Läkaren är inte så intresserad. Även om jag kryssar i läkarintyget att jag vill ha kontakt med försäkringskassan hör den aldrig av sig. Här är en bristande kommunikation i dag som är alldeles uppenbar.

Vi vet också att arbetsgivaren ska svara för en rehabiliteringsutredning. Den ska påbörjas redan efter fyra veckor och vara försäkringskassan till handa inom åtta veckor. Det här sker i väldigt liten utsträckning. Någon kommunikation mellan försäkringskassan och arbetsgivaren att tala om förekommer inte heller.

Vem tar hand om patienten? För mig är patienten just patient men är i sammanhanget också arbetstagare. Jag skulle vilja säga att patienten hamnar mellan stolarna och faller helt enkelt ned. Det är ingen som hjälper till att fånga upp individen och försöker hjälpa denne tillbaka till arbete på ett korrekt sätt.

Därför är vi väldigt glada från Läkarförbundets sida att det i propositionen finns förslag om det som kallas avstämningsmöte. Det är någonting som vi har jobbat med under många år; vi har fört fram det via trepartssamtalen, och vi har försökt att formulera vad det är vi önskar. (Bild 15) Det här kan se oerhört komplicerat ut, och det är det ju också, men det här är ett sätt att fånga upp patienten, att hjälpa patienten att ta tag i alla delarna.

Vårt förslag från början var att vi ville ha ett avstämningsmöte som skulle vara obligatoriskt efter t.ex. åtta veckor. Man kan tycka att ett obligatorium är

onödigt i det här fallet, men ibland behöver man ett obligatorium för att det ska komma till stånd.

Som det är i dag tror jag inte att det är något problem med att det inte står att det är obligatoriskt; det viktiga är att det trycks på att man ska ta den gemensamma diskussionen, att man måste få fram tid för att de berörda parterna ska kunna diskutera och tillsammans med patienten kunna göra en vettig bedömning av vilka resurser individen har, vilka resurser arbetsgivaren har för att kunna erbjuda individen ett anpassat arbete och för att kunna återgå till arbetet betydligt snabbare.

Vi har också tagit upp företagshälsovården som en oerhört viktig resurs, och vi skulle önska att man satsade betydligt mer på företagshälsovård. Det är en del av lösningen för en samordning mellan behandlande läkare och arbetsgivare. Här kommer försäkringsläkare med, vi välkomnar givetvis satsningen på försäkringsläkarna, men det måste till en ny roll för försäkringsläkarna. Då ska de ha en konsultativ roll åt de behandlande läkarna, de ska vara expertkunskap, de ska vara de som de behandlande läkarna kan rådfråga i svåra försäkringsmedicinska frågor.

Vi välkomnar också förslaget att de nu ska få en enhetlig utbildning, som faktiskt inte har funnits förut. Vi tycker att det här är bra och hoppas att det kan leda till ett gott samarbete.

Det har framförts invändningar mot att avstämningsmöten tar tid. Det kommer inte att finnas tid för dem. Läkarna kommer inte att vilja ta den tiden, och försäkringskassan har den inte. Men som vi ser det måste man ta den här tiden. Gör man inte det går vi tillbaka och hamnar i den situation som jag visade förut, det vill säga att patienten hamnar mellan stolarna. Det finns ingen som tar det fulla ansvaret. Vi tror också att om man tar sig den här tiden kommer man att tjäna in den i slutändan. Har man hjälpt patienten på ett tidigt stadium och faktiskt samordnat resurserna kommer det att leda till kortare sjukskrivningar och även insparade läkarbesök enbart för att förlänga sjukintyg.

Vi har också från Läkarförbundets sida föreslagit att man skulle kunna tänka sig en typ av finansiell samordning med landstingen. Vi anser inte att bara arbetsgivaren ska ta en del av finansieringsansvaret utan har också framfört att hälso- och sjukvården skulle kunna få ökade incitament för att försöka ta tag i sin del och göra krafttag för att minska sjukskrivningarna.

Men i stort vill vi fokusera på avstämningsmötet. Vi kommer att göra allt för att det ska komma till stånd och bli någonting som används i den dagliga vården och som snabbare kan hjälpa individerna tillbaka till arbetet.

Sven Brus (kd): Riksförsäkringsverket har undersökt inte bara hur det står till med hälsan utan också ställt frågan varför det står till som det gör. Det är för att belysa den frågan som vi är samlade här i dag. Det finns inget enkelt svar, det vet vi. Hade vi haft det svaret hade vi inte behövt träffas här.

Jag skulle i första hand vilja be Anna Hedborg kommentera några aktuella undersökningsresultat. Tre korta frågor.

För det första har folkhälsan enligt den så kallade AHA-utredningen egentligen blivit bättre under samma tid som sjukskrivningstalen har ökat. En kommentar och en reflexion kring detta skulle vara intressant att få.

För det andra konstaterar Arbetslivsinstitutet att utbrändhet är minst lika vanligt hos arbetslösa som hos förvärvsarbetande. Nästan var femte sjukskriven är också arbetslös. En kommentar och reflexion kring det.

För det tredje menar en majoritet av de långtidssjukskrivna enligt en enkät som Riksförsäkringsverket har gjort att deras sjukskrivning och ohälsa beror på andra faktorer än arbetet och arbetsmiljön. En kommentar och reflexion kring detta.

Anna Hedborg: Att folkhälsan inte har försämrats i den utsträckning som sjukfrånvaron har ökat är alldeles klart. Däremot finns det tecken på att den psykosociala hälsan faktiskt har försämrats för just de grupper som är sjukskrivna. Vid det här laget är det också belagt att det finns ett samband mellan dem som direkt upplever en psykosocial belastning och dem som är långtidssjukskrivna. Dock är det ingalunda på det sättet att alla som upplever den psykosociala belastningen är sjukskrivna. Det är till och med så att när man frågar dem om de känner sig friska eller sjuka svarar många att de är friska.

Det här bevisar inte, men jag tycker ändå att det pekar i den riktningen, att det också har hänt någonting i förväntningarna. Där kommer den psykosociala miljön in – i samspelet mellan individ och arbetsplats – säkert också i samspelet med läkare och försäkringskassa. Jag tror inte att det går att utsluta att det ändå har skett förändringar i förväntningarna på hur mycket man ska stå ut med av ohälsa i kropp eller själ och samtidigt arbeta. Det är inte bara medicinsk ohälsa i den gamla vanliga meningen utan vi vet också att sjukskrivning förekommer för ting som tidigare inte ledde till sjukskrivning i samma utsträckning, alltså att man inte går ihop med chefen, att man är utsatt för svårigheter av mer känslomässig och privat karaktär. Det är ganska svårt att dra gränslinjerna mot vad som är sjukdom och sjukdomssymtom och vad som är andra problem. Där tror jag faktiskt att man får lov att konstatera att det sannolikt har skett någon typ av förskjutning i värderingen av när man kan vara sjukskriven.

Det finns en överrepresentation av arbetslösa som är sjukskrivna. Man vet sedan långliga tider att arbetslöshet i sig ofta leder till sjukdom. Det finns forskning sedan 30-talet på det området. Det är inte så märkvärdigt att de arbetslösa är överrepresenterade bland de sjuka. Det är måhända också en av delförklaringarna, dock bara en delförklaring, skulle jag tänka mig, till de stora regionala skillnaderna. Det är klart att när arbetslösheten är väldigt stor är också alternativen färre. Då är det svårare att hitta sin väg till det arbete man skulle kunna klara. Det kan faktiskt vara en bidragande förklaring till översjukskrivningen i de nordliga länen att arbetslösheten är större och arbetsmarknaden mindre där. Dock är det inte hela förklaringen, skulle jag ändå vilja säga.

Det är alldeles rätt att en undersökning visar att många anser att det är en kombination av orsaker som gör att de är sjuka. Ännu intressantare i den

undersökningen var egentligen att lite drygt hälften som deltog ansåg att om de fick påverka arbetssituationen på olika sätt skulle de kunna tänka sig att arbeta åtminstone delvis.

Mona Jönsson (mp): Anna Hedborg berättade att vi vet att det är de längre sjukskrivningarna, de som slutar i sjuk- och aktivitetsersättning, före detta förtidspension, som ökar. Vi vet att riksdagen ganska snart har på sitt bord ett förslag om att man ska tillvarata arbetsförmågan och titta på den i stället för att titta på arbetsförmågan. Vi vet också att vi har väldigt stor psykosocial belastning och många psykiska diagnoser. Vi har vetat detta ganska länge, och nu undrar jag: Finns det en okunskap om hur man rehabiliterar människor när de kommer in i de här långa sjukskrivningarna? Det finns långtidssjukskrivna som säger att de inte kommer i gång att arbeta på grund av att det är för stora steg att ta att arbeta 25 %, 50 % eller 75 % till exempel. Man skulle i stället kunna ha 5 % och 10 % arbetstid för att komma i arbete. Är det så att vi egentligen vet vad vi ska göra men att det inte händer?

Anna Hedborg: Det var en svår fråga. Det är faktiskt inte så lätt att veta hur man ska hjälpa en människa som har sammansatta symptom, svårt att komma tillbaka, svårt att hitta sin plats på arbetsplatsen. Återigen är nästan alla fall individuella. Var och en måste hitta sin individuella väg och sin individuella lösning. Möjligen har också arbetslivet under 90-talet blivit mer slimmat, ställer mer ensartade krav på människor. På så sätt har det blivit minst lika svårt som det var att hitta de där platserna som gör det naturligt att komma tillbaka.

Jag tror dock inte att det stora problemet är fjärdedelssjukskrivningar. Det handlar om att vara närvarande två timmar om dagen, vilket är ganska lite men kan vara ett lagom sätt att börja. Jag tror att det snarare handlar om att man på arbetsplatserna måste försöka hitta de arbeten som går att utföra i små portioner och kanske också låta människor vara närvarande utan att det blir exakt två timmars arbete utfört. Jag tror att flexibiliteten finns på de goda arbetsplatserna när det gäller att hitta lösningar där det går alldeles utmärkt att leva med de här fjärdedelarna. Det är också ganska svårt, och jag vet faktiskt inte om det skulle vara någon större poäng med en alldeles fri sjukskrivning heller.

Mona Jönsson (mp): Jag har en fråga till Eva Nilsson Bågenholm också.

Vi ska ju ha mer kunskap om försäkringsmedicin. Men tycker du att läkarna har tillräcklig kunskap om den psykosociala medicinen? Är det kanske det vi skulle utbilda läkarna mer i?

Eva Nilsson Bågenholm: Givetvis behöver läkarna kunskap i många olika saker. Men vi vet att det till hälften är allmänläkare som står för långtidssjukskrivningarna. Den andra stora delen av specialister som står för långtidssjukskrivningar är psykiatriker. Inom de här två specialiteterna är man relativt kunnig i det psykosociala och psykiatriska sjukdomspanoramata. Självklart kan man bli bättre, men jag tror inte att det är detta vi ska satsa på i första

hand. Om vi ska se till utbildningstillskott ska vi kanske mer diskutera vilka möjligheter som finns på det försäkringsmedicinska området.

Lennart Klockare (s): Herr ordförande! Jag vill börja med att ställa en fråga till Anna Hedborg. Den proposition som regeringen har lämnat i vår, nr 89 om jag kommer ihåg rätt, innehåller förslag om avstämningsmöten och annat, som Eva också berörde i sitt inledningsanförande. Det är viktigt att vi kan engagera alla parter, den enskilde sjuke, läkaren och alla arbetsgivare. Men vilka insatser måste vi göra för att lyckas få människorna i de olika positionerna att medverka och engagera sig i det här arbetet?

Framför allt skulle jag när det gäller det förebyggande arbetet, som jag tycker är oerhört viktigt, vilja fråga: Vilka åtgärder bör man kunna vidta för att öka engagemanget också när det gäller det förebyggande arbetet?

Eva berörde avstämningsmötena i sitt inledningsanförande och sade att det kanske blir problem när läkaren vill delsjukskriva en patient men patienten förväntar sig en heltidssjukskrivning. Då undrar jag: Kan man öka läkarens tryck på patienten att själv ta initiativ och aktivt medverka till att finna lösningar?

Anna Hedborg: Jag undrar om jag kan få lämna frågan vidare till Leif Westerlind som arbetar med just utvecklingsfrågorna.

Leif Westerlind: Jag tror att det är viktigt att kunna åstadkomma det här avstämningsmötet men att det kan finnas ett problem. Framför allt tror jag på det som Eva Bågenholm sade när det gäller läkarsidan. Därför har man på flera försäkringskassor redan nu börjat utveckla ett bra samarbete med vården. Man ska komma ihåg att för en läkare kanske det är sådana här avstämningsmöten relativt ofta, men för en enskild arbetsgivare ytterst sällan. Det är trots allt så att den enskilde arbetsledaren, chefen, inte behöver ha avstämningsmöte med så många personer. Jag tror att man måste hitta ett sätt att flexibelt ordna de här mötena så att de kanske ligger lokalt ute på vårdcentralerna. Man ser till att de kräver så lite läkartid som möjligt.

Sedan tror jag att det är viktigt att landstingen verkligen ger signalerna ut i sina organisationer att det här är viktigt. Jag tror också att om man kan få till stånd ett bra avstämningsmöte kan det vara en besparing i tid, därför att ett avstämningsmöte bör kunna leda till en plan för återgång i arbete. En sådan plan för återgång i arbete borde ibland kunna ersätta rätt mycket av det in-tygs- och utlåtandeskrivande som annars förekommer mellan försäkringskassan och läkarna.

Dessutom tror jag att det är viktigt att det skapas möjligheter att ersätta tiden som läkaren engagerar sig i avstämningsmötena, det vill säga att det ska finnas en möjlighet för huvudmännen att kompensera sig för den tid som man går förlustig.

När det gäller det förebyggande arbetet tror jag att det handlar väldigt mycket om att ha bra information, att skapa det som Anna pratade om, andra förväntningar. Vi har andra förväntningar på arbetsplatserna, vad man förväntas göra när människor börjar få problem. Man ska veta det, med tanke på den tidigare frågan, att en av svårigheterna med att klara av en rehabilitering är att

utslagningsprocessen också är lång. Det gäller alltså att komma i gång tidigt och uppmärksamma problemen.

Under hösten har vi från socialförsäkringsadministrationen, framför allt försäkringskassorna, varit ute på många arbetsplatser, framför allt på den offentliga sidan, och fört en dialog med arbetsgivarna. Generellt sett tror jag, från mitt perspektiv, att man kan säga att aktiviteten hos arbetsgivarna i dag är betydligt större än den var för ett antal år sedan.

Den sista delen gäller om man kan aktivera patienten. Ja, det tror jag. Jag tror alltså att ett grundläggande problem i vår sjukförsäkring är att vi har en förväntan: Är man sjuk ska man inte göra någonting alls, helst ligga i sängen. Jag tror att det vi behöver är att bryta den synen och att vi ska bli mycket mer aktiva. Jag tror att det är bra om man antingen kan arbeta till viss del eller också att man ska börja fundera på möjligheterna att arbetsträna, arbetspröva, kanske på sin vanliga arbetsplats, kanske på andra arbetsplatser, men att man under sjukskrivningsperioden inte är så passiv som man för närvarande är.

Eva Nilsson Bågenholm: Det är a och o att engagera patienten för att individen ska kunna komma tillbaka till arbete.

Vi vet dock att i de fall där man skulle kunna tänka sig att det är möjligt med en deltidssjukskrivning är det relativt ofta som patienten säger: Min arbetsgivare kan inte ordna ett anpassat arbete till mig. Det går inte att jag jobbar deltid därför att arbetet är anpassat till att det här finns individer som jobbar heltid. Det är inte ovanligt. Då är vi åter tillbaka till avstämningsmötet. Det gäller att arbetsgivaren också är med i de här diskussionerna. Hur kan man göra arbetsplatsen anpassad eller ordna det som krävs för att individen ska kunna jobba mindre och kunna komma tillbaka på deltid?

Sedan ska vi inte glömma att distriktsläkarna själva säger att det i de allra flesta fall är medicinskt motiverat att individen faktiskt är heltidssjukskriven. Vi har gjort en enkätundersökning ganska nyligen som har visat detta. Deltidssjukskrivning löser inte allt, men i de fall där det är möjligt måste det finnas tid dels för diskussion med och motivation av patienten, dels också med andra som till exempel arbetsgivare och företagshälsovården. Avstämningsmötet är en del i detta.

Birgitta Carlsson (c): Jag har fått svar på några av mina frågor, men jag har en fråga kvar. Den handlar om de pengar som har avsatts för rehabilitering. Det är flera utredningar som har visat att rehabilitering är oerhört viktig, liksom att man sätter in den tidigt. Vi vet att det har funnits pengar avsatta till rehabilitering, men de har inte använts. Vad gör man nu för att verkligen se till att alla pengar och resurser som är avsatta för rehabilitering kommer till användning?

Leif Westerlind: Det är naturligtvis ett problem som du nämner. Nu ska vi bara komma ihåg att de pengar som gäller rehabilitering är en relativt liten del av det samlade behovet av rehabilitering som oftast är sådant som ska skötas av landsting, arbetsgivare eller arbetsmarknadsmyndigheter. Det som är mer bestickande för vår del skulle jag vilja säga är att det tar väldigt lång tid för försäkringskassorna att komma fram till att det finns behov av rehabilitering.

Det beror bland annat på att utredningarna inte kommer till stånd tillräckligt tidigt.

Det är naturligtvis ett bekymmer att vi samtidigt har pengar över som vi inte använder oss av. Det här är något som vi är medvetna om inom socialförsäkringsadministrationen, och jag ska nog säga ärligt att lite pinsamt är det. Det ska vi ärligt säga. Men det vi gör nu är att vi för regionala diskussioner med varje försäkringskassa under april och maj månad. En av de punkter som vi tar upp med försäkringskassorna är hur deras plan ser ut för att utnyttja de resurser som har ställts till förfogande, speciellt de särskilda medlen. Jag hoppas att det kommer att visa sig att det har skett en förbättring.

Rolf Olsson (v): Jag ska faktiskt också vända mig till Anna Hedborg, Riksförsäkringsverket, men också gärna till Christer Hogstedt från Folkhälsoinstitutet, lite grann med anledning av en sak som Anna Hedborg tog upp om de länsvisa, regionala skillnaderna i sjukskrivningstalen. Vi fick en möjlig del-förklaring av Anna Hedborg om skillnader i arbetslöshet och brist på alternativ som människor kunde erkänna som jobb. Men Anna Hedborg var också inne på andra förklaringsmodeller. Det vore av stort intresse att få det lite mer allsidigt belyst. När mätningar har gjorts har vi kunnat se att de här skillnaderna i olika sammanhang har bestått i mer än 30 år. De går nu upp överallt, men skillnaderna finns där och består. Det vore av stort värde att få det belyst av de kontrahenter jag ställer frågan till.

Jag vill också passa på i det sammanhanget att få synpunkter på och belysning av de sociala och klassmässiga skillnaderna som vi kan se i sjukskrivningsmönstret. Det finns, menar jag, en del som jag tycker ganska vårdslösa påståenden om att det är inbillning som ligger bakom. Vi kan se att skillnaderna i sjuktal slår igenom också i ökad dödlighet i yngre åldrar, som också är klassmässigt. Då kan man knappast prata om inbillning. Det skulle jag gärna vilja få belyst.

Christer Hogstedt: Det har alldeles nyligen här i riksdagen antagits en proposition om folkhälsopolitiken. Dess grundläggande budskap är att den ojämlikhet vi ser i ohälsan måste minska. En huvudmyndighet för att försöka åstadkomma detta är Statens folkhälsoinstitut. Ur det perspektivet har vi uppmärksammat ganska mycket kring sjukförsäkringen. Även om det finns många andra aktörer har vi ansett att det är en högprioriterad fråga för oss också, dels att analysera orsakerna bakom, inte minst vilka följderna blir när man har varit förtidspensionerad eller långtidssjukskriven, dels hur samhället för övrigt påverkar de här förhållandena.

Det är alldeles riktigt att de klassmässiga skillnaderna, antingen man räknar dem i socioekonomiska grupper eller tittar på olika yrken, är kolossala när det gäller sjukskrivningar och förtidspensioner. Vi tolkar det huvudsakligen som att det är arbetsmiljöfaktorerna och arbetsmarknadspositionen – som är ett uttryck som används – det vill säga om man har tillgång till arbete eller inte, om man är arbetslös eller inte och vilka villkor som gäller, som förklarar en mycket stor del av ohälsan och att en huvuddel av åtgärderna måste ligga

på att anpassa arbetslivets förutsättningar till de förutsättningar som individerna har.

Sedan finns det också många levnadsvanor som bidrar till ohälsan. Här har Statens folkhälsoinstitut ett stort ansvar för att bidra med kunskap om hur man kan motverka alkoholskador, tobaksskador och hur man kan öka den fysiska aktiviteten och i viss mån också hur man kan påverka kostvanorna. De styrs i sin tur av de klassmässiga grunder som du nämner, så det hänger ihop där också. Vi har ett alldeles särskilt ansvar för att se till att den kunskapen kommer fram och tillämpas i de flesta av de här frågorna.

Måns Rosén: Jag ville närmast kommentera de regionala skillnaderna, där vi har gjort vissa studier där vi har utgått från väldefinierade diagnoser som har fastställts i sjukvården, det vill säga hjärtinfarkt och bröstcancer. Vi har kontrollerat inkomst och en massa andra faktorer. Då kvarstår väldigt tydliga regionala mönster, det vill säga att sjukskrivningslängden är ungefär 85 dagar längre i norra delen av Sverige jämfört med i Småland. Detta mönster är exakt lika för bröstcancer, hjärtinfarkt och total sjukskrivning, vilket gör att man tror att det också finns praxisskillnader som kan förklara en del av detta.

Bo Könberg (fp): I samband med de mål som har ställts upp för hur man ska få ned sjukskrivningarna har vi tyckt att det var lite märkligt att man inte har tagit in någon form av beräkning av vad som händer med förtidspensionerna. Som Anna Hedborg nu redovisade är det sannolikt så att förtidspensionerna inte kommer att minska. Om man tittar på slutet av 90-talet ser man att vi hade nya förtidspensioner på i storleksordningen 35 000 eller kanske 40 000 om året, medan vi i fjol hade 70 000. Det finns väl risk att det i år blir lika mycket. Vi har då tyckt att det vore rimligare att försöka hitta ett mål för verksamheten som inkluderade bägge delarna. Jag undrar hur Anna Hedborg ser på det.

Min andra fråga gällde, som några redan har varit inne på, frågan om de regionala skillnaderna. Om jag förstod Anna Hedborg rätt, och det är det jag vill kolla, har ni försökt att ta hänsyn till allting som går att ta hänsyn till, det vill säga ålder, bransch och annat för att försöka förklara det hela. Den förklaring som du pekade på skulle kunna förklara skillnader när det handlar om arbetslösheten men var om jag förstod dig rätt bara en del av förklaringen. Det gör att jag gärna vill fråga vad man tror om resten, som hittills inte har förklarats.

Till sist en fråga till Eva Nilsson Bågenholm som inledde med att tala om det paradoxala i att vi kan göra så oerhört mycket mer nuförtiden och att folkhälsan enligt en mängd kriterier tycks ha förbättrats, medellivslängd och allting annat. Ändå är det oerhört svårt att ta till sig att vi på fem år skulle ha hamnat i en situation som är dubbelt så illa som tidigare. Eftersom det bakom alla sjukskrivningarna ligger någon form av läkarintyg skulle jag vilja höra något försök till förklaring till att man på en femårsperiod kan hamna i en sådan situation. Flera av oss skulle kanske kunna förstå det som det var 10 år eller 35 år eller något sådant. Men hur kan man på fem år göra det när de flesta indicier pekar åt andra hållet?

Anna Hedborg: Det ligger i målet att förtidspensionerna inte får öka, utan de ska också minska. Och de kommer rimligen att minska betydligt under den här perioden från den här allra högsta nivån. Däremot tror jag inte att man kan förvänta sig det riktigt än. Det blir värre innan det blir bättre. Och om det inte blir värre så är det ganska illa redan med 70 000. Det är naturligtvis rimligt att man ser till helheten, men det hänger också samman med att vi har med oss en situation och historia i bagaget som kommer att ange utvecklingstakten under de allra närmaste åren. På lite längre sikt måste man självfallet se utfall också i minskade förtidspensioner. Det är också så man kan föreställa sig att det blir.

Det är precis så som Bo Könberg säger, att vi har kört alla förklaringsfaktorer vi över huvud taget har kunnat hitta på fram och tillbaka. Det har jag siffror på. Vi hittar egentligen inga förklaringar. Som Måns Rosén redogjorde för är det sannolikt så att det också finns praxisskillnader mellan söder och norr.

Eva Nilsson Bågenholm: Det här var hela den svåra frågan på en gång: Varför har det här skett på fem år? Det finns många olika faktorer som påverkar detta, och jag ska inte försöka räkna upp alla dem. Det handlar om alltifrån att arbetskraften är äldre, vi har slimmade organisationer i offentlig sektor och så vidare. Den direkta frågan till mig är väl: Varför skriver läkarna nu så många fler sjukintyg? Det är det du är ute efter.

Jag tror att det handlar mycket om att man har en normförskjutning i samhället som också läkarna givetvis inbegrips i. Det är inte så att vi har färre läkare. Även om vi i dag har en läkarbrist, har vi inte färre läkare än vad vi hade för fem år sedan. Läkarna har inte plötsligt gått ut och samlat sig och sagt att nu ska man göra på ett annorlunda sätt och att man ska bedöma generösare. Här har det skett en successiv förskjutning.

Det har skett förr. Statistiken går upp och ned, men det är extra markant nu. Jag kan inte ge dig något givet svar på detta. Den försäkringsmedicinska utbildningen har inte försämrats. Den har snarare legat ganska konstant. Nu får vi försöka att förbättra det hela utan att vi kan hitta någon specifik orsak.

Anna Lilliehöök (m): Jag skulle vilja börja med att ställa en fråga till Läkarförbundets företrädare. Det gäller det här med sjukdomsbegreppet. Som jag ser det är det ett problem att i de regler som finns förutsätter man en viss flexibilitet för att kunna klara av förändringar i läkarvetenskapen. Det finns något som heter vägledning. Det är inte riktigt riksdagens bord att formulera dem, men där står det att det ska vara enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning. Det är en ganska lösformulerad formulering. I nästa mening står det som är mest intressant. Det står att med den utgångspunkten kan varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte hör ihop med den normala livsbeteckningen betecknas som sjukdom.

Vi har just fått en proposition här i riksdagen där det förespeglas att nu ska sjukskrivningsprocessen stramas upp. Det ska ske i förhållande till det som faktiskt står på andra håll, nämligen att man ska bortse från arbetsmarknad,

ekonomi, sociala och liknande förhållanden. Man har alltså skärpt detta. Men kvar står ändå den här ganska portalmässiga meningen.

Jag vill ställa en öppen fråga om hur du ser på detta. Finns det någonting som vi som lagstiftare kan göra för att stötta läkaren, som ju är en nyckelperson. Jag tror att individen också är mycket av nyckel till detta. Efter vad jag förstår är det också enligt någon undersökning mycket över två tredjedelar som är sjukskrivna på individens initiativ. Vi måste förstå att det inte är läkarna som tar initiativ till detta. Det är ju en annan fråga som man kanske kan komma in på. Det gäller alltså sjukdomsbegreppet och initiativet till sjukskrivningen och om det är någonting som vi kan göra för att hjälpa till.

Eva Nilsson Bågenholm: Jag tackar för frågan om vad man kan göra lagvägen för att förbättra förutsättningarna. När det gäller sjukdomsbegreppet tror jag att det är oerhört svårt att komma fram till någonting bättre lagstiftningsvägen. Det här är en flytande gräns, och det är oerhört svårt att dra en specifik gräns.

En individ som söker läkare för att man mår dåligt mår ju naturligtvis dåligt. Vi får ju förutsätta att individen faktiskt gör det och inte kommer bara för att man vill vara ledig. Då är det jättesvårt att som doktor säga att man inte hittar någon specifik sjukdom enligt lagtexten och därför inte kan sjukskriva personen. Man får faktiskt lyssna till patienten och gå på vad patienterna uttrycker. Efter en väl övervägd diskussion kommer man förhoppningsvis fram till att sjukskrivning är det bästa här och nu. Men när det är de här oklara sjukdomstillstånden ska man kanske inte göra det lika länge. Man ska kanske ha en uppföljning lite snabbare och se hur man kan få individen tillbaka i arbete för att påskynda processen.

Även när man har en väldigt väl definierad sjukdom som till exempel hjärtinfarkt är det oerhört svårt att veta när individen kan gå tillbaka till arbetet. Jag har själv patienter med hjärtinfarkt. Det finns så oerhört olika individuella förutsättningar. Även om man medicinskt sett har samma diagnos kan en individ gå tillbaka efter två dagar medan en annan individ behöver två månader. Och det går inte att reglera i lag hur man ska göra den bedömningen. Här måste läkaren ha en viss flexibilitet. Detta är naturligtvis också till nackdel för läkaren, men det måste finnas där för att man ska kunna lyssna till de individuella förutsättningarna hos den enskilda patienten.

Samtidigt ligger det ju i luften att det är individen som vill vara sjukskriven för att vila upp sig och göra någonting annat. Men man får hoppas att läkaren i de fallen, och jag tror inte att det är de flesta fallen, kan göra en stramare bedömning. Då kan man naturligtvis luta sig mot lagen, och ska också göra det. Men jag tror att det inte heller där behövs någon bättre lagstiftning, utan att det gäller att använda sig av de regler som finns, men det är oerhört svårt.

Kenneth Lantz (kd): Herr ordförande! På styrelsemötet i Försäkringskassan i Skåne i går hade vi inte helt oväntat de här frågorna uppe. Vi diskuterade bland annat det som Bo Könberg ställde frågor om, så det lämnar jag därhän. Men även avstämningsmötena aktualiserades, och jag utgår ifrån att Anna

Hedborg ställer sig positiv till tidigare möten med läkarna. Det behöver kanske inte besvaras med mer än ett ja eller med att nicka, och det ser jag att du gör. Tack!

Då skulle jag vilja ställa en fråga till Eva Nilsson Bågenholm. Det har ju visat sig gång på gång att de här tidiga träffarna med läkarna är positiva för en kortare sjukskrivning och en tidigare återgång till arbetslivet. Nere i Skåne har vi den erfarenheten att vi har försökt kommunicera med läkarkåren om just det här problemet, men vi har dock inte mött någon större jublande respons. Varför blir vi så nonchalerade? Vad gör vi för fel? Hur ska vi kunna nå läkarkåren med vårt ganska enkla budskap?

Mariann Ytterberg (s): Jag har en fråga om forskning, statistik och kartläggning. Jag vänder mig till Måns Rosén och kanske till Christer Hogstedt. Varför vet vi inte mer när det gäller forskning? Eller gör vi det? Vi säger att antalet sjukskrivningar har fördubblats sedan 1997. Har allting fördubblats? Är vi dubbelt så sjuka i samma krämpor som 1997, eller finns det andra mönster i detta? Jag undrar också om det finns formella hinder för kartläggningen, någonting som man skulle kunna göra någonting åt lagstiftningsvägen. Det handlar om den klassiska frågan om var, när, hur och varför ohälsa inträffar.

Eva Nilsson Bågenholm: Försäkringskassan är positiv, och läkarna är också positiva. Men de läkare som man framför allt vill nå är allmänläkarna, och vi vet att det finns en brist på allmänläkare i dag. De säger att det är svårt att få tid för det här avstämningsmötet. Samtidigt säger de att det inte finns någon annan väg att gå. Det vi vet från olika projekt, Finsam och liknande, är att de gånger man får till stånd den här samverkan mellan läkare, försäkringskassan och arbetsgivare fungerar det oerhört bra.

Jag tror att det gäller att lyfta fram de här exemplen och se till att läkarna finner en stimulans i detta. Det gäller att hitta lösningar där man kanske ordnar mötena på vårdcentralen i samarbete med försäkringskassan. Man måste försöka göra detta på ett enkelt sätt. Det interna remissvaret från vår distriktsläkarförening var väldigt positivt till avstämningsmötena, men sedan kom detta med tiden. Det handlar inte om att man behöver andra morötter, som att det behövs mer pengar. Det är inte det man framför, utan det är framför allt tid för avstämningsmöten.

Samtidigt ser man att när man väl har kommit i gång med dem kommer det att förbättra situationen. Det gäller på något sätt att komma över en puckel för att se att det blir bättre i slutändan. Men det kommer att vara trögt i början. Det är jag fullständigt övertygad om, framför allt där man har brist på allmänläkare. Men det måste komma i gång, och då får man försöka hitta lösningar på vårdcentralerna i de regioner där det nu är problem som passar just de läkarna, och det kan se olika ut.

Måns Rosén: När man har försökt att sätta sig in i det här området har man slagits av att vi vet väldigt lite om orsakerna till den ökande sjukfrånvaron. Samtidigt har vi väldigt stora förutsättningar att ta reda på det i Sverige. Jag tror att ett skäl till varför vi vet så lite är att forskningen är relativt sektorise-

rad. Ekonomer tittar på konjunkturförhållanden och förklaringar till sjukskrivning. Epidemiologer tittar på hälsa, och arbetsmiljöforskare tittar på annat. Jag tror att vi behöver ta ett större helhetsgrepp om detta.

Det som jag slåss för tror jag att Anna Hedborg också har tagit upp i sin utredning, nämligen att underlätta möjligheterna till samkörning av register för att få ökad kunskap om orsakerna till detta. Jag tror att vi skulle kunna få reda på mycket mer än vad vi vet i dag.

Christer Hogstedt: Förutom understödjande av datasamkörningar behövs det ytterligare saker. Jag tror att det är alldeles särskilt viktigt att påpeka att även om vi inte har fullständig kunskap om vad som orsakar detta, mer än att det är ett mycket sammansatt problem, vilket alla är överens om, är det ändå så att när huset brinner gäller det i första hand att släcka det. Sedan är det intressant för framtiden att veta hur det uppstod. Men just nu tycker jag att det största forskningsbehovet och kunskapssammanställningsbehovet är: Vad kan vi dra för lärdom av alla de försök som pågår inom försäkringskassan och på arbetsplatser för att minska sjukskrivningarna och snabbrehabilitera? Det är inte minst kopplat till de nya avstämningsmötena. Hur ska man få dem att fungera så att de inte bara blir planer utan att de faktiskt utförs? Där tror jag att det finns en del idéer. Nu gäller det alltså framför allt att koncentrera sig på interventionssidan.

Psykisk hälsa, stress och utbrändhet

Staffan Marklund: Jag har tänkt presentera något kort kring de arbetsmiljöförändringar som hänger ihop med ökningen av sjukfrånvaron i Sverige. Innan jag går in på det ska jag dock väldigt kort kommentera några av de frågor som har varit uppe.

En brist som jag upplever som forskare är att vi för närvarande inte har diagnoser i sjukförsäkringsregistret, och jag antar att det är riksdagens ansvar att se till vi kan få det. En annan brist är att vi inte har individernas yrken i registret. Jag vet att det är på gång. Vi har diskuterat det mycket. Vi hoppas att det kommer snabbt. Det skulle höja precisionen avsevärt. I övrigt har vi ett ovanligt bra läge i Sverige, precis som Måns var inne på. Vi har bra statistikregister och bra tillgänglighet till dem också.

När det gäller diskussionen om den psykosociala arbetsmiljön och sjukfrånvaron behöver man kanske vidga det något. Ibland diskuterar man arbetsmiljö i största allmänhet. Jag tror att det är riktigt, som många andra har påpekat, att vi har hygglig koll på den fysiska arbetsmiljöns utveckling. Men det är också viktigt att komma ihåg att det sker förskjutningar. Jag ska bara ge ett enda exempel, och det rör buller.

Bullret har minskat avsevärt i den svenska industrin. Män utsätts i mindre grad för buller nu än vad de gjorde för tio år sedan. Det har skett kontinuerligt, och det är bra. Å andra sidan har bullret bland kvinnor ökar kraftigt, framför allt i vård- och omsorgsverksamheter som inte alls var utsatta för

buller tidigare. Det betyder att det ser ganska jämt ut om man summerar. Det ser också ganska hyggligt ut internationellt sett.

Jag tror också att man kan säga att den ergonomiska arbetsmiljön är ett succéområde i Sverige. Vi har en väldigt hög ambitionsnivå. Problemet där är att vi inte riktigt ser resultaten. Belastningsskadorna är fortfarande omfattande. Det är klart att det måste tolkas så att det inte bara är en arbetsmiljöfråga, men det finns också olika former av belastningar och kombinationer av belastningar. Belastningsskadorna hänger också ihop med den psykosociala arbetsmiljön. Det är inte bara en fråga om vi lyfter tungt eller sitter för länge, utan det är också fråga om andra belastningar.

Sedan menar jag, och det får vi väl diskutera närmare, att det har skett en markant ökning av de psykosociala kraven i det svenska arbetslivet, men den är ganska ojämn. Det har framför allt skett inom vissa sektorer, vissa branscher och vissa yrken. Det ska jag strax visa. Jag menar också att det är väl belagt att alltför höga krav och alltför låg kontroll över arbetet markant ökar risken för långvarig sjukskrivning. Det ökar också risken för distinkt sjuklighet. Hjärtkärlsjuklighet är ett exempel på det. Rörelseorgansbesvär finns också väl belagt. Men även här är det viktigt att komma ihåg att det finns mycket stora skillnader mellan branscher, yrken och företag. Det går inte att presentera en alldeles enhetlig bild och tala om Sverige i största allmänhet. Det sker väldigt stora förändringar.

Jag vill summera lite grann för att få en bild av både risken och hur många individer som berörs av det här. När det gäller stora ergonomiska belastningar baseras det här alltså på många olika underfrågor när vi mäter det. Det är arbetsmiljöundersökningarna som görs av SCB på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Där har vi väldigt bra data från 1989 och framåt. Vi mäter det vartannat år nu.

(Bild 16) Det är väldigt tydligt att personer med omfattande ergonomiska belastningar också har en kraftig riskökning för sjukskrivning och förtidspension. Det råder inget tvivel om det. Det omfattar ganska stor grupper av människor i Sverige. Det rör sig om en halv miljon män och nästan lika många kvinnor.

När det gäller monotont arbete, som annars faktiskt minskar lite grann i Sverige, finns det också en kraftig riskökning. Men där är det å andra sidan betydligt färre människor som omfattas av det.

Jag kommer strax mer i detalj in på den psykosociala arbetsmiljön mätt som alltför stora krav och alltför låg kontroll. Där finns det också väldigt tydliga riskökningar och ganska stora grupper. Det handlar om nästan en halv miljon kvinnor och 300 000 män.

Jag börjar med att säga något kort om hur vi mäter detta. Det sägs ofta när jag träffar folk att det bara är vad folk uppfattar. När vi mäter den psykosociala arbetsmiljön i Sverige i dag är det inte så hemskt mycket uppfattningar vi är ute efter. Vi är ute efter att beskriva arbetssituationen väldigt konkret. Man kan naturligtvis tveka om att använda ordet "objektivt", men det är åtminstone avsikten att det ska vara det.

Vi mäter det i form av en mängd olika typer av frågor. När det gäller krav frågor vi om folk tar med sig jobb hem, om de drar in på lunchen eller andra raster för att få jobbet gjort och om det är stora psykiska krav i arbetet. Vi försöker öka precisionen genom att fråga om det händer varje dag, varje vecka, varje månad och så vidare. Den här mättekniken utvecklades redan på 80-talet. Den används också i de flesta andra länder.

Skälet till att vi kan vara ganska säkra på att det här stämmer är att vi validerar det här på två olika sätt. Det ena är att vi skickar ut experter som tittar på jobbet. Är det så att de bara gnäller eller ser det ut så här? Vad gör de när de jobbar? För det mesta har experterna och de anställda ganska likartade uppfattningar om kraven i arbetet.

(Bild 23) Det andra sättet att validera innebär att vi tittar på stresshormoner, det vill säga hur kroppen reagerar på påfrestningarna. Där finns det också väldigt robusta data som tyder på att när vi mäter psykosociala påfrestningar med hjälp av frågeformulär eller liknande har de individer som har höga värden på de frågorna också höga värden när det gäller stresshormoner.

Jag vill vara noga med detta för att visa att vi inte behöver vara så oroliga. Vi kan mäta psykosociala påfrestningar. Finner vi sådana så finns de. En viss försiktighet ska man förstås ändå ha som forskare. Det kan röra skillnaden mellan män och kvinnor i den här precisionen. Det kan röra olika yrken där vi inte har utvecklat mättekniken så bra.

Hur har det då sett ut under 90-talet? Jag börjar med kvinnorna. Vi har alltså data som är jämförbara. Det är exakt samma frågor som har ställts, och jag är en av dem som har slagits för att de ska fortsätta att se ut så. Vi behöver vara lite konservativa i mätningarna för att kunna jämföra över tid. (Bild 17) Det är väldigt tydligt att det framför allt inom landstingssektorn och inom kommunsektorn har skett väldigt kraftiga ökningar när det gäller andelen som har så kallade höga anspänningsarbeten, det vill säga att de har alltför höga krav på sig och för liten kontroll. De har väldigt mycket att göra, och de kan inte påverka när, var eller hur det här arbetet ska utföras. Det leder till att man har ett väldigt spänt jobb.

Det började lite före 1997. Det var senast 1997 alla siffror började stiga. Tidsmässigt stämmer det. Det stämmer också branschmässigt. Det är i de här sektorerna sjukfrånvaroökningen är störst. Men det är också viktigt att notera att staten inte har en kraftig ökning. Det ser ganska stillsamt ut. I privatsektorn ser det också ganska stillsamt ut. Även i de båda sektorerna har vi haft en ökning av sjukfrånvaron. Det betyder att vi också måste ställa frågan: Kan det här förklara allt? Och det är klart att det inte kan.

Det finns två konkurrerande faktorer som jag vill nämna eftersom de inte har varit uppe och som är väl belagda. Den ena är åldersfaktorn. Åldersförändringen av arbetskraften har en distinkt effekt på ökningen av sjukfrånvaron efter 1997. Det ser lite olika ut i olika undersökningar när det gäller hur stor den är, men det råder inget som helst tvivel om att den finns och är betydande.

Sedan kan man ju vara lite fundersam över hur man ska tolka detta. Vi kan inte göra så mycket åt det. Men vi kommer faktiskt att göra en del åt det. Efter 2015 ungefär kommer arbetskraften att förnygras en aning. Väntar vi bara tillräckligt länge kan vi möjligen nå det här målet. Men det är viktigt att komma ihåg att vi ålderstandardiserar. Vi måste kontrollera för ålder så att det inte bara blir ett åldersbrus i det hela.

Det andra typen av faktorer som vi är rätt övertygade om spelar roll, men där vi har mycket dålig koll, är förändringar i privatliv, familjebelastningar, fritidsaktiviteter och liknande. Det har vi inte alls lika bra koll på.

När vi summerar alla faktorer vi kan mäta kan man säga att arbetslivet kan förklara ungefär 30 % av variationen. Det är lite mer i en del undersökningar och lite mindre i en del. En tredjedel ytterligare kan vi förklara med andra pålitliga faktorer som vi ibland lyckas hitta, balansen mellan det privata och arbetslivet till exempel. Men en tredjedel är faktiskt slump där vi inte vet något alls. Det är kanske inte heller så konstigt när det gäller sjuklighet. En stor del av den går inte att förklara med kända faktorer.

(Bild 18) När det gäller männen ser det ungefär likadant ut. Dramatiken är lite intressant på slutet där det går ned kraftigt i landstingssektorn. Jag vet inte exakt vad det beror på. Jag känner inte till någon närmare förklaring till det. Vi kan också se att när det gäller kommunsektorn har männens ökning varit mycket stillsammare än kvinnornas. Det är ju relativt få män där i förhållande till kvinnor. Drygt 80 % av kommunsektorns anställda är kvinnor.

Så till frågan om det går att använda det här för att förklara risken för sjukskrivning. Där använder jag den här så kallade krav-kontroll-modellen där vi kombinerar kraven i arbetet med frihetsgraden i arbetet. Där stämmer modellen förfärligt bra. De individer som utsätts för väldigt höga psykiska krav men har låg kontroll och små möjligheter att påverka när, var och hur jobbet ska utföras har en överrisk för sjukskrivning på nästan två och en halv gånger. Det är ett kraftigt utfall.

Men även de som har höga krav och hög kontroll har faktiskt en överrisk i dag. Så har det inte sett ut tidigare. Jag gjorde motsvarande studie på 80-talet, och då låg de väldigt fint till, som de ju också ska. Det var det vi tänkte oss som arbetsmiljöforskare. Det var en grupp. Det var sådana som vi som visserligen har mycket att göra men som också kan påverka det. Då gillar vi jobbet, och då är stress inte farligt. (Bild 19) Nu visar det sig – och detta gäller särskilt för kvinnor – att det finns en överrisk även i den här gruppen.

(Bild 20-21) För att illustrera tydligt att det finns ganska stora skillnader men en total ökning i alla, har vi valt att titta på sömnbesvär, som också rapporteras i arbetsmiljöundersökningarna i Sverige över tid. Vi har data sedan länge. Vi har summerat detta för att få stora baser. Vi har 80-tal, 90-tal jämfört med de data som vi har för 2000-talet. Det är väldigt tydligt att det sker ökning av sömnbesvär bland kvinnor, och för övrigt också bland män, i alla yrkesgrupper. Men de ligger ju på ganska olika nivåer. Här kan man säga att det illustrerar att yrkesskillnaderna slår igenom på reaktionen.

Låt oss titta på fördelningen av sjuklighet. Det finns en annan viktig lärdom. Vi diskuterar ju väldigt mycket de psykiska sjukdomarna, framför allt utbrändhet. För övrigt kan man säga att utbrändhet som ren diagnos är ett väldigt ovanligt fenomen i Sverige. Det är fortfarande bara 3–4 % av de faktiska diagnoserna. Men vidgar man detta, som jag ändå tror att man ska göra, till bredare frågor om utmattningsdepressioner och liknande, är det en väldigt tydlig ökning av den typen av sjuklighet i Sverige. Det stämmer väl med den bild jag har visat tidigare.

(Bild 22) Men det är också viktigt att komma ihåg att vi fortfarande har en väldigt stor grupp med rörelseorgansbesvär. Det är fortfarande den största gruppen. Den ökar också. Men inte nog med det. Dessutom ökar övriga sjukdomar, och där ingår ju sjukdomar som i allmänhet inte har med arbetslivet att göra, till exempel cancersjuklighet och en mängd andra typer av sjukdomar som inte går att förklara entydigt med arbetslivet.

Där kan man möjligen fundera över om en del av den här ökningen inte alls behöver orsakas av arbetslivet men ändå har med arbetslivet att göra på det sättet att det är svårare att arbeta med lite sjuklighet i ett modernt arbetsliv än vad det var för ett antal år sedan. Det kanske är svårare att hantera lite värk och lite trötthet i ett arbetsliv som ställer ökade krav på medarbetarna.

Jag ska sluta där. Jag vill bara säga att jag uppfattar att det finns ganska bra belägg i Sverige och i några andra länder för en tydlig ökning av de psykosociala problemen i arbetslivet och att det väldigt tydligt hänger samman med ökad sjukfrånvaro. Men det varierar väldigt kraftigt. Det finns i Sverige, och det är väldigt viktigt att ha klart för sig, företag, verksamheter och även kommuner och landsting som har en väldigt bra psykosocial arbetsmiljö. Det glömmes man väldigt lätt bort. Det är väldigt stor variation här.

Åke Nygren: Jag vill också tacka för att jag fick möjligheten att komma hit och visa vad vi håller på med på Karolinska Institutet.

De frågor som jag tänkte belysa är: Vad är det för diagnoser som ligger bakom den ökade sjukfrånvaron, och vad kan man göra åt dem? Just den detaljen har ju också varit uppe i frågestunden.

Var kan man se de här sjukskrivningsdiagnoserna? Var finns de någonstans? Riksförsäkringsverket gör ju sina årliga punktundersökningar, men sedan har AFA, alltså arbetsmarknadens parters försäkringsbolag, en databas sedan 1972. Där har man registrerat diagnoser på dem som får utbetalning därifrån. Alecta har hakat på och gör sedan 1995 samma sak. Detta har vi validerat. Vi har kontrollerat att det stämmer, och vi använder nu det här väldigt mycket i vår forskning, och vi tittar på förändringar. Och det tänkte jag visa.

Det har till exempel varit uppe en diskussion om regionala förändringar. Här har vi då en bild med regionala förändringar i landsting. Det handlar om antal sjukfall, 90 dagar eller längre, per tusen landstingsanställda. Nu har jag tagit mental diagnos, för det var det som det här passet skulle handla om. När det gäller långtidssjukskrivna, mer än 90 dagar, för mental diagnos vet vi att det till ganska stor del handlar om det som populärt kallas för utbrändhet,

utmattningsdepression eller utmattningssyndrom. Här ser man att det inte är riktigt samma nord-sydliga gradient som när det gäller sjukskrivningar i allmänhet. Det man kan se är till exempel att Värmland har den högsta sjukskrivningen 2001. De här staplarna är alltså från 1998, 1999 och 2001, och där leder Värmland.

Ett annat intressant fenomen är Kronoberg, där det fördubblades mellan 1999 och 2000, och sedan har det gått ned. Vi låter nu Statistiska centralbyrån hjälpa oss att undersöka vad det kan bero på. Som ni vet har det under 90-talet varit neddragningar på landstingen, och vi håller nu på att kartlägga hur mycket det betyder. När det gäller just Kronoberg, som vi har gjort en specialstudie av, var det under det här året en otrolig turbulens med omorganiseringar, nedläggning av sjukhus och så vidare, som kan förklara det här.

Kalmar är ett landsting som har väldigt lite av den här problematiken. Där har vi också en specialstudie på gång. En del av det kan kanske förklaras av att man inte har haft så mycket neddragningar där. Sedan är det då de norrländska lanstingen, och där är det, som sagts tidigare, ganska högt.

I Stockholm är det ganska lite. Det kan kanske förklaras med, när det gäller just det här med arbetslöshet och sådant, att det är lättare att få jobb i Stockholmsområdet. Det är vad Statistiska centralbyrån tipsar oss om.

(Bild 24) En annan intressant fråga är: Hur ser det ut om man jämför diagnoserna i kommuner, landsting och LO-kollektivet? Det här är det som AFA försäkrar. Mentala sjukdomar, som jag sade handlar det till ganska stor del om utmattningsdepression, muskuloskelettala sjukdomar, sjukdomar i luftvägarna hjärt-kärlsjukdomar utgör tillsammans 80 % av sjukskrivningsproblematiken, vilket yrke eller vilket jobb man än har. Det har vi sett i den här databasen.

Det som är intressant att se när det gäller utmattningsdepression är att LO-kollektivet har ganska lite av de problemen. Där dominerar fortfarande de muskuloskelettala problemen. I kommuner och landsting är det fler, ungefär en tredjedel, som har utmattningsproblem.

(Bild 25) Maslach, som myntade begreppet på 70-talet, tittade just på människovårdande yrken. Det var utifrån det som hon myntade begreppet utbrändhet. Vi har också tittat på olika yrken på samma arbetsplats. Då har vi återigen tagit sjukvården. Vi har jämfört städare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Då ser man att den grupp som har mest av utmattningsproblematiken är läkarna, 42 %. Man kan titta på andra yrken. Den enda grupp som slår läkarna är präster. De har 48 % av den här problematiken. Städare och undersköterskor har, som ni ser, mer av muskuloskelettala problem, och det har väl att göra med belastningen på just muskler och leder.

(Bild 26) Vad är det som är gemensamt för de här fyra diagnoserna? Det finns säkert flera saker, men en sak som vi kan ta fram är stress. Vi vet att stress leder till spänningar i muskler, och att det påverkar i fråga om blodtryck och hjärtinfarkt är känt. Det gäller även utmattning och depression. Stress är den gemensamma nämnaren.

(Bild 27) På Karolinska Institutet har vi haft en studie där vi har tittat på tjänstemän. Där har vi försökt att validera de här diagnoserna. Det vi kunde hitta när det gäller dem som är sjukskrivna för en mental diagnos, det som populärt kallas utbrändhet, utmattningsdepression eller vad vi vill, var att 79 %, nästan 80 %, hade en egentlig depression, enligt de definitioner som finns för att diagnostisera en psykisk sjukdom.

(Bild 28) Vad säger de här människorna som vi har undersökt? Vi är nu uppe i 350 stycken. Vad säger de är orsaken till det här? Ja, i 50 % av fallen hittar vi ingen annan utlösande faktor än arbetet. I resten handlar det om familj och det privata livet. När det gäller familj är det övervägande kvinnor, och när det gäller arbetet är det ganska lika mellan män och kvinnor.

Vad säger de då att det är på arbetet som orsakar det här? De flesta säger att det har att göra med omorganisationer. Då gäller det inte första omorganisationen, utan det handlar om när det blir tre, fyra omorganisationer inom en ganska kort tid. Då ställer sig till och med stora starka karlar och gråter för att de inte vet vem som är arbetskamrat, vem som är chef eller vad de ska göra. Det finns en annan sak som kanske är kombinerad med detta. En omorganisation betyder ofta att det blir färre som ska göra samma jobb, och det blir en för stor arbetsbörda. Det här är det som våra patienter säger att det handlar om.

När de kommer till oss har de varit sjukskrivna i minst 90 dagar. Vi har då försökt att göra en liten beskrivning av hur de upplever det. När de har gått in i väggen, som de kallar det, säger de ofta att det hände vid en ganska exakt tidpunkt. De säger: Det var en torsdag klockan tre då jag tog upp bilnyckeln och inte kom på vad man skulle ha den till. Jag hittade inte bilen. Jag kom inte ihåg kodnumret på min dator. Men om man går tillbaka och tittar ser man att den här processen har pågått under en ganska lång tid. Det börjar ofta med värk i kroppen. Om man har ett arbete där man använder musklerna kan man ju tänka sig att det är det som man sjukskriver sig för i första hand. Sedan kommer då andra besvär som de beskriver – det här beskriver samtliga ganska entydigt. Det är sömnbesvär, och i och med sömnbesvär blir det energilöshet och minnesproblem. Glädjelöshet och nedstämdhet följer av det, och sedan är utmattningssyndromet där. Det här är alltså ett förlopp som vi har kartlagt.

Det här är då det som vi frågar patienterna om. Vi håller nu på med två studier där vi försöker följa det här när det gäller läkare och sjuksköterskor prospektivt. Det är en longitudinell studie som kommer att ta ganska lång tid. Den kommer inte att bli klar innan jag har gått i pension.

Vad kan man göra åt det här, och vad har KI, Karolinska Institutet, och AFA gjort åt den här problematiken? Ja, sedan 1985 har vi haft modeller. Vi har byggt upp modeller i samråd med svensk expertis och utländsk expertis. Vi har haft seminarier. Vi har haft konferenser. På det sättet har vi nu evidensbaserade modeller för hjärtproblem, smärta i rygg och nacke, astma och KOL. Vi har inte hittat på några modeller. Vi använder de modeller som vi har lärt oss av litteraturen och av de här modellerna. Det vi har gjort är att vi

har använt dem systematiskt på olika sätt, och vi har rehabiliterat folk och sett vad det ger för nytta.

Gör man rätt saker i rätt tid halverar man åtminstone förtidspensioneringen, om man tar diagnos för diagnos. Vi håller nu på att ta fram liknande modeller för psykiska utmattningstillstånd. De här använder vi nu i landsting och på företag, och vi har just i dagarna fått resultatet från de företag som vi håller på med och ett landsting. Vi ser att vi i samtliga fall minskar sjukskrivningarna genom att gå in i tid, kartlägga riskpatienterna och åtgärda riskpatienterna när det gäller både arbetsorganisationen och de personliga problemen. Med detta har vi vänt kurvan på de här företagen.

Vi provar samma sak på landsting. Och i Västernorrland har vi fått det att gå ned. Vi har två landsting. Det är Kalmar, eftersom det är det landsting som har lägst siffra – vi vill lära oss vad det är där som gör att det fungerar. Och så är det Västernorrland. Där har vi utbildat 19 kuratorer, sjuksköterskor. Där jobbar vi just med de mentala diagnoserna för att lära oss hur man ska handskas med dem och ta hand om dem.

Som avslutning vill jag nämna vad vi gör när det gäller utmattningsproblematiken, utbrändheten. Som ni såg på förra föreläsarens bilder är det detta som ökar mest. Vi tror att behandling ska ske i grupp. Det har vi fått lära oss nationellt och internationellt. Vi tror på gruppterapi, och vi håller nu på att pröva en sådan gruppterapi. Vi kopplar det till att man verkligen tittar på den arbetsinriktade rehabiliteringen samtidigt som man tittar på individen. Vi har utbildat samtalsledare för psykoterapi, 19 stycken som jag sade, i Västernorrland. Vi tror inte att det finns tillräckligt med terapeuter för att kunna ta hand om det som pågår, men vi har även tittat på en annan teknik. I Kalmar tittar vi på dem som är i riskzonen för det här, och så har vi utbildat folk för att ta hand om det. Just det här håller vi på att utvärdera i dagarna.

Linnéa Darell (fp): Jag skulle vilja fråga dig, Staffan Marklund, om ett par saker som jag fastnade för i ditt anförande.

Vi vet alla att sjukskrivningarna är mest omfattande inom kommuner och landsting, och det visade du. I dag finns det en hel del privata vårdgivare där arbetsuppgifterna är desamma. Vad jag har förstått både av din föredragning och av tidigare statistik är sjukfrånvaron inte lika hög där, trots att det som sagt är samma arbetsuppgifter och ganska pressad ekonomi antar jag – de flesta har ju avtal med kommunerna. Det är också mycket kvinnor som är anställda. Jag skulle vilja höra om ni forskar kring det och tittar på vad man kan lära i kommuner och landsting eller vad orsakerna kan vara.

Du nämnde att av faktorerna är det 30 % som beror på arbetslivet. I den allmänna debatten kan man tro att det är 100 %. Du nämnde att förändringar i privatliv, familjestruktur och annat är en stor del men att det där finns dåligt med forskning. Det är lite bekymmersamt, för det borde ju vara intressant dels ur det här perspektivet som gäller sjukskrivningar och ohälsa, dels med tanke på att det väl ofta drabbar kvinnor. Därför skulle det kunna vara ett intressant forskningsområde ur jämställdhetssynpunkt.

Min fråga är: Finns det någonting som tyder på att intresset för forskningen om de här frågorna ökar?

Staffan Marklund: Vad gäller den första frågan uppfattar jag det hela ungefär som du: I stort sett ser det lite bättre ut i de privatiserade verksamheterna. Man får hålla koll på att det verkligen är samma verksamhet. Det är inte alltid riktigt på det sättet, för all del. Man bör dessutom förstås hålla koll på att personalsammansättningen ser likadan ut, så att det inte är ungdomarna som flyttar över till de privata verksamheterna.

Dessvärre, kan man säga ur forskningsperspektiv, är det alldeles för lite privata verksamheter. I de undersökningar vi har är de lite för få. I många kommuner råder ju fortfarande den klassiska kommunala ordningen. Generellt uppfattar jag nog att det ser ut som du antydde, men vi behöver beforska det ytterligare. Framför allt behöver vi ju ta reda på vad det är som gör att det är så här. Är det att de är privata? Har de bättre ledarskapsorganisation? Är enheterna mindre? Är de kanske stabilare? Det är nog riktigt att de yttre ekonomiska faktorerna ser rätt likartade ut. Det är press på även den typen av verksamhet.

När det gäller privatlivsfaktorer är det ett problem. Vi har forskningsmässigt försökt gå efter två spår, kan man säga. Det ena är det vi brukar kalla belastningsspåret. Människor som har stora privatlivsbelastningar – mycket små barn, vårdnadsansvar för äldre anhöriga och så vidare – borde rimligen bli mer utmattade än de som inte har det. Men så ser det inte riktigt ut. De friskaste vi har är kvinnor med många barn. Vi vet inte riktigt hur vi ska tolka det här. Det tycks som om en del av dessa belastningar också är friskfaktorer. Men delvis är det också en fråga om hur vi mäter det. Vi har för primitiva kriterier för det. De studier som jag har sett där individerna anger att det är problem i balansen mellan privatliv och arbetsliv, där får man utfall för risken för sjuklighet. Alltså: De som har svårt att hantera situationen – när antingen jobbet inkräktar på privatlivet eller tvärtom – är sjukligare.

Det andra spåret, som inte har gett något i det här sammanhanget, har att göra med så att säga traumatiska händelser i privatlivet, alltså skilsmässor, dödsfall, sjuklighet och annat som ju också händer i livet. Det påverkar så klart individuell sjuklighet. Människor som är med om svåra händelser löper större risk för sjuklighet. Men det har inte vad vi kan se förändrats över tid särskilt mycket, så det förklarar inte mycket av den aktuella ökningen av sjukfrånvaron.

Men det finns ett ökat intresse. Jag kan svara ja på den frågan. Jag råkar sitta i en prioriteringskommitté i Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor, och där är det en väldig mängd intressanta forskningsprojekt på gång nu. Vi har för lite pengar för att ge till så många, men det kan ni ju ändra på om ni vill! Vi tycker att det över huvud taget finns ett ökat intresse för sjukförsäkringsfrågor. Det är kanske den roligaste och mest positiva effekten av eländet, så att säga. Många forskare är intresserade, och det leder också till att det blir många aspekter på det hela från alla möjliga olika håll – bland annat detta.

Anita Sidén (m): Det är inte bara pinsamt att rehab-pengar inte används – det är ju mer allvarligt än så. Det är många som blir drabbade och måste vänta på hjälp och fortsätta att vara sjukskrivna.

Så till min fråga. Anna Hedborg talade i sitt anförande om frånvaro från arbetsplatsen, men som sagts här nu kan ju frånvaron bero på andra problem än vad som sker på arbetet, och jag skulle vilja att även Anna Hedborg kommenterar det.

Herr ordförande! Staffan Marklund visade på att det finns stora skillnader mellan olika branscher, medan jag uppfattade att Anna Hedborg menade att så inte var fallet. Kan jag få en kommentar till det?

Anna Hedborg: Vad jag sade i frågan om frånvaro från arbetsplatsen var att jag tror att det inte är en särskilt fruktbar angreppsmetod att utdela skuld därvidlag. Det spelar inte så stor roll om det är arbetet i sig som är orsak eller om det finns någon annan orsak eller är fråga om en blandning av orsaker. Allt finns med. Det som är viktigt är att få mötet mellan den specifika arbetsplatsen och den specifika människan att fungera i rehabiliteringssituationen. Det är intressant oavsett orsaken, därför att det är där det avgörs om man kan komma tillbaka eller inte.

Så mycket vet vi att de rehabiliteringsinsatser som verkar ge verkligt resultat – något som vi kan mäta, och vi har försökt på många sätt – har i allmänhet att göra med att man gör saker på arbetsplatsen eller att man byter arbete. Det är otroligt viktigt att man hamnar rätt och får rätt förutsättningar för de skavanker man kan ha, även vid återgång. Det mötet blir avgörande för om det fungerar väl eller inte. Det är nog också så att hur mycket långtidsfrånvaro man har faktiskt är ett väldigt bra mått på hur bra en arbetsplats fungerar. Det behöver inte alls bero på att sjukledigheten har sin grund i själva arbetsplatsen, utan det kan vara så att en arbetsplats är bra på att över huvud taget ta hand om hela människan, oavsett varifrån påfrestningarna kommer. Arbetsplatsen blir ett stöd när livet hemma strular eller en ytterligare belastning när livet hemma strular.

Själva mötet mellan arbetsplats och människa är alltså hur som haver viktigt, alldeles oavsett vad skälet till sjukdom är. Det är min enkla synpunkt på det här. Det är självklart att det förekommer en mängd olika skäl till sjukfrånvaro, men *sjuknärvaro*, som faktiskt också är viktigt, som det också står i den här propositionen, avgörs på arbetsplatsen om arbetsplatsen kan fungera på ett sådant sätt att man kan ta emot människor som också har en eller annan krämpa eller har en eller annan påfrestning i sitt liv.

Även i min bild var det skillnad mellan branscherna. Men det är så att oavsett bransch är frånvaron högre i Norrlandslänet. Om man jobbar i bank i Småland och är i en viss ålder så är man mindre sjuk än om man är lika gammal och jobbar i bank i Norrland.

Staffan Marklund: Anna har väl sagt det mesta. Jag kan hålla med om allt detta egentligen. Det hon betonar är en väldigt viktig faktor, där det också börjar finnas en del forskning nu, och det rör begreppet sjukdomstolerans i yrken, alltså att du kan gå till jobbet även om du har lite krämpor. I de yrken

som har det så kan man alltså i alla fall göra något. Man kan välja sina arbetsuppgifter, man kan få hjälp om man behöver och så vidare. En forskare på Karolinska Sjukhuset som heter Gun Johansson har presenterat en studie som bygger på Åke Nygrens Alectamaterial, eller egentligen ett annat Alectamaterial. Där visar hon ett helt linjärt samband mellan hög grad av sjukdomstolerans i yrket och låg grad av sjukfrånvaro – allt annat lika, vilket är viktigt. Det betyder att yrket i den meningen spelar en större roll. Det får, som Anna beskriver, naturligtvis en vidare betydelse i det här sammanhanget.

Siffran 30 % har jag bara skattat utifrån en mängd studier där man försöker ange orsaker till skillnader i arbetsmiljö som kan hänföras till skillnader i sjukfrånvaro. Det är alltså en lite mer begränsad siffra. Det är ganska självklart. Vi har sjukdomar där det inte finns någon arbetsrelation alls, som gör att man sannolikt, precis som Anna är inne på, ibland kan gå till jobbet med eller utan dessa sjukdomar, beroende på vad det är.

En viktig förklaring till skillnaden mellan män och kvinnor som vi tenderar att glömma bort är att vi i Sverige har ett betydande sjukskrivningsmönster i samband med graviditeter. En del av oss betraktar ju inte ens graviditet som sjukdom. Men det är inte betydelselöst när det gäller att förklara skillnaden mellan män och kvinnor, så det behöver man ta hänsyn till.

Regionskillnaderna tar jag upp kanske framför allt för att visa att det är möjligt att göra något. Det gäller även den sektor som har fått så mycket kritik, nämligen kommunsektorn. Det finns alltså i Sverige väldigt många väldigt bra kommuner som gör ett jättebra jobb och har en väldigt låg sjukfrånvaro. En del av dem ligger på de mest underliga platser. Min favorit är Härjedalens kommun, som ju ligger i Annas glesbygdsmålsområde i allra högsta grad. Det är ohyggligt glest i Härjedalen, men de har väldigt låg sjukfrånvaro. Det finns också andra kommuner, även i norra Västerbotten för övrigt, som sköter sig mycket bra. Det är dem man vill komma åt. Det man önskar är ju att kommunerna skulle lära sig av varandra. Dessvärre tyder väldigt lite på att de gör det. Man skulle önska att de lärde sig av de bästa, och åkte runt och kollade: Hur har de gjort i grannkommunen? Varför har man lägre sjukfrånvaro där?

Annika Carlsson (c): Vi pratade om att det är många kvinnor som blir sjuka och mår dåligt. Vi har ju egentligen nu den första stora gruppen av kvinnor som har förvärvsarbetat hela sitt liv och samtidigt fortfarande haft ett stort ansvar för både hem och barn. Finns det någon forskning på det här området som gör att man kan se hur det här har påverkat? Möter arbetslivet dem på deras villkor, eller är det fortfarande efter mäns villkor och mäns förmåga som vi kvinnor ska klara av att jobba fram till 65-årsåldern?

Vi har i dag gått in i en ny tid, inte bara tideräkningsmässigt, det vill säga att vi har gått in i 2000-talet. Vi har också gått in i en ny typ av samhälle där vi hela tiden ska vara tillgängliga. Mobilen är påslagen – det har jag hört vid flera tillfällen – vi har en mängd strålning omkring oss, vi äter en annan typ av mat med mycket tillsatser och så vidare. Finns det forskning där man ser

på hur de här faktorerna påverkar hälsan och hur man kan klara av att tackla alla de övriga bitarna?

Ser man att det finns bra behandlingsmetoder? Ser man att det finns bra sätt att bemöta dem som får dessa diagnoser och göra något bra av det hela?

Mina frågor om forskning bör väl besvaras av Åke Nygren. Behandlingsmetoder kanske ligger på Eva.

Åke Nygren: Inom IT-branschen har man visat sig ha problem med utmattningsdepression just därför att man är på jobbet i stort sett dygnet runt. Nu har det väl sanerats lite där, så det kanske inte är det stora problemet.

Mobiler, mejl, fax och allt som kan sammanfattas med nåbarhet tror jag spelar väldigt stor roll. Jag känner inte till någon forskning just om det, men det spelar nog roll att man ska vara nåbar dygnet runt. Det måste påverka stressfaktorn, som är en stor bov i det här dramat.

När det gäller behandlingsmetoder är det ju det som vi försöker ta fram. Vi försöker också ta fram behandlingsmetoder för dem som är i riskzonen. Av de företag som jag nämnde som vi har tittat på är det ofta så här: Om 10 % i snitt är sjukskrivna så är 20 % i riskzonen. Där har vi tillsammans med Försäkringskassan och företagshälsovård gått in och gett dem som är i riskzonen för att bli utbrända, få ont i ryggen eller *angina pectoris* eller något sådant en behandling, och det är utifrån det vi ser att vi har fått sjukskrivningarna att vända. Det är när vi tar hand om hela bilden så att säga.

Jan Rydh: Jag tänkte bara kommentera frågan om dubbelarbetande kvinnor. I den utredning som jag ledde kan man med hjälp av många av de här forskningsrapporterna konstatera att det finns en viss sannolikhet för att man bör svara ja på den frågan som Annika Carlsson ställde. Det är den första generationen av dubbelarbetande kvinnor som nu också slås ut i yrkeslivet. Där skiljer sig Sverige markant från andra länder, så när man gör jämförelser med andra länder måste man komma ihåg att den höga förvärvsfrekvensen just i den generationen kvinnor är unik för Sverige, och det finns väl en del att fundera över vad gäller detta.

Jag vill samtidigt lägga till att man, i allt det material som jag har sett som underlag för de utredningar jag har presenterat, slås av att sjukfrånvaron *också* och framförallt varierar mellan arbetsplatser. Kommun A kan ha sju gånger så hög frånvaro som kommun B. Då kan man knappast förklara det med att kvinnorna i kommun B har skaffat sig de trevligaste och bästa männen i Sverige och de trevligaste barnen, medan kvinnorna i kommun A, som har den höga frånvaron, har skaffat sig de allra värsta männen som inte har stöttat dem och så vidare. Skillnaden finns alltså även där, arbetsplatsmässigt. Men det finns nog en generell grund för att dubbelarbete hos kvinnor spelar en viss roll.

De stora, påfallande skillnaderna i sjukfrånvaro är två. Det är de regionala skillnaderna, som säkert har att göra med attityder och praxis. Den andra stora skillnaden är att, allting annat lika, så skiljer sig sjukfrånvaron mellan arbetsplatser.

Jag brukar säga att sjukdom och sjukfrånvaro inte är samma sak. Vid en viss given sjukdom är man sjukfrånvarande eller inte beroende på arbetsplatsens förmåga att anpassa sig efter de individer man faktiskt har. Det gäller säkert också dubbelarbetande kvinnor.

Kristina Alexanderson: Vi är många här som kan kommentera det här med kvinnors situation. Jag vill understryka det Jan Rydh säger: Det är skillnad på sjukdom och sjukfrånvaro. Orsak till sjukdom är ofta annorlunda än orsak till sjukfrånvaro. De flesta av oss som sitter här i dag har säkert olika typer av sjukdom diagnostiserad, och i vår ålder medicinerar vi ofta för någonting också, men vi är inte sjukfrånvarande på grund av det. Det är bara en liten del av dem som är sjuka som är sjukfrånvarande. Då handlar det inte om sjukdomen primärt, utan naturligtvis det andra rekvisitet för att ha rätt till sjukskrivning, det vill säga att ha nedsatt arbetsförmåga i förhållande till de krav som gäller på ens jobb. Det är viktigt att vi håller isär detta.

En del av dina frågor handlade egentligen inte om sjukfrånvaro utan skillnader i hälsa mellan män och kvinnor och om det har samband med att kvinnor har varit dubbelarbetande. För att svara på detta med ett generationsperspektiv behövs en typ av studier som vi inte har gjort. Vi har inte tittat på betydelsen av att ha varit exponerad, som vi säger, för dubbelarbete lång tid. Men jag vill ändå kraftigt hävda att detta inte är något nytt och att de flesta kvinnor har varit yrkesarbetande i långa tider. Vi hade en kort period under några årtionden då medelklassens kvinnor i stora delar inte var yrkesarbetande. Ofta ser det också egentligen ut så i andra länder. En stor del av kvinnorna är yrkesarbetande, men då är det "svart" i stället. Det är det som skiljer Sverige från många andra länder: Här har de flesta en vit anställning och kan då vara sjukfrånvarande.

I de studier där man har tittat på samspelet, precis som Staffan sade – jag vill ändå understryka det – mellan att ha ett yrkesarbete, ha en partner och ha barn, de tre faktorerna, har man ställt frågan: Klarar kvinnor av alla dessa tre roller? Nästan alla studier av detta visar att de kvinnor som har alla tre rollerna är friskast. Yrkesarbete har den viktigaste rollen där. Att ha en partner är viktigt både för män och kvinnor. Studierna är inte lika entydiga när det gäller barn som en tydlig "friskhetsfaktor", men när det gäller sjukfrånvaro finns det inget sådant tydligt samband. Det hittar vi i SBU-rapporten också. Jag ska prata mer om den sedan, men inte om den här frågan, så jag säger det nu. Det finns inget tydligt samband mellan att kvinnor har barn och sjukskrivning. Däremot är det en faktor som nämns ofta i massmedier nu, och man kan undra varför.

Anita Jönsson (s): Jag har en fråga till Staffan Marklund. Vi pratar om regioner, och som ni hör är jag från Skåne. I Bunkeflo i Malmö har man idrott på schemat, och det har visat sig att barnen blir friskare och presterar bättre i skolan. Nu överför man det här sättet att se på att motion är viktigt även till arbetslivet.

Då undrar jag: Har ni gjort någon forskning där ni tittar på arbetsplatser som har friskvård som en del i den dagliga arbetssituationen för arbetstagare och på det sättet kanske får en friskare arbetskraft?

Staffan Marklund: Jag har själv inte gjort den typen av studier, men mitt allmänna intryck av de studier som finns publicerade är att om man nu försöker att strikt vetenskapligt mäta effekterna av olika typer av motionsprogram, kostvanor, antiröckkampanjer och liknande på arbetsplatser, så ser man att de nästan alltid är positiva. Men effekten är ofta inte direkt i den meningen att muskelmassan växer eller att syreupptagningsförmågan förbättras för dem som motionerar 45 minuter i veckan. Det är inte heller att förvänta sig.

Vi kan också belägga att den här typen av program sällan är skadliga, och det är inte oviktigt. Motionsgymnastik bland finska poliser är faktiskt skadligt. Det är den vanligaste skadeorsaken bland de finska poliserna. Men det var en kuriositet.

Det vi tror är möjligen att den här typen av program ger en signal till de anställda att arbetsgivaren bryr sig och att det spelar roll. Det leder också till 45 minuters återhämtning, vilket är viktigt i dagens arbetsliv. Så vi propagerar generellt för den här typen av program.

Man kan säga att forskarna ofta är lite besvikna: Varför blir effekterna inte tydligare? Det kan hänga ihop med selektion. De som ligger närmast risken att bli sjukskrivna är till exempel inte med på det här. Det är ungdomarna, och de är hälsosamma redan. Det är väldigt svårt att få till stånd program som de som behöver det bäst verkligen är med på. Men jag håller med: Det är åtgärder som är viktiga att genomföra.

Sven Brus (kd): Det är en intressant diskussion vi har i det här passet om ett brett perspektiv på ohälsan och sjukskrivningarna. Tyvärr tenderar ju debatten att ofta vara ganska begränsad bara till arbetslivet. Det är väldigt positivt att vi för den här breda diskussionen, och jag hoppas att den här hearingen kan vara en utgångspunkt för en breddad diskussion också. Vi hade besök av Sture Nord i utskottet för en tid sedan, och han uttryckte det så att ohälsan beror på att människor inte får livspusslet att gå ihop, och det är precis det som det handlar om.

Jag skulle vilja haka på tidigare talare. Nu har både Linnéa Darell och Annika Qarlssoon ställt frågor kring det här med det breda perspektivet. Jag vill bara göra ett litet tillägg och ställa en fråga till Staffan Marklund. Du talar om de här tredjedelarna: arbetslivet, privatlivet och den sista tredjedelen som var lite odefinierad. Jag skulle vilja fråga: Vilka möjligheter finns det att fördjupa en mer tvärssektoriell forskning? Du har själv sagt att det behövs mer pengar, och det kan jag ha full förståelse för, men vilka andra hinder ser du för att kunna bredda forskningen och framför allt för att kunna binda ihop de här delarna och se vilka samband de har med varandra? Att beforska varje tredjedel för sig låter sig säkert göras, men hur kan man se sambanden, vilka hinder finns det för det, och vad kan vi göra för att övervinna dem – utöver att anslå mer pengar?

Staffan Marklund: Det är väldigt viktigt, sett ur forskningssynpunkt, att man håller fast vid det här intresset även om sjukfrånvaron halveras. Mitt bekymmer som forskare är att vi tenderar att intressera oss för frågorna en och en. Vi hade en omfattande arbetslöshetsforskning som började publicera sina resultat precis när ingen var intresserad av den, nämligen när arbetslösheten hade sjunkit tillbaka. Den startade i början av 90-talet. Det är väldigt stor risk att vi råkar ut för samma sak igen, alltså att ni politiker och allmänheten totalt tappar intresset för sjukfrånvaron när den sjunker. Då gäller det för oss forskare, och den organisatoriska struktur som finns kring det här, att gneta på även när sjukfrånvaron är låg. Annars kommer vi inte att ha några svar när vi behöver dem. Långsiktighet är väldigt viktigt.

Sedan menar jag att det finns en struktur för tvärdisciplinär forskning, och det finns ganska många forskningsmiljöer. Man kan se att det nu pågår en hel del spännande aktiviteter på det här forskningsområdet. Det jag tror att de allra flesta – det har vi talat om med anledning av tidigare frågor – är inne på är att vi framför allt behöver bättre belysa problemen kring balansen mellan privatliv och arbetsliv. Det andra har Kristina redan varit inne på, att vi behöver longitudinella studier. Skälet till att vi ibland har svårt att veta vad som är höna och ägg är att vi tittar på det vid en och samma tidpunkt. Då finns alltid risken att vi tror att vi förklarar någonting, men i verkligheten är det bara samma fenomen som får olika representationer.

Jag skulle vilja säga att vi behöver en fortsättning även när det finns ett mindre självklart intresse för det, nämligen om sjukfrånvaron är låg, och vi behöver longitudinella studier.

Kenneth Lantz (kd): En del frågor har redan berörts här, och Marklund berörde statistiken, som egentligen inte är tillgänglig. Jag skulle vilja att han återaktualiserar möjligheten att få viktig kunskap genom den statistik som försäkringskassorna de facto har redan i dag. Till vilken nytta kan det vara för fortsatt forskning och därmed möjligheten att påverka ett bättre hälsoläge i vårt land?

Marklund nämnde också i all hast rörelsemekanismer, men det kanske vi kommer tillbaka till i ett senare skede, så jag väntar med den frågan.

Staffan Marklund: Jag menar att vi i stort sett har ett väldigt bra statistikunderlag, och det blir bättre. Jag har det något tveksamma nöjet att sitta i RFV:s styrelse, och det är klart att man kan säga att dataregistren har varit lite gammalmodiga, men de håller på att bli väldigt moderna. Det är väldigt bra även för forskningen. De är i huvudsak till för att man ska kunna sköta administrationen bättre.

Det leder också till att det är viktigt och möjligt att försäkringskassorna lokalt/regionalt gör studier. Vi har olika hypoteser beroende på var vi bor, vilken disciplin vi tillhör och i övrigt. Det stimuleras ju av Riksförsäkringsverket och Försäkringskassaförbundet. Det finns nätverk som har utvecklats ganska mycket under senare år, och där är jag uteslutande positiv.

Det är fortfarande en brist att vi inte har ordning på diagnoskoder och yrke i sjukförsäkringsregistret. Vi har diagnoskoder i förtidspensionsregistret, och

därför har vi mycket bättre kunskap om förtidspension på diagnossidan. Det där går att utveckla ännu mer. Det är viktigt att ni som jobbar regionalt ser även försäkringskassorna som kunskapsverksamheter. För mig var det lite förbryllande, när jag först kom in i försäkringskassebranschen, att det inte alls såg ut som i till exempel socialtjänsten att man avsatte pengar för lokala kunskapsutvecklingsprojekt, utan det var en verksamhet där man trodde att man redan visste allt. Nu har det där förändrats radikalt. Jag tror att det är viktigt att ni som jobbar i försäkringskassorna också stöder den här verksamheten, så att de som jobbar med det känner att det finns intresse för den kunskap de hämtar in. Jag kan dra några väldigt spännande studier som har gjorts just lokalt på försäkringskassorna, men det kanske jag kan göra efteråt.

Anna Hedborg: Jag kan inte låta bli att göra lite reklam för ett register som vi precis har lagt ut som vem som helst kan använda, nämligen sjukfrånvaro per kommun, med en mängd andra data om kommunen samtidigt. Det kan man nu hämta hos oss: rfv.se.

Anna Lilliehöök (m): Hur man än ser på det här, tror jag att det är viktigt att hela tiden ha utgångspunkten från individen. Det ligger väldigt nära frågan om attityder. Jag är just nu lite oroad. Åke Nygren var inne på frågan om tid och rehabilitering, att möta individen i tid. Det kanske inte bara har med den fysiska effekten att göra, utan framför allt möjligheten att påverka. Min lilla privata teori, som inte är så konstig, är att det gäller att påverka individens bild av sin situation.

Nu förlänger man arbetsgivarperioden. På en liten arbetsplats har en enskild chef kanske aldrig råkat ut för det här problemet i hela sitt liv, och han har antagligen inte särskilt stora förutsättningar att klara av det. Den andra person som individen möter är läkaren, och därmed är det i stort sett slut de här första tre veckorna. Nu kommer man så småningom att efter tre veckor anmälas till försäkringskassa. Då är vi snart uppe i fyra, fem och antagligen sex veckor innan man tar tag i det på något sätt. Jag har svårt att se att det kan gå mycket fortare. Jag skulle vilja ha Åke Nygrens kommentar till frågan om rehabilitering i tid.

Jag har också en annan oro. Om man har varit borta så mycket som tre veckor har arbetsplatsen sannolikt inte haft någon större möjlighet att möta individen i den här situationen. Det kan hända att det blir en konflikt med chefen, vilket inte heller är helt osannolikt när det inte fungerar. Det är inte konfliktfritt när det inte fungerar.

Jag skulle vilja att Henrik Meldahl och Anna Hedborg kommenterar följande sak. Man har i Stockholm gemensamt med försäkringskassan och landstinget börjat sätta upp team dit patienter kan remitteras. Tanken är att de ska kunna komma in väldigt tidigt. Det första rör just smärta, rygg, leder och muskler. Kan ni säga hur försäkringskassan ser på detta och hur det har fungerat? Vet Anna Hedborg om det har gjorts på andra håll?

Åke Nygren: När det gäller en individ som är i riskzonen eller som är sjukskriven är det väldigt viktigt att han blir sedd och att det är någon som bryr sig om honom. Det finns studier som visar att bara det att man ringer upp den

som är sjukskriven, att någon bryr sig om honom, gör att han kommer tillbaka tidigare.

Det vi tror på är att utbilda teamledare för att känna igen när saker och ting är på gång. Det är inte säkert att den person som hjälper till, ställer upp och jobbar över är allra bäst för hela teamet, utan det kanske är den som håller på att bli utbränd. Jag anser att det är väldigt viktigt att utbilda teamledare i det här. Det gäller just att känna igen de 20 % som är i riskzonen. Det är min kommentar till det.

Anna Hedborg: Det är inte så mycket att säga. Det finns ganska mycket arbete i gång kring den typen av samverkan. Det finns bland annat i kölvattnet av samarbetspengarna, och även dem förutan. Det kanske vore bättre att få en direktkommentar från Stockholm, om de kan berätta precis hur deras försök ser ut.

Henrik Meldahl: Jag känner mig smickrad att få jobba i denna framtidsbransch. Det här har lett till att man i allra högsta grad har ökat kontaktytorna mellan sjukvården och kassan, sjukvården och arbetsgivarna, arbetsgivarna och kassan. Jag tycker att det känns stimulerande.

Det vi håller på med i Stockholm är ett projekt tillsammans med landstinget, att etablera ett åtagande visavi medborgarna när det gäller vilka förväntningar de kan ha på en rehabilitering, och det gäller primärt de muskulära åkommorna. Det ska börja verka från den 1 januari nästa år. Jag ser det som ett ömsesidigt åtagande i nära samarbete mellan respektive parter. Jag tror att det är oerhört mycket att vinna på det.

Men man skulle önska att det var ännu tidigare som man fick kontakt med patienten, därför att nu blir det tre veckor snarare än sjukskrivningsperioden minus tre veckor, det vill säga från första kontakten. Jag tror att det är det viktiga.

Sten Tolgfors (m): Jag har två frågor kring det breda perspektivet. Den ena gäller hur attityder utvecklas. Jag har en temaundersökning framför mig där en möjlig tolkning är att debatten har gjort att människor de senaste åren har kommit att bli tveksammare till om det är okej att sjukskriva sig av andra skäl. Det är alltså färre som svarar att det är glasklart rätt att stanna hemma om det är stressigt på jobbet, problem i familjen och man vantrivs med jobbet. Å andra sidan är man just tveksammare. Man har inte kommit till uppfattningen att det är entydigt fel, utan man är tveksammare.

Det finns ett undantag från det, och det gäller frågan om det är rätt att vara hemma om man vill vara ledig ett par dagar. Där har andelen personer som sagt att det är rätt ökat entydigt, även om det är väldigt små tal. Det intressanta med den undersökningen är: Kan debatten i sig påverka sjukskrivningsbenägenheten, därför att den påverkar attityder, om människor förstår att det är allvar nu?

Den andra underliggande frågan är legitimiteten i systemet. Finns det de som tycker att systemet är överutnyttjat, att det inte har legitimitet och att också de därför kan "opta ut" eller tycka att det är okej att vara hemma för att bara vara ledig ett par dagar?

Vill ni kommentera hur ni ser på detta, inte minst Riksförsäkringsverket.

Den andra frågan handlar om följande. Jag utgår från att sjukskrivningarna delvis är något slags mätare på de allmänna samlade livsvillkoren i Sverige, hur det är att bo och leva i Sverige, hur man kan hantera den situationen. För många har det kommit att bli det enda andningshållet i livet. Det är alltså en blandning av skäl som har med arbete och familj att göra, en lång rad olika saker. Man känner sig helt enkelt pressad i livets alla delar. Då blir det viktigt vad orsakerna till sjukskrivningen är.

Flera har sagt här i dag att vi inte ska bry oss så mycket om det utan att det viktiga nu är vad vi kan göra åt det. Men för att vi ska veta vad som är rätt sak att göra måste vi också veta vad det är som orsakar att sjukskrivningarna ökar. Detta är en invändning. Någon jämförde med ett hus som brinner och att man då först ska släcka. Ja, men vad det är som brinner avgör vilket släckningsmedel man använder.

Jag tror att det är väldigt farligt att börja se det här bara i ett sektorsperspektiv: Nu är det socialförsäkringsperspektivet, och vi som sitter här i dag representerar mycket det, och sedan glömmet vi det andra. Människor lever inte i sektorsperspektiv. Människor lever sina liv i den fulla kostcirkeln, så att säga.

Jag vill gärna ha en kommentar till det här. Jag tror nämligen att man måste se politikens alla delar och människors hela liv för att kunna påverka hur sjuktalen utvecklas, och då kommer det att krävas en lång rad olika åtgärder, inte bara sektorsåtgärder.

Anna Hedborg: Jag är övertygad om att attityder kan påverkas. Naturligtvis kan de påverkas både i misstroende riktning och i tilltroende riktning när det gäller föreställningar om vad som är legitimt och inte legitimt att göra. Hur viktiga vi än tycker att vi själva är, tror jag att en av de absolut viktigaste saker som nu har hänt är att detta inte längre är bara en fråga för socialförsäkringssektorn.

En kommentar till frågeställningen om sjukfrånvaron är att jag är övertygad om att det som har hänt på sjukfrånvarosidan samlar upp väldigt mycket ofärd i samhället just nu. Den hamnar just nu i hög grad i sjukfrånvaro. Många företrädare för olika delar av samhället är nu också medvetna om, tycker jag mig uppleva, att detta är ett stort samhällsproblem. Det är svårt, men det är någonting som berör alla.

För att just attitydpåverkan ska kunna få någon kraft är det viktigt att det blir många sändare i den samhällsdiskussion som är en nödvändighet för att det ska hända någonting på det här området. För att ta myndighetssfären, bör inte bara Riksförsäkringsverket känna sig berört utan också Socialstyrelsen, AMS, Arbetsmiljöverket och alla möjliga. Så är det nu. Det har blivit en allmän fråga på ett helt annat sätt än vad det var för bara ett par år sedan. Likadant vittnade Leif nyss om att arbetsgivarna på ett helt annat sätt är medvetna om hur viktiga de här frågorna är.

Jag tror att det är den absolut bästa förutsättningen för att det verkligen ska hända någonting. Jag är helt övertygad om att det är möjligt att påverka attityder, och att det är viktigt att påverka attityder.

Sedan är det här större och svårare än de riktigt enkla svaren, att det är sjyst att vara borta ett par dagar. Den korta frånvaron har nämligen inte ökat, utan det är den långa som har ökat. Där är det inte någon överensstämmelse mellan de ganska små förändringstalen och hur folk betar sig.

Staffan Marklund: Det är viktigt att skilja mellan två olika begrepp. Det ena är attityder, precis som du påpekar och som Anna också var inne på. De fluktuerar lite grann. De är väldigt känsliga för hur man ställer frågan, hur man mäter och i vilken situation man mäter. Men det vi ofta har varit mer intresserade av är det vi kallar värderingsförskjutningar. Då menar vi att värderingar är något lite mer robust.

Det som har varit aktuellt i det här sammanhanget är tre typer av värderingar. Den ena är synen på arbete, om arbete är viktigt eller oviktigt i ens liv eller om det är viktigt i största allmänhet. Där finns det väldigt dåligt med longitudinella studier så att man kan följa Sverige över tid. Däremot kan man jämföra svenskar med andra länders befolkningar. Vi är ohyggligt lutheranska – vi blir i stort sett frälsta genom arbete i Sverige fortfarande. Vi är förstas inte lutheranska i så hög grad i övrigt.

Det andra gäller det vi brukar kalla organisationslojalitet, alltså om vi ställer upp för den som har anställt oss. Där ligger vi också väldigt högt i jämförelse med andra länder. Vi är ohyggligt lojala med våra arbetsgivare. Vi jobbar gärna över om arbetsgivaren ber om det och försöker göra så gott vi kan. Det är förstas en positiv egenskap.

Det tredje, som Anna också var inne på, rör socialförsäkringarnas legitimitet, alltså hur vi ser på det system vi har. Där är det också förbryllande högt och stabilt.

Alla verkar alltså gilla det här systemet som ni ägnar all tid ni har åt att försöka ändra på. Det är en väldig stabilitet i breda befolkningslager. Socialförsäkringssystemet har, och har haft sedan mätningarna började, en väldigt hög grad av uppskattning av svenska folket. Det finns förstas variationer, men i stort sett är det så.

Christer Hogstedt: Jag ser ingen direkt motsättning mellan att man undersöker vad orsakerna är till den ökade sjukskrivningen och hur man skulle kunna påverka och minska den. Jag tycker att det verkar som om de skulle kunna komplettera varandra ganska bra. Vad jag sade tidigare var att jag ser ett underskott i forskningen kring interventionsdelen och att det kanske är den som behöver kompletteras, inte precis att man skulle minska orsakssökandet.

Det pågår en lång rad åtgärder. Vi vet ganska mycket om orsakerna också. Man gör försök med trepartssamtal med olika försöksverksamheter. Det är vårt intryck att där den egentliga motorn skulle kunna sitta för att hålla ihop och driva det vidare är där pengarna betalas ut. Vi tror alltså att försäkringskassan kommer att ha en nyckelroll fortsättningsvis i fråga om att hålla ihop

de här avstämningsmötena, att driva fram utvecklingen, inte bara vänta på dem utan vara aktiva, och att de behöver mer stöd för det.

När det slutligen gäller metaforer är det alltid lite farligt att dra dem för långt, till liknelser med bränder och annat. Men jag tror inte att man använder brandsläckningsmedel efter vad som orsakade branden utan efter vad det är som brinner.

Rygg-, led- och muskelbesvär

Kristina Alexanderson: Tack för att jag har fått komma hit och prata om det som jag har forskat på i 13 år. Staffan berättade om, att sjukfrånvaron har gått upp och ned och att intresset för den här typen av forskning har gått upp och ned. Jag tror att vi behöver ställa frågorna lika mycket kring vad det är som gör att den går ned, som den gjorde ibland på 90-talet. Det vet vi också väldigt lite om.

Jag ska nu redovisa data från det projekt som Statens beredning för medicinsk utvärdering har startat om sjukförsäkring. Vi är tio forskare som tvärvetenskapligt jobbar med det här för att försöka få fram den kunskap som finns om sjukfrånvaro. SBU jobbar alltså med att ta fram kunskap som hälso- och sjukvården ska kunna ha som underlag för sitt arbete. Man gör detta systematiskt. Tanken är att man söker de studier som finns med ljus och lykta, inte de som man råkar känna till. De som man råkar känna till stöder ofta ens egen uppfattning. Det gäller att systematiskt verkligen hitta alla typer av studier och sedan kvalitetsvärdera dem. Man kan inte bara ta resultaten rakt över, utan man måste värdera kvaliteten på studierna och sedan se vilken vetenskaplig evidens det finns kring vissa frågor. Det är det vi jobbar med.

Syftet i det här projektet är att identifiera positiva och negativa konsekvenser av sjukskrivning och förtidspension men också att kartlägga forskningsområdet och identifiera vita fält.

Det här skiljer sig rätt mycket från andra SBU-projekt, för det är inte en specifik sjukdom, inte en specifik behandlingsmetod, vi tittar på. Det finns få randomiserade kontrollerade studier – alltså sådant som vi ofta tycker att man bör göra inom det här området. Därför handlar det om att värdera andra typer av studier. Flera av de här studierna är inte gjorda i medicinsk miljö, vilket också är ovanligt för SBU.

Jag vill börja med att säga en sak som blir väldigt tydlig när man försöker samla in de studier som finns, och det handlar lite om er situation. Vi vet att kostnaderna för sjukfrånvaron och förtidspensionen i dag är ungefär lika stora som statens kostnader för hälso- och sjukvård.

Om vi då tittar på den forskning som finns inom de här två olika sektorerna kan man mäta den på olika sätt. Man kan mäta antalet studier som är publicerade. Man kan mäta forskningsanslag som går till olika riktningar. Man kan mäta antal professorer inom områdena. Hur man än mäter får man samma förhållande.

Vi har alltså väldigt mycket mindre forskning om sjukfrånvaro än vi har om hälso- och sjukvård och andra medicinska områden. Det påverkar besluts-

fattare i alla situationer, inte minst er, men också försäkringskassans handläggare och läkare, de som ska fatta beslut om sjukskrivning för enskilda individer. Man har väldigt mycket mindre kunskapsunderlag att basera detta på, vilket inte är lätt för er. Det är i stället mycket åsikter och attityder, som alla människor har kring det här.

(Bild 29) Om man nu tittar på den forskning som finns, vilket är vårt uppdrag, kan man indela den på olika sätt. Ett sätt att indela den är detta. Den stora majoriteten av forskning om sjukfrånvaro handlar om orsaker till sjukfrånvaron. Varför är folk sjukskrivna? Varför blir de som är sjukskrivna mer sjukskrivna eller återgår till arbete?

Det finns en del studier om sjukskrivningspraxis: Hur sjukskriver läkare? Vad påverkar hur läkare sjukskriver? Det finns en väldigt liten del studier om konsekvenser för den sjukskrivne av att vara sjukskriven, alltså egentligen den typ av kunskap som den sjukskrivande läkaren ska basera sina ställningstaganden på: Ska jag sjukskriva min patient två veckor eller fyra veckor, heltid eller deltid? Bland annat det som föreslås i den proposition ni skall ta ställning till..

När det gäller SBU-projektet har vi tittat på alla de här tre grupperna. När det gäller orsaker till sjukskrivning har vi tittat på studier om rörelseorganens sjukdomar, och det är det jag ska berätta om nu. Vi har tittat på studier om psykiatriska diagnoser och hjärt-kärl-diagnoser. Vi har också tittat på den stora delen av studier som är sjukfrånvaro utan diagnos. En väldigt stor del av studierna tar inte hänsyn till diagnosen.

När det gäller rörelseorganens diagnoser har vi inkluderat de studier som handlar om rygg- och nackbesvär – vi har fokuserat på den delen – och som är publicerade i internationella refereebedomda tidskrifter. Studierna är alltså bedömda av andra forskare internationellt. Vi har inte tagit med tvärsnittsstudier, som inte säger något om orsaker. Vi har inte heller tagit med studier om andra besvär och inte behandlingsstudier.

Vi hittade 27 studier som fyllde de kvalitetskrav som vi har satt upp – jag vet inte hur många tusen studier vi har tittat på. När vi har värderat den evidens de 27 studierna har så har vi en fyrgradig skala. När det inte finns evidens beror det inte alltid på att det inte finns studier, för ibland finns det en studie eller två. Men bara en studie kan man inte använda som bevis för någonting forskningsmässigt. En studie som visar någonting är ett tecken på att det här kan vara någonting, men vi behöver flera studier för att kunna säga att det håller.

När det gäller sjukfrånvaro för rygg- och nackbesvär hittar vi att det finns ett visst vetenskapligt stöd för att högre ålder ger en ökad risk för både sjukskrivning och förtidspension. Kvinnor har en högre risk för förtidspension i de här diagnoserna men inte för sjukskrivning. När man då kontrollerar sådana faktorer som hör ihop med arbetslivet, som hör ihop med andra skillnader mellan män och kvinnor, och tar bort de skillnaderna finns det ingen könsskillnad. Det är ett intressant fynd.

Om vi tittar på medicinska faktorer i de studier som tar upp detta hittar vi att de personer som har en tidigare sjukskrivning, generellt och speciellt i de här diagnoserna, har en högre risk för fortsatt eller längre sjukskrivning. De som har smärtutstrålning i ben, alltså ischias, har högre risk. De som har specifika diagnoser – som det är rätt få av, för de flesta har ospecifika diagnoser – till exempel diskbräck, har högre risk, liksom de som upplever en funktionsnedsättning, alltså själva säger att deras funktion är nedsatt. Det finns väldigt många fler faktorer som studerats, men vi finner inte evidens för en ökad risk för dem.

Om vi tittar på arbetsplatsfaktorer för personer som jobbar med fysiskt tunga jobb eller har en roterad, vriden arbetsställning, som upplever att de har lågt inflytande på sin arbetssituation, som Staffan pratade om, och låg arbetstillfredsställelse, finner vi att det finns ett visst vetenskapligt stöd för ökad risk för sjukskrivning i de här diagnoserna.

Lägre risk har de som är på företag med många anställda och som har en längre anställningstid, längre än ett år. Det finns också stöd för att arbete med vibrationer inte ger ökad risk, och att socialt stöd på jobbet inte påverkar sjukskrivning i dessa diagnoser.

(Bild 30) Om man tittar på de 27 studierna vad gäller kön ser man att i majoriteten av studierna är de flesta män. Utmärkande för medicinsk forskning i stort är att vi har mer kunskap om män än om kvinnor.

Flera av dessa studier är gjorda på selekterade grupper. Man har tittat på personer anställda i vissa branscher, vissa företag eller vissa yrken. Det betyder att resultaten ibland är svåra att generalisera till att gälla för alla, för naturligtvis finns det också en hälsomässig selektion av personer in och ut ur yrken, men detta har vi inte så mycket kunskap om. Fördelningen betyder också att vi diagnosmässigt har mer kunskap om ländryggsproblem än om nack- och skulderproblem, eftersom kvinnor oftare lider av detta. Det betyder också att vi har mer kunskap om personer som jobbar i industriarbete, där fler är män, än om personer i vård och omsorg.

När det gäller just rörelseorganens sjukdomar vill jag lägga till ytterligare en sak. Vi har dåligt med kunskap för att kunna fatta bra beslut på detta område. Vi behöver mer kunskap. När det gäller just området rörelseorganens sjukdomar har vi sämre kunskap om detta än om andra sjukdomar, till exempel cancer och hjärtinfarkt, som nämnts några gånger. Patienter med den här typen av problem hamnar oftare i den situation som framgår av den bild som jag visar upp. Det är svårt att sätta diagnos. Det är väldigt få som får en diagnos när de kommer med akuta ryggproblem. Det är svårt att ta ställning till bra behandling och bra rehabilitering, och ibland är det ännu svårare när det gäller att sätta in preventiva insatser. Det är viktigt att veta att det kan vara fråga om ett famlande på detta område, vilket beror på att vi inte har så mycket kunskap. Det var vad jag tänkte säga om rörelseorganen.

Mona Jönsson (mp): Min fråga anknyter i viss mån till det vi diskuterade tidigare. Man kan konstatera beträffande män och kvinnor och sjukskrivning-

ar att sjukskrivningen av gravida kvinnor kanske har att göra med att män inte är gravida. Anpassningen på arbetsplatserna blir inte så bra.

Det som Åke Nygren visade på overheadbilden, och som i viss mån också kommer fram här, är vikten av att komma in tidigt och titta på vad värk är, vad magbesvären står för och liknande. Då kommer jag in på det som jag också frågade om tidigare. Jag undrar alltså om läkarna inte behöver mera psykosocial och psykosomatisk utbildning för att man tidigt ska upptäcka detta ute bland distriktsläkare och andra.

Jag vet inte om det är dags för det nu, men jag skulle vilja höra lite om företagshälsovården – Johnny Johnsson finns ju här och kan kanske säga någonting om sina erfarenheter av de som drabbats, både när det gäller rörelseorganen och det psykosomatiska.

Eva Nilsson Bågenholm: Jag tänkte kommentera det som Annika Carlsson också var inne på tidigare, nämligen om läkarna har behandlingsmetoder, och om de kan behandla patienterna. Vi har flera gånger nämnt att visst finns det en brist på kunskap, och läkarna har naturligtvis ett ansvar att ta till sig den kunskap som finns. Anledningen till att jag lyfte fram försäkringsmedicin var att vi där har identifierat ett område som absolut måste ta till sig ökade krav. Sedan ska man självklart också ta till sig det som sägs om psykiatriska och psykosociala sjukdomar. Det är emellertid ett problem när vi inte har en specifik kunskap om dem. Det ingår också i läkarens ansvar att alltid utbilda sig vidare.

Jag vill även kommentera det som handlar om att ta tag i individen i tid. Det är självklart också en del av läkarens ansvar. Oavsett om försäkringskassan eller arbetsgivaren står för ersättningen måste läkaren se till att någonting händer i tid. Jag sitter med i en grupp på Riksförsäkringsverket där vi nu tittar över de nya sjukskrivningsblanketterna. Vi ska utforma dem på ett sätt som gör det möjligt för läkaren att signalera när det behövs ett avstämningsmöte direkt; det kanske finns behov genast och inte efter åtta veckor. Man kan mycket väl, redan när patienten träffar läkaren efter åtta dagar, känna att här kommer att behövas ett avstämningsmöte. Då ska man ta tag i det direkt.

Då kommer vi också in på frågan vad det finns för team och möjligheter runt patienten. Därför passar det bra att Johnny Johnsson svarar efter mig, för jag tycker att företagshälsovården är ett av de team som i ökad utsträckning måste finnas för att hjälpa individerna tillbaka i arbete.

Johnny Johnsson: När det gäller företagshälsovården och den kunskap som krävs för att komma in i tid behövs det framför allt kunskap om arbetsplatsen och arbetsplatsens utformning, liksom om själva arbetet. Där kan en överbbygning mellan allmänläkaren – men också övrig sjukvård – och arbetsplatsen ske via företagshälsovården. Vi jobbar ju i en omedelbar närhet av patienterna, vilket innebär att det i allmänhet är naturligt för oss att ta kontakt långt innan åtta veckor har gått. När vi känner patienten kan det kanske ske redan andra dagen.

Jag tror att det kan skapas en viktig bro genom de möten som vi nu talat om. Det kanske viktigaste är att få till stånd ett tidigt möte. Den stora bristen

är väl kunskapen om arbetsplatsernas utformning. Hur ska man kunna del-sjukskriva en person om man inte vet hur hans eller hennes jobb ser ut? Den bron måste byggas, och därför skulle det behövas vårdavtal och annat för att kunna utöka företagshälsövården och samverkan.

Kristina Alexanderson: Det är klart att också samverkan behövs. En fråga som ofta ställs är hur stor del av dessa patienter som också lider av psykiska sjukdomar eller har psykiska problem, till exempel en depression. Vi gick nyligen ut med en enkät, och det visade sig att ungefär 50 % av dem som var sjukskrivna led av nedstämdhet, alltså dubbelt så många som de som samtidigt undersöktes i normalbefolkningen. Det är en hög andel, och vi vet inte hur många av dem som är obehandlade. Jag vill understryka behovet av försäkringsmedicinsk kunskap och kompetens. Hur samarbetar man med andra aktörer? Vilka medel använder man sig av som läkare? Där behövs kunskap.

När det sedan gäller tidig rehabilitering och tidiga insatser kan man säga två saker. Det är inte självklart att det ska gälla alla. Ibland kan det kanske till och med vara tokigt att gå in för tidigt, eftersom man då kan befästa en sjukroll. Vi behöver alltså bättre instrument för att kunna avgöra när det behövs. Jag kan vara lite tveksam till den åttaveckorsgräns som finns i propositionen. Precis som flera har sagt här bör man kanske ibland gå in redan efter två dagar.

I den internationella litteraturen kring detta frågar man sig just nu om man ska ha det man kallar *yellow flag*, alltså en varningsflagga, vid åtta veckors eller vid fyra veckors sjukskrivning för ryggproblem och muskuloskeletala problem över huvud taget. Fyra veckor verkar vara det mer relevanta. Risken för att det ska bli ett långdraget ärende kommer alltså väldigt snabbt, och det gäller därför att kunna välja.

Jag tänkte också säga någonting om graviditetssjukskrivning. Det frågades om det finns något vi kan göra kring detta. Ett förslag som ofta har nämnts är att ha villkorade föräldradagar. Om man inte tar ut dem före förlossning, för att slippa en del av sjukskrivningen, fryser de inne. Även från obstetrikhall, alltså från läkarkåren, har det ofta nämnts att diskussionen om sjukskrivning blir tung att ta under graviditeten. Väldigt många kvinnor arbetar ju inte mot slutet av graviditeten. Detta ordnas på olika sätt i olika länder. Vi har en tradition att det sker genom sjukskrivning.

Birgitta Carlsson (c): Jag har tre frågor. Vi är många som förordar finansiell samordning av något slag. Vi har haft försök med både Finsam, Frisam och Socsam. Finns det någon forskning kring vad det inneburit för de människor som fått möjlighet att vara med i samordningen kring sin person?

Man blir lite besviken när man får höra att det forskas mer på mäns sjukdomar än på kvinnors. Har inte detta förändrats med tanke på att en mycket större andel kvinnor är sjukskrivna? Frågan är alltså: Har man fortfarande inte ändrat på det? Det har ju under lång tid forskats kring mäns sjukdomar.

Ganska många människor hör av sig till oss och är besvikna över försäkringskassans läkare. Dessa personer har blivit sjukskrivna av den läkare de kontinuerligt går till. Därefter har försäkringskassans läkare gjort en annan

bedömning, och de har blivit av med sin sjukpenning. Finns det någon forskning om personer som blivit fråntagna sin sjukpenning?

Kristina Alexanderson: På den sista frågan kan jag svara att där i princip inte finns någon forskning. Över huvud taget finns det väldigt lite forskning kring handläggningen av försäkringsmedicinska problem ur ett patientperspektiv om samarbetet mellan försäkringskassa, försäkringsöverläkare och hälso- och sjukvård, alltså hur patienten upplever det hela.

Lekmannaperspektivet är på det hela taget väldigt lite använt i forskning om sjukfrånvaro. Man har i större utsträckning haft ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, ett arbetsgivarperspektiv eller ett samhällsperspektiv. Men lekmannaperspektivet behövs för att komplettera bilden. Vi behöver bättre förståelse om hur de sjukskrivna tänker, hur de upplever sin situation och vad de vill.

Som jag sade tidigare finns det en del studier kring läkares sjukskrivningspraxis, men det finns väldigt mycket färre studier om handläggningen på kassan.

Anna Hedborg: Jag vill bara göra en liten kommentar. Den utvärdering av Socsam som gjordes på sin tid var väldigt ambitiös och är nog i det närmaste att betrakta som forskning. Samtidigt är det otroligt svårt att göra den sortens utvärderingar på ett riktigt vetenskapligt sätt. Om man ska göra en snabb sammanfattning kan man säga att det man fann var att visst fick människor det bättre, men det som framför allt hände var att de via betalning från försäkringskassan fick stöd av socialtjänsten. Det stödet borde de kanske ha haft ändå, men de hade alltså inte fått det av kommunen. Genom detta samverkansprojekt fick de stödet via försäkringskassans pengar. De kom visserligen inte tillbaka i arbete, men de mårde bättre.

Eva Vingård: Jag vill bara säga några ord om att forska om män och kvinnor. I Sverige är vi ganska duktiga på att forska om både män och kvinnor. Vi har också många kvinnor i arbetslivet. De studier som Kristina Alexanderson refererade till kommer från hela världen. Där ser det lite annorlunda ut, och där får man ta det som finns.

Kenneth Lantz (kd): När det gäller forskning kring motion och rörelse undrar jag: Hur har man kommit fram till de resultat som finns? Vilka önskemål har ni forskare beträffande motionen? Ska man arbeta för en utökning av den aktiva motionen eller den vardagliga, normala, motionen? Har det någon betydelse? Finns det några bevis för det ena eller det andra?

Kristina Alexanderson: När det gäller sjukskrivning för rygg- och nackbesvär har vi inte hittat den typen av studier, men när det gäller sjukfrånvaro oberoende av diagnos finns det några studier där man tittat på intervention, alltså försök att påverka arbetsplatserna. Några har gått ut på att starta motionsprogram. Den slutsats vi drar är att de interventioner som varit breda, alltså inte bara rört motion utan också livsstilsförändringar genom antirökkampanjer och liknande, har haft effekt på sjukfrånvaro. Däremot har de andra intervention-

erna inte haft det. Men detta handlar alltså om effekten på sjukfrånvaro. Kanske har det också effekt på hälsa, men det har vi inte tittat på.

Annelie Enochson (kd): Jag sitter i arbetsmarknadsutskottet och tycker att det har varit intressant att lyssna på diskussionen. När Kristina Alexanderson pratade om rygg och nacke reagerade jag lite grann. Flera har varit inne på helhetsbilden. Jag hörde en gång någon säga att när man har ont i rygg och nacke så har man ont i själen. På något sätt sitter själen i ryggen och nacken. Det är alltså svårdefinierbart; man mår inte bra. Det sitter där, man krokmar och mår dåligt.

Det finns ett intressant projekt på Hisingen. Det heter Delta och är just ett samverkansprojekt. Om jag inte minns fel hade man förutom psykologer även präster med. Det nämndes att 50 % av de sjukskrivna lider av nedstämdhet. Man får alltså inte livet att gå ihop. Det kan finnas många faktorer som gör att man inte får det hela att gå ihop. Därför vill jag fråga Staffan Marklund: Kan man forska på helhetsbilden? Är det möjligt? Och om så är fallet undrar jag: Görs det?

Staffan Marklund: Jag skulle nog svara ja så där lite vågat. Det är klart att man kan. Problemet är att vi inte klarar av att göra helhetsbilder av så särskilt många individer, även om det vore klokt att göra sådana. Om vi gör det drabbas vi av den andra kritiken, nämligen att det där gällde ju bara fjorton damer på Hisingen. Kan man verkligen dra några slutsatser av det? Gäller det även i Umeå och Skanör?

Vi står inför dilemman att göra det vi lite grovt kallar kvalitativa studier, där vi är noggranna med enskilda individer, och kvantitativa studier. Det finns kvalitativa studier, så det är alltså inte vetenskapligt omöjligt. Men de studierna drabbas alltid av kritiken att individerna är så få och studierna så specifika. Då väljer vi den andra strategin där vi tar oss an den stora materialmängden, alltså Anna Hedborgs material om arbetsmiljöundersökningar. Det materialet består av hundratusentals individer, men i stället vet vi bara lite om varje sådan individ.

Detta är ett dilemma som vi aldrig helt kommer ifrån. Jag tror att man behöver kombinera de båda sätten. I dag skulle jag önska att det gjordes fler kvalitativa studier, eftersom de hypoteser som vi har rör just livspusslet. De rör frågor som vi inte kan besvara med kvantitativ metodik.

Anna Lilliehöök (m): Herr ordförande! Jag vill ställa en fråga till Johnny Johnsson och kanske också till Eva Nilsson Bågenholm. Den handlar om tidig intervention, som är en utmärkt inriktning när det gäller både avstämningsmöte och företagshälsovård. Det som möjligen kan ifrågasättas är integritetsfrågorna, vilket vi funderat över från vår sida.

Man kan gå till vilken läkare som helst och sjukskriva sig. Läkaren kanske inte kan ett dugg om arbetsplatsen, särskilt med tanke på hur lite utbildning de har om yrkesmedicin. Inte ens i försäkringsläkarutbildningen ingår detta, så det är många som inte kan det. Företaget har kanske företagshälsovård. Hur skulle ni kunna rycka in i det fallet? Det gäller även tidigt avstämningsmöte. Om man har gått till en läkare och kanske har en konflikt på arbetsplatsen

tycker man nog inte att det är världens bästa väg att gå. Hur ska man hantera detta?

Johnny Johnsson: Jag har ingen personlig erfarenhet av hur det kan fungera. Ifall en annan sjukskrivande läkare än jag behandlar patienten brukar jag skriva till den sjukskrivande läkaren och föreslå att om han eller hon vill att jag tar över sjukskrivningen, och patienten tycker detsamma, så gör jag gärna det och vi kan samverka. 87 % av patienterna är positiva, ungefär det antal jag ska ha så att säga, och det brukar inte vara några bekymmer. Folk vill vanligtvis bli behandlade av den som bäst förstår en. Det är det allra vanligaste. Mot människors vilja går detta inte att göra.

Om man då har samrådsmöten fordrar det att patienten själv vill det i något avseende. Där tror jag inte att det är några bekymmer att komma in väldigt tidigt och jobba ihop. Det är det som behövs.

Eva Nilsson Bågenholm: När det gäller avstämningsmötena är det självklart att man ska komma in så tidigt som möjligt för att möjligen också få med andra kategorier. Man kan mycket väl tänka sig att patienten vill ha med sin psykolog om han eller hon går hos en sådan. Detsamma gäller kuratorer, sjukgymnaster med flera. Det måste finnas en öppning så att de personer som patienten har förtroende för och har en långvarig behandlingsrelation till också finns med.

Det har framkommit farhågor om att avstämningsmötet skulle vara svårt för patienten, att det mera skulle vara fråga om något slags domstolsförhandling där patienten blir utsatt och utpekad, och att det från integritetssynpunkt skulle vara svårt för patienten att sitta med vid ett sådant möte. Det har också framkommit farhågor om att det mest skulle bli fråga om diskussioner om rätt till ersättning eller inte.

Jag skulle vilja säga att dessa möten under inga omständigheter får bli sådana att patienten känner sig utpekad. Vi har mötet för att hjälpa individen. Det är etiskt oförsvarbart att göra en felaktig bedömning. Man får försöka hantera situationen på ett för individen så bra sätt som möjligt så att han eller hon inte känner sig utpekad. Vad gäller frågan om rätt till ersättning är det ingenting som man sitter och diskuterar på mötet, utan det beslutar i slutändan försäkringskassan om. Man måste alltså skilja på frågorna.

Här kommer vi också in på frågan om fördjupad bedömning. Det ska ju vara ett annat alternativ för att få ökad kunskap om individen. Där handlar det om precis samma integritetsfrågor och också om etiska spörsmål. Vi var inne på försäkringsläkarens roll när patienten tycker att försäkringsläkaren gör en felaktig bedömning. Det som vi lite grann har invänt mot i den så kallade fördjupade bedömningen är det som tidigare framkommit om försäkringsläkarna, nämligen att patienterna inte känner att de har någonting att säga till om. De blir fullständigt utlämnade åt någon som inte har en relation till dem, åt någon som inte har kunskap om dem.

Vi hoppas att man i de allra flesta fall ska kunna komma fram via avstämningsmötena, och att man skiljer ut frågan om ersättning. Den ska givetvis inte avhandlas där. Om det vid avstämningsmötet däremot framkommer att

här finns en arbetsförmåga som inte är tillvaratagen, och arbetsgivaren har möjlighet att erbjuda anpassat arbete, innebär det per automatik att man inte längre får sjukersättning eftersom man har möjlighet att gå tillbaka till arbetet.

Dessa avstämningsmöten är delikata att hantera, och det hela måste alltså ske på ett sådant sätt att man har full respekt för den patient som är utsatt.

Rolf Olsson (v): Ordförande! Flera här har sagt att det är nödvändigt att anlägga ett brett perspektiv för att minska de stora ohälsotalen. Det är vi säkert rätt överens om. I det perspektivet är arbetsplatserna och deras företrädare utan tvekan väldigt centrala aktörer i arbetet med att förebygga och minska ohälsan för de drabbade. Det gäller också att underlätta för individerna att kunna arbeta deltid när det är aktuellt samt ha en aktiv uppföljning.

Detta har vi varit inne på i många olika sammanhang. Därför vore det lämpligt att få kommentarer från företrädare för arbetsmarknadens parter, både för de fackliga organisationerna och de offentliga och privata arbetsgivarna – och gärna också från Kenth Pettersson på Arbetsmiljöverket. Hur ser ni på det hela? Det vore intressant att få goda exempel på brandsläckning och få höra hur ni ser på förutsättningarna för att minska ohälsan.

Sten Gellerstedt: Vi skulle vilja ha ett avtal på arbetsmarknaden kring hur man ska diskutera arbetsplatser, alltså få den sociala dialogen för att lösa problemen på arbetsplatserna. Det blev ganska tyst på 90-talet, och skyddsombuden blev också färre. Nu har vi fått fler skyddsombud, men de måste kunna verka på något vis. Då krävs utbildning av skyddsombud, liksom utbildning av arbetsledare, när det gäller arbetsmiljöfrågorna. Vi vill alltså gärna ha någon typ av överenskommelse parterna emellan kring formerna för det hela.

Alf Eckerhall: Jag tycker att det är en bra fråga, och den är mycket central. I de utredningar som har företagits, och i den debatt som förts under flera år, har dessa frågor koncentrerats till arbetslivet, precis som det har sagts från vissa håll. Det har också antytts att det är arbetet som förorsakar nästan allt.

I går, alltså den 28 april, kunde man i Svenska Dagbladet läsa att 670 000 svenskar lider av KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom. När det gäller arbetsandelen i detta tror jag att den är väldigt liten. Tvärtom är det väl så att arbetet dämpar till exempel rökandet. Det är bara ett exempel på en ohälsfaktor som naturligtvis bör beaktas när den omfattar så väldigt mycket folk.

När det gäller de privata företagen har dessa frågor hela tiden varit intressanta. Det gäller inte bara nu, som någon nämnde – Staffan var det väl – utan det har gällt i alla tider. Om man inte kan leverera den vara eller tjänst som man producerar går företaget i värsta fall omkull. Därför är det alltid viktigt att ha en god arbetsmiljö och ta väl hand om sin arbetskraft.

De jämförelser som gjorts mellan vårt land och andra länder visar att svensk arbetsmiljö, i varje fall vad gäller de privata företagen, står sig mycket bra. För att inte bli för långgrandig slutar jag där.

Kenth Pettersson: Jag har under en längre tid sysslat en hel del med treparts-samtal med arbetsmarknadens parter.

Om vi framgångsrikt ska kunna vidta åtgärder som får effekt på lång sikt är det alldeles nödvändigt att parterna är med. De är oerhört viktiga opinionsbildare, och en av de viktigaste delarna är frågan om attityder, vilket Anna Hedborg också var inne på. Vi måste diskutera attityder. Jag tror inte att vi kan göra det framgångsrikt utan parternas medverkan. Det är det ena.

Det andra gäller diskussionen ifall ohälsan genereras i arbetslivet eller ej. Det har vi varit inne på i dag. På ett sätt är det ointressant i det korta perspektivet. Om två personer som brutit benet, den ena i slalombacken och den andra på jobbet, ska kunna gå tillbaka till jobbet behöver samma åtgärder vidtas oavsett var skadan inträffade. När det däremot gäller det långa perspektivet finns där en skillnad. Det är ju egentligen ett lagbrott att någon bryter benet på jobbet, men inte om det sker i slalombacken. Det är svårt att tänka sig en lagstiftning där. Det skiljer alltså i åtgärderna på lång sikt. När det däremot gäller rehabilitering och återgång i arbetet handlar det om samma åtgärder alldeles oavsett vad som händer.

Jag tror – och det är en av slutsatserna från trepartssamtalen – att en av nyckelpunkterna är att den enskilde inte skiljs från arbetsplatsen för en längre tid. Därför är det viktigt att så många som möjligt är kvar i arbete åtminstone till 25 %, och då behöver man stärka incitamenten för det. Det är många gånger besvärligt för en arbetsgivare att ordna ett sådant arbete, och därför behöver incitamenten för att ordna detta stärkas.

Det var anledningen till att jag lade fram ett förslag som innebär att arbetsgivaren står för 25 % av sjuklönekostnaden, men enbart vid heltidssjukskrivning. Vid deltidssjukskrivning tar försäkringen hela kostnaden. Detta skulle stärka incitamenten för arbetsgivarna att skapa möjligheter till deltidarbete under en sjukskrivningsperiod.

Bo Könberg (fp): Herr ordförande! Det var närmast med anledning av den fråga som Birgitta Carlsson tidigare ställde som jag begärde ordet. Hon undrade om det fanns någon forskning eller något material med information om effekterna i samband med finansiell samordning av olika slag. Anna Hedborg svarade att utvärderingen av Socsam, som gjordes för ett par år sedan, pekade på att man hade lyckats hjälpa människor att komma till socialtjänsten och få kontakt. Även jag läser delar av studien ungefär så.

Det finns också en utvärdering av den finansiella samordningen mellan landsting och försäkringskassor som Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket gjorde våren 1997. Den slutade på en besparing på bortemot 10 % för de år som redovisades, och tittar man något år senare kommer man väl upp i ännu högre tal.

Det är möjligt att Anna Hedborg inte betraktar utvärderingen från verkets sida som forskning, men jag skulle vilja höra hennes kommentarer till resultatet. Om man får resultat i storleksordningen 10 % av sjukskrivningskostnaderna är det naturligtvis inte fråga om några småsummor.

Anna Hedborg: Det är riktigt att den utvärderingen visade på det. Den är faktiskt inte lika forskningsmässig och det är inte så konstigt, för det är svårt att göra den typen av utvärderingar. Det som man möjligen kan tro om den är

att den speglade ganska mycket av projekteffekt plus att den är väldigt svår att generalisera utifrån. Men utvärderingen visade att den samverkan som man bedrev i den pilotverksamheten hade effekter på de flesta av fallen.

Varför är vissa i arbete och andra inte?

Eva Vingård: Det är trevligt att få avsluta det här på ett lite positivt sätt. Staffan sade tidigare att vi är lutheraner i Sverige och att det är därför som vi går till arbetet. Det låter lite negativt. Jag tror att det finns mer positiva faktorer som gör att vi går till arbetet. Min förra chef Christer Hofstedt brukade säga att det ibland är roligare att gå till arbetet än att ha roligt. Och så är det nog för väldigt många människor.

Det kommer snart en utredning från Socialstyrelsen om utmattningssyndrom. Där sätter man upp dessa punkter som visar varför vi arbetar: arbetet strukturerar tiden, arbetet skapar mening för oss, arbetet ger oss status och identitet samt arbetet uppmuntrar till aktivitet och kreativitet.

(Bild 31) För att klara detta måste man ha någonting som vi kallar för arbetshälsa. Den här bilden sammanfattar det som vi har talat om i dag. Arbetshälsa innebär att vi har en hälsa som gör att vi kan arbeta till 65–67 års ålder, och vi har lite kraft och ork kvar efter detta.

Vi befinner oss hela tiden i ett ramverk som består av samhällets regler och normer, sjukvård och rehabilitering, folkhälsoarbetet – sådant som ni kan påverka genom politiska beslut.

Sedan finns det en gungbräda i mitten där individens fysiska och mentala kapacitet finns på ena sidan. Den påverkas av mycket, av ålder, kön, vad vi har ärvt, livsstil, utbildning och tidigare erfarenheter. Dessa kan stärka eller minska vår fysiska och mentala förmåga. På andra sidan har vi de fysiska och psykosociala kraven från arbetet. De beror på arbetsmiljön, arbetsorganisationen och hur arbetsmarknaden ser ut. Helst ska vi väga tyngst själva så att vi kan stå emot krav från arbetet.

Till vår hjälp eller till vår stjälp har vi det som illustreras med dessa småbollar. Det kan vara vänner och familj, dagis och skola, snälla och dumma människor. Dessa bollar kan rulla åt olika håll. De kan stärka oss eller minska våra krafter.

Detta är det komplicerade systemet illustrerat med en förenklad bild där man kan sätta in åtgärder på väldigt många olika ställen för att förbättra arbetshälsan och på så sätt minska till exempel sjukfrånvaron.

Lösningen på sjukskrivningsgåtan, som vi har diskuterat mycket, är komplex och mångfasetterad och ger därmed också en öppning för väldigt många olika förebyggande strategier.

Jag jobbar för tillfället på Karolinska institutet med ett projekt som heter *HAKuL – hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting*, och det är mycket spännande att få arbeta med detta just i denna sektor.

Vi har tagit fram en modell – en longitudinell studie där vi försöker att ta hänsyn till alla faktorer – för det förebyggande arbetet. Jag hoppar över den första punkten som tar för lång tid att diskutera. Men under punkt 2 säger vi

att man med relevanta och anpassade instrument ska ta reda på hur det står till. Sedan ska man återföra den informationen till de anställda och till de berörda. Då ger man möjlighet för dessa grupper att hitta förbättrings- och förändringsområden. Man tar till vara den gemensamma kraft som finns, antingen åt ett negativt eller ett positivt håll, och försöker att vända den åt ett positivt håll. Till sist följer man upp och utvärderar det hela.

Det diskuteras mycket om goda exempel. Regeringen anordnade en konferens förra tisdagen som visade på en massa goda exempel. Jag tror inte på det. De goda exemplen är specifika för varje arbetsplats. Varje arbetsplats eller arbetsgrupp måste själva komma fram till hur man ska göra. Det finns ingen blåkopia som kan föras över på någon annan.

I HAKuL-projektet ingår sex kommuner och fyra landsting. Vi följer bland annat alla som blir sjukskrivna minst 28 dagar, och man har försökt att jobba enligt den här modellen. Det har handlat om olika åtgärder, från att införa friskvård på arbetstid till att förändra arbetstidsscheman. Vi följer alltså de nya 28-dagarsfallen. På det sättet kan man se tillflödet av nya personer som blir långtidssjukskrivna, och det är tillflödet som man vill minska och komma åt.

(Bild 33) Den här bilden visar olika siffror. De röda staplarna visar siffror från 2001 och de blå staplarna visar siffror från 2002. Tillflödet av de nya 28-dagarsfallen har minskat på nästan alla ställen. I mina ljusa stunder hoppas jag att det har lite med projektet att göra, att man låter människor jobba på det här sättet.

Eftersom vi diskuterar om friskvård har någon betydelse kan jag berätta att man inom socialtjänsten i Malung diskuterade vad man skulle göra. Där införde man ett mycket intensivt friskvårdsprogram, och det är ett av de ställen där siffrorna har sjunkit mest. Det ska bli väldigt spännande att fortsätta med den utvärderingen.

Andelen nya 28-dagarsfall har minskat med 24 % mellan 2001 och 2002.

(Bild 32) När det gäller faktorer i arbetslivet, arbetsförhållanden, som grund för en god arbetshälsa har jag gjort en 10-i-topp-lista. Jag vet att jag någon gång har träffat en del av er tidigare, och då lanserade jag en 5-i-topp-lista, men nu har jag blivit lite mer avancerad så nu har det blivit en 10-i-topp-lista.

Det är de två första sakerna som jag tror är viktigast, bra ledning och inflytande och delaktighet för de anställda. Andra viktiga faktorer är goda fysiska förhållanden och bra ergonomi. Det är också viktigt med välavvägda krav, en rimlig arbetsbelastning, stimulans i arbetet, möjligheter till kompetensutveckling även efter det att man har fyllt 50 år – det är väldigt ovanligt –, att man kan känna arbetsglädje och att man får belöning både i form av uppmuntran och i form av lön.

De flesta av dessa saker kostar inte så mycket, utan det är mer en fråga om en viljeinriktning att ändra på förhållandena. Det går också åt kraft, men i reda pengar kostar det inte så hemskt mycket.

Det var den förebyggande sidan för att få en god arbetshälsa. Sedan är det också intressant hur vi ska få personer tillbaka till jobbet. Ett av våra uppdrag i Ha kul-projektet är att hjälpa till med en förbättrad rehabilitering på det sätt som Åke Nygren berättade om.

Vi har sett tre saker som är viktiga. Tidig upptäckt är väldigt viktigt. På arbetsplatsen vet man ju vem det är som sviktat, men man gör kanske inte någonting åt det eftersom det inte finns någon struktur för detta. Men det är viktigt att ta tag i problemet, och det gör vi inom det här projektet om någon sviktat på en arbetsplats.

Sedan är det naturligtvis bra med en god rehabilitering, att man får en bra sådan, att samverkansamtal kommer till stånd osv. Det ska vara regel att så sker.

Det allra viktigaste är att man har möjlighet att komma tillbaka till samma eller till en annan arbetsplats. Där har vi sett att vi kunde jobba med ettan och tvåan, men det gav inte riktigt den effekt som vi ville ha. Därför har vi försökt att jobba också med trean: att man ska ha dialogutbildning på arbetsplatserna för att se hur man gör när människor sviktat, hur man tar hand om dem och hur man förbereder sig för att de ska kunna komma tillbaka.

Vi har den arbetskraft vi har. Vi kan bara titta oss omkring i salen här. Jag roade mig med att titta på ledamöterna i socialförsäkringsutskottet. Det är alltså 4 av 17 ledamöter som är under 55 år. Ni andra som är här som experter ser inte så hemskt mycket yngre ut, och jag vet ju hur gammal jag själv är. Vi finns och vi kommer att finnas ett tag till, så det är kanske lika bra att ta hand om oss.

Jag har tagit med mig ett citat från Havamal som jag brukar använda:

Enbent man rider

Döv man går vall

Enögd man duger till drabbning

Blott lik gagnar föga till.

Birgitta Carlsson (c): Dessa olika punkter borde vara självklarheter på varje arbetsplats. Hur kommer ni att jobba för att nå ut till fler med detta? Har man sett någon skillnad när det gäller svenska människor och invandrade människor i Sverige? Finns det någon forskning om eller jämförelser mellan människor som är födda i Sverige och människor som har invandrat hit?

Eva Vingård: Vi har ännu inte gjort några sådana jämförelser. Vi täcker hela Sverige från Boden till Lund, men vi har ganska få med invandrarbakgrund i vårt material, så jag är inte säker på att vi kommer att kunna se några skillnader, tyvärr. Det hade varit intressant.

Det sätt som vi för ut detta är genom vår hemsida www.personskadeprevention.nu där det här projektet beskrivs och vad vi har kommit fram till samt en del av de projekt som Åke tog upp, dels inom privat sektor, dels inom

landstinget i Västernorrland. Sedan finns också de stora AFA-programmen som bygger på våra erfarenheter.

Jag är ute ett par dagar i veckan och missionerar om det här budskapet. Det finns ett stort intresse hos kommuner och landsting att ta till sig denna kunskap och att göra någonting. Jag är faktiskt ganska hoppfull i det avseendet. Det finns en kraft.

Kerstin-Maria Stalin (mp): Jag ska ställa en kort fråga. Jag tror på goda exempel. Du sade faktiskt mot dig själv när du visade på goda exempel. Goda exempel är det som är verklighet i stället för bara vackra ord. Du nämnde nyss ordet personalskadeprevention – det är ett svårt ord. Men jag skulle vilja höra: Varför tror du inte på goda exempel?

Eva Vingård: Jag tror på goda exempel, men man kan aldrig överföra en verklighet från en arbetsplats till en annan. Jag tror på bra ledning, det tror jag behövs överallt. Men hur man når fram till en bra ledning kan se olika ut på olika ställen. Det finns någonting lite inlåsandande i att någon ställer sig upp och berättar precis hur man gjorde. Men man kan inte göra riktigt likadant på andra ställen eftersom det kanske inte ser likadant ut.

Jag tror att det är viktigt att de som är inblandade i det hela känner en delaktighet i processen, att man inte kommer utifrån som en expert och lyfter in ett gott exempel som alla ska inrätta sig efter. Detta måste gå med det som kallas *empowerment*. Personerna på de olika arbetsplatserna måste jobba igenom detta. Annars blir det inte bra.

Kenth Pettersson: Synnerligen kort: Arbetsmiljöverket har en föreskrift med rubriken *Systematiskt arbetsmiljöarbete*, och det innebär just att fånga in det som Eva pratade om. Man ska ha en process på den enskilda arbetsplatsen och ta till vara den kunskap som finns där och forma arbetsförhållandena utifrån denna.

Lennart Klockare (s): Det var intressant att ta del av Evas forskning och undersökningar. Jag kommer från en av kommunerna så jag har fått lite kännedom också den vägen.

Du talar om att det är en viljeinriktning att åstadkomma någonting på arbetsplatsen och att det är viktigt med en god ledning. Jag ska inte ställa frågan till dig, utan jag ska ställa den till arbetsgivarsidan. Ledningens roll, den anställdes inflytande och möjligheten till ansvar och befogenheter är ju avgörande. Det visar försöksverksamhet. Det ökar dessutom trivselen.

Då ställer jag mig frågan: Hur ser man på detta från arbetsgivarna? Är detta någonting som man är beredd att släppa på, att göra rundare organisationer och se till att de anställda trivs och får inflytande? Vad säger man från de privata arbetsgivarna? Och kanske någon från Kommunförbundet och Landstingsförbundet kan säga vad man har för ambitioner när det gäller att förändra ledningsrollen och öka de anställdas inflytande.

Boel Callermo: Vi delar uppfattningen att ledarskap och arbetsplatsutveckling är en av nyckelfrågorna för att man ska komma till rätta med ohälsan. Det gäller både det politiska ledarskapet och ledarskapet i den operativa verksam-

heten. Det är ett av de områden där vi och våra medlemmar, kommuner och landsting, lägger ned mycket utvecklingsarbete.

Ett annat område som vi ser som nyckelområde är just en utveckling av rehabiliteringen. Det handlar om att få till stånd bättre rutiner än i dag och om att utveckla metoderna i synnerhet när det gäller de stressrelaterade tillstånden. Man måste också utveckla samspelet mellan de olika rehabiliteringsaktörerna.

Ytterligare ett område har tagits upp här, och det är detta med att ha koll på läget, att ha kunskap om hälsoutvecklingen i den egna organisationen och om sjukfrånvaron, hur den utvecklas och hur den tar sig uttryck. Det tror vi också är ett betydelsefullt område.

Vi lägger ned mycket arbete på dessa tre områden, och vi upplever att det finns en stor oro och ett stort engagemang ute i kommunerna i dag. Vi tycker inte att vi kan visa resultat från alla de utvecklingsarbeten som vi ser, men det är många som visar att vi är på rätt väg, och vi tror att sektorn arbetar på rätt områden i dag.

Lena Heldén-Filipsson: Vi jobbar väldigt mycket med den här frågan på Företagarnas Riksorganisation, och vi ser att sjukfrånvaron är mindre i de små än i de större företagen. I genomsnitt stiger sjukfrånvaron med antalet anställda. Sjukfrånvaron är i genomsnitt 2 % av det totala antalet anställda i de små företagen med en till fyra anställda, jämfört med en dubbelt så hög andel eller mer i större företag, i offentlig sektor, kommuner och landsting.

Detta är väldigt intressant. Vad handlar det om? Vi har tittat på goda exempel och intervjuat företagare om hur man jobbar med det här. Alla jobbar på sitt sätt, och det är förstås viktigt att man hittar det sätt som passar företaget.

Men det är också vissa frågor som återkommer. Jag tycker att det finns en lyhördhet hos de ledare som vi har fått beskrivna som goda exempel. De har en förmåga att kommunicera. Vad är det då som påverkar detta? När man tittar på statistiken kan man se att i de små företagen har kraven på de anställda inte ökat lika mycket som i de större företagen. Det finns också andra faktorer såsom god kontakt med chefer, med arbetskamrater och så vidare. Detta kan vi se kvalitativt och tror oss också kunna se det kvantitativt så småningom.

Det handlar om att bli sedd. Om det finns ett ansikte bakom varje person ser man också hur mycket varje person orkar och klarar av. Det handlar också om grupptillhörighet, känslan i gruppen och så vidare. Det finns nog väldigt mycket att göra på det här området, och det är intressant att titta på hur man jobbar med detta, men man kan säkert jobba mycket mera. Det är också uppmanande att se att det finns företag som är oerhört duktiga.

Alf Eckerhall: Jag kan inte annat än instämma i Evas tio punkter och även i det som Lennart Klockare säger. Jag har ingen avvikande uppfattning där. Det är viktigt att det finns en god ledning. Det visar kanske inte minst resultatet i de mindre företagen, som Lena säger. Där är det påfallande låga siffror jämfört med övriga sektorer. Men jämfört med hur det var för fem år sedan har

det ju skett en ökning där också. Nivån är dock inte så hög som den var 1988–1990, men det är också andra faktorer som spelar in och det är ju därför vi är här.

Vi var här också för ett år sedan och talade om de här frågorna. Det betänkande som ni då skrev på över hundra sidor ledde tyvärr inte till någonting. Hela den katalog av förslag som räknades upp där slaktades. Nu finns en del punkter med, och det tycker jag är bra. Fast de kunde ha tagits upp redan då.

Sten Tolgfors (m): Varför är vissa i arbete och andra inte? Det är rubriken på det sista avsnittet här.

Den samlande sjukskrivningen och förtidspensioneringen har också blivit till en arena för utanförskap dit man externaliserar kostnader för andra problem i samhället. När vården inte fungerar och köerna är långa blir man sjukskriven. Det finns arbetsmarknadsproblem som också hamnar i den här delen. Vi talade tidigare om att livet i övrigt kan ta sig sådana uttryck att man inte riktigt orkar med och så blir man sjukskriven.

Här är några konkreta exempel som jag har stött på:

Tusen ungdomar per årskull förtidspensioneras från 16 års ålder och framåt. Barn med funktionshinder som saknar gymnasieskolemöjligheter blir förtidspensionärer under den tid som de avlutar grundskolan. Många funktionshindrade vuxna som vill arbeta möter ibland stort motstånd inom systemet. De har bokstavligen gråtande berättat om sin livssituation därför att de inte vill hamna i permanent utanförskap och inte vill bli förtidspensionärer. De får då systemen emot sig.

Konflikter på jobbet kan leda till att man löser dem genom sjukskrivning. Det finns ett samband mellan arbetsmarknadens utveckling och hur antalet sjukskrivningar utvecklas, både regionalt och över tid. Bristande rörlighet på arbetsmarknaden kan också vara en orsak.

Många flyttas genom system. Det är säkert ingen slump att de som närmar sig slutet i a-kassan är överrepresenterade när det gäller sjukskrivningar.

Ska man ha ett perspektiv som biter på sjukskrivningar måste man se att det handlar både om ohälsoproblem – och de kan bero på familj, övrigt liv och arbetsplats – och om att vi har allvarliga systembrister i Sverige, och därför har kostnaderna hamnat här.

Jag tog upp detta med anledning av frågan varför vissa är i arbete och andra inte.

Ordföranden: Jag tolkar det som att detta inte var någon fråga till någon särskild utan ett påpekande.

Då är vi klara med denna utfrågning. Jag ska bara kort säga att jag tackar för ert deltagande. Det har varit komplexa frågor och svar. Det här är ett gemensamt ansvar som vi alla har både som företrädare för verk, myndigheter och organisationer och som individer för att kunna vända de senaste årens utveckling.

Bland oss politiker i riksdagen har vi ibland olika uppfattningar om vilka lösningar som ska användas. Men för att ändå betona att vi ibland kan vara

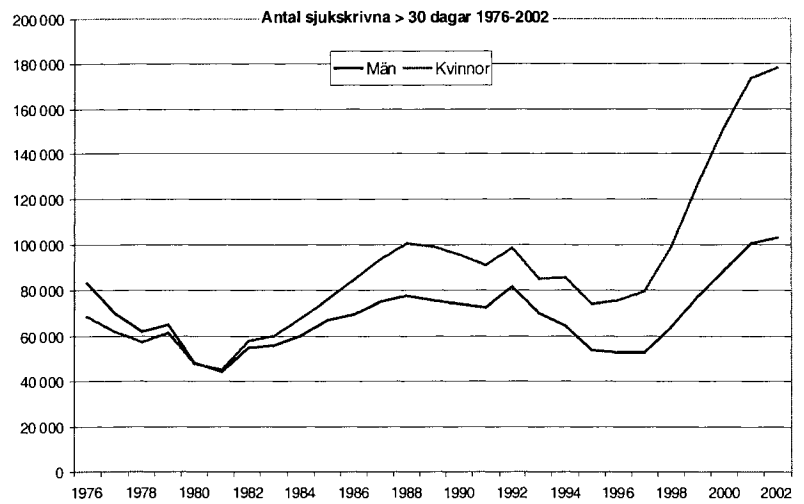
eniga om saker vill jag ge möjligheten till att avsluta denna dag till utskottets vice ordförande Sven Brus.

Sven Brus: Vi från utskottet vill säga tack till de inbjudna inledarna. Tack också alla övriga deltagare som har speglat frågans bredd, olika myndigheter och organisationer. Tack utskottets ledamöter och deltagare från övriga utskott. Vi tackar också utskottets kansli för arrangemangen kring denna hearing och våra stenografer som till eftervärlden har bevarat varje klokt ord som här har yttrats.

Vi har under dessa timmar ökat vår kunskap på området, det är jag alldeles övertygad om. Men vi har också konstaterat att vi behöver mer kunskap. För att lära oss mer och för att öka vår kunskap behövs den här typen av mötesplatser. Många av oss har träffats i det här ärendet ett antal gånger, och vi kommer säkerligen att mötas igen för att diskutera dessa frågor innan vi har nått målet, att pressa tillbaka ohälsan till en nivå som ligger betydligt under dagens nivå.

Ett nyckelord den här förmiddagen har varit ordet livspusslet. Precis som ordföranden sade kan vi ha lite olika uppfattningar från olika politiska utgångspunkter om hur detta pussel ska läggas och om hur vi ska komma till rätta med problemet, men jag tror att vi är helt överens om att ohälsan beror på att människor inte får sitt livspussel att gå ihop. Nu får vi fortsätta att lägga pusslet, dels med tanke på statsbudgetens utgiftstak, dels framför allt för människornas skull. Lycka till med det! Tack för i dag!

Bild 1 och 2



RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Genomsnittligt antal sjukpenningdagar per person som fått ersättning

	1998	1999	2000	2001	2002
Santliga	89	94	103	110	114
Kvinnor	87	93	103	111	115
Män	92	95	102	108	113

RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Bild 3 och 4

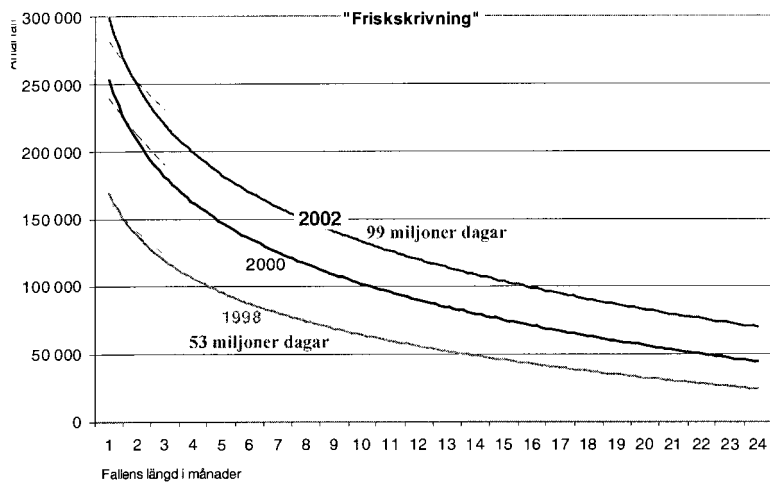
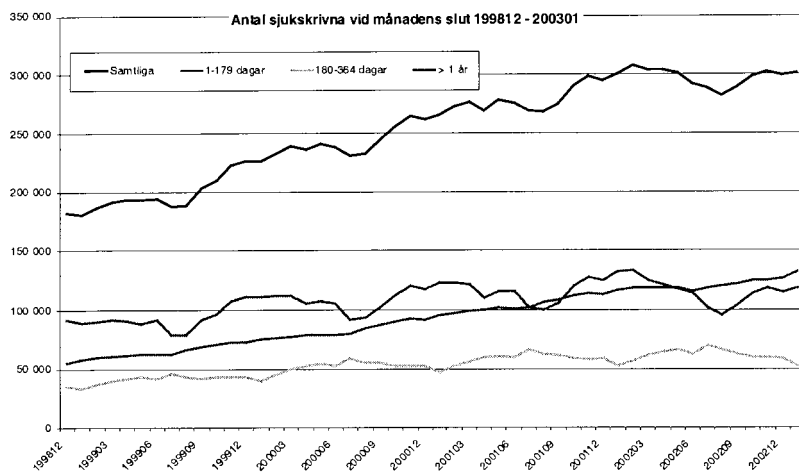
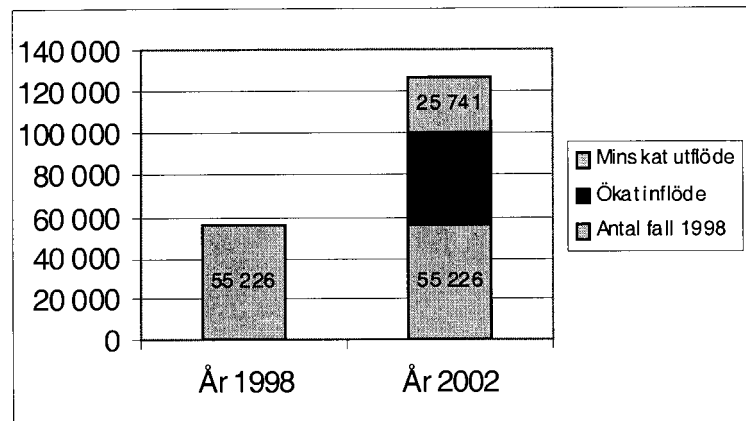


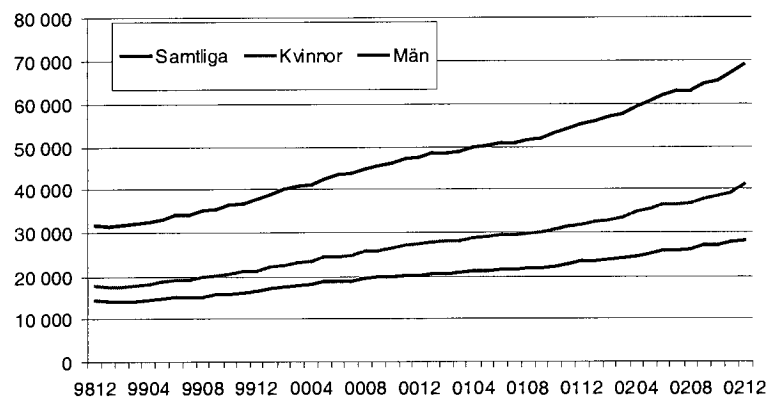
Bild 5 och 6

Utveckling av antal fall som varat längre än ett år



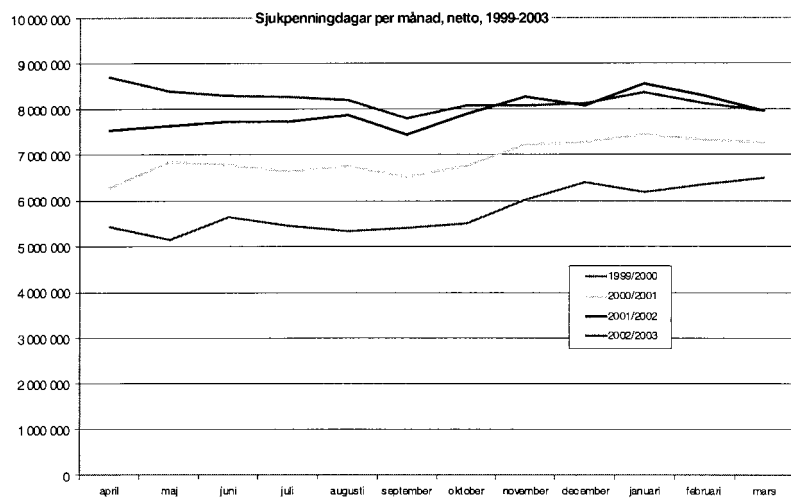
RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Antal nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 199812-200212, löpande 12-månadersperioder



RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Bild 7 och 8



Heltidssjukskrivnas andel av ersatta dagar 9812 - 0303

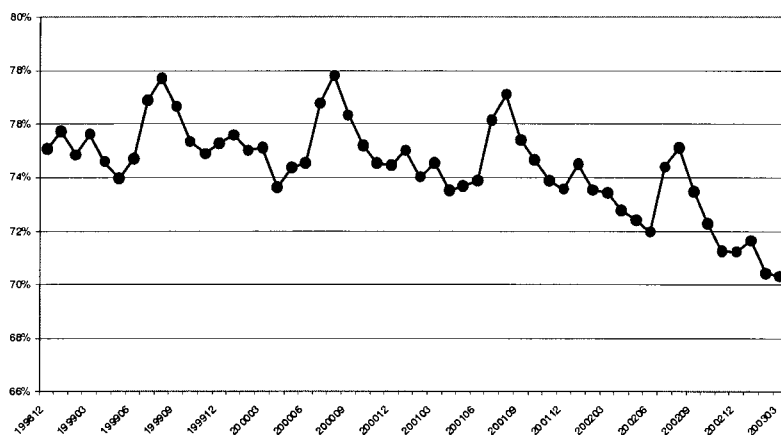
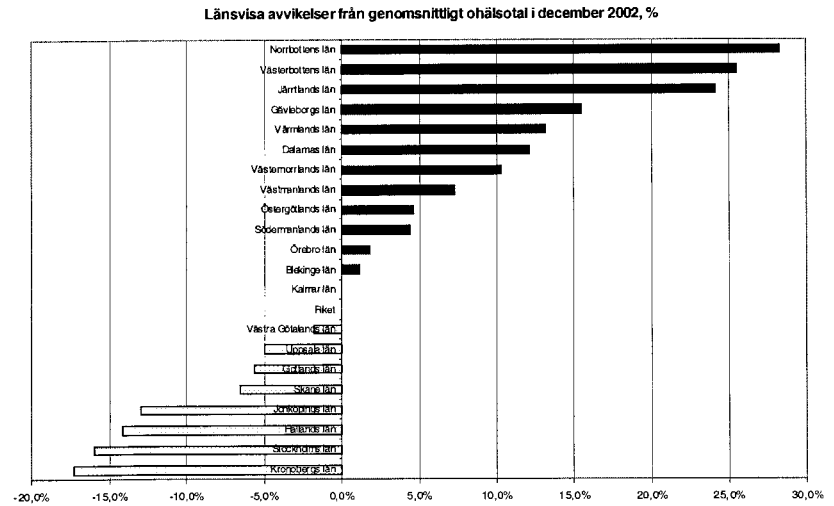
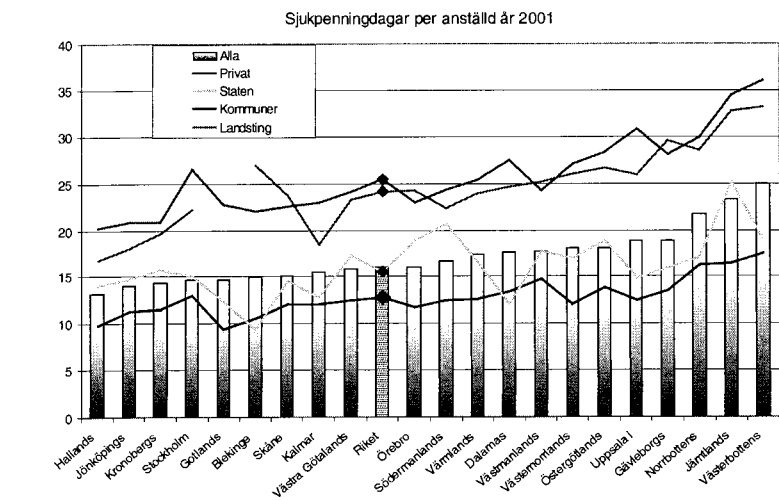


Bild 9 och 10



RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET



RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Bild 11 och 12

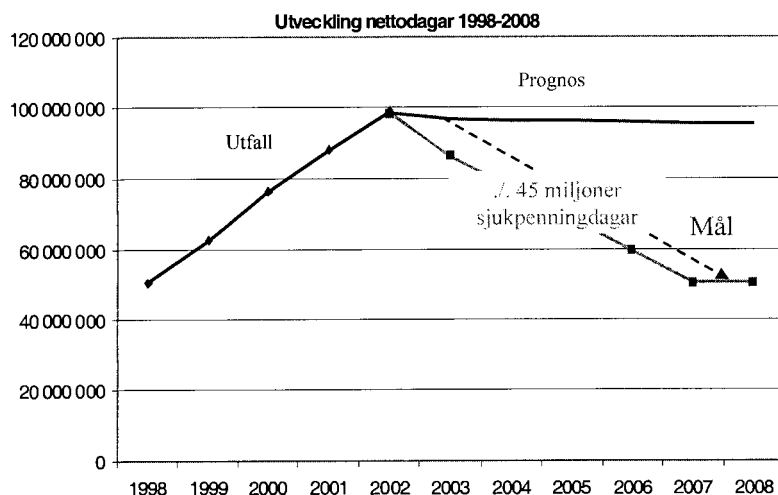
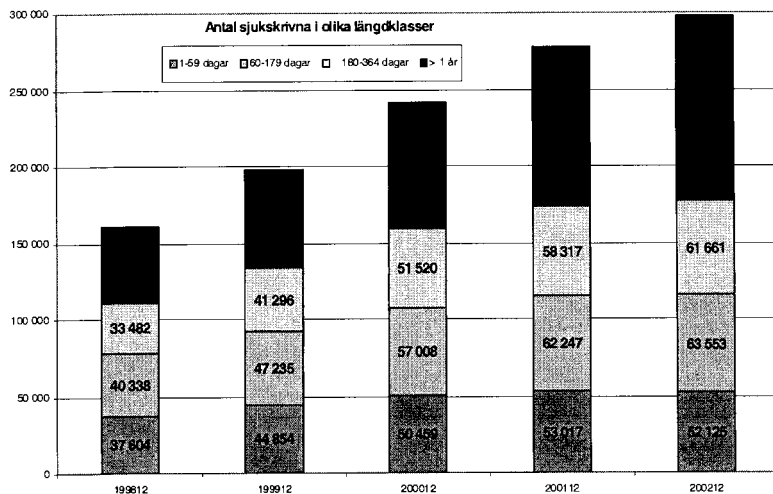
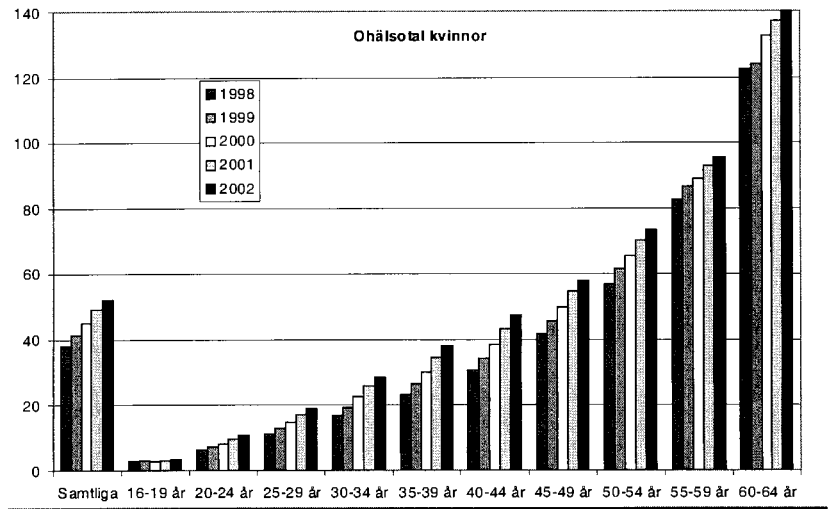
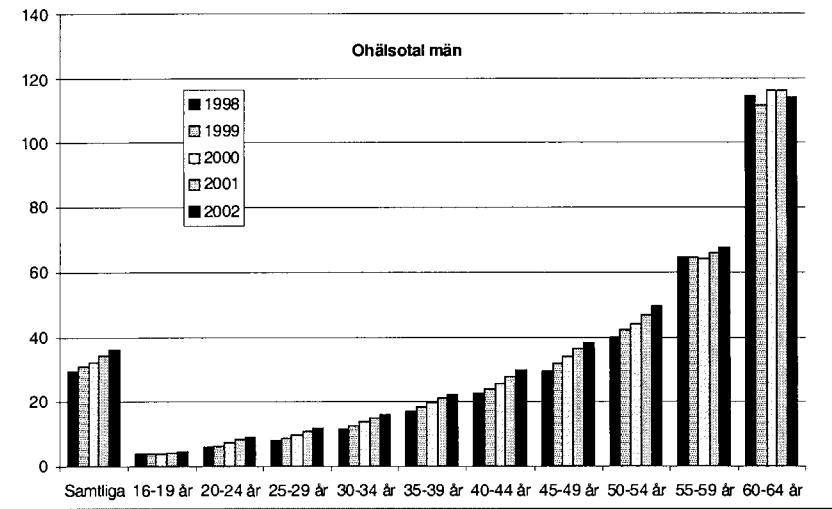


Bild 13 och 14

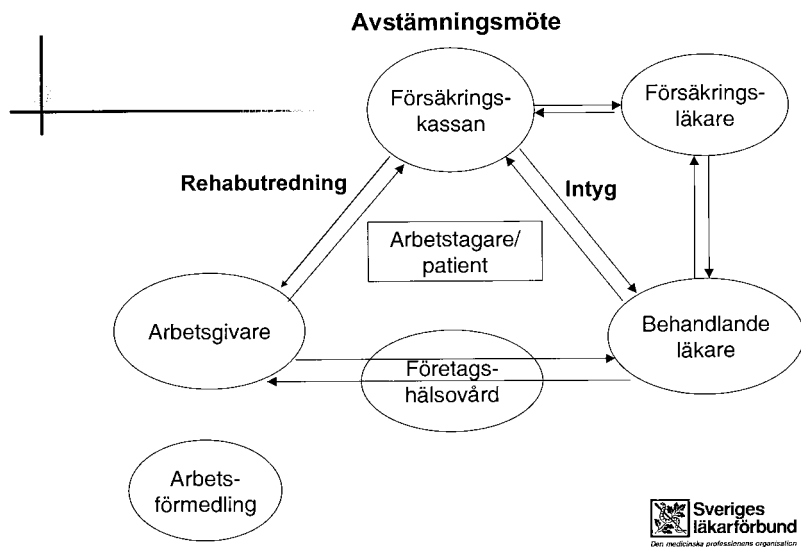


RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET



RFV
RIKSFÖRSÄKRINGS
VERKET

Bild 15 och 16



Arbetsmiljöfaktorer som ökar risken för sjukfrånvaro och förtidspension (Vikemark & Andersson 2002, Arbetsmiljöundersökningar och LOUISÉ)

Faktor (index)	Riskökning		Antal med belastning	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ergonomisk belastning	2.7	2.4	480'	400'
Monotont arbete	3.7	2.0	140'	110'
Stora krav/låg kontroll	2.1	1.5	310'	470'

Bild 17 och 18

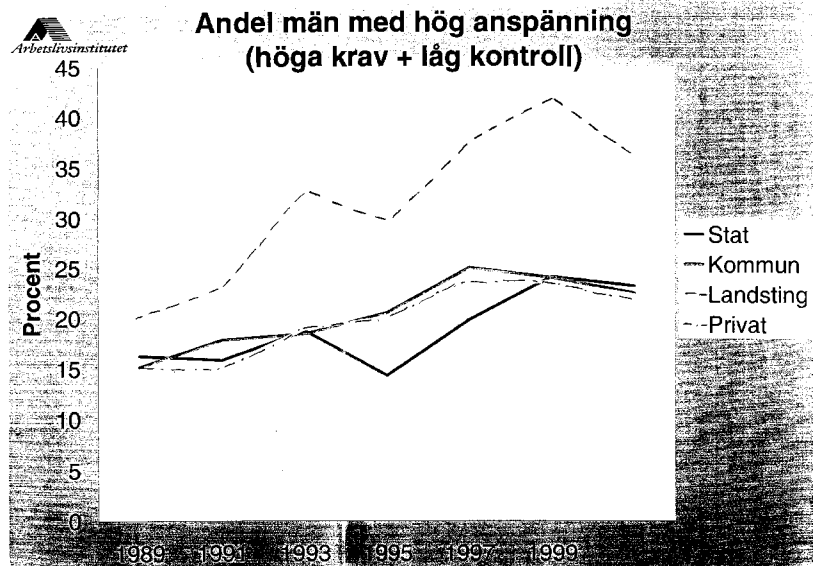
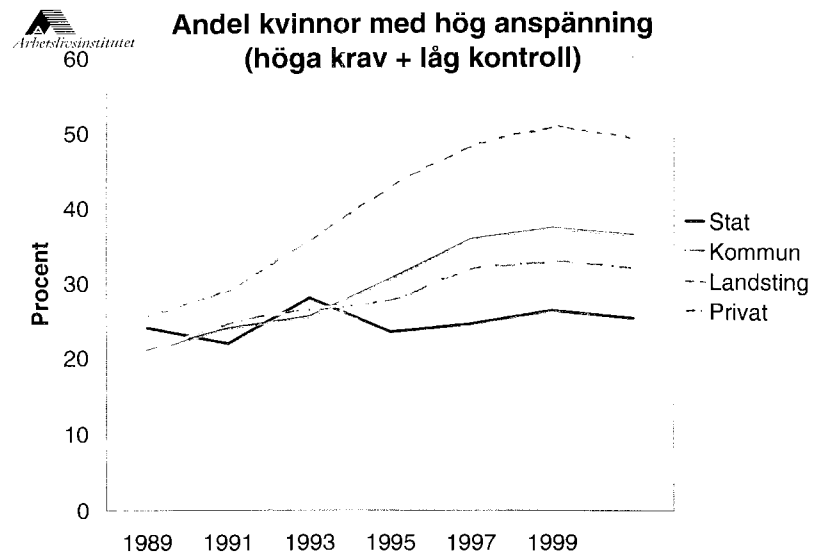
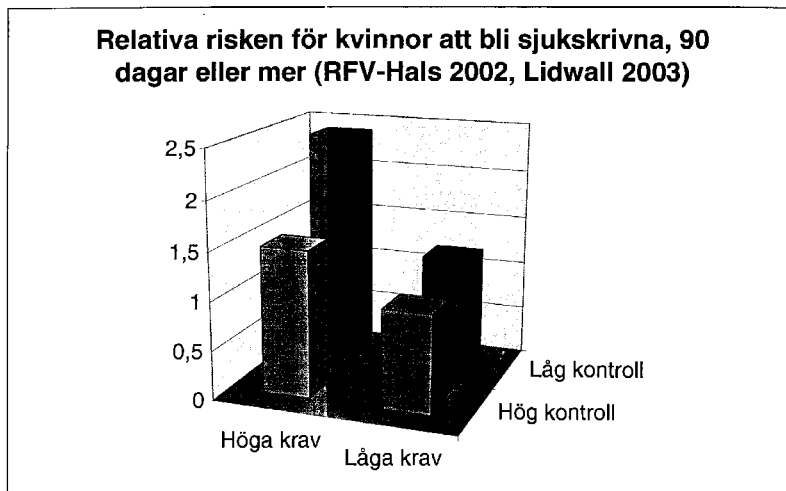


Bild 19 och 20



Sömnbesvär. Kvinnor.

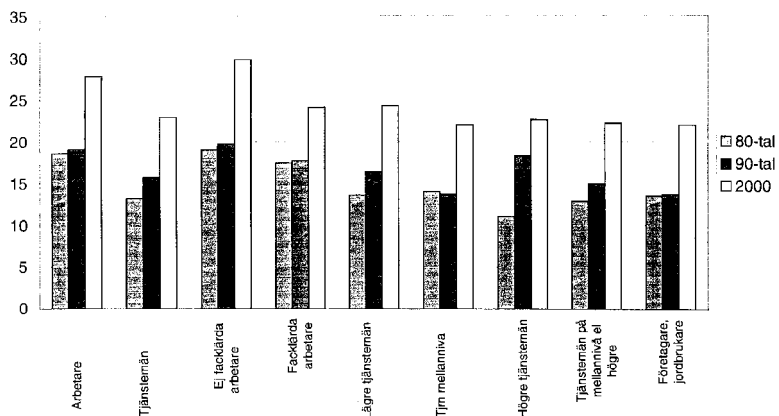
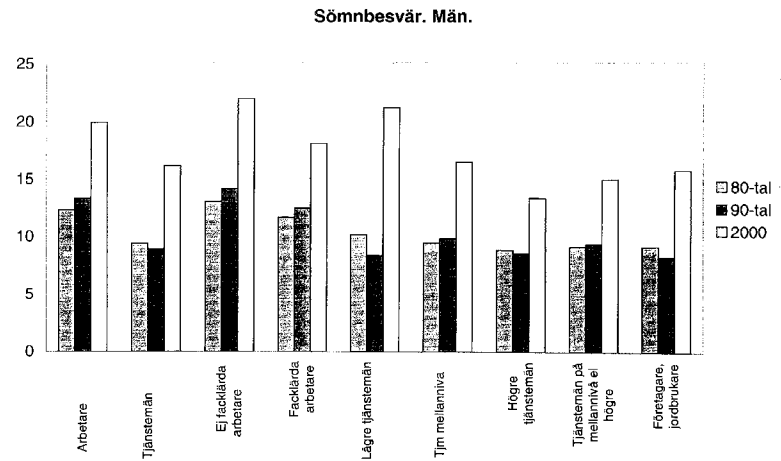


Bild 21 och 22



Ökningen i antalet långvariga sjukskrivningar (60 dgr eller längre (fördelat efter sjukdomstyp).RFV's officiella statistik.

Diagnosgrupp	Antal 1992-94	Antal 2002	Ökning fall	Ökning proc	Andel av ökning
Rörelseorganens sjukdomar	50.100	85.300	35.200	70%	33%
Psykiska sjukdomar	21.700	65.000	43.300	199%	41%
Övriga sjukdomar	64.700	92.200	27.500	43%	26%
Totalt	136.500	242.500	106.000	78%	100%

Bild 23 och 24

Vilken roll bedöms arbetet ha för långtidsfrånvaron?

Fråga: Anser Du att din sjukskrivning är orsakad av förhållanden på arbetet? Sjukskrivna 12-18 månader?

Källa: Göransson, Aronsson, Melin, 2002

Diagnoser	Ja helt	Ja, till viss del	Totalt ja-svar	Nej
Utbrändhet	54	41	95	5
Depression	29	26	55	15
Övriga psykiska	29	26	36	36
Psykiska problem i kombination/annat	45	39	84	14
Diskbräck, ospec. Övr ryggprobl, whiplash och ländrygg	31	31	62	35
Nacke, axlar, skuldror armar	58	19	77	18
Knä, höfter, handleder, armbåge	31	21	52	37
Hjärt och kärlsjd	20	28	48	39
Övrigt (cancer, mage tarm, hörsel, allerg.)	11	19	30	56
Totalt	33	30	63	30

Diagnospanoramamat hos långtidssjukskrivna år 2001

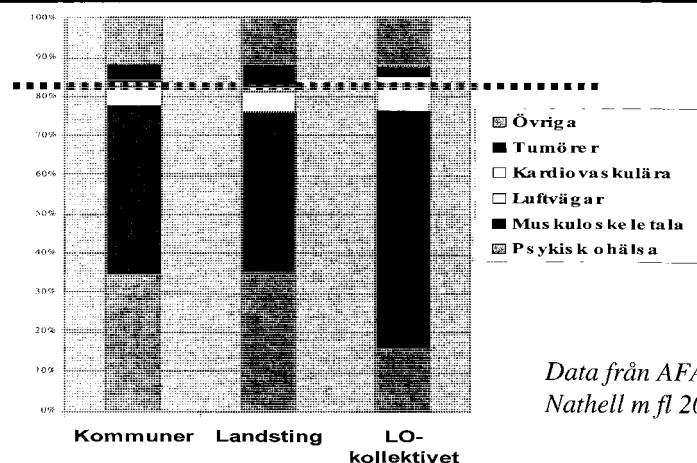
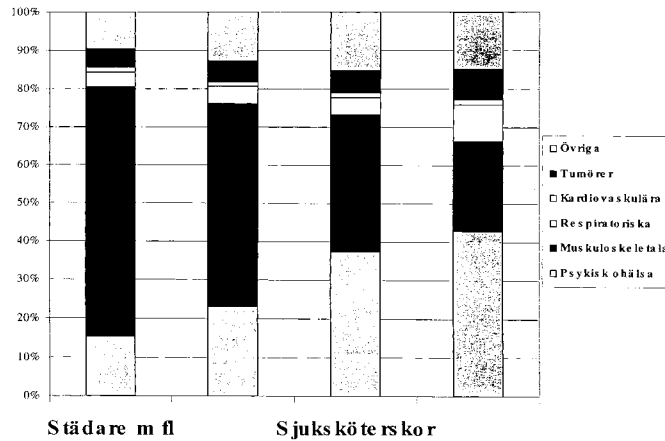


Bild 25 och 26

Diagnospanorama, olika yrken 1998–2001



Data från AFA-databasen
Nathell m fl 2003

Stress och sjukdom

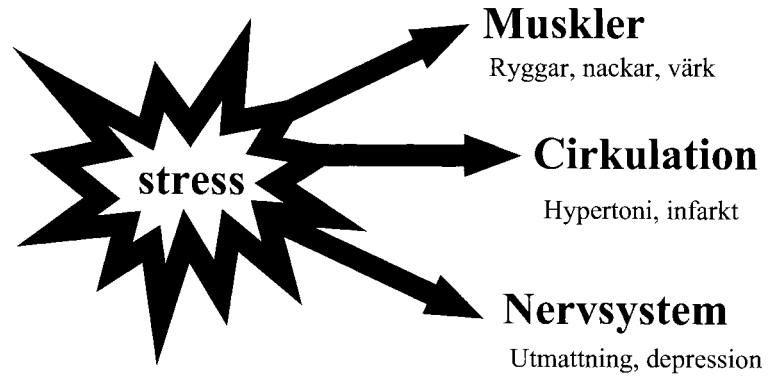
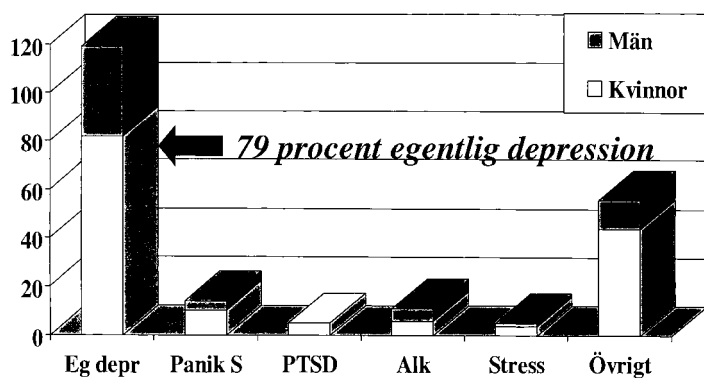


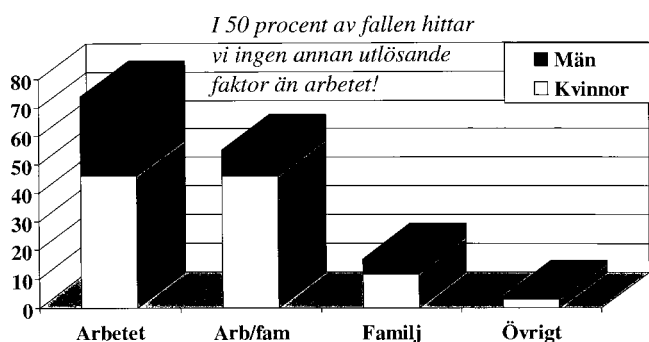
Bild 27 och 28

150 långtidssjukskrivna tjänstemän— diagnoser enligt DSM-IV



Rylander, Rydmark, Åsberg, Nygren 2001

Vad är orsaken till depressionen?

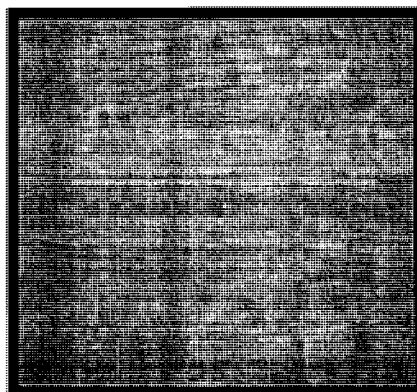


Rylander, Rydmark, Åsberg, Nygren 2001

Bild 29 och 30

Forskning om:

Orsaker till sjukskrivning



Sjskr.
praxis

Konse-
kvenser
av sjskr.



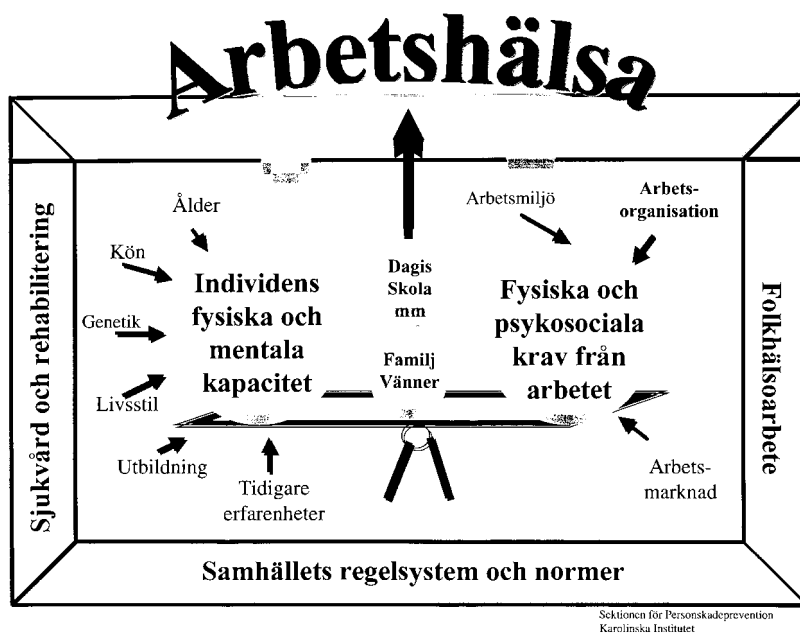
Rygg-nacke

Män mest studerade

Majoritet män (60 – 100%)	14 studier
Majoritet kvinnor	3
Lika	4
Framgår ej	6

Rygg-nacke

Bild 31 och 32



Tio i topp

Goda arbetsförhållanden som grund för en god arbetshälsa

- Bra ledning
- Inflytande och delaktighet
- Bra fysiska förhållanden
- Bra ergonomi
- Välavvägda krav
- Rimlig arbetsbelastning
- Stimulans
- Kompetensutveckling
- Arbetsglädje
- Belöning

Bild 33

Antal nya 28-dagarsfall (personer sjukskrivna
minst 28 dagar i följd) per månad och 1000
anställda i HAKuL

