Försäkringsmedicinskt centrum

En resurs för utredning och metodutveckling

Betänkande av Nytra-utredningen

SOU 1997:169

Ref KB
Occ SOV

71

Statens offentliga utredningar
1997:169
Socialdepartementet

Försäkringsmedicinskt centrum

En resurs för utredning och metodutveckling

Betänkande av Nytra-utredningen
Stockholm 1997

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

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: fritzes.order@liber.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningsavdelning
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1997

ISBN 91-38-20764-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Maj-Inger Klingvall

Regeringen beslutade den 20 mars 1997 att bemyndiga statsrådet Maj-Inger Klingvall att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 12 maj 1997 f.d. riksdagsledamoten Nils-Olof Gustafsson som särskild utredare.

Samma dag förordnades följande personer att ingå som sakkunniga i utredningen. Departementssekreterare Eva-Stina Alfredsson, Socialdepartementet, byrådirektör Hans Folkesson, Socialstyrelsen, direktör Birgit Högberg, Västerbottens läns allmänna försäkringskassa, utredare Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet och enhetschef Eva Maria Magnusson, Riksförsäkringsverket.

Den 18 augusti 1997 förordnades byråchef Hans Olsson, Konjunkturinstitutet, som sakkunnig i utredningen.

Den 29 september1997 förordnades departementssekreteraren Helene Wede, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen.

Länsdirektören Erik Olsson förordnades som sekreterare i utredningen den 1 maj 1997. Som sekreterare på deltid förordnades utvärderincgschef Ulf Gabrielii, Göteborgs allmänna försäkringskassa fr.o.m. den 1 augusti 1997. Under utredningens slutskede har jur.kand. Monica Wistedt Höeg, Stockholms läns allmänna försäkringskassa, medverkat som sekreterare i utredningen.

Utredningen har antagit namnet NYTRA-utredningen. Genom betänkandet Försäkringsmedicinskt Centrum – En resurs för utredning och metodutveckling (SOU 1997:169), som utredningen nu lägger fram, har vi slutfört vårt uppdrag.

Särskilt yttrande har avgivits av sakkunniga Helene Wede, Finansdepartementet.

Stockholm i december 1997

Nils-Olof Gustafsson

/Erik Olsson

Innehåll

Förkortningar **9**

Sammanfattning **11**

Författningsförslag **17**

1 Uppdraget **21**

1.1 Bakgrund 21
1.2 Kort om direktiven 22
1.3 Utredningsarbetets genomförande 23

2 Sjukhusens verksamhet och organisation **25**

2.1 Kort historik 25
2.2 Organisation, finansiering m.m. 25
2.3 Verksamhetsinriktning 27
2.3.1 Allmänt 27
2.3.2 Nuvarande verksamhetsinnehåll 28
2.3.3 Mål- och verksamhetsidé 33
2.3.4 Utvecklingsarbete 33
2.3.5 Verksamhetens omfattning 34
2.3.6 Uppföljning av verksamheten 36
2.4 Riksrevisionsverkets rapport (RRV 1996:31) 40
2.5 Tidigare utredningar 42
2.5.1 Rehabiliteringsberedningen (SOU 1988:41) 42
2.5.2 1987 års utredning 43
2.5.3 Socialstyrelsens revision 1995 44
2.5.4 Sjuk- och arbetsskadekommittén (SOU 1996:113) 46
2.5.5 Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) 48

3 Sjukförsäkringens behov av utredningar och rehabilitering 51

3.1 Försäkringens möjligheter att finansiera utredning och rehabilitering 51
3.1.1 Riksförsäkringsverkets sjukhus 51
3.1.2 Dagmaröverenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet 51
3.1.3 Socsam/Finsam 52
3.1.4 Ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. 52
3.1.5 Arbetslivsinriktad rehabilitering 53
3.1.6 Nya förutsättningar 53
3.2 Enkät till försäkringskassorna samt efterföljande seminarier 53
3.2.1 Bakgrund 53
3.2.2 Genomförande av enkäten 54
3.2.3 Genomförande av seminarierna 55
3.2.4 Resultat av enkäten 55
3.2.5 Resultat av seminarierna 56
3.2.6 Sammanfattning av kassornas behov av utredningar och rehabilitering 61
3.3 Den allmänna hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tillgodose kassornas behov 62
3.3.1 Kassornas uppfattning enligt enkäten 62
3.3.2 Kassornas uppfattning vid seminarierna 64
3.3.3 Sjukvårdshuvudmännens uppfattning 67
3.3.4 Sammanfattning av försäkringskassornas och landstingens bedömningar av landstingens möjligheter att tillgodose kassornas behov 69
3.4 Arbetsmarknadsinstitutens roll 70
3.5 Företagshälsovårdens roll 71
3.6 Privata aktörers roll 71

4 Erfarenheter från tre andra länder 73

5 Forskning och utveckling 77

5.1 Rehabilitering och FoU 77
5.2 RRV:s rapport 82
5.3 Försäkringskassornas syn på FoU vid RFV:s sjukhus 84
5.4 Forskning och utveckling i Finland 85

6 Överväganden och förslag **89**

6.1 Verksamhetsinriktning 90
6.1.1 Olika begrepp 91
6.1.2 Målgrupper 93
6.1.3 Behovet av utredningar 94
6.1.4 Behov av medicinsk rehabilitering 97
6.1.5 Uppgifts- och ansvarsgränser gentemot landstingen 99
6.1.6 Forskning och utveckling 103
6.1.7 Badhotellet i Tranås 104
6.2 Huvudmannaskap 106
6.2.1 Olika ägaralternativ 106
6.2.2 Konkurrensneutralitet 108
6.2.3 Finansiering 112
6.3 Organisation m.m. 114
6.3.1 Verksamhet och resursåtgång 115
6.3.2 Efterfrågans storlek 116
6.3.3 Regionalisering 117
6.3.4 Omstruktureringens konsekvenser 120

7 Författningskommentarer **123**

7.1 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m. 123
7.2 Förslaget till lag (1998:000) om tystnadsplikt i verksamhet i organisation som tecknat avtal om utredningstjänster med allmän försäkringskassa 123
7.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 124

Särskilt yttrande **125**

Bilaga 1: Kommittédirektiv **127**

Bilaga 2: Försäkringskassornas behov av Riksförsäkringsverkets sjukhus **131**

Bilaga 3: RFV-sjukhusens framtida organisering – En rapport till NYTRA-utredningen **195**

Förkortningar

AFL	Lag om allmän försäkring
Ami	Arbetsmarknadsinstitut
CSF	Centrum för socialförsäkringsforskning
Df	Den försäkrade
EU	Europeiska Unionen
FHV	Företagshälsovård
FINSAM	Finansiell samverkan mellan sjukvård och försäkringskassa
FK	Försäkringskassa
FKF	Försäkringskasseförbundet
FoU	Forskning och utveckling
Fpa	Folkpensionsanstalten (i Finland)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
KL	Konkurrenslagen
Prop	Proposition
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
Rskr	Riksdagens skrivelse
SFN	Socialförsäkringsnämnd
Sfu	Socialförsäkringsutskottet
SFR	Socialvetenskapliga forskningsrådet
SOCSAM	Finansiell samverkan mellan socialtjänst, sjukvård och försäkringskassa
SOU	Statens offentliga utredningar
STRUT	Strukturerad utredning

Förkortningar

Sammanfattning

NYTRA-utredningens uppdrag är att utreda rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet. Om utredningen finner att sjukhusen även fortsättningsvis bör bedriva verksamhet inom socialförsäkringens ram skall förslag lämnas rörande huvudmannaskap, finansiering och konkurrensneutralitet.

Betänkandet inleds i kapitel 1 med en kort genomgång av direktiven samt hur utredningsarbetet har bedrivits.

I kapitel 2 beskrivs sjukhusens verksamhet och organisation. Riksförsäkringsveket är ägare till AB Kurortsverksamhet som består av sjukhuset i Nynäshamn vilket i sin tur äger AB Tranås Kuranstalt. AB Tranås Kuranstalt äger dessutom det s.k. Badhotellet som är ett friskvårdshotell med inriktning mot konvalescent- och kurortsvård.

Sjukhusens verksamhet karaktäriseras av utredningar av svårbedömda patienter med långa sjukskrivningsperioder. Sjukhusen ser som sin uppgift att ur ett helhetsperspektiv utreda i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt och, om restarbetsförmåga föreligger, hur denna skall tas till vara.

I kapitel 3 redogörs för utredningens kartläggning av försäkringskassornas behov av utredningar och medicinsk rehabilitering samt den allmänna hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tillgodose dessa behov. Med anledning av bl.a. RRV:s rapport om Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31) har Riksförsäkringsverket inhämtat försäkringskassornas syn på verksamheten vid sjukhusen i en enkät. Enkäten ingår som en del i utredningens underlag.

Som ett komplement till enkäten har utredningen också genomfört seminarier med försäkringskassorna. Utredningen har också inhämtat sjukvårdshuvudmännens uppfattning om i vilken utsträckning den allmänna hälso- och sjukvården kan tillgodose kassornas behov av denna typ av utredningar.

Utredningen konstaterar att såväl försäkringskassorna som sjukvårdshuvudmännen varit samstämmiga i sin bedömning att kassornas behov i huvudsak tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården. Däremot ansåg man, mot bakgrund av bl.a. minskande resurser och ökad belastning, att sjukvården inte kan tillgodose kassornas behov av

utredningar i tillräcklig grad för den grupp försäkrade som har en sammansatt och svårbedömd problematik.

Alla har också varit eniga om att medicinsk rehabilitering är en uppgift för den allmänna hälso- och sjukvården. För vissa patientgrupper, framför allt där inslagen av psykosomatik är stora, finns idag inte utvecklade metoder för framgångsrik utredning och rehabilitering. Om inte det utvecklingsarbete som i dag sker vid sjukhusen kan fortsätta för dessa patientgrupper bedöms deras behov av utredning och rehabilitering inte kunna tillgodoses.

I kapitel 4 redovisas erfarenheter från Tyskland, Norge och Finland beträffande ansvar och organisation av rehabiliteringen.

I kapitel 5 redovisas bl.a. RRV:s kartläggning av forsknings- och utvecklingsarbetet vid RFV:s sjukhus. I kartläggningen, som genomfördes av professor Ulrich Moritz vid Lunds Universitet, ingick också att undersöka om forsknings- och utvecklingsarbetet skiljer sig från det som bedrivs vid andra sjukhus samt i vilken utsträckning vetenskapliga samarbetskontakter utvecklats mellan RFV:s sjukhus och etablerade forskningscentra.

Professor Moritz anser att forsknings- och utvecklingsarbetet ägnas åt några av de viktigaste hälsoproblemen ur socialförsäkringssynpunkt.

Vad avser frågan om FoU-arbetet skiljer sig från det som bedrivs vid andra enheter, konstaterar Moritz att det mest iögonfallande är att redovisningarna av undersökningarna omfattar stora patientgrupper och att forsknings- och utvecklingsarbeten vid RFV:s sjukhus bygger på större patientgrupper än de forskningsresultat som redovisas av etablerade forskningsenheter vid universitetssjukhusens kliniker.

Moritz konstaterar vidare att ett flertal undersökningar vid sjukhuset i Nynäshamn inte är helt invändningsfria ur vetenskaplig synpunkt, att resultatredovisningen av genomförda projekt i Tranås fortfarande var begränsad samt att sjukhusens personella resurser och tillgång till avancerade forskningslaboratorier inte är jämförbara med universitetssjukhusens rehabiliteringskliniker. RRV gör i sin rapport den bedömningen att den forskning och utveckling som bedrivs vid RFV:s sjukhus är av begränsad omfattning och saknar strategi.

I kapitel 6 redovisar utredningen sina överväganden och förslag. Inledningsvis finner utredningen, mot bakgrund av vad som framkommit under utredningsarbetet, att det är svårt att dra en gräns mellan bl.a. medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Medicinsk utredning och försäkringsmedicinsk utredning är andra begrepp som behöver klargöras för att de skall kunna användas i sitt rätta sammanhang och avgränsa den verksamhet som anges i utredninges förslag.

Med medicinsk utredning menar utredningen att man bör avse

medicinsk undersökning och utredning för att fastställa en diagnos som möjliggör en adekvat behandling för att bota eller lindra patientens besvär

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk utredning som har en koppling till socialförsäkringens regler för att t.ex. kunna bedöma en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan och därmed rätt till ersättning eller slag av ersättning, dvs. sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension.

Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning innebär att utreda vilken arbetsförmåga som föreligger eller kan åstadkommas, hur denna skall tillvaratas och hur man skall finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av utbildningar, arbetsinnehåll m.m.

Utredningen anser också att gränsen mellan medicinsk utredning, försäkringsmedicinsk utredning och arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning bör utgöras av avsikten med remissen. Om t.ex. avsikten med en remiss är att få en utredning för att klarlägga en diagnos, sätta in behandling och ge en prognos för tillfrisknande är det naturligt att en sådan utredning skall definieras som en medicinsk utredning även om den innehåller inslag av bedömning av den försäkrades förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utredningen föreslår att verksamheten vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås fr.o.m. den 1 januari 1999 skall överföras till ett av staten helägt aktiebolag under Socialdepartementet. Utredningen anser att den medicinska verksamheten hos RFV:s sjukhus inte är av sådan tyngd och omfattning att de bör betraktas som sjukhus och föreslår därför att aktiebolaget skall benämnas Försäkringsmedicinskt Centrum AB. Centrat med samtliga ledningsfunktioner skall lokaliseras till Tranås.

Förslaget innebär att verksamheten vid de båda sjukhusen i Nynäshamn och Tranås kommer att upphöra i sin nuvarande form. Det nya företagets verksamhet skall vara inriktad på försäkringsmedicinska utredningar, utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering, metodutveckling för medicinsk rehabilitering, forskning och utveckling samt kunskapsspridning.

Ledningen skall utövas av en styrelse och en verkställande direktör. Styrelsen bör vara parlamentariskt tillsatt och bestå av politiker och experter, t.ex. företrädare för näringslivet.

Utredningen har också erfarit att den geografiska närheten tycks vara en viktig orsak till att kassorna remitterar patienter till sjukhusen. Utredningen föreslår därför att verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall regionaliseras och att utredningsverksamhet förutom vid centrat i Tranås även fortsättningsvis bör bedrivas i Ny-

näshamn. Dessutom bör ytterligare filialer finnas i södra, västra och norra Sverige.

Målgruppen för verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall utgöras av försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär/funktionshinder.

Utredningen anser också att Badhotellet i Tranås är en kvarleva från den ursprungliga verksamhet som bedrevs i Tranås innan sjukhuset, genom ett samarbete med Kungliga Pensionsstyrelsen, började byggas upp år 1916. Utredningen menar att denna verksamhet inte hör hemma i den utredningsverksamhet som ett försäkringsmedicinskt centrum skall bedriva och föreslår därför att Badhotellet försäljs eller utarrenderas.

För att uppnå prismässig konkurrensneutralitet gentemot andra producenter föreslår utedningen att den verksamhet som skall bedrivas vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall vara intäktsfinansierad. Det innebär att försäkringsmedicinska utredningar och utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering skall prissättas marknadsmässigt, dvs. att köparen får betala ett icke subventionerat pris som inte bara skall täcka löpande kostnader utan även investeringskostnader och hyror som är marknadsmässiga. Metodutveckling för medicinsk rehabilitering föreslås dock finansieras genom anslag.

För att försäkringskassorna skall tillförsäkras en produkt som tillgodoser adekvata krav på kvalitet, föreslår utredningen att upphandling av försäkringsmedicinska utredningar samt utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering skall ske samordnat för alla försäkringskassor genom upprättande av samordnade ramavtal t.ex. med stöd av Försäkringskasseförbundet i deras egenskap av kassornas intresseorganisation. Samordnad upphandling bör avse den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär och som beskrivs i avsnitt 6.1.2. I den anbudsförfrågan som föregår avtalet bör villkoren specificeras i en kravspecifikation. Detta innebär bl.a. att alla säljare kommer att underkastas samma villkor. De producenter som i den samordnade upphandlingen blir godkända som leverantörer får därefter sälja sin produkt till varje enskild försäkringskassa. Det innebär att försäkringskassorna fritt kan välja att göra avrop hos den producent som man finner mest lämplig.

Gemensamma normer, kvalitetskrav och en gemensam policy krävs också för för försäkringksssornas övriga upphandling av arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen föreslår därför att Riksförsäkringsverket i samråd med försäkringskassorna utarbetar normer för de kvalitetskrav som skall ställas på producenterna. Det är också viktigt att en för försäkringskassorna gemensam strategi och policy tas fram för så-

väl upphandling, uppföljning som utvärdering.

Utredningen föreslår också att en basresurs med forskningskompetens bör finnas vid sjukhusen. Denna forskningsenhet bör vara ansluten till en lämplig universitetsorganisation.

Den forskning som bedrivs inom socialförsäkringsmedicinen är ostrukturerad och man saknar program för hur forskning och utveckling skall bedrivas. En sammanställning behöver göras av lämpliga forskningsinstitutioner som skall ingå i ett ramprogram för forskning inom detta område. Såväl medicin som psykologi, socialförsäkring m.m. bör då ingå.

Ett forskningsprogram bör innehålla studier och utvärdering i syfte att identifiera prediktorer för risk för långtidssjukskrivning, för lyckat respektive misslyckat rehabiliteringsresultat, betydelse av personlighetskaraktär m.m. Alla inventorium (forskningsprogram) bör täcka såväl medicinska som psykologiska, sociala och socioekonomiska faktorer.

Forskningsprogrammet skall vidare innehålla metodutveckling vad avser både försäkringsmedicinska utredningar och metoder för medicinsk rehabilitering

Viss grundforskning för att klarlägga etiologi (sjukdomars uppkomst) bör också ingå i programmet.

Det nuvarande anslaget till RFV:s sjukhus föreslås tillföras medlen för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Medlen föreslås få användas även för köp av försäkringsmedicinska utredningar. De sammanförda medlen föreslås fördelas mellan kassorna via regleringsbrev. Av regleringsbrevet bör framgå att den målgrupp som anges i avsnitt 6.1.2 skall vara prioriterad vid upphandling av försäkringsmedicinska utredningar och utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Verksamheten avseende metodutveckling för medicinsk rehabilitering föreslås finansieras med ett riktat stöd som t.ex. sker till sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen.

En basresurs för forskning och utveckling föreslås finansieras via avkastningen av den kvarstående delen av Folkpensioneringsfonden som föreslås tillföras bolaget.

Etableringskostnader för regionalisering av verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB föreslås finansieras på traditionellt företagsekonomiskt sätt genom en prissättning som på sikt ger kostnadstäckning.

Författningsförslag

Förslag till Förordning om ändring i förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m.

dels att 1 §[1] skall upphöra att gälla

dels att 3 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 §[2]
Som sjukhus enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring räknas	Som sjukhus enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring räknas
1. sjukvårdsinrättning som drivs av sjukvårdshuvudman,	1. sjukvårdsinrättning som drivs av sjukvårdshuvudman,
2. Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås,	*2.* annan sjukvårdsinrättning som vid utgången av år 1988 var och fortfarande är upptagen i en förteckning hos Riksförsäkringsverket över vissa sjukvårdsinrättningar som skall anses som sjukhus.
3. annan sjukvårdsinrättning som vid utgången av år 1988 var och fortfarande är upptagen i en förteckning hos Riksförsäkringsverket över vissa sjukvårdsinrättningar som skall anses som sjukhus.	

Riksförsäkringsverkets förteckning får inte omfatta inrättningar som bedriver verksamhet som innebär särskild boendeform för service och omvårdnad enligt socialtjänstlagen (1980:620).

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1999.

---

[1] Senaste lydelse 1994:1006

[2] Senaste lydelse 1993:56

Förslag till Lag (1998:000) om tystnadsplikt i verksamhet i organisation som tecknat avtal om utredningstjänster med allmän försäkringskassa

Härigenom föreskrivs följande

Den som deltar eller har deltagit i verksamhet i organisation som tecknat avtal om utredningstjänster med allmän försäkringskassa får inte röja vad han därvid fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet enligt lag eller förordning.

Om ansvar för den som bryter mot första stycket finns bestämmelser i brottsbalken.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring[3]

att 20 kap. 9 och 9 a §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	20 Kap.
	9 §[4]
Statliga och kommunala myndigheter ävensom arbetsgivare och försäkringsinrättningar skall på begäran lämna domstol, Riksförsäkringsverket, allmän försäkringskassa eller lokalt organ som i 1 kap. 2 § sägs uppgift för namngiven person rörande för-	Statliga och kommunala myndigheter ävensom arbetsgivare, försäkringsinrättningar *och organisationer som tecknat avtal om utredningstjänster med allmän försäkringskassa* skall på begäran lämna domstol, Riksförsäkringsverket, allmän försäkrings-

[3] Lagen omtryckt 1982:120

[4] Senaste lydelsen 1991:885

hållande, som har betydelse för tillämpningen av denna lag.

kassa eller lokalt organ som i 1 kap. 2 § sägs uppgift för namngiven person rörande förhållande, som har betydelse för tillämpningen av denna lag.

Arbetsgivare, som underlåter att fullgöra uppgiftsskyldighet enligt första stycket, döms till penningböter.

20 Kap.

9 a §[5]

En allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och en domstol får utan hinder av sekretess lämna ut uppgifter om sådana ersättningar åt enskilda, som utbetalas enligt lagstiftningen om allmän försäkring eller arbetsskadeförsäkring eller enligt lagstiftning om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskilda, under förutsättning att en försäkringsinrättning, ett försäkringsbolag, en arbetslöshetskassa eller en arbetsgivare behöver uppgiften för samordning med ersättning därifrån. Till ett utländskt socialförsäkringsorgan får utan hinder av sekretess lämnas sådana uppgifter om enskilda, som behövs för tillämpningen av en internationell överenskommelse som Sverige har anslutit sig till. Dessa bestämmelser gäller även för utlämnande av uppgift från varje annan myndighet, på vilken det ankommer att handlägga ärenden enligt lagstiftning som avses i första meningen.

En allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och en domstol får utan hinder av sekretess lämna ut uppgifter om sådana ersättningar åt enskilda, som utbetalas enligt lagstiftningen om allmän försäkring eller arbetsskadeförsäkring eller enligt lagstiftning om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskilda, under förutsättning att en försäkringsinrättning, ett försäkringsbolag, en arbetslöshetskassa eller en arbetsgivare behöver uppgiften för samordning med ersättning därifrån. Till ett utländskt socialförsäkringsorgan får utan hinder av sekretess lämnas sådana uppgifter om enskilda, som behövs för tillämpningen av en internationell överenskommelse som Sverige har anslutit sig till. Dessa bestämmelser gäller även för utlämnande av uppgift från varje annan myndighet, på vilken det ankommer att handlägga ärenden enligt lagstiftning som avses i första meningen.

Allmän försäkringskassa får utan hinder av sekretess lämna ut uppgift om en försäkrads hälsotillstånd och andra personliga förhållanden till en organisation som tecknat avtal om utredningstjänster med försäkringskassan, om det är nödvän-

[5] Senaste lydelsen 1992:327

digt för att kassan skall kunna fullgöra sin verksamhet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

1 Uppdraget

1.1 Bakgrund

Riksförsäkringsverkets sjukhusverksamhet har behandlats i flera sammanhang under den senaste tioårsperioden. I Rehabiliteringsberedningens betänkande Tidig och samordnad rehabilitering – Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m. (SOU 1988:41) konstaterades att det fanns ett stort behov hos försäkringskassorna av sjukhusens utredande verksamhet. Vidare menade man att RFV:s sjukhus aldrig ensamma skulle kunna tillgodose detta behov. De skulle ses som en resurs vid sidan av övrig sjukvård. Eftersom medicinsk rehabilitering skall ske så nära individen som möjligt ansåg beredningen att rehabiliteringen skulle byggas ut inom primärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker. Den slutsats beredningen drog var att behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus kunde ifrågasättas i takt med att de medicinska rehabiliteringsklinikerna byggdes ut inom landstingen.

I samband med att regeringen i proposition 1994/95:100 bil. 6 föreslog en förändrad finansiering av kostnader för rehabiliteringsundersökningar aktualiserades frågan om sjukhusens fortsatta verksamhetsinriktning och finansiering. Socialförsäkringsutskottet föreslog i sitt betänkande 1994/95:Sfu 10 Socialförsäkring – inriktning och anslag, ett tillkännagivande om att regeringen borde utreda frågan beträffande den fortsatta verksamhetsinriktningen för och finansieringen av RFV:s sjukhus. Enligt utskottets mening borde en sådan utredning inte endast omfatta finansieringsfrågor och huvudmannaskap utan också sjukhusens roll inom socialförsäkringssystemet samt inriktningen av forsknings- och utvecklingsverksamheten. Utskottet ansåg det viktigt att frågan om sjukhusens fortsatta verksamhetsinriktning och finansiering fick en långsiktig lösning där även frågan om konkurrensneutralitet skulle belysas. Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr.1994/95:343).

Regeringen uppdrog därför i november 1995 åt Riksrevisonsverket (RRV) att i en första etapp kartlägga och analysera frågan om sjuk-

husens fortsatta verksamhetsinriktning, huvudmannaskap, finansieringsform och konkurrenssituation.

I sin redovisning av uppdraget (RRV 1996:31) ansåg RRV bl.a. att RFV:s sjukhus har en otydlig verksamhetsinriktning, där uppgifts- och ansvarsgränserna framför allt mot landstingen är oklara. RFV har har inte preciserat sjukhusens roll i försäkringskassornas arbete med rehabilitering. Finansieringsformen skapar inga krav på effektivt utnyttjande av sjukhusens resurser. Dessutom bidrar, enlig RRV, finansieringsformen till en otydlig ansvarsfördelning mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. RFV:s sjukhus är inte ett konkurrensneutralt alternativ till landstingsdrivna och privata uppdragstagare.

Verksamheten och de problem RFV:s sjukhus står inför bör enligt RRV inte ses isolerade. Sjukhusens verksamhet måste ses mot bakgrund av de krav och behov som rehabiliteringsarbetet ställer på försäkringskassorna.

1.2 Kort om direktiven

Efter beslut vid regeringssammanträde den 20 mars 1997 har en särskild utredare tillkallats med uppdrag att utreda rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet. Utredningen skall också ta ställning till huvudmannaskapet för sjukhusen. En utgångspunkt skall vara på vilket sätt försäkringskassornas rehabiliteringsarbete bäst kan stödjas.

En annan utgångspunkt skall vara att den allmänna hälso- och sjukvården i princip har huvudansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de hälsomässiga utredningar och utlåtanden som behövs för att socialförsäkringssystemet skall fungera på avsett sätt.

Utredningen skall analysera

- hur socialförsäkringens behov av medicinska utredningar och utlåtanden tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området, bl.a. tillgången till resursenheter såsom diagnostiska centra och liknande,
- sjukhusens betydelse för försäkringskassornas rehabiliteringsarbete, dvs. om RFV:s sjukhus fyller en funktion som sjukförsäkringen behöver ha tillgodosedd i denna form eller om behoven kan tillgodoses av den reguljära hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området,
- betydelsen av sjukhusens forsknings- och metodutvecklingsarbete.

För det fall utredaren finner att sjukhusen fyller en funktion som behöver tillgodoses i sin nuvarande form, skall utredaren analysera om verksamheten bör bedrivas i statlig regi eller i annan form.

Om utredaren finner att försäkringskassornas rehabiliteringsarbete bäst gagnas genom fortsatt statligt bedriven verksamhet vid ifrågavarande sjukhus, skall förslag lämnas om hur en fortsatt verksamhet vid sjukhusen verksamhetsmässigt och finansiellt bör samordnas på ett konkurrensneutralt sätt med de insatser som skall tillhandahållas av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området.

Utredaren skall i sitt arbete beakta RRV:s rapport Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31).

1.3 Utredningsarbetets genomförande

Utredningens direktiv har inneburit att utredningsarbetet inriktats på två huvudfrågor. Den första frågan rör socialförsäkringens behov och värde av sjukhusens verksamhet i förhållande till tillgänglighet och kvalitet av motsvarande tjänster inom den allmänna sjukvården och från andra institutioner.

Om utredningen finner att socialförsäkringen har ett sådant behov av sjukhusens verksamhet att de bör finnas kvar, skall den andra frågan besvaras dvs. frågan om huvudmannaskap och hur en fortsatt verksamhet vid sjukhusen verksamhetsmässigt och finansiellt bör samordnas på ett konkurrensneutralt sätt med de insatser som skall tillhandahållas av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området.

Med anledning av bl.a. RRV:s rapport om Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31) har Riksförsäkringsverket inhämtat försäkringskassornas syn på verksamheten vid sjukhusen i en enkät. Avsikten med enkäten var att RFV till socialdepartementet skulle kunna redovisa en samlad uppfattning från socialförsäkringsadministrationen. Enkäten ingår som en del i utredningens underlag.

Som ett komplement till den av RFV genomförda enkäten har utredningen också, i samarbete med försäkringskasseförbundet, genomfört seminarier med försäkringskassorna. Seminarierna, som genomfördes på fyra orter under augusti månad, har gett utredningen möjlighet att med kassorna få diskutera deras uppfattning om behovet av den typ av utredningar och rehabilitering som bedrivs vid sjukhusen, särskilt för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda funktionshinder. Deltagare har varit kassornas direktörer, försäkringsöverläkare och de personer som ansvarar för samordning av rehabiliteringen hos kassorna.

Utredningen har också funnit det nödvändigt att inhämta sjukvårdshuvudmännens uppfattning om i vilken utsträckning den allmänna hälso- och sjukvården kan tillgodose kassornas behov av denna typ av utredningar. Med hjälp av Landstingsförbundet har telefonintervjuer genomförts med företrädare för sjukvårdhuvudmännen. Intervjuerna har därutöver kompletterats med en hearing med representanter för sjukvårdshuvudmännen i fem landsting.

För att kunna ta ställning till frågan om framtida huvudmannaskap och behovet av konkurrensneutralitet samt beräkna kostnader för en eventuell decentralisering av sjukhusens veksamhet, har konsulterna Thomas Aronsson och Claes Malmqvist, Institutet för tillämpad personalekonomi anlitats.

2 Sjukhusens verksamhet och organisation

2.1 Kort historik

Riksförsäkringsverkets sjukhus inledde sin utrednings- och rehabiliteringsverksamhet redan 1916 i samband med att Sverige införde ett nytt pensionssystem. Sjukhusen skulle därvid kunna bidraga med medicinskt underlag i bedömningen inför beslut om motsvarigheten till dagens förtidspension.

Sjukhusen fick redan från början möjlighet att sälja sina tjänster till andra än Kungliga Pensionsstyrelsen (RFV idag) och efter hand kom allt fler landsting att utnyttja sjukhusens tjänster. Främst gällde detta patienter med astmatiska eller reumatiska besvär.

Fram till i slutet av 1970-talet var RFV-sjukhusen tre till antalet. När sjukhuset i Åre då såldes till landstinget i Jämtland återstod inom RFV:s ägo sjukhusen i Nynäshamn och Tranås.

Landstingens andel av patienterna på RFV-sjukhusen har successivt minskat den senaste 10-årsperioden. Numera är endast en procent av patienterna remitterade av landstingen. Utvecklingen beror dels på att försäkringskassornas behov ökat med tiden, dels på att landstingen blivit allt mindre benägna att remittera patienter utanför det egna landstingsområdet.

År 1993 startade sjukhuset i Nynäshamn en filial i Klimpfjäll i Västerbotten. Målgruppen var patienter med överviktsproblem. På grund av RFV-sjukhusens ekonomiska svårigheter avvecklades dock denna verksamhet 1997-10-01.

2.2 Organisation, finansiering m.m.

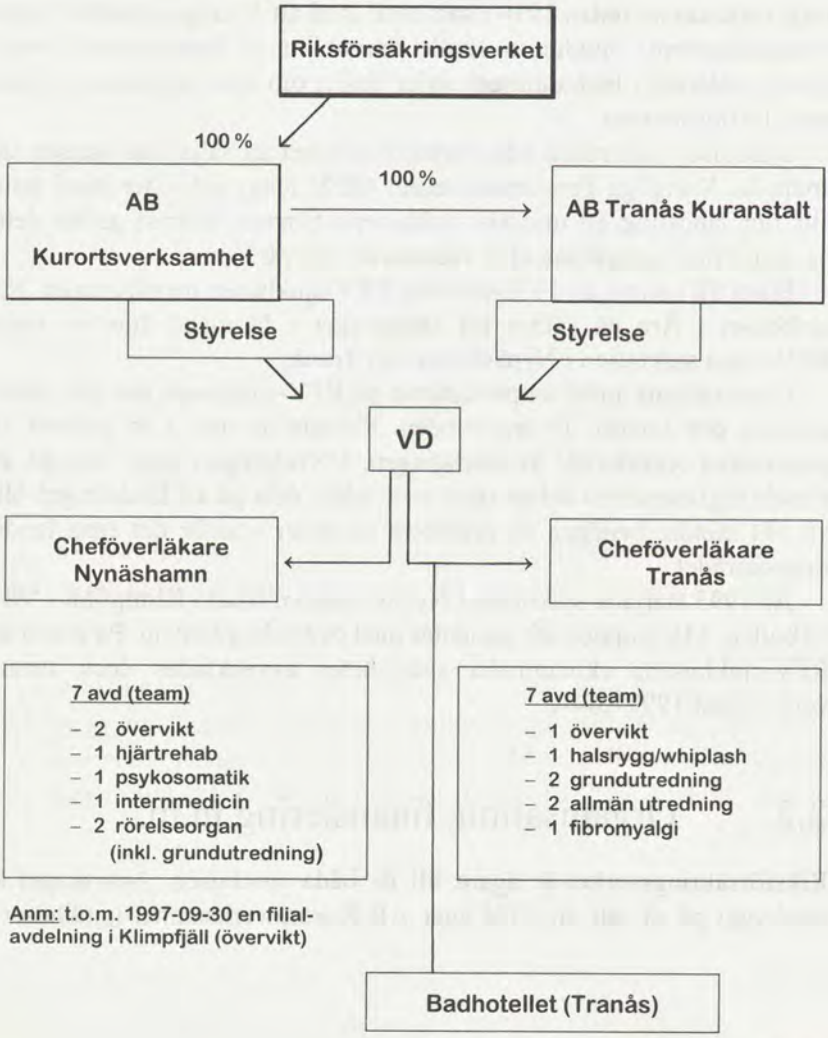
Riksförsäkringsverket är ägare till de båda sjukhusen. Ägarskapet är uppbyggt på så sätt att RFV äger AB Kurortsverksamhet (sjukhuset i

Nynäsamn), vilket i sin tur äger AB Tranås Kuranstalt (sjukhuset i Tranås). AB Tranås Kuranstalt äger dessutom det s.k. Badhotellet som ligger i direkt anslutning till sjukhuset och som är ett friskvårdshotell med inriktning mot konvalescent- och kurortsvård. Badhotellet hade 16 914 gästnätter under år 1996.

De båda bolagen leds av var sin styrelse (vissa ledamöter finns i båda styrelserna) och har en gemensam VD. Fr.o.m. 1998 skall bolagen ledas av en gemensam styrelse.

Båda sjukhusen har var sin chefsöverläkare. En övergripande organisationsskiss visas nedan.

ORGANISATIONSSKISS



Antalet platser år 1996 var 235 i Nynäshamn (inkl. Klimpfjäll) och 171 i Tranås. 1995 var motsvarande siffror 234 resp. 210.

Antalet anställda 1996 (i genomsnitt under året) var 184 i Nynäshamn och 186 i Tranås, totalt 370. Av de anställda är ca 80% kvinnor.

Under 1996 producerades 140 284 vårddagar varav försäkringskassorna stod för remisserna till 99% av vårdagarna och landstingen till 1% (Tranås 1,6% och Nynäshamn 0,5%).

År 1995 producerades 145 439 vårddagar.

Intäkter i form av vårdavgifter m.m. utgjorde 1996 ca 160 milj kronor varav närmare 152 milj kronor utgjordes av anslag från RFV. Därutöver hade man intäkter uppgående till drygt 15 milj kronor. När kostnader, avskrivningar m.m. räknats bort blev de båda bolagens årsresultat 1 163 628 kronor.

2.3 Verksamhetsinriktning

2.3.1 Allmänt

Genom sin ställning som rikssjukhus har RFV:s sjukhus kommit att utveckla verksamheter där den ordinarie hälso- och sjukvården inte har kunnat tillgodose försäkringskassornas behov.

Detta har bl.a. tagit sig uttryck i att sjukhusen fått ta sig an utredningar av mycket svårbedömda patienter. Dessa kännetecknas som regel av initialt täta och småningom långa sjukskrivningsperioder före remissen till Nynäshamn eller Tranås. Vanligast är sjukskrivningstider på uppemot ett och ett halvt till två år.

Sjukhusens patienter har oftast genomgått ett stort antal utredningar på hemorten eller angränsande länssjukhus innan de kommer till RFV:s sjukhus. Ortopedbedömning liksom bedömningar av neurolog, reumatolog och psykiater är vanliga. Dessa är dock gjorda utifrån respektive bedömares specialitet, inte ur ett helhetsperspektiv enligt vad som uppges från sjukhusen.

Sjukhusen ser som sin uppgift att ur ett helhetsperspektiv utreda i vilken grad arbetsförmåga föreligger och, om sådan föreligger, hur denna skall tas tillvara. Man söker efter lämpliga åtgärdsprogram i form av olika rehabiliteringsvägar, utbildningar, förändrat arbetsinnehåll m.m.

2.3.2 Nuvarande verksamhetsinnehåll

Nedan beskrivs de olika verksamhetsgrenarna vid Riksförsäkringsverkets sjukhus såsom den presenterats av sjukhusledningen. Om inget annat anges bedrivs verksamheten vid båda sjukhusen.

Allmänna utredningar – 4 till 6 veckor

Häri ingår en rehabiliteringsutredning med funktionsbedömning.

Programmet riktar sig till de försäkrade där behov finns både av en aktuell medicinsk bedömning och av en funktionsbedömning.

Programmet löper på 4-6 veckor. Längden är beroende av om en förlängd funktionsbedömning om 2 veckor bedöms vara av värde.

Utredningens innehåll och sjukhusens bedömning redovisas i "Läkarutlåtande om hälsotillstånd" till inremitterande försäkringskassa och behandlande läkare. I läkarutlåtandet redovisas aktuella sjukdomstillstånd med funktionsnedsättning samt eventuellt behov av medicinsk rehabilitering och behandling. Vidare redovisas patientens allmänna förutsättningar samt eventuella psykosociala svårigheter och hinder. En bedömning av patientens arbetsförmåga inom tidigare yrkesområde samt förvärvsförmåga i stort ges.

Tidiga grundutredningar – 2 veckor

Som ett komplement i utbudet av sjukhusens tjänster har det utarbetats ett kortare utredningsprogram om normalt 2, ibland upp till 4, veckor beroende på vilka moment som skall ingå i utredningen. Detta är i första hand avsett för tidiga sjukdomsfall med upp till 1 års sammanlagd sjukskrivningstid.

Programmet omfattar tre moment:

1. Ett sammanfattande medicinskt/fysiskt avsnitt
2. Ett psykosomatiskt avsnitt
3. Ett pedagogiskt motiverande avsnitt

Programmets punkter kan sammanfattas enligt nedanstående:

- medicinsk sammanfattning av aktuell status
- fysisk kapacitetsbedömning genom utredning vid muskelfunktionslaboratorium och standardiserad funktionsbedömning,

- träningsbehandling för definiering av rätt program för fysisk funktionsträning,
- psykosocial utredning för definiering av eventuella rehabiliteringshindrande faktorer,
- undervisning och motivationsinsatser för att motverka etablering av sjukdomsrollsbeteende.

Fibromylagiutredningar

Det syndrom som benämns fibromyalgi är ofullständigt känt såväl till etiologi som till konsekvenser avseende funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Olika behandlingsmodeller har tillämpats med varierande framgång.

Fibromyalgiliknande tillstånd kan benämnas och diagnosticeras med stor variation.

Vid RFV:s sjukhus har man sedan mer än 5 år tillbaka arbetat med patienter med olika kroniska smärttillstånd där fibromyalgi är ett sådant. I programmet ingår utredning, diagnos, fastställande av funktionsnedsättning. Målsättningen med programmet är förutom fastställande av diagnos att med såväl fysikalisk behandling som kognitiv terapi försöka påverka beteende och livssituation.

Resultat av utredning och behandling redovisas i samma aspekter som ovannämnda rehabiliteringsutredning med funktionsbedömning.

Programmet omfattar normalt cirka 4 veckor

Halsryggsutredning (endast i Tranås)

I halsryggsutredningen ingår utredning av och information om de patofysiologiska mekanismer som man känner till kan ligga bakom patientens symtom samt andra förklaringsmodeller som idag finns. I utredningen kan bl.a. ingå:

- laser-doppler- och EMG-undersökning av microcirkulation i kappmuskulaturen under olika former av belastning bl.a. under en stresstest
- magnetresonans-tomografi ("MR")
- bedömning hos neuroortopedisk specialist om operation blir aktuell
- analys av psykosociala faktorer som kan påverka symtomutveckling och smärthantering
- funktionsbedömning hos arbetsterapeut.

Under vistelsen om sammanlagt cirka 4 veckor får patienten information angående whiplash-associerande besvär (WAD), halsdiskbråck samt kända och teoretiska mekanismer bakom symtomen.

De senaste fem åren har cirka 800 patienter med halsryggsproblematik utretts, knappt 10% av dessa har opererats.

Psykosociala utredningar

Här skiljer sig sjukhusen åt i viss mån. I Nynäshamn finns en speciell avdelning för psykosociala utredningar. Detta är inte fallet i Tranås. Dock finns en etablerad utredningsmetodik även i Tranås där bl.a. patienten via olika psykometriska undersökningar tillsammans med teampersonal – bl.a. bestående av psykolog och kurator – kan diskutera och bearbeta den problematik som framkommer. Programmet i Nynäshamn omfattar ca 6 veckor.

Överviktsrehabilitering

Kraftig övervikt är en av de viktigaste enskilda faktorer som påverkar arbetsoförmågan i västvärlden. Kraftig övervikt kan medföra en rad av följdsjukdomar som sammantaget nedsätter funktionsförmågan. Kraftigt överviktiga personer med nedsatt funktionsförmåga mottages därför till ett behandlingsprogram med målsättning att reducera övervikten.

Behandlingsprogrammet i Tranås inleds med en 6-veckors vistelse, uppföljning efter 5 månader med 3 veckors vistelse, därefter ytterligare efter 5 månader 2 veckors vistelse. Målsättningen är att patienterna skall reducera sin kroppsvikt med minst 10% efter de första 6 veckorna och att bibehålla denna efter 12 månader. Uppfylls denna målsättning sker en uppföljning under andra året med uppföljningsveckor omfattande 2 veckor vid två tillfällen.

I Nynäshamn inleds programmet med en 6-8 veckors vistelse och innehåller därefter en 2-årig uppföljning med vissa variationer beroende på patientens aktuella situation och utveckling under behandlingsgången. Viss del av Nynäshamns verksamhet har tills helt nyligen varit förlagd till Klimpfjäll.

I programmet ingår att patienterna lär sig att själva laga till ändamålsenlig kost, fysisk aktivitet, insiktsbehandling m.m.

Eftervård i patienternas närmiljö har visat sig öka förutsättningarna

för bestående viktminskning.

Kontinuerlig uppföljning har visat att programmet uppnått sitt syfte såväl ur viktreducerande aspekt som återgång till arbete och förbättring av livskvalitet.

Hjärtrehabilitering (endast Nynäshamn)

Vid sjukhuset i Nynäshamn finns 29 platser för denna verksamhet. Varje patient möter läkare samt övrig sjukvårdspersonal, dietist, sjukgymnast, psykolog samt kurator.

Programmet omfattar 4 veckors primärintagning med kortare uppföljningsperioder under någon dag. Varje patient genomgås med arbetsfysiologisk test samt kontroll av s.k. riskfaktorer vid inskrivning, vid utskrivning respektive vid uppföljningstillfällen. I programmet ingår fysisk aktivitet, insiktsverksamhet och kostinformation.

Utveckla metoder för kartläggning

Under den senaste 5-årsperioden har vid RFV:s sjukhus informationsmaterial omfattande cirka 7 000 patienter bearbetats med målsättning att finna faktorer som väger tyngst vad gäller rehabiliteringsmetodik och rehabiliteringsprognos. Den sammantagna erfarenheten av detta har lett till att man i januari 1997 startar en grundutredning omfattande 2 veckor med en strukturerad och metodisk modell vars syfte är att kartlägga en enskild persons förutsättningar vid en rehabiliteringsprocess.

Finna och beskriva strategier för att förkorta/samordna rehabiliteringsprocessen (endast Tranås)

Metodik för att utveckla denna process inleddes år 1994 i ett samarbetsprojekt mellan Samhall Rehabtjänster, Försäkringskassan i Östergötlands län och RFV:s sjukhus i Tranås under benämning ReSam (Rehabilitering i Samverkan). Detta arbete har därefter fortsatt i samverkan med Samhall och försäkringskassorna i Skåne och har senare utvecklats till en ny samarbetsform planerad under 1997 med Arbetslivstjänster samt Statshälsan/Previa.

Finna och beskriva prediktorer för långvarig sjukskrivning och förtidspension

Systematisk bearbetning av material bl.a. via pekdatorinsamlade frågeformulär har bedrivits sedan 5 år. Uppföljning av vad som har hänt patienten 6 mån efter utskrivning från RFV:s sjukhus har samkörts med resultat från dessa frågeformulär. Därvid har mycket starka prediktiva faktorer för rehabiliteringsprognosen utkristalliserats.

Utbildning för försäkringskassepersonal i försäkringsmedicin

Sedan 4 år har vid RFV:s sjukhus i Tranås systematisk utbildning för rehabiliteringshandläggare bedrivits i form av 2-dagarskurser. Mer än 1 000 personer har genomgått denna utbildning.

Bland ämnena återfinns: Kronisk smärta, övervikt, psykosomatik, m.m.

Utbildning för försäkringsläkare i försäkringsmedicin

Consensuskonferens för försäkringsöverläkare är genomförd vid RFV:s sjukhus i Tranås i samarbete med Nynäshamns sjukhus i januari 1997. Riksförsäkringsverket utreder för närvarande möjligheten av att sjukhusen skall kunna ge fortlöpande utbildning för försäkringsläkare. Beslut om detta är dock ännu ej taget.

Utbildning för ledamöter i socialförsäkringsnämnder (SFN)

Sedan mer än 2 år tillbaka bedrivs kontinuerligt sådan utbildning vid RFV:s sjukhus i Tranås i samarbete med Riksförsäkringsverket och RFV:s sjukhus i Nynäshamn. Tiden omfattar två dagar och ämnena är i stort sett desamma som för tjänstemännen. (Därutöver får nämndledamöterna annan utbildning under denna kurs, exempelvis om SFN:s roll).

Tre sådana utbildningar per år med max 20 deltagare per omgång har genomförts

2.3.3 Mål- och verksamhetsidé

Riksförsäkringsverkets sjukhus skall bidra till att uppnå de övergripande målen för socialförsäkringsadministrationen genom att:

- vara socialförsäkringens utvecklingssjukhus vad gäller tillämpad metodutveckling och forskning inom det försäkringsmedicinska området
- tillhandahålla försäkringskassorna utredningsinsatser för försäkrade med sammansatta eller komplexa problem
- inom ramen för metodutveckling och forskning också tillhandahålla olika åtgärdsprogram inom rehabiliteringsområdet och härvid ligga i spetsen för utvecklingen av nya strategier och metoder
- aktivt i samverkan med försäkringskassorna, Riksförsäkringsverket och Försäkringskasseförbundet medverka i kompetensutvecklingen av socialförsäkringspersonal och andra aktörer inom det försäkringsmedicinska området
- utgöra värdefulla komplement till den övriga sjukvården genom att profilera sig som specialenheter för utveckling av den försäkringsmedicinska delen inom socialförsäkringen

2.3.4 Utvecklingsarbete

Riksförsäkringsverkets sjukhus är inne i ett intensivt utvecklingsskede. Av ett informationsbrev från VD Jan-Eric Nilsson, daterat 1997-03-10 framgår att följande områden prioriteras:

- Kvalitetsutveckling. Målet är att alla de tjänster sjukhusen erbjuder kassorna skall bestå av väl strukturerade och definierade program (målsättning, innehåll, tid, pris m.m.), och att de dessutom skall certifieras enligt ISO-systemet. Man räknar med att det första programmet skall vara klart och certifierat under innevarande år.
- Programutveckling. Målet är att tillhandahålla kassorna de utrednings- och åtgärdsprogram som efterfrågas och snabbt kunna utveckla nya sådana, när behov uppstår inom försäkringen. Den strukturerade grundutredning på ca två veckor, som nu är i full drift i Tranås och under igångsättning i Nynäshamn, är exempel på en sådan behovsanpassning.
- Uppföljning och utvärdering. Patientenkäter har använts i Tranås under några år och givit värdefull information. Under våren kompletteras dessa med enkäter riktade till kassans utredare med syftet att ta

reda på hur utlåtande och rekommendationer bedöms ur beställarens perspektiv. För att få fram en mer långsiktig strategi och struktur för just uppföljnings- och utvärderingsarbetet har man startat ett utvecklingsarbete med experthjälp från RFV.

– Organisationsutveckling. Vid båda sjukhusen är en helt ny organisation under införande. Utvecklingen går också mot att nuvarande vårdavdelningsstruktur ersätts med boende av typ patienthotell.

– Information, dialog. En arbetsgrupp med representanter från kassorna och sjukhusen arbetar på att ta fram strategi och metoder för information och dialog med kassorna. Från sjukhusens sida kommer man att aktivt försöka få delta vid kassornas samlingar av t.ex. handläggare och försäkringsläkare för just sådan information och dialog. En annan trolig utveckling är att nuvarande skriftliga information som finns på alla lokalkontor ersätts med information via datanätet (Intranet).

2.3.5 Verksamhetens omfattning

Antalet utskrivna patienter från de båda sjukhusen har de senaste åren varit:

	1992	1993	1994	1995	1996
Tranås	1882	2003	2206	2376	2233
Nynäshamn	1822	2028	2283	2462	2546
Summa	3704	4031	4489	4838	4779

Det ökade antalet patienter förklaras i stor utsträckning av kortare vårdtider.

I siffrorna ingår även återbesök (ca 20% av patienterna).

Antal utskrivna patienter som genomgått RFV-sjukhusens olika tjänster 1995 och 1996 (endast patienter remitterade av försäkringskassorna)

KATEGORI	TRANÅS		NYNÄSHAMN	
	1995	1996	1995	1996
Allmän utredning	971	967	1.211	1.136
(varav psykosom./fibrom.)	-	-	(299)	(258)
(varav rörelseorgan)	-	-	(594)	(581)
AFL 16:2	27	20	17	25
Obesitas	117	125	940[3)]	1.077[3)]
Fibromyalgi	308	226	[2)]	[2)]
" (snabbutr.)	160	120	-	-
Halsrygg/whiplash	244	222	[2)]	[2)]
Obesitas återbesök	333	323	-	-
Snabbutredning [1)]	16	68	-	-
Smärtbehandlingsgrupp	39	18	-	-
Halsrygg (återbesök)	136	124	-	-
Sömnapné	25	20	-	-
Hjärtrehabilitering	-	-	294	308
Summa	**2.376**	**2.233**	**2.462**	**2.546**
varav nya patienter	1.907	1.792	2.092	2.154
" återbesök	469	441	370	392

[1)] Föregångare till grundutredning (RESAM).
[2)] Ingår i allmän utredning
[3)] Inkl återbesök.

Totalantalet patienter, utskrivna 1992-1996

Sjukhus/År	1992	1993	1994	1995	1996
Tranås	1.882	2.003	2.206	2.376	2.233
Nynäshamn	1.822	2.028	2.283	2.462	2.546
Summa	**3.704**	**4.031**	**4.489**	**4.838**	**4.779**

JEN 970910

Sjukhusen redovisar uppdelningen på olika kategorier utredningar och rehabilitering på skilda sätt. Siffrorna i tabellen på föregående sida möjliggör därför inte en fullständig jämförelse mellan sjukhusen men den ger ändå en bild av vilka verksamheter som dominerar. Som framgår är antalet utredningar betydligt större än antalet rehabiliteringar.

De försäkringskassor som 1996 remitterade flest försäkrade till sjukhuset i Nynäshamn är:

	Antal	Procent	
Stockholm	1192	55	
Västerbotten	191	9	(avser till stor del Klimpfjäll)
Gävleborg	113	5	-"-
Uppsala	99	5	
Norrbotten	99	5	-"-

Till sjukhuset i Tranås remitterade i första hand nedanstående kassor:

	Antal	Procent
Jönköping	231	13
Östergötland	199	11
Stockholm	184	10
Kalmar	168	9
Malmöhus	153	9

I relation till befolkningens storlek (antal patienter/1000 invånare) hade kassan i Västerbotten flest patienter följd av Stockholm, Jönköping, Kalmar och Jämtland.

De som nyttjade sjukhusen minst i förhållande till befolkningens storlek var Göteborg, Halland och Älvsborg. Här bör noteras att det samarbete som numera förekommer mellan Älvsborgskassan och sjukhuset i Tranås när det gäller grundutredningar markant kommer att öka antalet remisser från denna kassa under 1997.

2.3.6 Uppföljning av verksamheten

Som en följd av bl.a. Socialstyrelsens granskning av RFV-sjukhusen under 1995 har ett omfattande kvalitetssäkringsarbete igångsatts. Detta inkluderar även uppföljning och utvärdering av verksamhetens resultat. Någon systematisk resultatuppföljning har tidigare inte skett.

De båda styrelserna har nyligen fastställt en strategi för uppföljning och utvärdering efter det att en särskild utredare, Britt-Marie Andersson från RFV, lagt fram förslag i denna fråga.

Man kommer i uppföljnings- och utvärderingsarbetet att rikta fokus på kunderna (patienter och beställare), organisation, medarbetare, utvecklingsarbete och ekonomi.

När det gäller kundfokus avser man att följa:

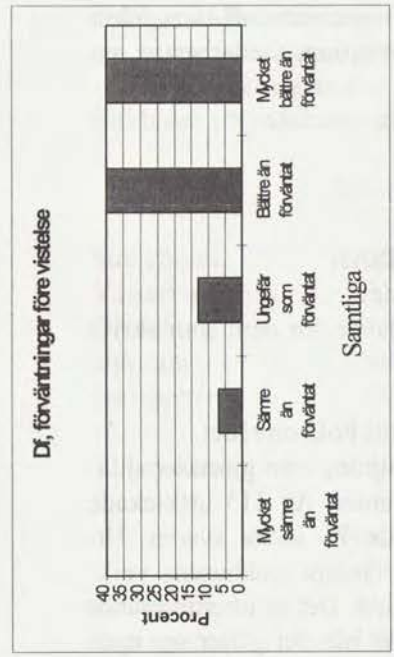
- Andelen nöjda patienter
- Andelen nöjda beställare
- Antal erinringar från Socialstyrelsen och HSAN
- Antal remisser (utredning resp rehabilitering)
- Utfall med avseende på försäkringsutnyttjande för dem som skrivs ut

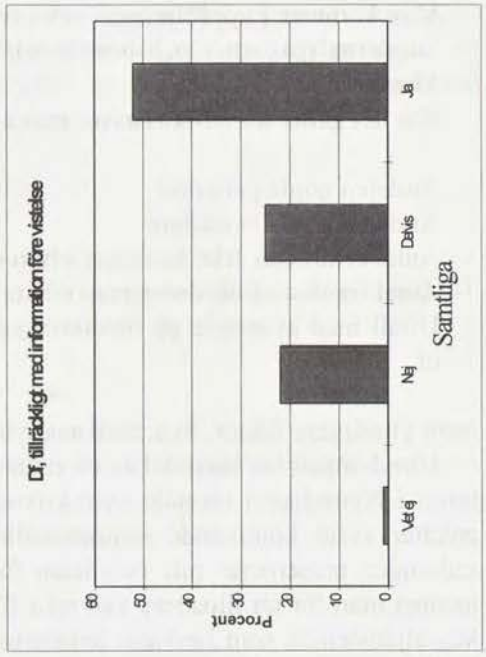
samt ytterligare frågor, bl.a. med anknytning till FoU-området.

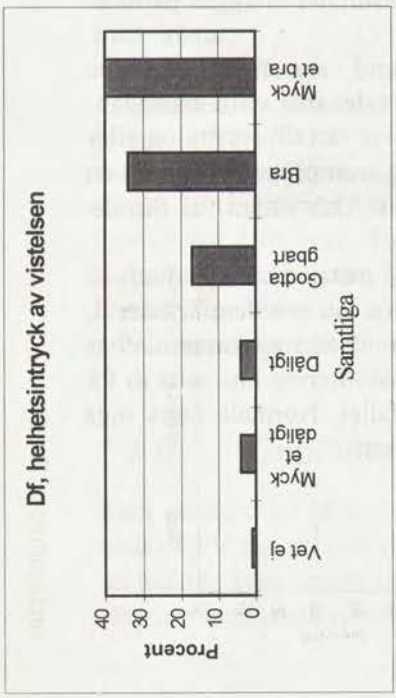
Utredningen har tagit del av en enkätuppföljning som gjorts av sjukhuset i Nynäshamn rörande nyutskrivna patienter. Av 213 utskickade enkäter avser kommande sammanställning de 73 första svaren. Utredningen presenterar inte resultaten för att värdera sjukhusens verksamhet utan för att illustrera vad man följer upp. Det är inremitterande kassatjänstemän som besvarat enkäterna, såväl när det gäller sin egen bedömning som patienternas. Den senare har kassatjänstemännen inhämtat vid samtal med respektive patient. Resultatet bilägges på nästkommande sidor.

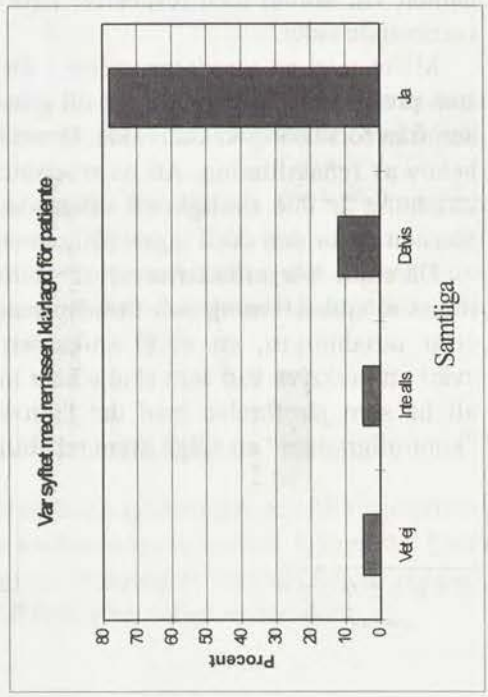
Målet med en utredning måste i första hand vara att det utlåtande som presteras skall kunna ligga till grund för relevanta ställningstaganden från försäkringskassans sida. Dessa kan avse rätt till ersättning eller behov av rehabilitering. Att ha arbetsåtergång som primärt mål med en utredning är inte rimligt. Ett utlåtande som styrker rätten till förtidspension är för den skull ingen dålig utredning.

Däremot bör effekterna av rehabilitering mätas bl.a. i termer av minskad sjukskrivning och förtidspensionering. Ett problem är härvid, erfar utredningen, att såväl sjukhusen som försäkringskassorna har svårt att beskriva vad som skulle hänt om rehabilitering inte satts in för att ha som jämförelse med det faktiska utfallet. Normalt finns inga "kontrollgrupper" att tillgå inom rehabiliteringen.

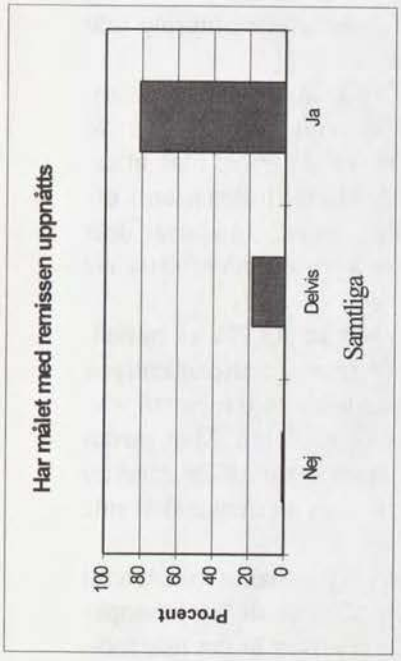


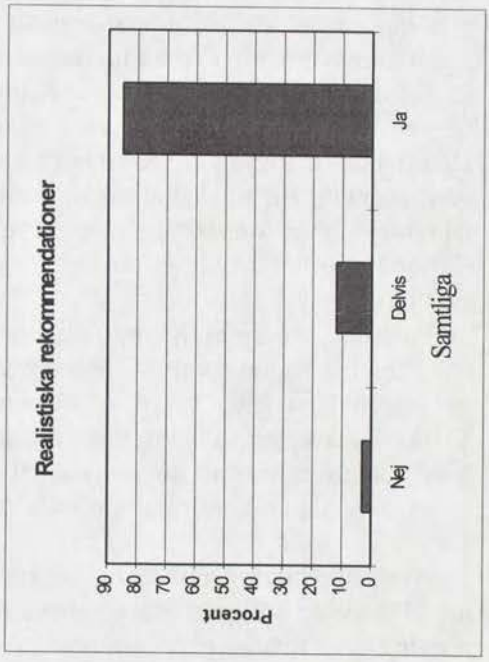


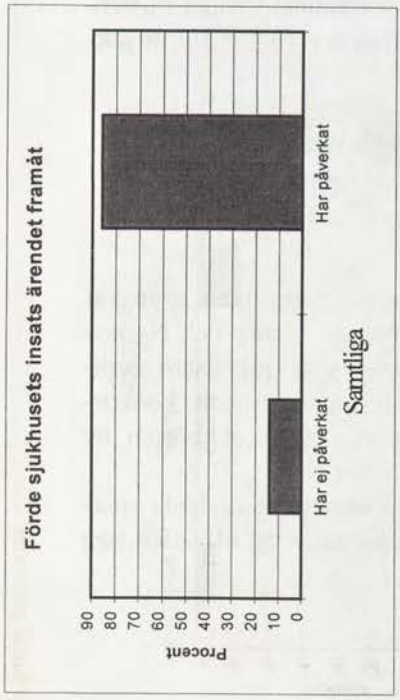


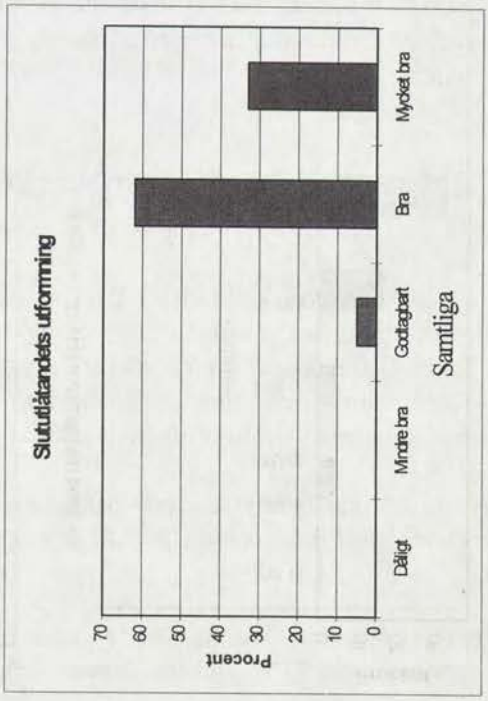


Antal patienter: 73









Antal patienter: 73

När det gäller effekterna av överviktsrehabilitering har sjukhuset i Nynäshamn genomfört några uppföljningar. Man har i en undersökning bl.a. konstaterat att patienter som genomgått obesitasrehabilitering mår signifikant bättre efter rehabiliteringen är före.

En studie rörande patienter vid Klimpfjäll visar att en grupp patienter som fått ett eftervårdsprogram reducerat sin vikt med 8,1% ett år efter det att de togs in vid Klimpfjäll. En motsvarande grupp utan eftervårdsprogram har reducerat vikten med 5,8%. Återfallfrekvensen i eftervårdsgruppen var 10% gentemot 16% i den andra. Sjukhuset drar slutsatsen att det är viktigt med aktiva insatser även efter vistelsen vid sjukhuset.

En annan studie av Klimpfjällspatienter visar att 43,2% av patienterna uppbar någon form av "ohälsoersättning" från socialförsäkringen vid intagningen. Efter 3 resp. 12 månader var andelen 36,0 resp. 36,9%. Skillnaderna uppges dock inte vara statistiskt signifikanta. Man menar från sjukhusets sida att det enda sättet att få fram säkerställda effekter är att använda en kontrollgrupp men detta vill man av etiska skäl inte göra.[6]

Avseende hjärtrehabilitering har sjukhuset i Nynäshamn konstaterat att 71% av de s.k. postinfarktpatienterna och 51% av de by-passoperade återgått i arbete. Av samma skäl som anges ovan är det inte möjligt att värdera resultatet i termer av "bra eller dåligt". Man konstaterar också att patienternas fysiska och psykiska prestationsförmåga förbättras samt redovisar även en sänkning av riskfaktorerna för återinsjuknande. [7]

2.4 Riksrevisionsverkets rapport (RRV 1996:31)

Riksrevisionsverket (RRV) har på uppdrag av regeringen granskat verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och Nynäshamn. I uppdraget ingick att kartlägga och analysera sjukhusens verksamhetsinriktning, huvudmannaskap, finansieringsform och konkurrenssituation. Granskningen skedde i slutet av 1994 och början av 1995.

RRV kartlade vilka försäkringskassor som utnyttjade de båda sjukhusen mest och konstaterade att den geografiska närheten till sjukhusen

[6] Chefsöverläkare Åke Sandén, Nynäshamn

[7] Nyheter från RFV:s sjukhus i Nynäshamn – maj 1997

spelade stor roll för vilka kassor som remitterade. Ungefär hälften av remisserna till Nynäshamn kom från Stockholmskassan.

RRV redovisade att handläggarna vid de kassor som inte utnyttjade sjukhusen i särskilt hög grad dels ansåg att det fanns andra vårdgivare än sjukhusen som man kunde nyttja, dels var kritiska mot den verksamhet som bedrevs vid sjukhusen.

Enligt RRV fungerade RFV:s sjukhus som en slags "sista instans" i komplicerade sjukfall. En remiss till något av sjukhusen ansågs utgöra ett bevis för att försäkringskassan prövat alla möjligheter. RRV kunde inte finna att remisserna berodde på att sjukhusen erbjöd unika utrednings- eller behandlingsmetoder. Enligt RRV kunde förfarandet ifrågasättas från humanitära synpunkter och innebära en risk för fördyrat beslutsfattande.

RRV ställde sig frågande till om socialförsäkringen över huvud taget bör främja och finansiera forskning inom utrednings-rehabiliteringsområdet. Den FoU-verksamhet som bedrevs vid sjukhusen var av begränsad omfattning och bedömdes enligt RRV i sig inte motivera sjukhusens fortsatta existens.

RRV fann vidare att ägarens, dvs. RFV, ekonomiska styrning av sjukhusen var svag. Man menade att den aktuella undersökningen visade att den kritik mot sjukhusens verksamhet som fördes fram i mitten på 1980-talet i stora stycken fortfarande var relevant. Vidare konstaterade RRV att utredningen visade att RFV utövat sitt ägarinflytande på ett sätt som präglades av passivitet och underlåtenhet. Man påtalade att det inte bedrevs en effektiv verksamhet som svarade mot försäkringskassornas behov i rehabiliteringen.

Vidare konstaterade RRV att finansieringssystemet bidrog till en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. Genom viss verksamhet vid sjukhusen avlastades den regionala hälso- och sjukvårdens ansvar för att själva bygga upp motsvarande verksamhet.

Härutöver konstaterade RRV att det inte rådde prismässig konkurrensneutralitet mellan verkets sjukhus och de institutioner som kassan köper yrkesinriktade rehabiliteringstjänster från respektive finansierar via Dagmarmedel.

RRV:s slutsatser var följande:

> RRV:s analys visar att RFV:s sjukhus har en otydlig verksamhetsinriktning, där uppgifts- och ansvarsgränserna framför allt mot landstingen är oklara. Huvudmannaskapet präglas av passivitet och underlåtenhet. RFV har inte preciserat sjukhusens roll i försäkringskassornas arbete med rehabilitering. Finansieringsformen skapar inga krav på effektivt utnyttjande av sjukhusens resurser. Dess-

utom bidrar finansieringsformen till en otydlig ansvarsfördelning mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. RFV:s sjukhus är inte ett konkurrensneutralt alternativ för försäkringskassorna i förhållande till landstingsdrivna och privata uppdragstagare.

Verksamheten och de problem RFV:s sjukhus står inför bör, enligt RRV inte ses isolerade. Sjukhusens verksamhet måste ses mot bakgrund av de krav och behov som rehabiliteringsarbetet ställer på försäkringskassorna.

RRV kan inte se några starka motiv för RFV att driva egen sjukhusverksamhet.

De motiv som finns för att socialförsäkringsadministrationen driver egna sjukhus är, enligt RRV, av historisk karaktär. Det är viktigt att ett nytt system leder till att försäkringskassorna i sin roll som beställare förutsättningslöst prövar den vård och rehabilitering olika vårdgivare kan erbjuda. Så långt möjligt bör lokala eller regionala lösningar användas. Starka skäl talar för att sjukvårdshuvudmännen i någon mån med stöd av privata vårdgivare bör kunna tillhandahålla de rehabiliteringsinsatser som krävs. Huvudsakligen är det redan fallet.

2.5 Tidigare utredningar

2.5.1 Rehabiliteringsberedningen (SOU 1988:41)

Rehabiliteringsberedningen som presenterade sitt betänkande i november 1988 hade bl.a. till uppgift att undersöka om det gick att samordna rehabiliteringsinsatserna på ett bättre sätt än dittills, klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skulle ges en mera aktiv och pådrivande roll och överväga om kassorna borde ges huvudansvaret för att rehabiliteringsarbetet blev genomfört i varje enskilt fall.

Beredningen tog i dessa sammanhang upp frågan om Riksförsäkringsverkets sjukhus.

Beredningens analys av försäkringskassornas arbete med de långtidssjuka visade att den mest betungande gruppen var de långtidssjukskrivna med sammansatta och diffusa funktionshinder. Ofta förekom inslag av psykosomatisk och social problematik.

Sjukvården bedömdes alltför ofta ha svårigheter att få ett samlat grepp över dessa patienters hela situation.

Rehabiliteringsberedningen hänvisar i sitt betänkande även till en enkät som RFV skickade till försäkringskassorna 1975, alltså drygt 10 år före beredningens arbete. Av denna enkät framgick att kassorna 1975 var mycket pessimistiska när det gällde att få de försäkrades ut-

rednings- och rehabiliteringsbehov tillgodosedda genom en utbyggnad av sjukvården i det egna länet.

I det följande citeras de överväganden och förslag som Rehabiliteringsberedningen lämnade i sitt betänkande när det gäller RFV:s sjukhus:

> Vi har kunnat konstatera att det hos försäkringskassorna finns ett stort behov av sjukhusens utredande verksamhet. Samtidigt är man kritisk mot nuvarande verksamhet. Framför allt gäller detta att vistelsen alltför sällan leder till återgång i arbete utan till rekommendation om förtidspension.
>
> Ett huvudproblem är att patienterna har varit sjukskrivna alltför lång tid innan de kommer till sjukhusen. Närmare 55 procent av patienterna har varit sjukskrivna längre tid än ett år när de skrivs in. Ett annat problem är att man inte har någon kontinuitet i rehabiliteringen efter vistelsen.
>
> AB Kurortsverksamhet föreslår i sin egen utredning en rad åtgärder som skall leda till en aktivare och mera målinriktad verksamhet vid sjukhusen. Man strävar efter att mera integrererat med försäkringskassorna hjälpa sjukskrivna personer att återgå i arbete. Detta skall bl.a. ske genom:
>
> - individuellt anpassade utrednings- och vårdprogram
> - helhetsbedömning
> - speciellt arbeta med patientens motivation
> - kortare vårdtider
> - snabbare utlåtanden
> - fortsatt kontakt med försäkringskassan efter utskrivning från sjukhusen.
>
> Sammanfattningsvis kan sägas att den delvis nya inriktning som ledningen för RFV:s sjukhus föreslår mot bättre och effektivare rehabiliteringsundersökningar överensstämmer väl med den analys av sjukförsäkringens behov som vi gjort. Vi har även kunnat konstatera att denna påbörjats och gett vissa resultat, såsom kortare sjukskrivningstid och differentierade vårdtider. RFV:s sjukhus kan emellertid aldrig ensam klara av detta behov utan får ses som en resurs vid sidan om övrig sjukvård. Som framgår av tidigare avsnitt skall den medicinska rehabiliteringen ligga så nära individen som möjligt och byggas ut inom primärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker. När tillräcklig sådan resurs finns i varje landsting kan behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus ifrågasättas.

2.5.2 1987 års utredning

På uppdrag av styrelserna för AB Kurortsverksamhet och AB Tranås Kuranstalt genomfördes en utredning under hösten 1986. Utredningens syfte var att analysera socialförsäkringens (de försäkrade, försäkringskassorna och RFV) behov av särskilda utrednings- och behandlingsre-

surser. Utredningen genomfördes med hjälp av ett stort antal intervjuer av personer såväl inom som utanför socialförsäkringsadministrationen. Utredningen presenterades i februari 1987. Utredare var Staffan Lund, Riksrevisionsverket.

I utredningen beskrivs att försäkringskassornas kanske största problem i rehabiliteringsarbetet är den stora gruppen långtidssjukskrivna som har diffusa problem och inte får adekvat vård eller hjälp att återgå i förvärvsarbete. Kassorna ansåg att sjukvården hade mycket svårt att utreda orsaken till dessa patienters problem. Framför allt hade man inom vården svårt att få ett grepp över patienternas hela situation.

Försäkringskassorna ansåg att det var positivt med sjukhus som var nära knutna till socialförsäkringen och vars verksamhet kassorna hade möjlighet att påverka.

Kassornas önskemål om hur sjukhusen skulle utvecklas redovisas på följande sätt i utredningens sammanfattning:

> Kassorna önskar en utveckling som leder till att RFV:s sjukhus blir rehabiliterande resurser med speciell inriktning mot svårutredda sjukfall med sammansatta problem. För att sjukhusen skall bli den länk i rehabiliteringskedjan som föregår kassan, önskar man en utveckling bort från den somatiskt inriktade utredningen och sjukvården som idag dominerar sjukhusens verksamhet. Man vill i stället ha en mera funktionsinriktad analys och bedömning samt rehabiliterande behandling. Sjukhusens rehabiliterande insats skall bestå av att man i utredningsfallen:
>
> - gör en helhetsbedömning med tonvikt på funktionsprövning
> - ger anvisningar för det fortsatta rehabiliteringsarbetet
> - bearbetar de funktionshämmande psykologiska problem som byggts på under sjukskrivningen.

Sammanfattningsvis konstaterade utredningen att det fanns ett stort behov av RFV-sjukhusens verksamhet och att försäkringskassorna hade få alternativ till den kompetens som fanns på sjukhusen.

2.5.3 Socialstyrelsens revision 1995

Socialstyrelsen har under våren 1995 granskat Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås. Initiativet till granskningen togs av Riksförsäkringsverket och regeringen gav sitt tillstånd till verksamhetstillsynen.

Revisionen omfattade en kvalitetssystemrevision och två medicinska revisioner. Uppdraget genomfördes på så sätt att tjänstemän från socialstyrelsens regionala enhet i Malmö fungerade som kvalitetsrevisorer och de medicinska revisionerna omfattade dels journalgranskning

utförd av chefsöverläkare Harald Sanne, Arbetsrehabcentrum, Göteborg samt medicinsk revision av sjukgymnastavdelningen på sjukhuset, utförd av leg. chefsgymnast Anne Vaher, Socialstyrelsens regionala enhet i Umeå.

I rapporten från Socialstyrelsens revisorer understryks att de valda revisionskriterierna för revision av sjukhusets kvalitetssystem (framför allt ISO 9001) ställer mycket höga krav på verksamheten. Kvalitetsrevisorernas kritik av brister i kvalitetsstyrning kan synas omfattande men sjukhuset avvek inte enligt revisorernas uppfattning, från övrig hälso- och sjukvård vad gällde sådana brister.

Syftet med kvalitetsrevisionen var positiv. Den skulle vara en hjälp för sjukhuset i det fortsatta arbetet med kvalitetsutveckling som redan hade tagit sin början vid tidpunkten för revisionen. Ur rapportens sammanfattning hämtas:

Revisorerna noterar att:
- det finns stor stabilitet och hög yrkesstolthet inom organisationen
- hög individuell kompetens finns spridd i verksamheten
- sjukhuset aktivt arbetar med kundrelationer till försäkringskassorna, bl a genom omfattande utbildningsinsatser
- det finns en uttalad vilja att satsa på fortbildning/personalutveckling
- sjukhuset ackumulerar en unik kunskapsmassa kring en stor, utsatt och svårrehabiliterad patientkategori som även ur samhällsekonomisk synpunkt har en stor tyngd
- det finns omfattande externa kontakter till bl.a. universitetsanknutna institutioner
- det finns höga ambitioner att komma till rätta med kvalitetsbrister
- sjukhuset befinner sig i början av en kvalitetsförbättringsprocess.

Revisorerna gör följande bedömning:

- verksamheten bedrivs utan ett sammanhängande kvalitetssystem
- mål för utredningsarbetet behöver förtydligas och tillämpningen förbättras
- arbetet bedrivs med bristfällig konsekvens och enhetlighet i de olika vårdteamen
- den individuella kompetensen tas inte till vara för att utveckla verksamhetens samlade kompetens.
- oklarhet råder beträffande samarbetsförhållande mellan de olika funktionerna
- verksamheten brister i respekt för patienternas integritet genom att inte i tillräcklig hög grad betona krav på information och samråd
- dokumentationen av vården är bristfällig och försvårar uppföljningar.

Som en följd av rapporten har båda sjukhusen antagit en kvalitetsförbättringsplan.

2.5.4 Sjuk- och arbetsskadekommittén (SOU 1996:113)

Sjuk- och arbetsskadekommittén har i sitt slutbetänkande, SOU 1996:113, beskrivit sin syn på behovet av särskilda sjukhus för socialförsäkringsadministrationens räkning.

Kommittén konstaterar att flertalet av de nedan angivna arbetsuppgifterna inte kan förväntas bli utförda inom den ordinarie vården. Patientgrupperna bedöms i första hand vara sådana där "bekymren" främst drabbar försäkringen, inte sjukvården. Av det skälet, menar kommittén, bör försäkringen ha tillgång till resurser som kan styras av försäkringsadministrationen till de insatsområden där de för tillfället gör mest nytta för sjukförsäkringen. Kommitténs sammanfattande bedömning är följande:

> Försäkringskassorna behöver ha tillgång till speciella resurser av den typ som beskrivs nedan och som inte förväntas kunna tillhandahållas av den reguljära hälso- och sjukvården. De behov som sjukförsäkringen i framtiden behöver ha tillgodosedda av Riksförsäkringsverkets sjukhus – eller i annan form – kan i korthet sägas vara följande:
>
> - Bedömning av extremt svårutredda försäkrade såväl när det gäller arbetsförmågans nedsättning som behovet av och möjligheterna till rehabilitering.
> - Vissa stödinsatser för dessa försäkrade i form av behandling och rehabilitering. Många gånger handlar det om motivationshöjande åtgärder.
> - Metodutveckling när det gäller "nya" patientgrupper som mer identifieras i sjukförsäkringen än inom den ordinarie sjukvården. Det kan också gälla patientgrupper som inte är nya men där behovet av nya metoder framförallt uppmärksammas inom sjukförsäkringens administration. Hittills har man exempelvis arbetat med patienter med övervikt, fibromyalgi och hjärtinfarkt. I framtiden torde psykosomatiska sjukdomar i olika former vara prioriterade insatsområden för sjukförsäkringen.
> - De metoder som utvecklas bör naturligtvis utvärderas vetenskapligt. Erfarenheterna bör spridas till den ordinarie vården för att man där skall kunna ta hand om aktuella patientgrupper på ett bättre sätt. Samtidigt är det viktigt att Riksförsäkringsverkets sjukhus "släpper" dessa patientgrupper och inriktar sig på nya behov som uppkommer inom försäkringen.
> - Genom att verksamheten och de utvecklingsinsatser som görs skapar kunskaper och erfarenheter kommer utbildning av perso-

nal inom bl.a. försäkringskassorna att vara en lämplig uppgift för verkets sjukhus. Likaså att ta fram material till utbildning av läkare m.fl. yrkeskategorier.

Försäkringskassornas remissvar på Sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande

Fem försäkringskassor har tagit upp frågan om Riksförsäkringsverkets sjukhus i samband med remissvaren i anslutning till Sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande.

Försäkringskassan i Kronobergs län menar att sjukhusen i allmänhet gör bra medicinska överväganden och arbetsförmågebedömningar. Man ser det som mycket viktigt att kassorna har nuvarande sjukhus, som kan arbeta med försäkringsmedicinska frågor, forskning samt nya frågor och problem.

Försäkringskassan i Blekinge instämmer i kommitténs bedömning om att kassan behöver ha tillgång till de speciella resurser som beskrivs i betänkandet. Kassan ställer sig dock tveksam till om detta skall ske genom att RFV bedriver egen verksamhet för att tillförsäkra sig om dessa speciella resurser.

Malmöhuskassan anser att försäkringskassorna behöver fortsatt tillgång till de resurser som verkets sjukhus tillhandahåller. Man menar att den patientgrupp som är aktuell vid sjukhusen ofta är lågprioriterad inom sjukvården samt att det för behandling och bedömning av vissa patienter kan vara av vikt att de under en tid kommer bort från sin hemmiljö. Dessutom menar kassan att det ur rättssäkerhetssynpunkt är värdefullt att Riksförsäkringsverkets sjukhus kan fungera som någon form av normgivare för särskilt svårbedömda fall.

Kassan i Örebro län anser att verkets sjukhus bör avvecklas. Man föreslår att man istället tillskapar utredningsmöjligheter på respektive länslasarett och/eller regionsjukhus. Kassan anser att den geografiska närheten skulle vara till fördel för såväl patient som försäkringskassa.

Värmlandskassan anser att all rehabilitering och bedömning bör ske lokalt för att tillvarata det sociala nätverkets fördelar. Man menar att sjukhusens betydelse sannolikt kommer att minska i allt större utsträckning.

Försäkringskasseförbundet, som är försäkringskassornas intresse-, service- och arbetsgivarorganisation, anser att försäkringskassan bör ges bättre förutsättningar än idag att köpa utrednings- och kartläggningsresurser av hög medicinsk kvalitet. Förbundet menar att den typ av utredningskompetens som erbjuds genom Riksförsäkringsverkets sjukhus bör kunna finansieras av kassorna via försäkringen.

Riksförsäkringsverkets remissvar på Sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande

Riksförsäkringsverket poängterade att den typ av utredning som görs vid RFV:s sjukhus behövs även framdeles. Man menade att allt fler försäkrade har en svårutredd problembild med somatiska, psykiska och sociala inslag. Försäkringskassorna behöver hjälp med helhetsbedömningar inkluderande medicinsk status, psykosocial problembild och funktionsförmåga, såväl fysisk som psykisk.

RFV menar att denna typ av helhetsbedömning, med några undantag, endast är möjlig att få utförd vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås.

2.5.5 Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5)

Prioriteringsutredningen, som avlämnade sitt slutbetänkande i mars 1995, hade bl.a. till uppgift att diskutera hälso-och sjukvårdens roll i välfärdssamhället och lyfta fram de grundläggande etiska principer efter vilka nödvändiga prioriteringar i vården bör ske.

Uppgiften var att strukturera problemen och ange de värderingar som bör vägleda dem som har att fatta prioriteringsbesluten både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen.

Mot bakgrund av prioriteringsutredningens förslag har riksdagen antagit vissa bärande principer för de prioriteringar som av olika skäl är nödvändiga inom hälso-och sjukvården (prop 1996/97:60).

Etisk plattform

Tre principer gäller för prioriteringar inom vården, den s.k. etiska plattformen, vilken innebär att:

- människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- behovs-solidaritetspricipen, resurserna bör fördelas efter behov
- kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Diskrimineringsdiskussion

I propositionen anges några prioriteringsgrunder som regeringen – i likhet med utredningen – *bestämt tar avstånd från*, nämligen ålder, låg födelsevikt, självförvållade skador samt ekonomisk ställning och social situation.

Prioriteringsgrunder

Den prioriteringsindelning som regeringen angivit i propositionen och som antagits av Riksdagen är:

Prioriteringsgrupp I
- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II
- Habilitering/ Prevention
- Rehabilitering

Prioriteringsgrupp III
- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV
- Vård av andra skäl än sjukdom och skada

Kommentarer

De människor som är beroende av ersättning från socialförsäkringen tillhör i de allra flesta fallen prioriteringsgrupp III. Den typ av rehabilitering som är erforderlig för dessa försäkrade innefattas inte i det rehabiliteringsbegrepp som kvalificerar till prioriteringsgrupp II. Här anges i propositionen: "Habilitering/rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamheter och följer prioriteringsgrupperna. Rehabilitering kan exempelvis utgöra en viktig del i omhändertagandet vid vissa tillstånd av livshotande natur liksom vid vissa kroniska sjukdomar och

ingår då i prioriteringsgruppen för det tillstånd det i det enskilda fallet gäller."

Vad regeringen främst avser med prioriteringsgrupp II är bl.a. hjälpmedelsförsörjning, tolktjänst, verksamheten vid vissa kunskapscentra m.m.

3 Sjukförsäkringens behov av utredningar och rehabilitering

3.1 Försäkringens möjligheter att finansiera utredning och rehabilitering

3.1.1 Riksförsäkringsverkets sjukhus

Som framgått i kapitel 2 är Riksförsäkringsverkets sjukhus anslagsfinansierade till övervägande del. Försäkringskassorna betalar endast 45 kr per dygn för de försäkrade som remitteras till sjukhusen. Detta regleras i Lagen om allmän försäkring 2 kap 4§ samt Förordning (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m.

3.1.2 Dagmaröverenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet

Sedan 1991 har staten och Landstingsförbundet inom ramen för de s.k. Dagmaröverenskommelserna träffat överenskommelse om att en del av statens bidrag till Landstingen skall användas till särskilda insatser för rehabilitering och behandling. Det övergripande målet har varit att öka kapaciteten inom området medicinsk rehabilitering för att snabbare återföra människor i arbetslivet eller ett aktivt liv i övrigt. Landstingen får inte disponera dessa medel om man inte först träffat överenskommelse med resp. försäkringskassa hur de skall användas. Dessa Dagmarmedel har de senaste åren minskat från som högst 483 miljoner kr till 235 miljoner kr 1998.

En viktig del i överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet är att medel inte ska användas som direkt sjukvårdsersättning till enskilda patienter. De ska i stället användas för mer omfattande projekt. Dagmarmedlen ger med andra ord försäkringskassorna vissa möjligheter att påverka inriktningen av sjukvårdens rehabiliteringsresurser m.m.

3.1.3 Socsam/Finsam

Socsam-försöket innebär en finansiell samordning mellan socialtjänsten, sjukvården och försäkringskassan i syfte att pröva möjligheterna till en effektivare användning av tillgängliga resurser. (Finsam har haft samma syfte, dock utan att socialtjänsten har ingått. Detta försök avslutas i och med utgången av år 1997.)

Såvitt utredningen har erfarit finns inte motsvarande begränsningar i Socsam-lagstiftningen när det gäller användning av medel för enskilda individer som det finns i den centrala Dagmaröverenskommelsen. Det är därför möjligt för en i Socsamförsöket ingående försäkringskassa att remittera en försäkrad till en landstingsanknuten mottagning för utredning med hjälp av Socsam-medel. Utredningen kan på så sätt komma till stånd tidigare än vad som annars skulle varit fallet.

3.1.4 Ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.

Försäkringskassorna har möjlighet att betala ersättning för läkarutlåtanden m.m. i vissa situationer. Detta gäller dock inte för utlåtanden eller undersökningar som utfärdats/genomförts av den offentliga vården. Denna har som en av sina uppgifter att utan särskild ersättning förse den allmänna försäkringen med de intyg och utlåtanden som behövs där. Betalning anses ske genom de statsbidrag som årligen betalas ut till sjukvårdshuvudmännen.

När det gäller privata sjukvårdsproducenter kan den allmänna försäkringen ersätta läkarutlåtanden enligt en särskild taxa som har en lägsta nivå på 100 kr per utlåtande och en högsta som innebär ett arvode på 500 kr per timma som det tagit att utfärda utlåtandet. Regler om detta finns i Förordning (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. samt i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1977:27) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. I de fall en särskild undersökning behövs för att kunna utfärda ett utlåtande utges ersättning enligt läkarvårdstaxan.

Försäkringskassorna har alltså möjligheter att få en del av sina behov av utredningar och utlåtanden tillgodosedda genom att sluta överenskommelser med privata producenter. Det är dock inte så vanligt eftersom dessa utredningar ofta är komplicerade och lönsamheten blir för låg för de privata vårdgivarna.

3.1.5 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Sedan 1990-07-01 har försäkringskassorna haft möjligheter att upphandla arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster för de försäkrade som haft behov av detta. Det gäller dels tjänster för att utreda förutsättningarna för rehabilitering, dels för direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång i arbete. Dessa upphandlingar görs av försäkringskassorna för enskilda individer, dvs. det är kassorna som beslutar vem som skall komma i åtnjutande av resp tjänst.

I prop 1989/90:62 poängterar föredragande statsråd att åtgärderna bör ha en yrkesinriktad karaktär och att insatser av rent medicinsk natur inte bör kunna köpas.

3.1.6 Nya förutsättningar

I regeringens budgetproposition för 1998 aviserar man vissa förändringar när det gäller försäkringskassornas förutsättningar att samverka med andra aktörer och möjligheter att använda sig av ekonomiska medel för att effektivisera i första hand rehabiliteringsverksamheten. Under förutsättning av Riksdagens godkännande kommer försäkringskassornas medel för bl.a. köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster (punkt 3.1.5 ovan), arbetstekniska hjälpmedel samt läkarutlåtanden och läkarundersökningar (punkt 3.1.4 ovan) att slås samman till en gemensam pott ur vilken försäkringskassorna får köpa/finansiera dels nämnda tjänster och varor samt även använda för samverkansprojekt med andra aktörer och dessutom till viss del för egen administration.

3.2 Enkät till försäkringskassorna samt efterföljande seminarier

3.2.1 Bakgrund

Riksförsäkringsverket genomförde under våren 1997 en enkätundersökning avseende försäkringskassornas behov av RFV:s sjukhus. Rapporten i sin helhet utgör bilaga 2 till detta betänkande.

Syftet med rapporten var att få fram ett underlag för sjukhusens fortsatta verksamhetsutveckling samt att redovisa försäkringskassornas bedömningar för den kommande (NYTRA-)utredningen. Ur RFV:s skrivelse till kassorna citeras följande:

Verksamheten vid RFV:s sjukhus i Tranås och Nynäshamn har diskuterats under de senaste åren. Granskning av verksamheten har gjorts av Socialstyrelsen och Riksrevisionsverket (RRV). Sjuk- och arbetsskadekommittén belyser också verksamheten i sitt huvudbetänkande.

I rapporterna redovisas olika syn på verksamheten och dess kvalitet liksom behovet av de insatser som sjukhusen tillhandahåller. RRV menar att sjukhusen kan läggas ned medan Sjuk- och arbetsskadekommittén anser att de utredningar sjukhusen genomför behövs för försäkringskassornas arbete med långa och komplicerade sjukfall.

Riksförsäkringsverket anser det väsentligt att få försäkringskassornas syn på verksamheten vid sjukhusen och dess framtid för att till Socialdepartementet redovisa en samlad uppfattning från socialförsäkringsadministrationen.

3.2.2 Genomförande av enkäten

Uppdraget att utreda försäkringskassornas behov av Riksförsäkringsverkets sjukhus genomfördes i form av en brevenkät.

Kassorna ombads att besvara frågor om hur man totalt sett bedömer sina nuvarande behov av den typ av insatser som RFV:s sjukhus levererade. Dessutom har kassorna besvarat frågor om vilka alternativa leverantörer – förutom sjukhusen – av dessa tjänster som anlitades.

Ett tredje frågeområde har avsett kassornas erfarenheter av en del av de tjänster som sjukhusen levererar.

Slutligen har kassornas framtida behov och förväntade framtida leverantörer – inklusive sjukhusen – undersökts.

Uppdraget genomfördes av utvärderingschefen vid Göteborgs allmänna försäkringskassa, Ulf Gabrielii, i samverkan med försäkringsavdelning II på Riksförsäkringsverket. Behjälpliga i planeringsarbetet och bearbetningen var även medarbetare vid RFV:s utvärderingsavdelning samt vid försäkringskassan i Göteborg.

Därutöver inhämtades under hand synpunkter från VD och chefsöverläkare vid de båda sjukhusen samt några försäkringschefer vid försäkringskassorna.

3.2.3 Genomförande av seminarierna

Enkätsvaren från försäkringskassorna innehåller värdefull information för utredningens arbete.

Dock har utredningen sett behov att få en fördjupad kunskap om hur kassornas representanter ser på dels de totala behoven av utredningar, vissa rehabiliteringsinsatser samt forskning och metodutveckling inom aktuella områden, dels hur man ser på RFV-sjukhusens roll i dessa sammanhang. Bland annat har de motiveringar som låg till grund för enkätsvaren bedömts värdefulla att ta del av.

Med anledning av detta har utredningen tillsammans med Försäkringskasseförbundet anordnat fyra regionala seminarier (i Sundsvall, Stockholm, Göteborg och Lund) för representanter för försäkringskassorna. Huvudsakligen har följande frågeställningar tagits upp:

- Kassornas totala behov av utredningar/arbetsförmågebedömningar som grund för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
- Kassornas totala behov av medicinsk rehabilitering, t.ex. hjärtrehabilitering och överviktsrehabilitering.
- I vilken utsträckning ovanstående behov kan tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården.
- Arbetsmarknadsinstitutens och företagshälsovårdens roll för gruppen med sammansatta funktionshinder.
- Betydelsen av RFV-sjukhusens forsknings- och metodutvecklingsarbete.

Vid seminarierna har samtliga kassor utom en deltagit. Kassorna har huvudsakligen representerats av försäkringschefer (eller motsvarande), försäkringsöverläkare, rehabiliteringskonsulter samt i ca hälften av fallen av direktör eller dennes ställföreträdare. Sammanlagt har drygt 50 personer haft tillfälle att framföra sina synpunkter till utredningen. Dessa synpunkter har varit synnerligen värdefulla för utredningens arbete.

3.2.4 Resultat av enkäten

RFV:s rapport avseende resultatet av enkäten till försäkringskassorna redovisas i sin helhet i bilaga 2. Utredningen väljer därför att endast kortfattat sammanfatta resultaten.

Utredningar

Kassorna bedömer att behoven av framför allt tidiga grundutredningar (2 veckor) kommer att vara stort i framtiden. I RFV-rapporten lyfts denna typ av utredningar fram som en utvecklingsmöjlighet för RFV:s sjukhus. Behoven av halsryggsutredningar och psykosociala utredningar kan möjligen komma att öka något medan kassornas behov av allmänna utredningar (4-6 veckor) och fibromyalgiutredningar förväntas bli i stort sett oförändrat. En del behov av andra typer av utredningar har anmälts av kassorna när det gäller de närmaste åren framöver. Man har pekat på behov av psykiatriutredningar, missbruksutredningar, el-allergiutredningar, "kulturella" utredningar, "trötthetsutredningar", smärtutredningar, teambedömningar, fördjupad grundutredning samt utredningar vid diagnostiska centra.

Någon samlad uppfattning när det gäller kassornas framtida behov av andra typer av utredningar framkom inte av enkätsvaren. I inget fall var det fler än tre kassor som pekade på samma behov.

Rehabilitering

Försäkringskassorna bedömde att behoven av överviktsrehabilitering kommer att öka ytterligare något i framtiden. Däremot såg man inte hjärtrehabiliteringen som något särskilt stort problem.

Följande behov av andra former av rehabilitering framkom av enkäten. Mobbingrehabilitering, smärtrehabilitering, rehabilitering av personer med sammansatta problem, "jag-stärkande" rehabilitering, invandrarrehabilitering, konditionsförbättring, arbetslivsinriktad träning, rehabilitering av s.k. samsjukdomar. Det var endast ett fåtal (högst tre) kassor som pekat på likartat behov.

3.2.5 Resultat av seminarierna

Definitioner

Vid flera av seminarierna fördes en diskussion om behovet av att klara ut definitionen av sjukhusens verksamhet. Sjukhusens utredningar definieras av Riksförsäkringsverket som medicinska utredningar. Utredningsverksamhet omfattar emellertid även kartläggning av de försäkrades arbetsförmåga och möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering

Utredningarna vid RFV:s sjukhus har alltså flera aspekter:

- medicinsk utredning som underlag för bedömning av rätten till ersättning (huvudsakligen sjukpenning och förtidspension)
- utredning av de försäkrades möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering

Det kan vara svårt att i praktiken skilja dessa aspekter åt och ofta innehåller utredningarna inslag av dem båda. I utredningarna ingår också andra faktorer som motivation, kartläggning av omgivningsfaktorer, livskvalitet m.m.

Seminariedeltagarna ansåg att sjukvårdens inriktning i första hand är att beskriva patientens sjukdom och finna rätt diagnos för att kunna sätta in adekvat behandling i syfte att bota eller lindra patientens besvär. Den bredare bedömning som erfordras för att klarlägga patientens möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering ansågs sjukvården idag inte ha nödvändiga resurser för.

Kassornas behov av utredningar

Det är inte möjligt att med seminarierna som grund redovisa kassornas uppfattningar på den detaljnivå som finns i RFV:s rapport från enkäten till kassorna. Nedanstående synpunkter avser behoven av kompletterande utredningar i allmänhet.

Försäkringskassorna var samstämmiga i sin uppfattning att sjukvården har svårt att tillgodose deras behov av utredningar som rör arbetsförmåga samt behov och förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med sammansatta och svårbedömda problem. Man uppgav att man har många oklara fall som innebär svårigheter att hantera och som kräver tidiga utredningar.

En försäkringskassa uppgav att man gjort en kompletterande utredning efter RFV-enkäten. Man redovisar i denna utredning större behov än enkäten visar på. "Vi skulle inte klara oss utan Tranås".

Kassorna använder idag RFV-sjukhusen huvudsakligen för utredningar av försäkrade med långa sjukskrivningar. Dessa har ofta varit föremål för utredningar lokalt/regionalt som inte lett till lämpliga åtgärder.

När det gäller behovet av utredningar vid RFV:s sjukhus framfördes av några deltagare att de s.k. allmänna utredningarna (fyra-sex veckor) inte var särskilt effektiva. De bör i huvudsak ersättas av tidiga grund-

utredningar (två veckor). Vid behov kan man komplettera med fördjupade grundutredningar.

De flesta kassaföreträdarna menade att det är oerhört viktigt att det finns en enhetlig metodik för att kunna mäta arbetsförmåga objektivt och därmed bedöma rätten till ersättning från den allmänna försäkringen. RFV:s sjukhus har börjat att utveckla en metod för detta, den s.k. STRUT-metoden (strukturerad utredning). Kassaföreträdarna påpekade att det är svårt att göra den typ av bedömningar som socialförsäkringen behöver. Detta kräver en bred kompetens hos undersökaren och dessutom enhetlig metodik.

Det är viktigt inte bara för försäkringen utan också för de försäkrade att förutsättningarna att få fram enhetliga och heltäckande utredningar och bedömningar förbättras. Vissa människor bedöms inte få den ersättning alt. rehabilitering de borde ha på grund av att de inte blir ordentligt utredda. Flera av de närvarande försäkringsöverläkarna ansåg att många människor idag ställs utanför socialförsäkringen fast de egentligen är arbetsoförmögna och sjuka men inte har blivit ordentligt undersökta/diagnosticerade. Ovanstående faktorer ansågs av många kassarepresentanter vara starka motiv för att RFV-sjukhusen skall finnas kvar. Kassorna har då tillgång till en professionell "rikslikare" när det gäller bedömning av arbetsförmågans nedsättning m.m.

Här var dock kassorna inte eniga. Några ansåg att bedömningsgrunderna hos RFV-sjukhusens läkare varierar varför bedömningarna inte blir likvärdiga. Ett införande av STRUT-metoden innebär dock en utveckling mot mer enhetliga bedömningar.

I vissa fall har kassan svårt att få en arbetsförmågeutredning genomförd på grund av att den försäkrade inte vill medverka. Trots detta kan det ändå vara nödvändigt för kassan att få till stånd en utredning för att kunna bedöma rätten till ersättning och/eller rehabiliteringsförutsättningarna. I dessa fall är det ofta svårt att få utredningen genomförd inom den ordinarie sjukvården och kassorna uppger att RFV:s sjukhus tillhör de få inrättningar i landet som faktiskt tar hand om dessa svåra uppdrag.

En viktig fråga när det gäller att utveckla sjukhusens verksamhet ansågs vara ökad samverkan med den lokala försäkringskassan. Det kan t. ex. vara positivt om inremitterande kassatjänsteman om möjligt är med vid utskrivningstillfället från sjukhuset för att vara helt uppdaterad på förutsättningarna.

Försäkringskassan i Älvsborgs län redovisade en påbörjad utvärdering av STRUT-metoden, dvs. den strukturerade utredningsmetodik som utvecklats vid RFV:s sjukhus i Tranås. Man har tittat närmare på 20 av de 73 första fallen och konstaterar att det finns en stor skillnad i

socialförsäkringsutnyttjande före och efter det att STRUT genomförts. I 19 av de 20 fallen har rehabiliteringshandläggaren kunnat ta fram en plan efter STRUT. Mycket utvecklingsarbete återstår dock.

En ytterligare utvecklingsmöjlighet ansågs vara att RFV-sjukhusen knyter personer till sig som har arbetsmarknadskunskap, exempelvis från arbetsmarknadsinstitut.

Sjukhusen bör, enligt några representanter från kassorna i större utsträckning användas för kompetensutveckling av läkare, försäkringsläkare och kassatjänstemän.

Ett önskemål från norrlandsseminariet var att etablera någon form av verksamhet i Norrland (ev. i samverkan med något landsting).

Kassorna redovisade att man själva inte sällan är dåliga beställare av utredningar. Vidare har man ibland en dåligt utvecklad arbetsmetodik som exempelvis tar sig uttryck i att man inleder med åtgärder utan att först ha genomfört erforderliga utredningar. Åtgärderna tenderar därvid att bli en bekräftelse på att den försäkrade inte har någon arbetsförmåga genom att fel åtgärd sätts in. Det är vidare viktigt att patienter inte onödigtvis remitteras till RFV:s sjukhus. I vissa fall borde man kunna ta beslut på de underlag man redan har.

Sjukhusens beteendevetenskapliga kompetens bedömdes av flera som viktig. En kommentar som gjordes var att RFV-sjukhusen gör bra bedömningar som underlag för att kunna fatta beslut om ersättning, däremot är det ibland svårt att följa rekommendationer om fortsatt behandling på hemmaplan.

Någon ansåg att om kassorna bättre hade redovisat sina behov av sjukhusen hade dessa fungerat ännu bättre idag. En fördel med RFV:s sjukhus ansågs vara att man där har större kännedom om socialförsäkringens regelsystem än man har ute i den ordinarie vården.

Behoven av arbetsförmågebedömningar kommer att öka på grund av den nya lagstiftningen enligt vad som framfördes vid några av seminarierna. Man ansåg också att lösningen primärt måste ligga i mera resurser inom sjukvården men det kommer ändå att finnas ett "restbehov" av RFV:s sjukhus. Vid övriga seminarier menade man att behovet av RFV:s sjukhus kan komma att bli oförändrat till följd av att de ökade behoven av utredningar kan kompenseras av ett minskat antal sjukfall totalt sett.

Sjukhusen klarar inte försäkringskassornas behov idag eftersom det är köer med tillhörande långa väntetider till dem. Inte heller tror kassorna att RFV-sjukhusen kommer att klara alla kassans svåra bedömningsfall i framtiden. Viktigt för kassorna är naturligtvis härvidlag att definiera vilka individer som bör remitteras till sjukhusen.

RFV-sjukhusen bedöms i första hand få tillgodose behoven av utredningar i de svåraste fallen. Vid norrlandsseminariet bedömdes att mellan 40-100 patienter per år från "treprocentskassorna" (kassor med ca 3% av rikets försäkrade) kan vara en rimlig gissning om de framtida behoven.

Älvsborgskassan bedömer behovet av utredningar enligt STRUT-metoden till 300 per år. Kassan i Västerbotten tror att ca 1 000 personer per år behöver bli föremål för någon form av medbedömning/utredning, varav kanske 50 på RFV:s sjukhus.

Det finns enligt kassorna således inte mycket som tyder på att behoven kommer att minska, troligen tvärtom.

Kassorna anser det väsentligt att sjukhusen kan minska väntetiden till utredningarna.

De allra flesta av kassornas representanter var överens om att även om rehabiliteringskliniker skulle finnas inom samtliga sjukvårdsområden finns det behov av rikssjukhus som kan genomföra likartade bedömningar och dessutom ägna sig åt metodutveckling.

Kassornas närmare syn på sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att tillgodose behoven framgår av avsnitt 3.3.2.

Kassornas behov av medicinsk rehabilitering

Medicinsk rehabilitering ansågs i princip inte vara en uppgift för RFV:s sjukhus. Även om detta är en uppgift för hälso- och sjukvården konstaterade man att sjukvårdens resurser idag inte räcker till för att täcka alla behov på detta område. Bl.a. är överviktsrehabilitering en åtgärd som prioriteras lågt av sjukvården. Försäkringskassorna anser dock att här finns ett behov och att RFV:s sjukhus kan tillgodose detta.

Några deltagare menade också att det är värdefullt om både utredning och erforderlig behandling/rehabilitering sker på samma plats. Detta skulle kunna tala för att viss rehabilitering bedrivs vid sjukhusen.

Kassorna kan i flertalet fall tänka sig att viss, tidsbegränsad, projektverksamhet kan vara rimlig att ha vid sjukhusen. I så fall bör det handla om nya rehabiliteringsformer utifrån de behov som aktualiseras från försäkringskassorna. Eftersom sjukvården inte bedöms kunna ta över rehabiliteringen av överviktiga anser kassorna att den bör finnas kvar hos RFV:s sjukhus. Några försäkringsöverläkare ansåg dock att resultaten av denna rehabiliteringsform är så nedslående att man ifrågasätter verksamheten.

Övriga synpunkter från seminarierna

För utredningen har det bedömts viktigt att få frågan om avståndets betydelse diskuterad vid seminarierna. Uppenbart är att det finns en stark koppling mellan försäkringskassornas benägenhet att remittera och närheten till sjukhusen.

Flertalet kassor uppgav att avståndet till Tranås och Nynäshamn har betydelse för kassornas intresse av att remittera.

En av försäkringsöverläkarna menade att det är felaktigt att skicka människor för rehabiliteringsutredningar på internat. Det är bättre att utredningarna görs på hemmaplan och att patienten bor hemma. I avvaktan på att dessa möjligheter finns torde dock RFV-sjukhusen fylla en funktion. Andra menade dock att utredning inte behöver ske på hemorten, däremot bör den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ske i den försäkrades hemmiljö.

För att minska avstånden skulle, enligt några deltagare, verksamheten vid RFV:s sjukhus kunna splittras upp på mindre enheter förutsatt att de använder gemensam metodik och står under gemensam ledning.

En fråga som kom upp vid alla seminarier var om RFV:s sjukhus verkligen skall kallas sjukhus. Man borde – enligt många – byta ut ordet sjukhus mot något annat. Någon framförde dock att det är möjligt att de som blir remitterade dit föredrar att bli remitterade till ett sjukhus än till någonting annat.

Från några försäkringsöverläkare framfördes behovet av en starkare koppling mellan försäkringsläkarna och RFV-sjukhusen. Sjukhusen borde kunna skapa möjligheter för försäkringsläkarna att forska och därvid meritera sig för högre befattningar inom sjukvården.

3.2.6 Sammanfattning av kassornas behov av utredningar och rehabilitering

Såväl enkäten som RFV genomfört som seminarierna visar att försäkringskassornas behov av utredningar blir oförändrat eller möjligen ökar i framtiden. Framför allt tycks behovet av tidiga, korta utredningar öka om man kan minska väntetiderna.

Kassorna anser att helhetsbedömningar av såväl hinder som möjligheter, arbetsförmågans nedsättning och behov av rehabilitering är viktiga. Man anser också att verksamheten bör kompletteras med kunskap om arbetsliv och arbetsmarknad.

När det gäller behoven i stort av den typ av specifika rehabiliteringsinsatser som hittills tillhandahållits på sjukhusen tycks dessa inte minska i framtiden.

Kassorna anser också att RFV:s sjukhus bör utveckla metoder för utredning och rehabilitering inom nya områden när behov av detta uppkommer.

3.3 Den allmänna hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tillgodose kassornas behov

Enligt direktiven skall utredningens utgångspunkt vara att den allmänna hälso- och sjukvården i princip har huvudansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de hälsomässiga utredningar och utlåtanden som behövs för att socialförsäkringssystemet skall fungera på avsett sätt. En viktig fråga för utredningen är därför i viken utsträckning hälso- och sjukvården kan tillgodose försäkringskassornas behov i dessa avseenden.

Här redovisas dels kassornas uppfattning som är hämtade från RFV:s rapport och de seminarier som hållits med kassorna, dels landstingens uppfattning som inhämtats på liknande sätt.

3.3.1 Kassornas uppfattning enligt enkäten

Nedanstående redovisning är mer detaljerad än i avsnittet om kassornas behov. Detta beror på att den innehåller information från kassornas enkätsvar som inte framgår av RFV:s rapport.

Den bild man får av försäkringskassornas svar på enkäten är splittrad när det gäller landstingens framtida roll som producent av de tjänster som idag levereras av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Vissa kassor är överlag optimistiska oavsett vilken tjänst det gäller, andra däremot pessimistiska. Några kassor tror på en viktig roll för landstingen i en del avseenden men inte i andra.

Nedanstående redovisning pekar inte enbart på hur kassorna i enkätsvaren bedömt landstingens roll utan den belyser också RFV-sjukhusens förväntade betydelse. När det gäller andra tänkbara leverantörer än dessa båda tycks kassorna anse att exempelvis leverantörer av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster och företagshälsovården kan komma att spela en viss, dock förhållandevis liten roll.

Redovisningen grundar sig på hur stor procentandel som resp. leverantör förväntas komma att ha när det gäller att inom en treårsperiod tillgodose kassornas behov. Som "mycket stor" (MS) avses 75% eller mer, som "ganska stor" (GS) 25-74% och som "liten" (L) betecknas de andelar som ligger i intervallet 1-25%. Ingen andel anges som noll (N).

Vissa kassor har avstått från att besvara någon eller några frågor.

Allmänna utredningar (4 -6 veckor)

Andel	MS	GS	L	N
Leverantör				
Landsting	4	4	8	3
RFV:s sjukhus	0	9	6	5

Tidiga grundutredningar (2 veckor)

Andel	MS	GS	L	N
Leverantör				
Landsting	5	4	5	4
RFV:s sjukhus	3	6	1	6

Fibromyalgiutredningar

Andel	MS	GS	L	N
Leverantör				
Landsting	5	10	4	0
RFV:s sjukhus	0	11	3	6

Halsryggsutredningar

Andel	MS	GS	L	N
Leverantör				
Landsting	7	9	3	1
RFV:s sjukhus	0	5	8	6

Psykosociala utredningar

	Andel	MS	GS	L	N
Leverantör					
Landsting		3	9	6	2
RFV:s sjukhus		0	3	11	6

Överviktsrehabilitering

	Andel	MS	GS	L	N
Leverantör					
Landsting		4	9	7	1
RFV:s sjukhus		3	11	7	2

Hjärtrehabilitering

	Andel	MS	GS	L	N
Leverantör					
Landting		15	5	0	0
RFV:s sjukhus		0	4	7	10

3.3.2 Kassornas uppfattning vid seminarierna

Utredningar

Inte heller i detta sammanhang redovisas kassornas synpunkter uppdelade på olika sorters utredningar annat än marginellt. Frågeställningen vid seminarierna har gällt de typer av utredningar som RFV-sjukhusen tillhandahåller.

När det gäller den väsentliga frågan om försäkringskassorna skulle kunna få sina behov av utredningar tillgodosedda av sjukvårdshuvudmännen fanns det ingen bland de närvarande kassorna som menade att sjukvårdshuvudmännen har möjlighet att prioritera dessa uppgifter inom ramen för sin egen verksamhet. Någon förde fram att det kanske går om kassorna kan få betala för dem. Det ifrågasattes emellertid om den kompetens som behövs verkligen finns. På sikt menade dock flera att den skulle kunna byggas upp. Men framför allt resursmässiga skäl gör att försäkringskassorna inte tror att sjukvårdshuvudmännen kom-

mer att tillgodose behoven under överskådlig tid.

Klara somatiska och psykiatriska fall klarar sjukvården enligt kassornas representanter.

Sjukvården har dock sämre förutsättningar att ge kassorna uppgifter om patienternas restarbetsförmåga och hur den skall kunna tillvaratas på arbetsmarknaden.

Kassorna uttryckte den enhetliga uppfattningen att det i normalfallet är den behandlande läkaren som skall förse kassorna med underlag. Allmänläkare har kompetens för detta. Ett problem, enligt många, är att den tid läkaren har till sitt förfogande per patient är för kort. En stor del av kassornas långa sjukfall fall är svårbedömda. Kassorna borde, enligt flera av de medverkande vid seminarierna ha som utgångspunkt att hjälpa till att skapa förutsättningar för primärvården i detta avseende.

Om vårdcentraler och motsvarande utvecklas med multidiciplinär kompetens minskar behovet av remisser till andra inrättningar (exempelvis RFV:s sjukhus) från kassornas sida. Det ansågs viktigt att kassorna klargör för sjukvårdshuvudmännen behovet av en bred kompetens inom primärvården.

Ett skäl till att landstingen inte satsar på att tillgodose försäkringens behov ansågs vara att landstingen inte har något eget behov av att utveckla specialistkompetenser inom det försäkringsmedicinska området.

Det redovisades även en del positiva utvecklingar i sjukvården.

En kassa uppgav att det finns ett uttalat mål att vårdcentralerna skall ha resurser för helhetsbedömningar. Man bedömde ändå att det fanns behov av verksamheten vid RFV:s sjukhus i de svårbedömda fallen.

I ett annat län har man inom vården uttalat en viljeinriktning att satsa på beteendemedicin, något som upplevdes som positivt för socialförsäkringen.

Rehabilitering

Sjukvården har, enligt flertalet kassor, snävat in ambitionerna när det gäller dess insatser inom området medicinsk rehabilitering. Man "släpper" patienterna tidigare nu än förr, antingen helt och hållet eller från specialistkliniker till primärvården.

De medicinska rehabiliteringsklinikerna har i många fall nedprioriterat rehabiliteringen av "kassornas" patienter och tvingats koncentrera sig på personer med svåra skador, neurologiska handikapp m.m.

En viktig aspekt lyftes fram. Landstingen har sitt mål för rehabilitering av patienter, socialförsäkringen har sitt och dessa mål korresponderar inte alltid med varandra.

En kassa redovisade att intresset hos landstinget har ökat för rehabilitering de två senaste åren på grund av de rehabiliteringspengar som tillfördes i samband med handikappreformen.

Finansieringsaspekter

Överlag ansåg kassorna att diagnostiska centra som byggs upp av landsting (eller andra) är en bra lösning på en stor del av kassornas utredningsbehov. Tills vidare finansieras sådana via Dagmar-medel och ersättning betalas antingen ut per individ eller per tidsperiod.

Många deltagare i seminarierna ansåg att den enhet inom landstingen som utfärdar utlåtanden/genomför utredningar borde få betalt direkt till sig. Detta skulle skapa förutsättningar för bättre kvalitet och minskad väntetid. Merparten av de deltagande kassorna såg positivt på tanken att försäkringskassorna skulle få upphandla utrednings- (och från vissa kassor även behandlings-) insatser via socialförsäkringsanslaget. Bland kassorna rådde stor enighet om att Dagmar-pengarna är oerhört viktiga för försäkringskassorna när det gäller att påverka inriktningen av sjukvården.Man ser stora bekymmer framför sig om Dagmar-pengarna försvinner.

Kassorna har, tillsammans med respektive sjukvårdshuvudman riktat Dagmar-medlen lite olika. Många har satsat på paramedicinsk kompetens i primärvården, andra på den specialiserade ortopedin och psykiatrin och åter andra på diagnostiska centra eller motsvarande enheter för att tillgodose kassans utredningsbehov. En kassa använder en rehab-enhet i Nässjö dit man skickar fler patienter än till Tranås. Där finns heller inga väntetider. Utredningarna och bedömningarna håller samma standard som vid RFV-sjukhusen, enligt kassan. En kassa redovisade svårigheter att få sjukvården att använda Dagmar-medel på av kassan önskat sätt. Dagmar har tidigare haft ett ettårsperspektiv vilket gjort det svårt för sjukvården att bygga upp långsiktiga verksamheter av typ diagnostiska centra m.m.

Göteborg har – för att ta ett exempel – avsatt 1,5 miljoner kr av Dagmar-pengarna avseende 1997 för konsultbedömningar. Dessa bedömningar tar fasta på propositionen om förändrade sjukpenningregler hösten 1995. Normalt krävs minst en timmes läkartid för varje patient (specialistläkare). I 20% av fallen krävs minst tre "undersökare" för att få en helhetsbedömning. Undersökning och utlåtande kostar ungefär 5 000 kr. Behovet bedöms vara ungefär 300 patienter per år.

Om Dagmar-pengarna försvinner ökar behoven av RFV-sjukhusen. Detta var kassorna eniga om.

Övrigt

Nedan redovisas några övriga kommentarer från seminarierna.

"Förekomsten av RFV-sjukhusen kan kanske vara ett skäl till att sjukvården inte själva bygger ut motsvarande resurser."

"Initiativ till remisser kommer inte sällan från behandlande läkare".

"Socialförsäkringen borde ha det finansiella ansvaret för all kartläggning/utredning. I gengäld skulle sjukvården ansvara all vård, behandling och rehabilitering av medicinsk natur."

"*I den bästa av alla världar skaffar vi oss erforderliga utredningsresurser i länen. I avvaktan på detta behövs RFV:s sjukhus.*"

Det sista citatet speglar i stort kassornas uppfattning om hur man vill lösa sina utredningsbehov på sikt. Så långt möjligt vill man ha lokala/regionala lösningar men man är medvetna om sjukvårdens knappa resurser.

3.3.3 Sjukvårdshuvudmännens uppfattning

Landstingsförbundet har under sommaren 1997 genomfört en rundringning till ca hälften av sjukvårdshuvudmännen i syfte att få deras syn på sina möjligheter att tillgodose försäkringskassornas behov. Utredningen har därutöver – tillsammans med Landstingsförbundet – träffat representanter för landstingen i Blekinge, Jönköpings, Gävleborgs och Västernorrlands län samt Göteborgs kommun.

De inbjudna sjukvårdshuvudmännen har representerats av företrädare för den medicinska rehabiliteringen, ortopedin, primärvården samt administrationen. I det följande beskrivs hur dessa besvarat de frågeställningar som togs upp. Dessa svar bekräftar de uppfattningar som framkommit vid den genomförda rundringningen.

De frågor som utgjorde ramen för diskussionerna var följande:

- I vilken utsträckning kan sjukvården tillgodose försäkringskassornas behov av medicinska utredningar och utlåtanden för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda sjukdomssymptom.
- I vilken utsträckning kan sjukvården tillgodose kassornas behov av utredningar/arbetsförmågebedömningar som grund för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

- I vilken utsträckning kan sjukvården tillgodose försäkringens behov av medicinsk rehabilitering, t.ex. hjärtrehabilitering och överviktsrehabilitering.
- Vilken betydelse har en strängare prioritering och minskade resurser inom sjukvården för möjligheterna att tillgodose dessa behov.

I samtliga frågeställningar önskade utredningen veta, dels sjukvårdens möjligheter att tillgodose behoven i dagsläget, dels på lång sikt.

Utredningar

Samtliga företrädare för sjukvårdshuvudmännen var överens om att den allmänna hälso- och sjukvården idag inte kan tillgodose försäkringskassornas behov av utredningar avseende arbetsförmåga, funktionsnedsättning eller rehabiliteringsbehov.

Enighet rådde om att detta primärt beror på resursbrist inom sjukvården i kombination med att dessa utredningar prioriteras ned bl.a. med hänsyn till konsekvenserna av prioriteringsutredningens förslag.

Någon i gruppen var också tveksam till om sjukvården lokalt kan bygga upp den speciella kompetens som behövs för att utreda och bedöma mer komplicerade fall.

Dock klarar sjukvården redan idag många utredningar som försäkringskassorna behöver. De något mindre komplicerade fallen finns god kompetens för att hantera. När det gäller resurserna för dessa "lätta och normalsvåra" utredningar är det dock mer bekymmersamt. En stor del av dessa får kassorna idag genom att Dagmarmedel eller medel för arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster används eller, som i något fall, att ett Finsamförsök pågår.

I något fall rapporterades om svårigheter att ens med hjälp av Dagmarmedel bygga upp en utredningsenhet. Orsaken till detta har varit att Dagmarmedel tidigare endast beviljats för ett år i taget.

De medicinska rehabiliteringsklinikerna prioriterar i sin verksamhet de ur medicinsk synpunkt mer allvarliga tillstånden och saknar resurser att ägna sig åt den grupp som har sammansatta och svårbedömda problem.

Framtiden ser inte gynnsammare ut. Om Dagmarsystemet upphör och om kassorna får mindre medel för att upphandla arbetslivsinriktad rehabilitering kommer sannolikt en hel del av de bedömningsresurser i form av olika teamkonstellationer som finns idag att försvinna. Vissa resurser kan kanske inlemmas i den ordinarie vården. Totalt förväntas dock en minskning av resurserna, såväl inom primärvården som läns-

sjukvården när det gäller teambaserade helhetsbedömningar/utredningar.

Rehabilitering

Vid seminariet tillfrågades deltagarna om den allmänna sjukvården klarar hjärt- och överviktsrehabiliteringen.

När det gäller hjärtrehabiliteringen blev svaret att den klaras ganska bra, dock inte fullt ut.

Risk finns för övrigt även här för nedprioriteringar när det gäller den del av hjärtrehabiliteringen som behövs efter det att man skrivits ut från en sjukhusklinik, dvs. då rehabiliteringen inte längre har enbart medicinska skäl.

Överviktsrehabilitering är däremot något som sjukvårdshuvudmännen i stort sett nedprioriterat. Ingenting indikerar att en förändring skulle vara förestående de närmaste åren.

Även vid detta seminarium ifrågasattes värdet av överviktsrehabilitering. 10-15% "lyckade fall" vid treårsuppföljning var siffror som nämndes. Detta kan vara ett viktigt skäl till varför landstingen normalt inte satsar på denna rehabiliteringsform.

Övrigt

Gruppen poängterade vid flera tillfällen värdet av teamarbete vid kartläggnings-/utredningsverksamhet. Teamen kan inte alltid bestå av fast bemanning men de är ändå viktiga.

En fortsatt utveckling av samverkan mellan sjukvården och försäkringskassan ansågs också som viktig. Man redovisade vissa farhågor att denna kan komma i riskzonen vid krympande resurser. "Det kostar" att samverka, åtminstone i ett kortsiktigt perspektiv.

3.3.4 Sammanfattning av försäkringskassornas och landstingens bedömningar av landstingens möjligheter att tillgodose kassornas behov

Utredningen konstaterar att försäkringskassornas och sjukvårdshuvudmännens representanter vid seminarierna varit samstämmiga i sin bedömning av sjukvårdens förutsättningar att klara kassornas behov.

När det gäller utredningar av funktionsnedsättning, arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov saknas resurser för "de svåra fallen". Övriga fall klarar man, delvis med stöd av finansiering från försäkringskassan (här menas även Dagmar- och Finsammedel). På sikt kan dock även denna verksamhet dras ned.

Från några kassor och representanter från landstingen framfördes också tveksamheter om erforderlig kompetens kan byggas upp för att utreda de svåra fallen om sådana utredningar skall "splittras upp" på många ställen.

Beträffande rehabiliteringsverksamheten menar båda parter att denna måste vara landstingens ansvar. Att man inte ägnar sig åt överviktsrehabilitering är dock klart, bland annat till följd av att värdet av denna ifrågasätts.

3.4 Arbetsmarknadsinstitutens roll

Arbetsmarknadsinstituten (Ami), vilka är en del av Arbetsmarknadsverket, och regionalt underställda länsarbetsnämnderna har en viktig funktion när det gäller den yrkesinriktade rehabiliteringen av personer som är arbetslösa. Deras utrednings- och rehabiliteringsverksamhet kan dock inte sägas likna den som bedrivs vid Riksförsäkringsverkets sjukhus. Vid de senare läggs fokus på medicinska utredningar och arbetsförmågebedömningar medan verksamheten vid Ami har en betydligt mer yrkesinriktad prägel. I princip bör ett fullgott medicinskt underlag finnas när någon blir aktuell på ett Arbetsmarknadsinstitut.

Sjukhusens och Ami:s utredningsverksamhet ligger i olika faser av rehabiliteringsprocessen, dock utan att man kan finna en klar skiljelinje mellan verksamheterna.

Vid de genomförda seminarierna framkom att försäkringskassornas representanter med stor samstämmighet konstaterade att Ami inte är något alternativ till RFV:s sjukhus. Ami gör, enligt kassornas representanter, inte medicinska bedömningar. Deras verksamhet är inriktad på utredning och funktionsbedömning, vägledning, arbetsprövning m.m. Inte heller i den av RFV genomförda enkäten uppges Ami vara ett alternativ till sjukhusen.

Ami:s roll i förhållande till RFV:s sjukhus bedöms i första hand vara att delta i det fortsatta rehabiliteringsarbetet i den försäkrades närmiljö efter avslutad utredning/medicinsk rehabilitering vid RFV:s sjukhus.

3.5 Företagshälsovårdens roll

Vid seminarierna framförde kassorna att företagshälsovården (FHV) inte heller är ett alternativ till RFV:s sjukhus. FHV har arbetsplatsen som utgångspunkt i sin förebyggande och rehabiliterande verksamhet.

Företagshälsovården har dessutom omstrukturerats under senare år. Många företag, framför allt de små företagen, är heller inte anslutna till någon företagshälsovård.

En försäkringskassa har dock i samverkan med landstinget utvecklat ett samarbete med FHV-centraler vilka även tar sig an utredningar för arbetslösa personer.

Enkätsvaren pekade i några fall på FHV som en tänkbar leverantör av utredningar. Därtill kan FHV också ha ingått som tänkbar aktör i de fall kassorna angivit "säljare av arbetslivsinriktad rehabilitering" som framtida utredningsleverantörer.

Det finns FHV-enheter som säljer utredningar till kassorna inom ramen för kassornas medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Det har inte varit möjligt att utreda den exakta skillnaden mellan dessa arbetslivsinriktade utredningar och de som utförs vid Riksförsäkringsverkets sjukhus och som definieras som medicinska utredningar.

En viktig fråga är om den grupp svårutredda personer med mångfacetterade besvär som i stor utsträckning utgör patientunderlaget vid RFV:s sjukhus skulle kunna utredas vid en företagshälsovårdsenhet i stället. Flertalet kassor såg inte detta som ett alternativ till sjukhusens verksamhet. FHV:s uppgift är också att arbeta mot arbetsplatsen.

Å andra sidan ville kassorna peka på vikten att nyttja FHV som en viktig resurs i kassornas utredningsverksamhet. Fall som inte ställer de speciella krav som motiverar den kompetens som finns vid RFV:s sjukhus kan med fördel utredas av (en kvalitetssäkrad) företagshälsovård. FHV kan därutöver för personer med anställning – i likhet med Ami för arbetslösa – vara en utomordentlig resurs i det rehabiliteringsarbete som inte sällan blir följden av en utredning vid RFV:s sjukhus.

3.6 Privata aktörers roll

Privata aktörer finns såväl inom det medicinska området som det arbetslivsinriktade. I vissa fall säljer privata aktörer med "medicinsk basverksamhet" arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till kassorna, såväl bedömningar som aktivitetsprogram och dylikt.

Många kassor använder pengar för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster för att upphandla medicinska utredningar från privata producenter. Tidigare hälsohem har exempelvis anpassat sig till försäkringskassornas krav och övergått från medicinsk till arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är tveksamt hur stor andel av deras verksamhet som verkligen är arbetslivsinriktad, enligt kassornas uppfattning.

När det gäller kassornas syn på de privata aktörernas roll framfördes vid några av seminarierna att privata institutioner inte upplevdes som tillräckligt uthålliga, många har redan gått i konkurs. Försäkringskassornas egen beställarkompetens kan dock härvidlag spela en roll. Det finns heller inte någon enhetlig bedömning mellan de olika institutionerna. Ett viktigt skäl till att RFV-sjukhusen bör behållas är att människor kan bedömas lika oavsett var i landet de bor. Man utreds med en standardiserad metodik som ger förutsättningar för en likvärdig bedömning.

Några kassarepresentanter menade dock att en del privata producenter upplevs som mer eller mindre oersättliga.

En försäkringskassa rapporterade att man remitterar mellan 50-100 personer per år till RFV:s sjukhus för utredning och till privata producenter ungefär lika många. De senare kostar 3 500 kr för en endagsutredning och ersättningen betalas ut med stöd av RFV:s föreskrifter om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. (RFFS 1977:27).

RFV-enkäten visade att många kassor ansåg att säljare av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster även i framtiden kommer att få tillgodose en mindre del av kassornas behov av den typ av utredningar som det här är frågan om.

4 Erfarenheter från tre andra länder

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, social och arbetslivsinriktad art och har som mål att hjälpa sjuka och personer med funktionshinder att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv.

I vårt land har arbetsgivaren ett stort ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på arbetsplatsen medan hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och kommunerna för social rehabilitering. Försäkringskassans uppgift är att samordna dessa insatser och se till att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Utredningen anser att det är av intresse att översiktligt beskriva hur ansvaret för rehabiliteringen är fördelat och hur rehabiliteringen är organiserad i några andra europeiska länder. Beskrivningen är till stor del hämtad från ett forskningsarbete som utförts av fil.kand. Ulla Gerner vid Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan i Östersund.

Tyskland

I det tyska försäkringssystemet är rehabiliteringsansvaret uppdelat på flera olika organ och i stort kan sägas att det organ som bär kostnaderna för försäkringen också svarar för rehabiliteringen. Sjukkassorna har i första hand ansvar för den akuta medicinska vården och i vissa fall för medicinsk rehabilitering. Olycksfallsförsäkringen ansvarar för sådana som skadats genom olycksfall och Arbetsmarknadsverket ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen när ingen annan har ansvaret (t.ex. då man inte uppfyller de formella kraven inom pensionsförsäkringen). Pensionsorganen är de mest betydande rehabiliteringsansvariga och svarar för den övervägande delen av den medicinska rehabiliteringen vid egna kliniker och nästan hälften av den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Ansvaret är alltså uppdelat på flera olika organ, men det finns samarbetsföreskrifter samt skyldigheter att initiera rehabilitering oavsett

huvudman. Den som bedöms vara i behov av rehabiliteringsåtgärder skall anmodas att senast inom 10 veckor ansöka om rehabilitering hos pensionsorganen. Pensionsorganen är sammanslutna i "Verband Deutscher Rentenversicherungsträger" (VDR), som bl.a. ger ut tillämpningsföreskrifter och handböcker samt har ett övergripande ansvar för rehabiliteringen. Det är ofta den behandlande läkaren som tar initiativ till rehabilitering och under hela processen har man en anknytning till den medicinska sakkunskapen genom försäkringsläkare, men också genom egna undersökningsställen.

I Tyskland finns en tonvikt på medicinsk rehabilitering och den föregår ofta en yrkesinriktad rehabilitering. Det är ganska vanligt att man ansöker om en 4 veckors vistelse vid rehabiliteringsklinik även om man inte är sjukskriven och många ser det som en avkoppling. Dessa s.k. kurvistelser har gamla anor i det tyska systemet. Det finns också s.k. "Anschlussheilbehandlung", vilket innebär att t.ex. en hjärtsjuk patient får komma till ett träningsställe i tidsmässig direkt anslutning till den akuta medicinska vården. Det är en snabb och mycket använd rehabiliteringsåtgärd som visat bra resultat. Den yrkesinriktade rehabiliteringen kan bestå av en 2-3-årig utbildning vid speciella s.k. "Berufsförderungsverk" för det mesta långt från hemorten. Det finns också företagsutbildningar och yrkesskolor.

Norge

I Norge genomfördes en lagändring från 1 januari 1994 och sedan dess ansvarar "trygdekontoren" (försäkringskassorna) för den medicinska rehabiliteringen och arbetskontoren (arbetsförmedlingen) för den yrkesinriktade. Efter 8 veckors sjukskrivning skall den behandlande läkaren skriva ett speciellt läkarutlåtande med bedömning av bl.a. arbetsförmåga och rehabilitering. Trygdekontoren har också en särskild prövning efter 12 veckors sjukskrivning och kontaktar då arbetsgivare, behandlande läkare, arbetskontoret och eventuellt socialkontoret. Förtroendeläkaren är också med vid bedömningen. Om yrkesinriktad rehabilitering är indicerad förs ärendet över till arbetskontoren.

I Norge, liksom i Sverige, ligger tonvikten inom socialförsäkringssystemen mer på yrkesinriktad än på medicinsk rehabilitering. Sedan 1992 finns i Sverige systemet med att köpa rehabiliteringstjänster. Det är ett flexibelt system med många möjligheter, men det ger också mycket utrymme för den enskilde tjänstemannens bedömningar och val av tjänster. Formellt är utbildningstiden begränsad till ett år i Sverige medan det i Norge kan röra sig om kurser och utbildningar av olika

längd. Ibland genomförs kurser på något "attföringsinstitut" (rehabiliteringsinstitut) men det kan också handla om vanliga kurser och utbildningar.

Det finns en hjälpmedelscentral i varje län. Aktuella hjälpmedel är t.ex. bil, ledarhund, läs- och skrivhjälp för blinda och synskadade, tolkhjälp för hörselskadade, tolk- och ledsagarhjälp för dövblinda. Arbetskontoret kan täcka kostnader för skolmateriel, resekostnader, bostadskostnader, flyttning i samband med rehabilitering eller utgifter som arbetsgivare har i samband med arbetsträning.

Finland

I Finland sker rehabilitering både vid Folkpensionsanstalten, som också har hand om sjukpenning och pensioner, och Arbetspensionskassorna som har hand om vissa pensioner. För det mesta sker rehabiliteringen genom folkpensionsanstaltens försorg och det är där den den sjukskrivne kan fångas upp på ett tidigt stadium – senast efter 60 dagars sjukskrivning.

I oktober 1991 fick man en ny lag om rehabilitering samt en särskild lag om rehabiliteringspenning. Enligt den nya lagen åläggs Folkpensionsanstalten att anordna rehabilitering i de fall där de lagstadgade villkoren är uppfyllda. Förtroendeläkare hörs alltid innan man fattar beslut om rehabilitering och de flesta rehabiliteringshandläggarna på lokalbyråerna är sjuksköterskor. Folkpensionsanstalten har en egen rehabiliteringsklinik i Åbo.

I Finland liksom i Sverige och Norge ligger tonvikten inom socialförsäkringen mer på yrkesinriktad än på medicinsk rehabilitering. I Finland genomförs oftast utbildningar som varar 2 till 3 år. Förutom utbildning kan åtgärderna bestå av arbetsprövning/arbetsträning, ändrade arbetsuppgifter/omplacering, anpassning av arbetsplatsen, ändrade arbetstider och arbetshjälpmedel m.m. I Finland krävs också en ansökan om rehabilitering och en förutsättning för att få förtidspension är att rehabiliteringsmöjligheterna har utretts. I Finland betonas frivilligheten inom rehabiliteringen och det ses som en förutsättning att lyckas med åtgärderna.

Konklusion

Det svenska systemet är – i jämförelse med de andra länderna – flexibelt och mångfassetterat, men lämnar också mycket utrymme för en-

skilda handläggares olika bedömningar. Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av anställda är också unikt.

I Tyskland medverkar försäkringsläkare vid alla beslut om rehabilitering och vid behov kopplar man även in egna speciella undersökningsställen i bedömningen. I de nordiska länderna har förtroendeläkarna en rådgivande funktion i försäkringen. I Sverige kan utredning och bedömning av försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering göras av flera olika institutioner, dels av sjukvården via sina medicinska rehabiliteringskliniker, dels av privata vårdgivare och dels av Riksförsäkringsverkets sjukhus.

I de nordiska länderna betonas den yrkesinriktade rehabiliteringen i socialförsäkringen medan det i Tyskland finns en tonvikt på medicinsk rehabilitering på kliniker som ägs av pensionsorganen.

Incitament för den enskilde att medverka i rehabilitering är i alla länder att inte bli socialt utslagen och mista förankringen i arbetslivet.

5 Forskning och utveckling

Socialförsäkringens omfattning har stor betydelse såväl för samhällsekonomin som för de enskilda hushållens ekonomiska välfärd. Under år 1997 beräknas utgifterna inom socialförsäkringssystemet bli omkring 300 miljarder kronor.

I relation till socialförsäkringens omfattning är de medel som idag avsätts till forskning och utveckling mycket små. I regeringens proposition "Forskning och samhälle" (1996/97:5) uppges att de medel som Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och RFV idag avsätter för forskning inom allmän socialpolitik och socialförsäkring utgör ca 0,01 procent av socialförsäkringens totala omslutning.

I propositionen uppges vidare att SFR nyligen låtit göra en översikt över svensk forskning om välfärd som visar att viktiga delar av socialförsäkringsforskningen är av hög kvalitet men att det behövs mer och bättre forskning om effekter av offentliga åtgärder och av andra strukturella villkor. Även Sjuk- och arbetsskadekommittén konstaterar i sitt betänkande "En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering" (SOU 1996:113) att det finns behov av utökad forskning på socialförsäkringsområdet. Regeringen har därför uppdragit åt Socialvetenskapliga forskningsrådet och Riksförsäkringsverket att fördjupa analysen kring vilka forskningsbehov som är särskilt angelägna att prioritera ur samhällets och socialförsäkringsadministrationens perspektiv. Regeringen har därutöver uppdragit åt RFV att undersöka möjligheten att inom RFV:s verksamhetsområde finna utrymme för en flerårig satsning för att initiera forskning av relevans för socialförsäkringsområdet.

5.1 Rehabilitering och FoU

Inom socialförsäkringsområdet bedrivs och initieras forskning och utvecklingsarbete som rör områdena ekonomisk trygghet för familjer och barn, ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp samt ekonomisk trygghet vid ålderdom. Området för sjukdom och handikapp stod 1996 för 27 procent av kostnaderna inom socialförsäkringen men för drygt 50 procent av forskningen inom socialförsäkringsområdet (RFV Redo-

visar 1997:5). Inom området sjukdom och handikapp återfinns mycket som rör rehabiliteringsforskning.

I slutet av 1980-talet intensifierades ambitionen att med hjälp av arbetslivsinriktad rehabilitering motverka stigande sjuktal och ökande antal förtidspensioner. Huvudansvaret för samordningen av detta arbete lades fr.o.m. 1 januari 1992 på försäkringskassorna. Arbetsgivarnas ansvar att sörja för de anställdas rehabilitering skärptes också. Samtidigt ökade forskning och utvärdering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vid såväl högskolor och universitet som vid Riksförsäkringsverket. Sedan mitten av 1980-talet har en stor mängd rapporter som berör olika aspekter på sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsarbetet getts ut.

I Socialvetenskapliga forskningsrådets och Riksförsäkringsverkets rapport "Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet" (1997-09-02) görs en definition av vilken verksamhet som kan betecknas som forskning. Där sägs att forskning enligt gängse bruk definieras som det forsknings- och utvecklingsarbete som företrädesvis bedrivs på universitet och högskolor. Som forskning betecknas också sådan verksamhet som företrädesvis bedrivs på fristående forskningsinstitut. Däremot betecknas inte den FoU-verksamhet som bedrivs på statliga och kommunala myndigheter eller inom olika intresseorganisationer som forskning trots att den i många fall håller hög vetenskaplig kvalitet. Denna FoU-verksamhet bedrivs dock ofta i samarbete med universitet och högskolor.

Inte heller betecknar man i rapporten det utvecklingsarbete inom socialförsäkringsadministrationen som bedrivs i form av olika projekt på försäkringskassorna som forskning. Man anser dock att det ändå finns anledning att uppmärksamma det FoU-arbete som bedrivs inom landets olika försäkringskassor. Kassornas utvecklingsprojekt bedrivs ofta i samarbete med universitetet eller högskolan på orten. Ett sådant samarbete mellan försäkringskassor och universitet och högskolor finns numera på de flesta håll i landet.

Nedan ges exempel på forskning och utvecklingsarbete som bedrivs inom socialförsäkringsområdet.

Umeå universitet

På Sociologiska institutionen vid Umeå universitet bedrivs sedan länge foskning inom socialförsäkringsområdet. Sedan 1993 genomförs en forskningsinsats kring begreppet "arbetslinjen" i förhållande till utvecklingen på arbetsmarknaden, dess förändringar, socialpolitikens

arbetsupprättande, arbetsrehabilitering och arbetsmiljöforskning. Arbetet inom projektet "arbetslinjen i socialförsäkringen" har framför allt rört relationen mellan arbete och bidrag och granskats i tre delprojekt. Det första berör arbetslinjens och socialförsäkringens utveckling i ett historiskt och komparativt perspektiv. Det andra delprojektet rör mer konkret utvecklingen av långvarig sjukskrivning och förtidspensionering och vilken roll arbetsrehabilitering kan spela. Det tredje delprojektet slutligen berör vilken roll viljan att arbeta och möjligheten att få ett arbete har för personer som är fattiga eller uppbär socialbidrag. Detta delprojekt har anknytning till ett nordiskt projekt om långvarigt socialbidragstagande och till ett SFR-stött projekt kring sk konsensuell fattigdom.

I delprojektet som rör arbetsrehabilitering av långvarigt sjuka, sjukfrånvaro och förtidspension har man ett väl utvecklat samarbete med flera av försäkringskassorna och med Riksförsäkringsverkets enhet för forskning och utveckling. I nationellt sammanhang framhålls också att man under flera år aktivt medverkat i socialförsäkringsdagarna i Umeå, i socialförsäkringsstämman och i det informella forskningsnätverk som träffats regelbundet bl a i Lund och Stockholm.

Centrum för socialförsäkringsforskning

Genom en ekonomisk satsning från Jämtlands läns forskningsråd och försäkringskassorna i Stockholms och Jämtlands län, startades i september 1993 Centrum för socialförsäkringsforskning (CSF) vid Mitthögskolan i Östersund. CSF arbetar inom rehabiliteringsområdet i nära samarbete med praktiskt verksamma vid försäkringskassorna i Stockholms och Jämtlands län med projekt där arbetslöshet, ohälsa, sjukskrivningsmönster och rehabilitering studeras.Den forskning som bedrivs vid CSF syftar till att öka möjligheten till egen försörjning för dem som drabbats av eller riskerar att drabbas av utslagning från arbetslivet.

CSF uppger att deras forskning utmärks av att den har en tvärvetenskaplig ansats. Även om det förekommer forskning och utveckling på socialförsäkringsområdet anser man att det hittills saknats en brett upplagd tvärvetenskaplig forskning.

En annan utgångspunkt för CSF:s verksamhet är behovet av ett närmande mellan teori och praktik. Nya lösningar kräver att problemställningar formuleras av personal vid försäkringskassorna i samarbete med forskare från vetenskapssamhället.

CSF består av ett nätverk av forskare som representerar samhälls-, beteende- och medicinsk vetenskap. I nätverket ingår forskare vid Karolinska institutet, Stockholms universitet och Göteborgs universitet. Forskarna arbetar tillsammans med doktorander och personal vid försäkringskassorna i Stockholms och Jämtlands län.

Riksförsäkringsverket

Forskning och utvärdering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har ökat såväl vid högskolor och universitet som vid Riksförsäkringsverket. Sedan mitten av 1980-talet har en stor mängd rapporter som berör olika aspekter på sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsarbetet getts ut av Riksförsäkringsverket. Hos Riksförsäkringsverket har framför allt tre stora datamaterial utgjort grunden för ett flertal utvärderingar på ohälsoområdet.

Det första materialet kommer från det s.k. LS-projektet som omfattar två delar från 1979 till 1985 respektive från 1986 till 1991. Den utgörs av 4 000 respektive 5 000 individer, varav hälften definierats som långvarigt sjuka och den andra hälften är en referensgrupp i normalbefolkningen.

Det andra materialet avser den s.k. RiksLS-undersökningen. Den är delvis en uppföljning av LS-projektet. RiksLS-materialet utgörs av drygt 60 000 sjukfall som varat minst 60 dagar under perioden 1991-1994 med uppgifter från register och från försäkringskassornas akter. Datamaterialets omfattning möjliggör mycket detaljerade analyser även på lokal nivå.

Det tredje materialet utgörs av databasen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Det består av alla registrerade köp av tjänster som genomförts av kassorna sedan 1991. Det innehåller vissa uppgifter om den individ rehabiliteringen gäller och uppgifter om vilken producent köpet avser.

Analyser som genomförts med hjälp av dessa datamaterial har resulterat i ett stort antal detaljerade rapporter. Behovet av att sammanfatta och tolka dessa resultat har resulterat i en rapport "Risk & friskfaktorer" (RFV redovisar 1997:6). Avsikten med rapporten anges vara att presentera de viktigaste resultaten från flera olika projekt och att försöka bestämma hur kunskapsläget ser ut och vilka kunskapsbrister som fortfarande finns.

Riksförsäkringsverkets sjukhus

Forskning och metodutveckling har under de senare åren blivit en allt viktigare del i verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås. Sjukhusen uppger att en för dem viktig forskningsuppgift är att försöka finna olika prediktiva faktorer för hur en rehabilitering skall lyckas och utformas.

Sedan några år har olika psykometriska tester utvecklats och vissa frågeformulär används med hjälp av en datoriserad pekskärmsteknik. Erfarenheterna visar att vissa faktorer, t.ex. copingstrategier, personlighetsfaktorer, psykiska symptom etc har en klar och relevant betydelse för rehabiliteringsprocessen.

Enligt sjukhusen visar erfarenheten att många rehabiliteringsutredningar är undermåliga och därför oftast leder till ett misslyckat resultat. Sjukhusen menar att det är viktigt att, t.ex. via teamarbete och olika testmetoder, redan från början leda processen i rätt riktning. Man uppger att metodiken har rönt stort intresse och att en omfattande samverkan etablerats med andra institutioner och rehabiliteringsanläggningar, både inom och utom landet.

RFV-sjukhusens ambition är också att etablera och utveckla kontakter och utbyte med andra forskningsenheter inom sitt verksamhetsområde. Kontakter är under etablering med CSF vid Mitthögskolan i Östersund och med RehabForum Norr i Boden. Ett vetenskapligt råd har bildats för att stödja sjukhusens FoU-verksamhet. Rådet består av högt kvalificerade personer från olika universitet och institutioner.

Sjukhusen bedriver eller planerar forskning och utveckling inom följande områden:

- kroniska invalidiserande hjärtsjukdomar
- kroniska smärttillstånd i muskulaturen - fibromyalgi
- överviktsbehandling
- psykiatriska och psykologiska faktorer som försenar rehabiliteringprocessen
- kvinnor och ohälsa, stress och livsstil.

Några personresurser avsatta för forskningsändamål vid sjukhusen finns inte. Finansieringen av FoU-verksamheten sker sker via vårddygnsavgiften. Enligt uppgift i RRV:s rapport (RRV 1996:31) avsattes i 1995 års budget för forsknings- och utvecklingsarbetet i Tranås 1995 300 000 kronor och i Nynäshamn 400 000 kronor.

5.2 RRV:s rapport

För att kartlägga forsknings och utvecklingsarbetet vid RFV:s sjukhus och anknytningen till för socialförsäkringen viktiga hälsoproblem, anlitade RRV professor Ulrich Moritz vid Lunds Universitet. I kartläggningen ingick också att undersöka om forsknings- och utvecklingsarbetet skiljer sig från det som bedrivs vid andra sjukhus samt i vilken utsträckning vetenskapliga samarbetskontakter utvecklats mellan RFV:s sjukhus och etablerade forskningscentra. Det var också av intresse att klarlägga om man har samma förutsättningar för sådant FoU-arbete som andra sjukhus.

Professor Moritz anser att forsknings- och utvecklingsarbetet ägnas åt några av de viktigaste hälsoproblemen ur socialförsäkringssynpunkt. Kvaliteten har bedömts med avseende på vetenskaplig frågeställning, metodik och relevans.

I Nynäshamn har huvuddelen av projekten karaktären av explorativa och deskriptiva studier. De vetenskapliga frågeställningarna är, enligt Moritz, adekvata med avseende på denna typ av undersökning. Patientmaterialet är väl redovisat och variablerna heltäckande. Uppföljningstiden uppgår i allmänhet till 18 månader, vilket kan anses vara tillfredsställande för att utvärdera rehabiliteringseffekter.

Moritz anser att resultaten ger en relativt god uppfattning om rehabiliteringsprogrammets kvalitet även om redovisningen delvis är ganska summarisk. Redovisningarna ger ett tillfredsställande underlag för kvalitetsdokumentation av rehabiliteringsverksamheten men Moritz anser dock att flertalet undersökningar inte är helt invändningsfria ur vetenskaplig synpunkt. Trots detta anser han att det finns en rad intressanta resultat som kan ligga till grund för fortsatta studier.

I Tranås har forskningsprojekten generellt god kvalitet med avseende på såväl framställning som metodik. Detta gäller speciellt undersökningar med inriktning på psykometri (mätning av psykiska variabler). Docent Holger Klintman är första författare för flertalet av dessa studier. En metod som utvecklats under hans ledning och som med stor sannolikhet kommer att kunna tillämpas vid andra rehabiliteringsenheter är användning av dator som hjälpmedel för patienten vid rutinmässiga psykologiska test.

Ett annat forskningsområde av speciellt intresse, enligt Moritz, är fibromyalgi. Olika tolkningsaspekter presenteras och forskningsansatserna är väl underbyggda. Resultatredovisningen är dock fortfarande mycket begränsad. Det saknas också kontrollerade studier avseende effekten av olika interventioner vid rehabilitering av fibromyalgipatienter

En del undersökningar har karaktären av beskrivande studier. Dessa är enligt Moritz välgjorda och informativa som t.ex. gruppanalyserna med anknytning till 1994 års utredningspatienters arbets- och sjukskrivningsbakgrund eller erfarenheter från utredningen av patienter vid halsryggsavdelningen.

Vad avser frågan om FoU-arbetet skiljer sig från det som bedrivs vid andra enheter, konstaterar Moritz att det mest iögonfallande är att redovisningarna av undersökningarna omfattar stora patientgrupper. En studie rörande rehabilitering vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn av emotionellt störda patienter efter by-passoperation av hjärtats kranskärl omfattar 152 patienter. Dokumentation av verbal kapacitet som mått på rehabiliteringsförutsättning baseras på ett basmaterial av 1 255 patienter i Tranås. Ett datoriserat skattningsinstrument att användas i samband med arbetsterapeutiska insatser i Tranås bygger på registrering av 945 patienter. Redovisade erfarenheter från utredningar vid halsryggavdelningen i Tranås omfattar 550 patienter. Sammanfattningsvis konstaterar Moritz att dokumentationen av forsknings- och utvecklingsarbeten vid RFV:s sjukhus bygger på större patientgrupper än de forskningsresultat som redovisas av etablerade forskningsenheter vid universitetssjukhusens kliniker.

Sjukhuset i Tranås har ett antal samarbetspartner avseende såväl pågående som planerade projekt som t.ex. neurofysiologiska institutionen och institutionen för ortopedi i Linköping, neuro-ortopediska kliniken, länssjukhuset Ryhov Jönköping och psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet.

RFV-sjukhusens personella resurser och tillgång till avancerade forskningslaboratorier är dock inte jämförbara med universitetssjukhusens rehabiliteringskliniker. Enligt chefsöverläkare Valur Johansson motsvarar personalstaben vid sjukhuset i Tranås den som finns på en större klinik på länssjukhusnivå.

En sammanfattning av professor Moritz kartläggning visar

- att forsknings- och utvecklingsarbetet ägnas åt några av de viktigaste hälsoproblemen ur socialförsäkringssynpunkt.
- att forskningsprojekten i huvudsak har god kvalitet med avseende på såväl framställning som metodik
- att dokumentationen av forsknings- och utvecklingsarbeten vid RFV:s sjukhus bygger på större patientgrupper än de forskningsresultat som redovisas av etablerade forskningsenheter vid universitetssjukhusens kliniker

- att ett flertal undersökningar vid sjukhuset i Nynäshamn inte är helt invändningsfria ur vetenskaplig synpunkt och att redovisningen där delvis är ganska summarisk
- att resultatredovisningen av genomförda projekt i Tranås fortfarande var begränsad och att det saknades kontrollerade studier avseende effekten av olika interventioner vid rehabilitering av fibromyalgipatienter.
- att sjukhusens personella resurser och tillgång till avancerade forskningslaboratorier inte är jämförbara med universitetssjukhusens rehabiliteringskliniker.

Med hänsyn till vad Moritz säger om kontrollerade studier bör dock framhållas att kontrollerade studier i detta avseende är svåra att genomföra då det förutsätter att ett antal fibromyalgipatienter under en lång period måste avstå från intervention för att kunna utgöra kontrollgrupp.

Även om Moritz i sin rapport ger svar på RRV:s frågor och i stort sett ger en positiv syn på sjukhusens forsknings- och utvecklingsarbete, gör RRV den bedömningen att den forskning och utveckling som bedrivs vid RFV:s sjukhus är av begränsad omfattning, saknar strategi och därför inte i sig motiverar sjukhusens fortsatta existens.

5.3 Försäkringskassornas syn på FoU vid RFV:s sjukhus

Frågorna i RFV:s enkät gällde försäkringskassornas behov av att forskning och metodutveckling sker inom områdena:

- Kartläggningmetodik
- Strategier för att förkorta/samordna rehabiliteringsprocessen
- Prediktorer för långvarig sjukskrivning

I samtliga fall angav försäkringskassorna ett relativt stort behov idag och ett förväntat ökat behov i framtiden. Däremot uppgav kassorna att man i liten utsträckning känner till forskningsresultat m.m. som sjukhusen presenterat.

Försäkringskassorna ombads också att ange sitt behov av sjukhusens utbildning inom området försäkringsmedicin. Här uppgav kassorna litet behov av utbildning för tjänstemän och ledamöter i socialförsäkringsnämnderna. Däremot fanns ett större intresse beträffande utbildning för försäkringsläkare.

Vid de seminarier som hölls med försäkringskassorna framhölls

bl.a.vikten av metodutveckling inom sjukhusens verksamhetsområde. Utvecklingen av STRUT-metoden (strukturerad utredningsmetodik) som genomförts vid sjukhuset i Tranås framhölls som ett exempel på hur man kan förbättra arbetsförmågebedömningar och utredningar vid sjukhusen.

Man ansåg också att det bör finnas ett centrum för forskning och utveckling på socialförsäkringens område.

Forskning och metodutveckling angavs som ett av skälen till att sjukhusen bör finnas kvar. Det angavs också som viktigt att den forskning och metodutveckling som sker vid sjukhusen dokumenteras och sprids till berörda.

5.4 Forskning och utveckling i Finland

Folkpensionsanstalten är riksorgan för socialförsäkringen i Finland. Den finska riksdagen har ålagt Folkpensionsanstalten verkställigheten av flera omfattande system för social trygghet. I detta arbete ingår den lagstadgade uppgiften att följa upp och utvärdera verksamheten och dess resultat, idka forskning för vidareutveckling av den och ge förslag till förbättring av systemen. Inom Folkpensionsanstalten finns därför en forsknings- och utvecklingsenhet.

Folkpensionsanstalten har utfört undersökningar om den sociala tryggheten alltsedan år 1964 och således insamlat forskningsmaterial på olika områden i över 30 år. I FPA:s forsknings- och utvecklingsenhets forskningspolitiska plan för åren 1995-1998 sägs att FPA såsom landets största socialförsäkringsinrättning har goda förutsättningar att bedriva forskning. Administrationen av försäkringen alstrar omfattande dataregister som kan tas till utgångspunkt för forskningen. Den samlade kunskapen vidgar insikterna om trygghetsfrågorna och forskningsrönen på många sätt vid utvecklingen av olika system. De omfångsrika datasystemen stödjer en effektiv forskning.

Forsknings- och utvecklingsenheten verkar i Helsingfors och Åbo. Enhetens forskare företräder i stor utsträckning beteendevetenskaplig samt hälso- och samhällsvetenskaplig sakkunskap.

Undersökningar om utkomstskyddet, den internationella utvecklingen inom socialtryggheten, finansieringen av socialtryggheten samt FPA:s verksamhet och service görs i huvudsak i Helsingfors. Inom kardinalområdena hälsa och arbetsförmåga samt hälsovård och rehabilitering genomförs i Åbo med kliniska metoder undersökningar om hälsa och arbetsförmåga och om företagshälsovårds- och rehabilite-

ringsservicen. Den forskning som pågick vid Helsingforsenheten fram till år 1995 bedrivs nu i nära samarbete med Folkhälsoinstitutet.

Biblioteks- och informationstjänsten som verkar i anslutning till forsknings- och utvecklingsenheten är specialiserad på att följa med, skaffa och förmedla information om socialpolitiken, trygghetssystemen och hälso- och sjukvården.

Eftersom FPA:s vittomfattande uppgifter förutsätter forskning inom flera olika områden utövas forskarsamarbete med universiteten och andra utomstående forskningsinstanser. Man går in för en effektiv arbetsfördelning inom de forskningssektorer där FPA:s egna resurser inte är tillräckliga. Vidare bedrivs internationellt forskar- och expertsamarbete som håller på att växa i betydelse.

FPA kan med stöd av rehabiliteringslagarna finansiera utomstående forskning som gäller rehabilitering och sjukdomsprevention. Utomstående forskare kan utnyttja FPA:s dataregister för sina egna undersökningar.

6 Överväganden och förslag

Utredningens förslag

- Verksamheten vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås överförs fr.o.m den 1 januari 1999 till ett av staten helägt aktiebolag under socialdepartementet under benämningen Försäkringsmedicinskt Centrum AB. Centrat med samtliga ledningsfunktioner skall lokaliseras till Tranås. Utredningserksamheten skall bedrivas regionaliserat och finnas även i Nynäshamn samt södra, västra och norra Sverige. Det bör övervägas om lagen (1987:519) om RRV:s granskning av statliga bolag och stiftelse skall gälla för bolagets verksamhet.
- Badhotellet i Tranås föreslås försäljas eller utarrenderas. Vidare föreslår utredningen att bolagets fastigheter skall försäljas till ett statligt fastighetsförvaltningsbolag till marknadsmässigt pris.
- Verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall avse försäkringsmedicinska utredningar, utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering, metodutveckling för medicinsk rehabilitering, forskning och utveckling samt kunskapsspridning.
- Målgruppen för verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall utgöras av försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär/funktionshinder.
- Verksamheten vad avser utredningar föreslås vara intäktsfinansierad med marknadsmässig prissättning. Metodutveckling för medicinsk rehabilitering föreslås dock finansieras genom anslag.
- Upphandling av försäkringsmedicinska utredningar och rehabiliteringsutredningar för den målgrupp som anges i förslaget föreslås ske samordnat för alla försäkringskassor genom upprättande av samordnade ramavtal, t.ex. med stöd av Försäkringskasseförbundet. I anbudsförfrågan bör villkoren specificeras i en kravspecifikation.
- En basresurs med forskningskompetens bör finnas vid Försäkringsmedicinskt Centrum i Tranås. Ett program för hur forskning och utveckling skall bedrivas vid centrat skall tas fram. Programmet bör täcka såväl medicinska som psykologiska, sociala

och socioekonomiska faktorer. Forskningen skall vara universitetsanknuten.

- Det nuvarande anslaget till RFV:s sjukhus föreslås tillföras medlen för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Medlen föreslås få användas även för köp av försäkringsmedicinska utredningar. De sammanförda medlen föreslås fördelas mellan kassorna via regleringsbrev. Verksamheten avseende metodutveckling för medicinsk rehabilitering föreslås finansieras med ett riktat stöd som t.ex. sker till sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen. En basresurs för forskning och utveckling föreslås finansieras via avkastningen av den kvarstående delen av Folkpensioneringsfonden som föreslås tillföras bolaget. Etableringskostnader för regionalisering föreslås finansieras på traditionellt företagsekonomiskt sätt genom en prissättning som på sikt ger kostnadstäckning.

6.1 Verksamhetsinriktning

Som tidigare nämnts anger Riksförsäkringsverket att en remiss till Riksförsäkringsverkets sjukhus utgör medicinsk utredning som försäkringskassan i vissa ärenden behöver inför beslut om ersättning och ställningstagande till om rehabilitering behövs eller inte.

När det gäller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har försäkringskassan möjligheter att för en viss summa varje budgetår köpa tjänster till de försäkrade man bedömer har behov av det och där åtgärden inte kan bekostas av arbetsgivare eller annan myndighet. Försäkringskassan upphandlar dessa tjänster enligt de regler som finns i lagen om offentlig upphandling. Medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster kan inte användas för att finansiera medicinska utredningar vid privata institutioner. Inte heller kan medlen användas till ersättning för utredningar vid RFV:s sjukhus.

Grunden för dessa regler står bl.a. att finna i ett uttalande av föredragande statsrådet i regeringens proposition 1990/91:141.

> Jag kommer därför att föreslå att försäkringskassan skall kunna fatta beslut inte enbart om ersättning för inkomstbortfall i samband med rehabilitering utan även om en del andra kostnader som med nödvändighet följer för att en rehabilitering skall kunna genomföras och som inte faller inom t.ex. arbetsgivarens eller sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde.

Föredragande statsrådet ansåg att det härigenom utvidgade kostnadsansvaret för försäkringskassorna skulle ge förutsättningar för en klarare avgränsning av ansvarsfördelningen mellan framför allt socialförsäkringen och försäkringskassorna å ena sidan och arbetsmarknadsmyndigheterna och deras anslag å andra sidan. Försäkringskassorna skulle härmed bli den myndighet som i första hand skulle svara för ekonomiska ersättningar för rehabilitering av personer med anställning. Arbetsmarknadsmyndigheternas betalningsansvar skulle härigenom i första hand avse arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer som inte har anställning. Avsikten var alltså att socialförsäkringen och arbetsmarknadsmyndigheterna skulle dela på kostnaderna för utredning och åtgärder som avsåg arbetslivsinriktad rehabilitering. Däremot skulle socialförsäkringen inte betala för medicinska utredningar och bedömningar på individuell nivå som föll inom den offentliga sjukvårdens ansvarsområde och som var anslagsfinansierad.

6.1.1 Olika begrepp

Som framgår av både RRV:s rapport och Konkurrensverkets beslut är det svårt att dra en gräns mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. De utredningar som försäkringskassorna köper från privata producenter för sina medel för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering betraktas som ett led i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En sådan utredning innehåller dock helt naturligt ett starkt inslag av medicinsk bedömning som är nödvändig för att klargöra den försäkrades behov och förutsättningar för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Å andra sidan har de medicinska utredningar som görs vid sjukvårdens medicinska rehabiliteringskliniker eller vid diagnostiska centra också ett inslag av bedömning av den försäkrades förutsättningar för en arbetslivsinriktad rehabilitering.

Detta visar på svårigheten att ge en distinkt definition av vad som är en medicinsk utredning å ena sidan och vad som är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning å den andra. Försäkringsmedicinsk utredning är ett tredje begrepp som saknar en tydlig definition.

De utredningar som genomförs vid RFV:s sjukhus är av två slag. Dels försäkringsmedicinska utredningar som underlag för kassornas bedömning av rätten till ersättning, dels arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar med kartläggning av de försäkrades arbetsförmåga och möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett flertal av utredningarna är rehabiliteringsutredningar. Det kan dock vara svårt att skilja dessa aspekter åt och ofta innehåller utredningarna inslag av dem båda.Det är mot den bakgrunden tveksamt om verksamheten vid RFV:s

sjukhus, vilket hävdas av Riksförsäkringsverket, skall betraktas som enbart medicinsk.

Av redogörelsen ovan framgår att det som avgör om försäkringskassorna kan upphandla utredningar för sina medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster är att det inte är fråga om en medicinsk utredning som faller inom sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde. Av detta följer att dessa medel inte heller kan användas för att finansiera medicinska utredningar hos privata producenter.

Svårigheten att dra en gräns mellan medicinsk utredning, försäkringsmedicinsk utredning och utredning för bedömning av behov av arbetslivsinriktad rehabilitering har dock lett till att försäkringskassorna ibland tänjer på gränserna, något som har framgått vid utredningens seminarier med försäkringskassorna. En annan orsak är att alternativet med att remittera till privata vårdgivare för medicinsk utredning begränsas av att kassan, genom de föreskrifter som finns, inte kan betala för undersökning och vård utan endast för utfärdandet av själva utlåtandet.

Här finns alltså tre olika begrepp i omlopp som behöver klargöras för att de skall kunna användas i sitt rätta sammanhang.

- Medicinsk utredning. Med en medicinsk utredning menar utredningen att man bör avse medicinsk undersökning och utredning för att fastställa en diagnos som möjliggör en adekvat behandling för att bota eller lindra patientens besvär.
- Försäkringsmedicinsk utredning. Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk utredning som har en koppling till socialförsäkringens regler för att t.ex. kunna bedöma en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan och därmed rätt till ersättning eller slag av ersättning, dvs. sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension. En försäkringsmedicinsk utredning gäller ofta försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för prognosen.
- Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning innebär att utreda vilken arbetsförmåga som föreligger eller kan åstadkommas, hur denna skall tillvaratas och hur man skall finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av utbildningar, arbetsinnehåll m.m. Dessa utredningar har inte som syfte att klarlägga den försäkrades rätt till ersättning

Gränsen mellan medicinsk utredning, försäkringsmedicinsk utredning och arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning utgörs rimligen av ändamålet med remissen. Om avsikten med en remiss är att få en utredning t.ex. för att klarlägga en diagnos, sätta in behandling och ge en prognos

för tillfrisknande är det naturligt att en sådan utredning skall definieras som en medicinsk utredning även om den innehåller inslag av bedömning av den försäkrades förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Om avsikten däremot är att utreda vilken arbetsförmåga som föreligger, hur denna skall tillvaratas och hur man skall finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av utbildningar, arbetsinnehåll m.m., bör utredningen betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering.

Uttalandet i regeringens proposition 1990/91:141, som citerats ovan, avsåg också denna senare typ av utredningar.

6.1.2 Målgrupper

Enligt utredningens direktiv skall utgångspunkten vara att den allmänna hälso- och sjukvården i princip har huvudansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de hälsomässiga utredningar och utlåtanden som behövs för att socialförsäkringssystemet skall fungera på avsett sätt.

Av vad som framgått vid seminarier med företrädare för försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen, tillgodoses också kassornas behov i huvudsak av den allmänna hälso- och sjukvården. Däremot ansåg man från båda håll att sjukvården, mot bakgrund av bl.a. minskande resurser och ökad belastning inte kan tillgodose kassornas behov av utredningar i tillräcklig grad för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär/funktionshinder.

Försäkringskassornas behov av helhetsbedömningar avser försäkrade som ofta har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för prognosen.

Sjuk- och arbetsskadekommittén redogjorde i sitt betänkande "En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering" (SOU 1996:113) särskilt för grupper av individer med särskilt behov av stöd. Av redogörelsen framgår att nedsatt arbetsförmåga i många fall orsakas av en blandning av medicinska, psykologiska och sociala problem. Utredningen hänvisar bl.a. till en studie av psykosocial ohälsa i primärvården som gjorts i Malmöhus län och avsåg allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik. Studien visar bl.a. att patienter med psykosocial ohälsa i primärvården uppvisar en heterogen bild med en blandning av somatiska, psykologiska och psykosociala problem som manifesteras genom diffusa symtom. Att läkarna i hög utsträckning klassificerat patientens besvär i form av symtomdiagnoser kan innebära att roten till det onda hamnar utanför det som både läkare och patient fokuserar vilket hindrar problemlösningen.

Mot bakgrund av minskande resurser inom sjukvården kan det vara svårt att ha hög prioritet eller beredskap för en grupp patienter som uppvisar en diffus problematik och inte kan betraktas som svårt sjuka. Det rör sig dock om en grupp försäkrade som ofta är sjukskrivna under långa perioder och för vilka försäkringskassan har ett behov av helhetsbedömningar. Här är också en samverkan mellan försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen viktig för en tidig upptäckt. Möjligheten att komma till rätta med en komplicerad problematik är avsevärt större om bedömning och åtgärder kan sättas in tidigt.

6.1.3 Behovet av utredningar

Försäkringskassornas arbete inom ohälsoområdet är huvudsakligen inriktat på två skilda uppgifter. Kassorna ska dels utreda och besluta om rätt till ersättning från den allmänna försäkringen avseende sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension. Kassorna ska därutöver bedöma behovet av och samordna rehabiliteringsinsatser som behövs för att underlätta och påskynda återgång i arbete för dem som är sjukskrivna.

Även om det till synes är helt skilda uppgifter kassorna har när det gäller bedömning av rätten till ersättning respektive behovet av rehabilitering är informationsbehovet om de försäkrades situation i många avseenden likartat.

För sina båda uppgifter behöver kassorna bl.a. information om diagnos, funktionsnedsättning, förmåga att utföra ordinarie arbetsuppgifter, förmåga att utföra andra arbetsuppgifter, den försäkrades egen uppfattning om sin situation, eventuella omgivningsfaktorer som påverkar arbetsförmågan eller möjligheterna till rehabilitering m.m.

Utredningen har vid sina kontakter med försäkringskassorna erfarit att deras behov av utredningar inte förväntas minska i framtiden. Krav på resultat inom rehabiliteringsområdet innebär också ett behov av kvalificerade utredningar. Enligt uppgift av försäkringsöverläkare vid seminarierna bedömer dessa att det idag sannolikt finns ett antal människor som inte blivit tillfredsställande utredda och därvid inte får adekvata rehabiliteringsåtgärder eller nekas ersättning från den allmänna försäkringen trots att de rätteligen borde erhålla sådan.

Såvitt utredningen kan bedöma torde behoven av utredningar att successivt förskjutas mot "tidiga grundutredningar" med kort utredningstid och genomförda med en strukturerad metodik. Detta kan på sikt medföra ett minskat behov av de mer tidskrävande, s.k. allmänna utredningarna, vilka tar ca fyra till sex veckor att utföra.

En efterfrågan av speciella utredningar typ fibromyalgi,- halsryggs-

och psykosociala utredningar kommer även att finnas framgent.

De behov av utredningar som försäkringskassorna pekat på är av olika svårighetsgrad. Utredningens ambition har varit att spegla behoven av utredningar avseende människor med svårbedömd problematik, ofta med psykosociala inslag. Det rör sig huvudsakligen om människor med en omfattande sjukskrivningshistorik och som genomgått ett stort antal undersökningar utan att man kommit tillrätta med dess problem.

Mindre komplicerade utredningsfall klaras normalt av behandlande läkare med eventuellt stöd av specialist inom länssjukvården.

Försäkringskassornas bekymmer uppstår när detta inte längre räcker till på grund av att patientens problembild visar sig vara komplicerad.

I den situationen finns ofta inte tillgång till en utredningsinstans inom den ordinarie offentliga vården dit kassorna kan remittera sina försäkrade. De medicinska rehabiliteringsklinikerna har exempelvis mer och mer fått inrikta sig mot patienter med svåra skador och neurologiska sjukdomar.

Med hjälp av Dagmarmedel har vissa kassor löst en del av sina behov av medicinska utredningar. Andra har nyttjat medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, ytterligare några har via en generös tillämpning av reglerna för ersättning av vissa läkarutlåtanden m.m. klarat en del av sina behov.

För ca 4 000 försäkrade per år (de senaste åren) har RFV:s sjukhus tillhandahållit de utredningar kassorna behövt. Vissa av dessa försäkrade har även genomgått medicinsk rehabilitering vid sjukhusen.

Slutsats

Utredningen konstaterar att ingenting tyder på att försäkringskassornas redovisade behov av utredningar skulle vara överdrivna. Behovet av utredningar har heller inte ifrågasatts av RRV.

För att rätt kunna tillämpa lagen om allmän försäkring behöver kassorna utredningar som ibland kan vara relativt okomplicerade men som i många fall är omfattande och kräver en bred kompetens. Det är, enligt utredningens uppfattning, viktigt att kassornas behov av utredningar för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär/funktionshinder kan tillgodoses.

Kassornas förutsättningar att få utredningsbehoven tillgodosedda

Redan 1975 konstaterade RFV i en egen utredning att försäkringskassorna hade behov av utredningar som man inte förväntade skulle komma att tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringsberedningen redovisade 1988 att det fanns behov av den verksamhet som bedrevs vid RFV:s sjukhus. Man angav dock att den medicinska rehabiliteringen borde ligga så nära individen som möjligt och byggas ut i primärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker. När tillräcklig sådan resurs skulle komma att finnas i varje län kunde, enligt Rehabiliteringsberedningen, behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus ifrågasättas.

Den enkät som nu genomförts av RFV visar tillsammans med de genomförda seminarierna att Rehabiliteringsberedningens bedömning inte infriats. Försäkringskassorna bedömer att den allmänna hälso- och sjukvården inte kommer att kunna tillgodose kassornas behov av utredningar med den inriktning som genomförs vid RFV:s sjukhus.

Det är utredningens uppfattning att försäkringskassorna har rätt i sin bedömning. Detta bekräftas även av de företrädare för sjukvårdshuvudmännen som utredningen talat med.

Utredningen anser att det primärt är de knappa resurserna i kombination med de prioriteringar som görs inom den offentliga vården som utgör det största hindret.

Som framgår av avsnitten 3.4 och 3.5 torde varken företagshälsovården eller arbetsmarknadsinstituten vara några alternativ för försäkringskassorna att få de nu aktuella utredningsbehoven tillgodosedda. Inriktningen på dessa aktörers verksamhet är annorlunda än de utredningar av försäkringsmedicinsk *och* arbetslivsinriktad natur som kassorna behöver.

Privata aktörer förekommer när det gäller såväl sjukvårdande som arbetslivsinriktad verksamhet. Kassorna använder sig av dem i viss utsträckning när det gäller utredningar av arbetsförmåga, rehabiliteringsbehov m.m. Endast ett fåtal av dessa privata aktörer har dock "specialiserat" sig på den svårbedömda patientgrupp som är aktuell vid RFV:s sjukhus.

Slutsats

Utredningen drar – i motsats till Riksrevisionsverket – slutsatsen att den allmänna hälso- och sjukvården inte kommer att kunna tillgodose de behov försäkringskassorna har av utredningar avseende försäkrade med

sammansatta och diffusa besvär/funktionshinder, ofta med psykosomatisk och social problematik.

För att säkerställa att kassornas behov blir tillgodosedda bör, enligt utredningen, den utredningsverksamhet som idag bedrivs vid RFV:s sjukhus fortsätta och vidareutvecklas.

En avveckling av sjukhusen utan att skapa en efterföljande verksamhet kommer, förutom att leda till ökade socialförsäkringskostnader, att leda till att människor med oklara besvär av sammansatt art inte får sina behov av utredning tillgodosedda i den utsträckning som erfordras. Endast i liten utsträckning kommer – enligt utredningens bedömning – privata aktörer att ta sig an den grupp försäkrade som här avses.

6.1.4 Behov av medicinsk rehabilitering

Utredningen vill inledningsvis markera att det finns en principiellt viktig skillnad mellan kassornas behov av utredning och medicinsk rehabilitering. Utredningsbehoven är kopplade till försäkringens behov av att få tillgång till underlag för beslut om ersättning eller behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. I normalfallet finns ingen intressekonflikt visavi den försäkrade utan det ligger även i dennes intresse att få tillgång till en grundlig utredning.

Däremot har oftast inte sjukvården något eget behov av att få dessa utredningar genomförda.

När det gäller medicinsk rehabilitering ligger det visserligen i försäkringens intresse att sådan genomförs när behov föreligger men ansvaret för att tillgodose patienternas behov ligger hos sjukvårdshuvudmannen.

Riksförsäkringsverkets sjukhus tillgodoser f.n. vissa behov av medicinsk rehabilitering. Det avser rehabilitering av gravt överviktiga i första hand och hjärtrehabilitering i mindre omfattning.

Att RFV:s sjukhus ägnar sig åt rehabiliteringsverksamhet har två skäl. För det första täcker man upp ett behov som finns men som landstingen inte kan tillgodose på grund av knappa resurser. Ett andra skäl är att sjukhusen och dess ägare bedömt det som viktigt att metoder utvecklas för att bedriva en effektiv rehabilitering av patientgrupper som försäkringskassorna har problem att hantera och där erforderligt metodutvecklingsarbete inte bedrivs inom hälso- och sjukvården.

Försäkringskassorna bedömer att behovet av överviktsrehabilitering kommer att vara oförändrat stort även i fortsättningen. Hjärtrehabiliteringen är däremot av mindre omfattning och bör kunna tillgodoses av den allmänna sjukvården.

Kassorna har även redovisat fortsatta behov att metodutveckling sker när det gäller rehabilitering av nya patientgrupper, t.ex. människor som lider av el-överkänslighet.

Kassornas förutsättningar att få behoven av medicinsk rehabilitering tillgodosedda

Vid diskussionerna med såväl kassaföreträdare som representanter för sjukvården har framkommit att behovet av rehabilitering kan komma att tillgodoses i mindre utsträckning i framtiden än f.n. De grunder för hur prioritering skall ske inom hälso- och sjukvården som nyligen lagts fast av statsmakterna ger inte vid handen att de rehabiliteringsbehov som är vanligast förekommande bland de sjukskrivna kommer att prioriteras. Många av de rehabiliteringsinsatser som idag tillhandahålls av den allmänna hälso- och sjukvården möjliggörs tack vare finansiellt stöd via Dagmarmedel eller inom ramen för ett FINSAM- eller SOCSAM-försök.

Skulle förutsättningarna för särskild finansiering upphöra eller minska kommer, enligt utredningen, ytterligare krav på rehabilitering att uppkomma.

Förutsättningarna för kassorna att få behoven tillgodosedda av hälso- och sjukvården förefaller i relativt hög grad hänga samman med möjligheterna till finansiellt stöd i någon form.

Några alternativa producenter av medicinska rehabiliteringstjänster finns inte att tillgå för kassorna. Huvudorsaken till detta är att försäkringskassorna inte får köpa rehabiliteringsinsatser av medicinsk natur. Man kan därför inte vända sig till en privat aktör och betala denne för insatsen.

När det gäller metodutveckling inom den medicinska rehabiliteringssfären pågår detta kontinuerligt inom hälso- och sjukvården. Man kan dock förvänta sig att synen på vilka områden som skall satsas på i första hand ibland kan skilja sig åt mellan sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna.

Slutsatser

Utredningens uppfattning är att det är den allmänna hälso- och sjukvården som skall tillgodose förekommande behov av medicinsk rehabilitering. Det går dock inte att blunda för verkligheten. Alla behov kommer inte att kunna tillgodoses inom ramen för sjukvårdens ordinarie

finansiering. Några alternativ till den allmänna hälso- och sjukvården bedöms i detta avseende inte finnas.

Utredningen gör den bedömningen att en efterföljare till RFV:s sjukhus kommer att ha som en viktig uppgift att utveckla metoder för medicinsk rehabilitering av nya patientgrupper. Utvecklingsarbetet bör ske på uppdrag av försäkringskassorna och utgå från de behov som kassorna uppmärksammar. Detta kräver en nära samverkan mellan den nya organisationen och kassorna. Samråd bör också ske med sjukvårdshuvudmännen innan man påbörjar ett nytt projekt för metodutveckling. En sådan samverkan skapar förutsättningar för att rehabiliteringsprogram som utvecklas kan tas över av den allmänna hälso- och sjukvården. Sådana projekt bör vara tidsbegränsade för att skapa utrymme för nya projekt.

När det gäller andra behov av medicinsk rehabilitering som av olika skäl inte kan tillgodoses av sjukvårdshuvudmännen, bör i första hand försäkringskassorna sträva mot att använda tillgängliga möjligheter att finansiellt stödja den medicinska rehabiliteringsverksamheten inom länet. För utredningen framstår det som viktigt att kassorna även i framtiden får möjligheter att med ekonomiska medel påverka inriktningen av den allmänna hälso- och sjukvården så som nu sker bl.a. inom ramen för Dagmarsystemet.

6.1.5 Uppgifts- och ansvarsgränser gentemot landstingen

Försäkringsmedicinska utredningar

RRV anser i sin rapport att RFV:s sjukhus har en otydlig verksamhetsinriktning, där uppgifts- och ansvarsgränserna framför allt mot landstingen är oklara. En av utredningens uppgifter är också att ta ställning till frågan hur verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus kan samordnas finansiellt och verksamhetsmässigt på ett konkurrensneutralt sätt med de insatser som tillhandahålls av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området.

Följande bild av behovet av uppgifts- och ansvarsfördelning mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården har vuxit fram vid utredningens samtal med företrädare för försäkringskassorna, sjukvårdshuvudmännen och RFV:s sjukhus.

Verksamheten vid RFV:s sjukhus består i att göra en försäkringsmedicinsk utredning av sjukdom/diagnos och därmed följande nedsätt-

ning av arbetsförmågan på grund av sjukdomen och slutligen hur denna sjukdom och funktionsnedsättning påverkar arbetsförmågan. En majoritet av de försäkrade som kommer till sjukhusen har en lång sjukskrivning bakom sig, ofta föregången av täta och relativt långa sjukskrivningsperioder och utrednings- och rehabiliteringsförsök.

Merparten av de försäkrade har en komplex sammansatt bild, ofta med flera olika och för bedömningen väsentliga diagnoser som var och en för sig kan medföra en viss funktionsnedsättning och påverka den totala arbetsförmågan.

Sjukhusen ser också som sin uppgift att inför arbetslivsinriktad rehabilitering utreda i vilken grad arbetsförmåga föreligger och i så fall hur denna skall tillvaratas och hur man skall kunna finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av olika rehabiliteringsvägar, utbildningar, arbetsinnehåll m.m.

Anledningen till att försäkringskassan remitterar försäkrade till sjukhusen är nästan alltid att man inte på hemorten kunnat få den hjälp med utredning och bedömning som krävs för ett acceptabelt beslutsunderlag. Detta betyder inte att de försäkrade inte har haft kontakter med sjukvård och olika rehabiliteringsinrättningar, men varje instans har kanske bedömt en mindre del av en ofta mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning har varit avgörande för prognosen.

Företrädare för Riksförsäkringsverkets sjukhus uppger att flertalet av de försäkrade som remitteras till RFV:s sjukhus tidigare har bedömts av olika specialister på sina hemortssjukhus. Det handlar ofta om ortopedbedömning följt av neurolog-, reumatolog- och slutligen psykiatrisk bedömning. Dessemellan har man gjort besök hos primärvården och den totala omloppstiden för dessa försäkrade är c:a 18-24 månader. Följden blir att patienterna återsänds till primärvården utan att de olika specialisterna var och en för sig har funnit någon allvarligare sjukdom med funktionsinskränkning som kräver behandling av respektive specialist.

Den allmänna hälso- och sjukvårdens medicinska rehabiliteringskliniker är den resurs inom sjukvården som är avsedda att göra en helhetsbedömning av patienternas möjligheter att tillgodogöra sig rehabilitering och lära sig leva med sin funktionsnedsättning. De flesta rehabiliteringskliniker i landet har under de senaste åren genomgått omorganisationer och drabbats av nedskärningar som ökat belastningen på klinikerna. Patienter med neurologiska skador till följd av trafikolycksfall, patienter med ryggmärgsskada, skallskada, ortopedisk rehabilitering efter protesoperation eller liknande är verksamhet som prioriteras.

Med stöd av Dagmarmedel och inom ramen för Finsam-projekt (se

avsnitt 3.1.3) har sjukvården också inrättat s.k. diagnostiska centra inom några sjukvårdsområden. Verksamheten vid dessa centra har getts olika utformning. I några fall består den av klinikövergående specialistbedömningar och är i andra fall uppbyggd på teamverksamhet där förutom läkare även ingår andra kompetenser som t.ex. sjukgymnast, kurator och arbetsterapeut.

Företrädare för sjukvårdshuvudmännen uppger till utredningen att man mot bakgrund av minskande resurser och ökad belastning dock inte kan tillgodose försäkringskassornas behov av utredningar för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda funktionshinder. Medicinska rehabiliteringskliniker finns inte heller inom alla landstingsområden.

Det kan också ifrågasättas om man skall kräva att den allmänna hälso- och sjukvården skall göra rent försäkringsmedicinska utredningar av försäkrade som ofta har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för prognosen.

Utredningen menar att det kan diskuteras om inte här finns en möjlighet till uppgifts- och ansvarsfördelning gentemot hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av sjukvårdens minskande resurser och hårdare prioritering av sin verksamhet kan den verksamhet som bedrivs vid RFV:s sjukhus vara ett viktigt komplement som försäkringskassorna behöver.

Med stöd av vad som sagts ovan framgår att Riksförsäkringsverkets sjukhus inte bedriver en verksamhet som är inriktad på medicinsk vård och behandling. Huvuddelen av sjukhusens verksamhet utgör försäkringsmedicinska utredningar och rehabiliteringsutredningar för bedömning av försäkrades arbetsförmåga, hur den skall tillvaratas och hur man skall finna lämpliga åtgärder för arbetslivsinriktad rehabilitering. Även om det hos sjukhusen finns inslag av medicinsk rehabilitering i viss omfattning, är denna inte av sådan tyngd och omfattning att dessa inrättningar bör betraktas som sjukhus. Arten av verksamhet leder mera tanken till ett försäkringsmedicinskt centrum där verksamhetens inriktning kan sägas ligga i gränslandet till den allmänna hälso- och sjukvårdens uppgifter.

Medicinsk rehabilitering

Sjukhusets inriktning är numera att skilja mellan försäkringsmedicinsk utredning och medicinsk rehabilitering. Den medicinska rehabilitering som för närvarande bedrivs av sjukhusen är följande:

- Behandling av grav övervikt.
- Behandling av whiplash-associerade symtom (nack-armproblematik).
- Behandling av patienter med problem inom rörelseapparaten.
- Fibromyalgipatienter.
- Hjärtrehabilitering.

Samtliga dessa former av medicinsk rehabilitering har tillkommit på grund av efterfrågan från försäkringskassorna. Sjukhusens styrelse har godkänt denna rehabilitering enbart av det skälet att man har insett att det funnits ett behov som inte har tillgodosetts inom den allmänna hälso- och sjukvården. Samtidigt har styrelsen krävt att när en behandlingsmetodik framgångsrikt har införts och när behovet minskar skall den föras ut till andra instanser och upphöra vid sjukhuset. Sjukhuset i Tranås uppger att behovet av medicinsk rehabilitering för fibromyalgipatienter nu minskar vid sjukhuset. Vad avser rehabilitering av patienter med grav övervikt finns ännu inget minskat behov. Metodutvecklingen är heller inte avslutad.

Beträffande utredning och rehabilitering vid halsryggsproblematik har man vid RFV:s sjukhus i Tranås byggt upp en unik behandlings- och utredningsmetodik i samarbete med neuroortopediska kliniken vid Ryhovs sjukhus i Jönköping samt ortopediska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping. Även här efter önskemål från försäkringskassorna som ansåg att behovet inte kunde tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården.

Sjukhusen uppger också att inslagen av psykosomatik är stora hos många patientgrupper och försäkringskassorna framhåller behovet av såväl utredning som medicinsk rehabilitering för denna patientgrupp. Rehabiliteringen för dessa grupper kan sägas ligga i gränslandet mellan medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering.

Utredningen delar den bedömning som görs av sjukhusens styrelser att medicinsk rehabilitering är en uppgift för den allmänna hälso- och sjukvården. Av redogörelsen ovan framgår dock att för vissa patientgrupper framför allt där inslagen av psykosomatik är stora, finns idag inte utvecklade metoder för framgångsrik utredning och rehabilitering. Om inte det utvecklingsarbete som idag sker vid sjukhusen kan fort-

sätta för dessa patientgrupper, kommer deras behov av utredning och rehabilitering inte att kunna tillgodoses.

Utredningen föreslår därför att medicinsk rehabilitering skall bedrivas i mindre omfattning vid det föreslagna försäkringsmedicinska centrat och ha som enda syfte att utvecka nya metoder för att säkerställa försäkringskassornas behov av medicinsk rehabilitering för grupper med inslag av medicinska, sociala och psykologiska problem. Projekten för metodutveckling skall vara tidsbegränsade.

6.1.6 Forskning och utveckling

RRV anför i sin rapport (RRV 1996:31) att den forskning och metodutveckling som RFV:s sjukhus bedriver är av mindre omfattning och att frågan om socialförsäkringen överhuvud taget bör främja och finansiera forskning inom detta område bör övervägas i ett större sammanhang.

Enligt uppgift från sjukhusen är deras inriktning numera att skilja mellan utredningsveksamheten och metodutveckling för medicinsk rehabilitering. Sjukhusens styrelse har godkänt sådan rehabilitering enbart av det skälet att man har insett att det funnits behov som ej tillgodosetts inom den allmänna hälso- och sjukvården. Ett krav har också förelegat att när en rehabiliteringsmetodik framgångsrikt har införts och när behovet minskar skall den föras ut till andra instanser och upphöra vid sjukhuset.

Utredningen delar RRV:s uppfattning att forskning och metodutveckling vid sjukhusen bedrivs i liten omfattning och att en strategi för detta arbete saknas idag.

Utredningen gör dock den bedömningen att forsknings- och utvecklingsarbetet vid sjukhusen ägnas åt några av de viktigaste hälsoproblemen ur socialförsäkringssynpunkt. Det finns ett behov av särskilda forsknings- och utvecklingsinsatser för den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda funktionshinder och som utgör sjukhusens målgrupp.

Utredningen föreslår därför att en basresurs med forskningskompetens bör finnas vid sjukhusen. Denna forskningsenhet bör vara ansluten till en lämplig universitetsorganisation.

Den forskning som bedrivs inom socialförsäkringsmedicinen är ostrukturerad och man saknar program för hur forskning och utveckling skall bedrivas. En sammanställning behöver göras av lämpliga forskningsinstitutioner som skall ingå i ett ramprogram för forskning inom detta område. Såväl medicin som psykologi, socialförsäkring m.m. bör då ingå.

Ett forskningsprogram bör innehålla studier och utvärdering i syfte att identifiera prediktorer för risk för långtidssjukskrivning, för lyckat respektive misslyckat rehabiliteringsresultat, betydelse av personlighetskaraktär m.m. Alla inventorium (forskningsprogram) bör täcka såväl medicinska som psykologiska, sociala och socioekonomiska faktorer.

Forskningsprogrammet skall vidare innehålla metodutveckling vad avser både försäkringsmedicinska utredningar och metoder för medicinsk rehabilitering.

Viss grundforskning för att klarlägga etiologi (sjukdomars uppkomst) bör också ingå i programmet. För de olika sjukdomstillstånden med komplex symtombild är etiologin som regel okänd. Det medverkar till att omfattande utredningar ofta genomförs utan förväntat resultat. Det är därför viktigt att forskning i syfte att klarlägga etiologin bakom de aktuella sjukdomssyndromen genomförs och ingår i ett sådant forskningsprogram.

När man tagit fram ett forskningsprogram bör lämpliga vetenskapliga institutioner erbjudas att medverka i de olika projekten. En strukturerad forskning på detta område bör leda till en betydligt fastare vetenskaplig grund för framtida arbete med personer i riskzonen för långtidssjukskrivning och förtidspension. Forskningen bör vara en integrerad del i forskningen på socialförsäkringsområdet och därför på lämpligt sätt samordnas med denna.

6.1.7 Badhotellet i Tranås

AB Tranås Kuranstalt består av sjukhuset i Tranås samt det anslutna badhotellet. Badhotellet är ett enskilt sjukhem och står under samhällets tillsyn. Ekonomiskt har Badhotellet haft ett antal kärva år under 1990-talet och vissa år visat ett negativt resultat.

Badhotellet utnyttjas dels av egenbetalande gäster och dels av landstingen som köper platser för konvalescentvård. Landstingens nyttjande av Badhotellet har minskat kraftigt sedan 1989, från 3 530 gästnätter till 871 gästnätter 1996. Även de egenbetalande gästerna har minskat kraftigt sedan 1989, från 16 100 till 10 772 år 1996. Ledningen i Tranås uppger dock att totalbeläggningen nu har planat ut. Den totala beläggningen var 1996 16 914 gästnätter.

Badhotellet är idag en fristående enhet inom bolaget och har en egen budget och redovisning. Hotellet inklusive konferensverksamhet drivs integrerat med sjukhuset. En del av kostnaderna är därför schablonfördelade mellan sjukhuset och hotellet. Det avser delar av administration,

service och fastighetsdrift. Ledningen för sjukhuset uppger att man gjort schabloniseringen så rättvisande som möjligt för att det inte skall kunna misstänkas att hotellet skulle subventioneras av anslagsmedel (via sjukhuset). Viss personal, t.ex. våningsbiträden och serveringspersonal i hotellmatsalen belastar helt hotellet. All personal är anställd av bolaget, alltså inte av Badhotellet eller RFV:s sjukhus. Detta uppges ge goda möjligheter att omfördela personalen och därmed göra samordningsvinster.

Samverkan mellan sjukhuset och hotellet har ökat alltmer. Denna ökade samverkan uppges ha följande orsaker:

- verksamhetsutvecklingen vid sjukhuset har bl.a. lett till att tiden för vistelsen vid sjukhuset i många fall är kortare än tidigare. Det har då visat sig praktiskt att ha dessa patienter i hotellmiljön.
- patienterna har under senare år i ökad omfattning velat bo i enkelrum. Även här har hotellet kunnat användas när problem uppstått.

Denna utveckling har, enligt ledningen vid sjukhuset, lett till att ca en tredjedel av hotellets årskapacitet nu utnyttjas av sjukhuset.

Utredningen konstaterar att Badhotellet är en kvarleva från den ursprungliga verksamhet som bedrevs i Tranås innan sjukhuset, genom ett samarbete med Kungliga Pensionsstyrelsen, började byggas upp år 1916. Utredningen menar att denna verksamhet inte hör hemma i den utredningsverksamhet som ett försäkringsmedicinskt centrum skall bedriva. Privat kurortsvård fyller ingen funktion i denna verksamhet.

En lösning skulle vara att hotellverksamheten läggs ned. Badhotellet och kurortsverksamheten har dock en stor betydelse för kommunen. I många fall omnämns Tranås som en kurort. Det är då Badhotellet eller "Kuranstalten" som åsyftas. En avveckling av denna kultur och kurortstradition skulle sannolikt upplevas som negativ för kommunen och dess invånare.

Ett annat alternativ, som utredningen förordar, är att hotellverksamheten försäljs eller utarrenderas. Det är troligt att Badhotellet under professionell ledning har potential att utvecklas till en lönsam verksamhet. Den integration som finns mellan sjukhus- och hotellverksamheten borde kunna lösas genom avtal.

6.2 Huvudmannaskap

6.2.1 Olika ägaralternativ

Enligt direktiven skall utredningen ta ställning till huvudmannaskapet för sjukhusen. En utgångspunkt skall vara på vilket sätt försäkringskassornas rehabiliteringsarbete bäst kan stödjas. Vidare skall, för de fall utredningen finner att sjukhusen fyller en funktion som behöver tillgodoses i sin nuvarande form, utredningen analysera om verksamheten bör bedrivas i statlig regi eller i annan form.

RRV har i sin rapport (RRV 1996:31) gjort en beskrivning och analys av RFV som ägare. RFV utövar som ägare sitt inflytande genom att utse bolagens styrelser. Beslut i frågor som rör verksamhetens inriktning och ekonomi fattas i styrelsen

RRV konstaterar i sin rapport att Riksförsäkringsverket betraktar sjukhusen som en resurs i försäkringskassornas rehabiliteringsarbete. RFV har enligt egen uppgift begränsat sitt ägarinflytande till förmån för försäkringskassorna. RFV har inte sett något behov av att ge styrelsen direktiv för verksamheten. Det centrala har, enligt RFV, varit att ha väl fungerande styrelser för sjukhusen.

RRV säger vidare i sin rapport att RFV:s ägarinflytande har präglats av passivitet och att det inte finns några starka motiv för att Riksförsäkringsverket skall driva egen sjukhusverksamhet. Utredningen delar i stort RRV:s uppfattning i denna del. Särskilt mot den bakgrunden att Riksförsäkringsverket samtidigt är försäkringskassornas tillsynsmyndighet. Utredningen föreslår därför att Riksförsäkringsverket inte längre skall stå som ägare till sjukhusen.

Ett annat alternativ, som diskuteras i en ekonomisk analys som på utredningens uppdrag genomförts av konsulterna Thomas Aronsson och Claes Malmquist, innebär att försäkringskassorna själva genom Försäkringskasseförbundet (FKF) skulle vara huvudman för både utrednings- och FoU-verksamheten vid sjukhusen. Som ett skäl för detta anför konsulterna att försäkringskassorna för att långsiktigt kunna utveckla sin verksamhet är i stort behov av en resurs för forskning och metodutveckling som verkar i nära samarbete med försäkringskassorna. De anser det naturligt att till försäkringskassorna centralt knyta en resurs för forskning, metodutveckling, kvalitetsutveckling och kontroll. Man förordar därför att FKF blir huvudman för denna del av sjukhusens nuvarande verksamhet och att denna typ av verksamhet inte bör vara konkurrensutsatt. De ser dock inget hinder för att en huvudman delar upp sina funktioner i en beställarorganisation och en utförarorganisation. Med andra ord att Försäkringskasseförbundet som huvudman

för FoU-resursen samtidigt har en organisation i form av ett bolag för produktion av utredningar. Förutsättningen är dock att detta sker under konkurrensneutrala former. Konsulternas ekonomiska analys redovisas i sin helhet i en bilaga till betänkandet.

Utredningen bedömer dock inte en sådan konstruktion som en bra lösning. Även om prismässig konkurrensneutralitet kan upprätthållas kommer dock försäkringskassorna att bli de främsta köparna av dessa tjänster. Den nära koppling som då kommer att finnas mellan producent och beställare kan inte anses vara tillfredsställande ur konkurrenssynpunkt.

Utredningen har också undersökt alternativet att verksamheten bedrivs som en stiftelse med en eller flera ägare, t.ex. Landstingsförbundet i egenskap av intresseorganisation för sjukvårdshuvudmännen. Utredningen ser dock inte Landstingsförbundet som en naturlig huvudman för en försäkringsmedicinsk verksamhet.

För anslagsberoende verksamheter där man har ansett att det har funnits skäl att använda en privaträttslig form har staten tidigare ofta använt anslagsstiftelser. Den nya stiftelselagen som trädde i kraft den 1 januari 1996 medger emellertid inte stiftelsebildningar som är beroende av att stiftaren utfäster sig att finansiera stiftelsens framtida verksamhet genom t.ex. årliga anslag. Även om verksamheten skall bedrivas på affärsmässiga grunder vad avser produktion av utredningstjänster, kommer forsknings- och utvecklingsverksamhet, t.ex. utveckling av metoder för medicinsk rehabilitering för grupper med sammansatt problematik, att vara beroende av anslag.

Regeringen har i en proposition (1995/96:61) dragit upp riktlinjer för formerna för verksamhet som är beroende av statligt stöd. Regeringen föreslog att när en privaträttslig form krävs för statlig verksamhet skall främst formerna aktiebolag och ideell förening användas. Aktiebolagsformen har fördelen att den är väl reglerad. I aktiebolagslagen (1975:1385) återfinns bl.a. regler beträffande beslutsformer, ansvarsfördelning, insyn och kontroll. Samtidigt är aktiebolagsformen flexibel. Det finns heller inga begränsningar i aktiebolagslagen vad gäller vilken typ av verksamhet som kan bedrivas i ett aktiebolag, dvs. även annan verksamhet än näringsverksamhet kan bedrivas där. Ett aktiebolag behöver heller inte ha som syfte att skapa vinst åt sina aktieägare. Som exempel på verksamhet som bedrivs i aktiebolagsform kan nämnas Samhall AB och Systembolaget, som båda är av staten helägda aktiebolag.

Utredningens förslag blir därför att verksamheten överförs till ett av staten helägt aktiebolag under socialdepartementet fr.o.m. den 1 januari 1999. Utredningen anser att en statlig verksamhet bäst skapar garantier för att försäkringskassornas behov av utredning och bedömning för

denna grupp försäkrade kan tillgodoses. Som tidigare nämnts anser utredningen att den medicinska verksamheten hos RFV:s sjukhus inte är av sådan tyngd och omfattning att de bör betraktas som sjukhus. Utredningen föreslår därför att det föreslagna aktiebolaget skall benämnas Försäkringsmedicinskt Centrum AB.

Enligt utredningens uppfattning är aktiebolaget till sin natur sådant som avses i lagen (1987:519) om Riksrevisionsverkets granskning. Mot den bakgrunden bör det övervägas om det föreslagna bolaget skall upptas bland de som verket får granska.

6.2.2 Konkurrensneutralitet

RRV anser i sin utredning (RRV 1996:31) av RFV:s sjukhus att det under senare år har skett en utveckling av alternativ till RFV:s sjukhus i form av bl.a. diagnostiska centra inom den allmänna sjukvården samt utrednings- och bedömningstjänster hos privata vårdgivare. De s.k. Dagmarmedlen, resurser som avsatts i syfte att förstärka rehabiliterings- och behandlingsinsatserna inom sjukvården, och försäkringskassornas medel för köp av yrkesinriktad rehabilitering har lett till att försäkringskassorna i växande omfattning har möjlighet att lokalt upphandla undersökningar och behandlingar motsvarande de som utförs vid RFV:s sjukhus. RRV menar därför att det finns alternativ till RFV:s sjukhus.

En försäkringskassa kan utan ekonomiska eller andra begränsningar remittera till RFV:s sjukhus. Exempelvis saknas restriktioner i form av att endast ett visst antal platser finns tillgängliga för varje försäkringskassa (gäller ofta Dagmaravtal) eller att försäkringskassan betalar en avgift för de tjänster man utnyttjar. Detta är, enligt RRV:s mening, en avgörande punkt på vilken RFV:s sjukhus skiljer sig från försäkringskassans alternativa uppdragstagare. När försäkringskassan remitterar patienter till en institution som kassan slutit avtal med belastas kassans anslag. Detta sker inte i motsvarande utsträckning när kassan remitterar till RFV:s sjukhus. RRV bedömer därför att handläggaren vid den lokala försäkringskassan sannolikt prövar behovet av remisser till eventuella avtalspartner strängare än remisser till RFV:s sjukhus. RRV anser därför att det från försäkringskassans synvinkel inte råder prismässig konkurrensneutralitet och att effektiv konkurrens därmed hindras.

Konkurrensverket tog 1997-05-07 beslut i ett ärende som rörde ifrågasatt konkurrensbegränsning inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Beslutet var föranlett av att en privat vårdgivare hemställt att konkurrensverket skulle utreda om RFV:s agerande strider mot konkur-

renslagen (1993:20), KL.

I sin utredning har konkurrensverket inhämtat synpunkter från Riksförsäkringsverket som sammanfattningsvis anger följande.

> En remiss till Riksförsäkringsverkets sjukhus utgör medicinsk utredning som försäkringskassan i vissa ärenden behöver inför beslut om ersättning och ställningstagande till om rehabilitering behövs eller inte. Alternativet till att remittera någon till RFV:s sjukhus är i praktiken remiss till den offentliga vården för motsvarande undersökning/utredning. Alternativet med att remittera till privata vårdgivare begränsas av att kassan, genom de föreskrifter som finns (se kap. 3), inte kan betala för undersökning och vård utan endast för utfärdandet av själva utlåtandet. Någon reell förutsättning för olika aktörer att konkurrera om tjänster som försäkringskassan efterfrågar finns således inte.

Konkurrensverket uppger i sitt beslut att det av förarbetena till KL (prop1992/93:56, s. 70) framgår att när riksdagen efter avvägning mellan olika allmänna intressen i lagform beslutat om offentliga regleringar som får konkurrenshämmande effekter kan den situationen uppkomma att konkurrenslagen inte skall tillämpas. Företagen kan då vara rättsligt förpliktade att handla på ett visst sätt. Konkurrensbegränsande avtal eller avtalsvillkor vilka sålunda inte ger uttryck för den fria partsviljan, utan är en direkt och avsedd effekt av lagstiftning eller en ofrånkomlig följd av denna, kan således inte angripas med stöd av denna lag.

Vad som aktualiseras i konkurrensverkets beslut i det aktuella ärendet är om RFV:s agerande är en direkt följd eller avsedd effekt av en offentlig reglering. De lagar och förordningar som närmast berörs är AFL och förordning (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m. Av den sistnämnda framgår att ersättning för sjukhusvård lämnas till RFV:s sjukhus med 45 kronor per vårddygn. Debitering av vårdavgiften har alltså direkt stöd i en förordning och verkställighetsföreskrifter som regeringen utfärdat med stöd av bemyndigande i lag. Konkurrensverket konstaterar därför att konkurrenslagen inte är tillämplig.

I likhet med RRV anser konkurrensverket emellertid att det från försäkringskassans synvinkel inte råder prismässig konkurrensneutralitet. Avslutningsvis anser man också att den nuvarande ordningen kan bidra till att förhindra nya aktörers inträde på marknaden. Ett system där försäkringskassan på ett tydligare sätt belastas för sina köp torde gynna konkurrensen mellan olika aktörer som är verksamma inom detta område och därmed främja ett effektivt resursutnyttjande. Konkurrensverket anser därför att en sådan ordning bör införas.

Utredningen delar RRV:s och Konkurrensverkets bedömning att prismässig konkurrensneutralitet inte råder och att en ändring här behöver göras. För att skapa förutsättningar för konkurrensneutralitet fö-

reslår utredningen därför att den verksamhet som skall bedrivas vid ett försäkringsmedicinskt centrum skall vara intäktsfinansierad. Det innebär att försäkringsmedicinska utredningar och utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering skall prissättas marknadsmässigt, dvs. att köparen får betala ett icke subventionerat pris som inte bara skall täcka löpande kostnader utan även investeringskostnader och hyror som är marknadsmässiga.

Den medicinska rehabilitering som skall bedrivas med syfte att utveckla nya metoder bör dock inte vara konkurrensutsatt. Verksamheten skall bedrivas i mindre omfattning och ha som huvudsyfte att utveckla nya metoder. Medicinsk rehabilitering faller också inom den allmänna hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Den situationen skulle då uppstå att en verksamhet som inom sjukvården är anslagsfinansierad samtidigt skulle säljas av ett försäkringsmedicinskt centrum till marknadsmässigt pris, vilket inte är tillfredställande.

Beslutsunderlag och rättssäkerhet

Vid utredningens seminarier med försäkringskassorna framfördes som viktigt att det finns en enhetlig metodik för att objektivt mäta arbetsförmåga och därmed bedöma rätten till ersättning från den allmänna försäkringen. Kassorna ansåg att det kräver en bred kompetens för att göra sådana bedömningar som socialförsäkringen behöver för att ta ställning såväl till behov av rehabilitering som rätt till ersättning.

I synnerhet för de försäkrade ansågs det som viktigt att förutsättningarna för enhetliga och heltäckande utredningar förbättras. Försäkringsöverläkarna gjorde den bedömningen att försäkrade ibland ställs utanför försäkringen på grund av att de inte blivit föremål för en heltäckande utredning. RFV:s sjukhus har utvecklat en metod för att objektivt och enhetligt mäta arbetsförmåga. Metoden, som för närvarande håller på att utvärderas, anses ge goda förutsättningar för enhetliga och likvärdiga bedömningar.

Försäkringskassorna ansåg också att de privata vårdgivarna inte har samma förutsättningar att göra enhetliga bedömningar. De bedömdes hålla en ojämn kvalitet och kassorna ansåg sig ha behov av en professionell "rikslikare" för dessa bedömningar.

De försäkringsmedicinska utredningar och rehabiliteringsutredningar som försäkringskassorna inhämtar från olika producenter utgör deras underlag för att bedöma och fatta beslut om försäkrades rätt till ersättning och om olika rehabiliteringsåtgärder. Utredningen anser därför i likhet med försäkringskassorna att det ur rättssäkerhetssynpunkt är

väsentligt att beslutsunderlagen håller hög kvalitet och baseras på enhetliga och likvärdiga bedömningar.

Försäkringskassornas policy för upphandling

Som tidigare nämnts upphandlar försäkringskassorna tjänster som avser arbetslivsinriktad rehabilitering. Upphandlingen sker enligt de regler som finns i lagen om offentlig upphandling. Upphandlingen sker i regel genom ett öppet anbudsförfarande med annonsering i pressen.

Vanligtvis tecknar kassorna efter prövning av anbuden s.k. ramavtal med producenterna. Detta innebär att kassorna med avseende på volym inte har någon förpliktelse mot producenterna. Endast undantagsvis tecknas volymavtal.

Lagen om offentlig upphandling medger i viss utsträckning upphandling utan att anbudsförfarande tillämpas. Ett kriterium för detta är att upphandlingen avser ett lågt belopp. Som lågt värde har kassorna fastställt belopp upp till två eller i vissa fall tre basbelopp. I detta belopp skall ingå samtliga köp som kassans lokalkontor tillsammans gör under avtalsperioden, som normalt är ett år. Granskning som utförts på en kassa visade att ca 5 procent av tillgängliga medel använts för köp utanför ramavtalen.

Försäkringskassans handläggare informeras om tecknade ramavtal. Det förekommer också att producenterna presenterar sig själva och sina tjänster vid besök på kassan. Någon styrning eller uttalad policy förekommer dock inte från kassans ledning inför valet av producent i olika situationer. Handläggarna avgör själva till vilken producent man vill vända sig och alla producenter bedöms som likvärdiga.

Utredningen bedömer uppgiften att värdera olika producenters kvalitet som svår och kompetenskrävande. För att försäkringskassorna skall tillförsäkras en produkt som tillgodoser adekvata krav på kvalitet, föreslår utredningen därför att upphandling av försäkringsmedicinska utredningar samt utredningar för arbetslivsinriktad rehabilitering skall ske samordnat för alla försäkringskassor genom upprättande av samordnade ramavtal t.ex. med stöd av Försäkringskasseförbundet i deras egenskap av kassornas intresseorganisation. Samordnad upphandling bör avse den grupp försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär och som beskrivits i avsnitt 6.1.2. I den anbudsförfrågan som föregår avtalet bör villkoren specificeras i en kravspecifikation. Detta innebär bl.a. att alla säljare kommer att underkastas samma villkor. De producenter som i den samordnade upphandlingen blir godkända som leverantörer får därefter sälja sin produkt till varje

enskild försäkringskassa. Det innebär att försäkringskassorna fritt kan välja att göra avrop hos den producent som man finner mest lämplig.

Gemensamma normer, kvalitetskrav och en gemensam policy krävs också för försäkringksssornas övriga upphandling av arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen föreslår därför att Riksförsäkringsverket i samråd med försäkringskassorna utarbetar normer för de kvalitetskrav som skall ställas på producenterna. Det är också viktigt att en för försäkringskassorna gemensam strategi och policy tas fram för såväl upphandling, uppföljning som utvärdering.

6.2.3 Finansiering

Utredningens förslag att verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum skall vara intäktsfinansierad leder till frågan hur försäkringskassorna skall finansiera sina framtida köp av deras tjänster.

Som tidigare nämnts gäller idag olika förutsättningar för försäkringskassornas finansiering av medicinska utredningar å den ena sidan och arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster å den andra.

För medicinska utredningar vid RFV:s sjukhus betalar försäkringskassan, enligt förordning (1979:849) en avgift om 45 kronor per vårddygn. Resterande kostnad per vårddygn (för år 1996 1 090 kronor i Tranås och 1 175 kronor i Nynäshamn) faktureras RFV och betalas ut med medel från anslaget för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension. Motsvarande undersökning/utredning hos den offentliga vården finansieras genom särskilt statsbidrag till hälso- och sjukvården (förordning 1984:908). Alternativet att remittera till privata vårdgivare finansieras enligt förordning (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. Här kan försäkringskassan inte betala för undersökning och vård utan endast för utfärdandet av själva utlåtandet.

När det gäller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har försäkringskassan möjlighet att för en viss summa varje budgetår köpa tjänster till de försäkrade som har behov av det. Medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster kan inte användas för att finansiera medicinska utredningar vid privata institutioner. Inte heller kan medlen användas till ersättning för utredningar vid RFV:s sjukhus. Medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder belastar dock samma anslag som RFV:s kostnader för utredningar vid RFV:s sjukhus.

I den definition av olika begrepp som utredningen redovisar i avsnitt 6.1.1, definieras de utredningar som genomförs vid RFV:s sjukhus som dels försäkringsmedicinska utredningar, dels arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar.

Rehabiliteringsutredningen som är inledningen till den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen måste betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering och skulle härigenom kunna finansieras via medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster m.m.

Utredningen föreslår att också de försäkringsmedicinska utredningar som försäkringskassorna behöver skall kunna finansieras på samma sätt.

Utredningens förslag blir, i konsekvens med vad som sagts ovan, att det nuvarande anslaget till verksamheten vid RFV:s sjukhus tillförs medlen för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering m.m. samt att de sammanförda medlen via regleringsbrev fördelas mellan försäkringskassorna. Av regleringsbrevet bör framgå att den målgrupp som anges i avsnitt 6.1.2 skall vara prioriterad vid upphandling av försäkringsmedicinska utredningar och utredningar för arbetlivsinriktad rehabilitering.

Finansiering av forskning och utveckling

Utredningen har i avsnitt 6.1.6 föreslagit att det bör finnas en basresurs med forskningskompetens vid Försäkringsmedicinsk Centrum i Tranås samt att ett ramprogram för forskningen utarbetas. Forskningsenheten bör vara ansluten till lämplig universitetsorganisation.

Forskning kan stödjas finansiellt på olika sätt. Den del av forskningen som bedrivs i projektform bör finansieras över projekttiden med projektstöd som kan sökas hos olika etablerade forskningsfinansieringsinstitut.

Den basresurs med forskningskompetens som föreslås bör dock vara anslagsfinansierad.

Regeringen beslutade 1983-01-26 att Folkpensioneringsfonden skall avvecklas. Vid avvecklingen skulle, enligt regeringsbeslutet, gälla att så stor del av fondens tillgångar som behövs för att ekonomiskt säkerställa fondens två sjukhus och de aktiebolag som driver dessa skall stå kvar i avvaktan på resultatet av utredningen om huvudmannaskapet för sjukhusen. Efter utgången av budgetåret 1982/83 återstod ca 60 mkr av tillgångarna som ägarkapital. Fonden uppgår fortfarande till ca 60 mkr.

Utredningen anser att den ursprungliga tanken att ekonomiskt säkerställa sjukhusen som låg till grund för bildandet av fonden fortfarande kvarstår och föreslår därför att fonden skall kvarstå som ägarkapital i det av utredningen föreslagna statligt helägda Försäkringsmedicinskt Centrum AB. Den basresurs för forskning som utredningen föreslår ovan, kan finansieras via avkastningen från fonden.

Förutom den forskning som skall bedrivas vid Försäkringsmedicinskt Centrum skall också metodutveckling för medicinsk rehabilite-

ring bedrivas. Medicinsk rehabilitering skall alltså bedrivas i mindre omfattning och ha som enda syfte att utveckla nya metoder. Medicinsk rehabilitering faller inom den allmänna hälso- och sjukvårdens ansvarsområde och bör enligt utredningens uppfattning inte vara konkurrensutsatt. Den situationen skulle då uppstå att en verksamhet som inom sjukvården är anslagsfinansierad samtidigt skulle säljas av ett försäkringsmedicinskt centrum till marknadsmässigt pris, vilket inte är tillfredställande.

Utredningen föreslår därför att denna verksamhet för metodutveckling skall finansieras med ett till verksamheten särskilt riktat stöd som t.ex. sker till sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen. Metodutveckling för medicinsk rehabilitering omfattar för närvarande ca 30 procent av sjukhusens verksamhet. Anslaget till sjukhusen uppgår för 1998 till 163 mkr. Ett sådant riktat stöd skulle med en sådan beräkning och med verksamhetens nuvarande omfattning uppgå till ca 48 mkr. Avsikten är dock av omfattningen av den medicinska rehabiliteringen skall minska.

6.3 Organisation m.m.

Utredningen föreslår i avsnitt 6.2 att verksamheten vid RFV:s sjukhus skall överföras till ett av staten helägt aktiebolag under socialdepartementet, samt att aktiebolaget skall benämnas Försäkringsmedicinskt Centrum AB.

Förslaget innebär att nuvarande verksamhet vid de båda sjukhusen i Nynäshamn och Tranås kommer att upphöra i sin nuvarande form. Som tidigare nämnts anser inte utredningen att den medicinska verksamheten vid RFV:s sjukhus är av sådan tyngd att de bör betraktas som sjukhus. Det nya företagets verksamhet skall vara inriktad på utredningsverksamhet, metodutveckling, utbildning, kompetenshöjning och FoU-verksamhet inom detta område.

Från centrat skall ledning av forskning och utveckling, kvalitetsutveckling, spridning av kunskap m.m. ske. Administrativa funktioner som ekonomi, personalfrågor och drift skall skötas från centrat.

Ledningen skall utövas av en styrelse och en verkställande direktör. Styrelsen bör vara parlamentariskt tillsatt och bestå av politiker och experter, t.ex. företrädare för näringslivet.

Utredningen föreslår att centrat med samtliga ledningsfunktioner skall lokaliseras till Tranås.

Som tidigare nämnts delar utredningen de nuvarande sjukhusens bedömning att medicinsk rehabilitering, t.ex. hjärtrehabilitering, är en

uppgift för sjukvården. Denna verksamhet bör därför succesivt avvecklas. Som tidigare redovisats framgår dock att det för vissa patientgrupper, där inslagen av psykosomatik är stora, idag inte finns utvecklade metoder för framgångsrik medicinsk rehabilitering. Utredningen föreslår därför att det utvecklingsarbete som idag sker vid sjukhusen för dessa patientgrupper skall fortsätta. Medicinsk rehabilitering för dessa grupper skall alltså ha som enda syfte att utveckla nya metoder och när en behandlingsmetodik framgångsrikt har införts skall den föras ut till andra institutioner och upphöra vid centrat. Metodutveckling av rehabilitering av gravt överviktiga omfattar idag ca 700 patienter per år. Behovet av rehabilitering av överviktiga är dock betydligt större men utredningen förutsätter att detta behov kan tillgodoses av andra producenter.

Utredningen har också erfarit att den geografiska närheten tycks vara en viktig orsak till att kassorna remitterar patienter till sjukhusen. Utredningen föreslår därför att verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB skall regionaliseras och att utredningsverksamhet förutom vid centrat i Tranås även fortsättningsvis bör bedrivas i Nynäshamn. Dessutom bör ytterligare filialer finnas i södra, västra och norra Sverige. Behovet av regionalisering, efterfrågans storlek och de ekonomiska konsekvenserna av en sådan omstrukturering utvecklas nedan.

6.3.1 Verksamhet och resursåtgång

För att göra en bedömning av resursåtgången för sjukhusens nuvarande verksamhet uppdelad på dels utredningsveksamhet, dels medicinsk rehabilitering, har de ekonomikonsulter som utredningen anlitat, gjort en genomgång av verksamheten. I rapporten, som återges i sin helhet som en bilaga till betänkandet, har de dels studerat vilket behov som finns av personal för utredningar och medicinsk rehabilitering dels den faktiska bemanningen. Såväl utredningar som rehabilitering utförs i team. Bemanningen i dessa team varierar för olika typer av utredningar och rehabiliteringsprogram.

En summering av behovet av personal i de olika teamen visar för Tranås 7 team med totalt 61 tjänster, medan den faktiska bemanningen för 1997 i Tranås har varit 85 tjänster. I Tranås tillkommer personal för badhotellets verksamhet, konferenscentrum, administration, fastighetsförvaltning, ekonomipersonal, viss nattpersonal m.m. Den sammantagna personalstyrkan i Tranås uppgår till 180,45 tjänster.

Behovet av personal för utredningar och rehabilitering iNynäshamns sju team blir totalt 102 tjänster medan den faktiska bemanningen för

1997 är 111 tjänster. Till detta kommer personal för administration, fastighetsförvaltning, ekonomipersonal m.m. Totalt uppgår personalstyrkan i Nynäshamn till 182,83 tjänster.

Siffrorna visar skillnader mellan behov av personal och faktisk bemanning hos sjukhusen. En förklaring till detta kan vara att verksamheterna delvis skiljer sig åt mellan sjukhusen samt att båda enheterna genomgår verksamhets- och organisationsutvecklingar. Utredningen utgår i sina beräkningar från sjukhusens nuvarande teambemanning.

6.3.2 Efterfrågans storlek

En viktig utgångspunkt för en diskussion om verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB och dess organisation är volymen och strukturen på efterfrågan av de tjänster som produceras vid de nuvarande sjukhusen. Speciellt intressant är att diskutera en regionalisering med utgångspunkt från vilken potentiell efterfrågan som finns.

I detta sammanhang är det viktigt att påpeka skillnaden mellan behov och efterfrågan. Försäkringskassorna har behov av utredningar och medicinsk rehabilitering i en viss omfattning. Under förutsättning att kassorna har begränsade anslag för inköp av dessa tjänster begränsas efterfrågan av priset på tjänsterna i fråga. Ju högre pris desto mer av andra angelägna behov måste kassorna avstå från att inhandla. Det är därför viktigt att leverantören av tjänsterna är så kostnadseffektiv som möjligt, utan att sänka kvaliteten, för att priserna skall bli så låga som möjligt. Storleken på försäkringskassornas anslag för inköp av tjänster spelar här naturligtvis en avgörande roll.

I förslaget om regionalisering av verksamheten utgår utredningen enbart ifrån utredningsverksamheten medan konsulterna också gjort beräkningar för regionalisering av rehabilitering av gravt överviktiga. Utredningen anser dock att metodutveckling av medicinsk rehabilitering, i varje fall inledningsvis, bör finnas kvar vid centrat i Tranås samt vid den blivande filialen i Nynäshamn.

Konsulterna har i sin rapport gjort en beräkning av efterfrågan avseende utredningsverksamheten. Man har därvid utgått ifrån antagandet att om samtliga län genom en ökad geografisk närhet till utredningsverksamheten, skulle nyttja denna i samma omfattning som försäkringskassan i Jönköpings län gör idag skulle behovet av utredningar uppgå till ca 6 000 försäkrade per år.

En bedömning som har gjorts av försäkringskassan i Älvsborgs län och som bygger på en genomgång av kassans sjukfall visar ett årligt behov av ca 300 utredningar per år. Befolkningen i Älvsborgs län utgör

5 procent av landets befolkning. Med deras beräkningar som grund skulle det totala behovet av utredningar uppgå till 6 000 per år. Två av varandra oberoende bedömningar kommer alltså till samma resultat. Mycket talar för att efterfrågan på någon sikt kan komma att fördubblas. Ökningen kommer troligen att ske succesivt och utredningen har därför i sitt förslag om regionalisering utgått från dagens volymer.

6.3.3 Regionalisering

RRV:s rapport (RRV 1996:31) och konsulternas beräkningar visar att närheten till producenten av tjänster har stor betydelse för efterfrågans storlek. Det innebär att det finns ett behov av regionalisering av verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB.

Ett team med ansvar för tidiga grundutredningar beräknas ha en kapacitet av 200 utredningar per år och ett team för allmänna utredningar ca 240 utredningar. Uppgifterna är hämtade från sjukhusen. För ytterligare studier av beräkningsunderlagen hänvisas till ekonomikonsulternas rapport.

Utredningen har skissat på tänkbara regioner som upptagningsområden för filialer till det försäkringsmedicinska centrat.

Region Syd:	Skåne.
Region Väst:	Halland, Bohuslän, Göteborg, Skaraborg, Älvsborg och Värmland.
Region Tranås:	Blekinge, Kalmar, Kronoberg, Jönköping och Östergötland.
Region Nynäshamn:	Södermanland, Stockholm, Gotland, Uppsala, Västmanland, Örebro och Dalarna.
Region Norr:	Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

Med utgångspunkt från nuvarande efterfrågan med en viss ökning på grund av regionaliseringen skulle utredningsverksamheten fördelas på följande sätt.

	Grundutr	Team	Allm utr	Team	S:a team
Nynäshamn	800	4	720	3	7
Tranås	400	2	240	1	3
Region norr	200	1	240	1	2
Region väst	400	2	240	1	3
Region syd	200	1	240	1	2
Summa	2 000	10	1 680	7	17

Teamen för grundutredningar och allmänna utredningar har olika bemanning. Ett team för grundutredning består av 5,5 tjänster medan ett team för allmän utredning, som är mera personalintensivt, har i genomsnitt 13 tjänster.

Att teamen har olika bemanning kan innebära ett problem vid lokaliseringen av filialerna i de olika regionerna. I den norra regionen skulle en lokalisering till två orter innebära kortare resvägar för de försäkrade medan en lokalisering till en ort skulle medföra samordningsvinster och mindre sårbarhet. Med hänsyn till den gynnsamma prognosen för ökad efterfrågan gör utredningen den bedömningen att ägarna kanske bör ha beredskap för en etablering med dubbla team på två orter.

Metodutveckling av medicinsk rehabilitering sker idag med ett patientunderlag som avser 600-700 behandlingar per år för halsryggproblem och övervikt. Här föreslår utredningen ett team för behandling mot övervikt i vardera Nynäshamn och Tranås samt ett team för halsryggbehandling i Tranås. Varje team har enligt uppgift från sjukhusen en kapacitet av 250 behandlingar per år vilket tillsammans blir 750 behandlingar. Utredningen har utgått från den faktiska teambemanningen vid sjukhusen.

I såväl Nynäshamn som Tranås pågår för närvarande ett intressant utvecklings- och effektivitetsarbete som torde resultera i såväl förbättrade metoder som lägre bemanning i teamen och lägre kostnader. Konsulterna, som konstaterar detta i sin rapport, har också gjort sina beräkningar av resursbehov som grundar sig på en lägre bemanning. Utredningen har dock, som ovan nämnts, gjort sina beräkningar efter den nuvarande bemanningen. Vissa skillnader finns därför i beräkningarna.

Av konsulternas rapport framgår att ett nybildat grundutredningsteam har en inlärningsperiod som inleds med 1-3 månader utan egna utredningar och i auskultation hos metodutvecklingsteam. Därefter 3-6 månader med egna utredningar men med halv kapacitet. Inlärningsperioden motsvarar ett intäktsbortfall på mellan 0,8-2,0 mkr vid ett pris på 20 000 kronor. Till detta kommer rekryteringskostnader och andra investerings- och etableringskostnader. Kapaciteten att utveckla nya grundutredningsteam är tre nya team per kvartal, vilket anses tillräck-

ligt för att regionaliseringen skall kunna genomföras i erforderlig takt.

Kostnader

Enligt utredningens förslag skall utredningsveksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB vara intäktsfinansierad medan metodutveckling för medicinsk rehabilitering skall vara anslagsfinansierad. För de utredningar som procuceras av centrat skall priset sättas till självkostnaden. Detta innebär att de även skall täcka investeringskostnader, utvecklingskostnader, marknadsmässiga lokalhyror och rimlig ränta på eget kapital.

Med utgångspunkt från utredningens beräkning av volymer ovan blir summan av omsättningen av dessa verksamheter följande:

2 000 grundutredningar á 20 000 kronor	40 mkr
720 allmänna utredningar á50 000 kronor	36 mkr
240 allmänna utredningar á 42 000 kronor	10 mkr
720 allmänna utredningar á 45 000 kronor	33 mkr
Summa	119 mkr

För metodutvecklingen av rehabilitering beräknas 750 behandlingar per år att omsättas. Summa omsättning blir för dessa:

Nynäshamn ett team obesitas 250 behandlingar á 60 000 kronor	15 mkr	
Tranås ett team obesitas 250 behandlingar á 80 000 kronor	20 mkr	
ett team halsryggrehabilitering	11 mkr	
Summa	45 mkr	
Totalt		164 mkr

I beräkningarna har utredningen utgått från sjukhusens egna uppgifter. Här ingår samtliga kostnader exklusive kapitalkostnader för fastigheterna. Det innebär ett finansieringsbehov på 164 mkr. Hur finansieringen skall ske har behandlats i avsnitt 6.2.3.

6.3.4 Omstruktureringens konsekvenser

Personalen vid RFV:s sjukhus uppgår idag till sammanlagt 363,25 tjänster. Därav i Tranås 180,45 och i Nynäshamn 182,83.

Personal i utrednings- och rehabiliteringsverksamhet uppgår till 85,1 tjänster i Tranås och 111 tjänster i Nynäshamn. Personal för administration, fastighetsförvaltning, ekonomipersonal m.m. uppgår i Tranås till ca 95 tjänster och i Nynäshamn till ca 70 tjänster. I beräkningen för Tranås ingår också personal vid badhotellet.

Utredningens beräkningar av behov av personal uppgår till 146 tjänster för utredningsverksamhet och 37 tjänster för medicinsk rehabilitering eller sammanlagt 183 tjänster. Av denna personalstyrka skall 61 tjänster finnas på de föreslagna filialerna i norra, västra och södra Sverige. De återstående 122 tjänsterna kommer att vara fördelade på Nynäshamn och Tranås varav en större del kommer att finnas i Nynäshamn.

All ledning och alla administrativa funktioner som ekonomi, personalfrågor och drift skall skötas från centrat i Tranås. Badhotellet föreslås däremot försäljas eller utarrenderas.

Merparten av den personal som idag finns i Nynäshamn för t.ex. administration och fastighetsförvaltning kommer som en konsekvens av detta att bli övertalig medan behov av personal för ledning och administration av Försäkringsmedicinskt Centrum AB kommer att finnas i Tranås.

Det är för utredningen inte enkelt att ange behovet av kringpersonal i vare sig Tranås eller Nynäshamn. Det är inte heller utredningens avsikt att föregripa bolagets framtida bemanning. För att kunna belysa de regionalpolitiska konsekvenserna av utredningens förslag är det dock nödvändigt att göra en uppskattning av den personalminskning som blir resultatet av förslagen.

En rimlig uppskattning är att sjukhusens kringpersonal minskar i proportion till teampersonalen. En sådan beräkning skulle innebära följande:

Behovet av teampersonal i Nynäshamn kommer att minska från 111 till 64 tjänster eller med 43 procent. Personal för administration, ekonomipersonal m.m. uppgår för närvarande till ca 70 tjänster. En minskning med 43 procent innebär att kringpersonalen efter en ombildning skulle uppgå till uppskattningsvis 40 tjänster och antalet tjänster totalt till 104. Eftersom ledning och administrativa funktioner skall finnas i Tranås torde ytterligare en minskning med ca 10 tjänster behöva göras i Nynäshamn som då skulle få ett totalt personalbehov av ca 95 tjänster.

I Tranås blir behovet av teampersonal ca 50 tjänster mot dagens 85,

en minskning med 41 procent. Personal för administration, ekonomipersonal m.m. uppgår för närvarande till ca 95 tjänster. En minskning med 41 procent skulle innebära ett behov av ca 55 tjänster eller tillsammans 105 tjänster. Häri ingår badhotellet som föreslås avyttras eller utarrenderas, vilket innebär att behovet ytterligare minskas med ca 25 tjänster. Ledning, administration samt forskning i Tranås kommer att öka behovet med uppskattningsvis ett tiotal tjänster vilket innebär ett totalt behov av ca 90 tjänster i Tranås.

Sammanlagt innebär detta en halvering av personalbehovet vid de båda sjukhusen. Denna beräkning utgår från dagens volymer i utredningsverksamheten och den nuvarande bemanningen. Den prognos för efterfrågans utveckling som beskrivs i tidigare avsnitt visar dock att efterfrågan mycket snabbt kan fördubblas, något som skulle mildra effekterna av omstruktureringen avsevärt.

Enligt ekonomikonsulternas beräkning skulle en total nedläggning av verksamheten vid RFV:s båda sjukhus medföra kostnader för personalens löner i ca 12 månader vilket motsvarar 120 mkr.

Utredningens förslag till organisation innebär emellertid ungefär en halvering av dagens verksamhets-, bemannings- och kostnadsnivå vid de nuvarande sjukhusen. Om verksamheten upprätthålls under personalens uppsägningstid, minskar kostnaden för löner utan motsvarande verksamhet med ca hälften enligt ekonomernas beräkningar. Partiell nedläggning och halverade lönekostnader för uppsagd personal skulle då inneböra att de extra lönekostnaderna stannar vid högst 30 mkr. Mot detta skall vägas marknadsvärdet av alla fastigheterna som RFV:s sjukhus har i dag och som föreslås säljas för marknadsvärdet. Denna omstrukturering ger med stor sannolikhet ett överskott till de nya ägarna.

En halvering av personalen vid de båda sjukhusen sammantaget innebär att ca 180 arbetstillfällen försvinner. En något större del av dessa arbetstillfällen finns i Nynäshamn. En genomgång av personalsammansättningen vid sjukhusen visar att en klar majoretet av personalen är kvinnor. Av 370 anställda år 1996 var 302 kvinnor. Nynäshamns närhet till Stockholm innebär troligen större möjligheter för friställd personal att kunna få nya arbeten. Utredningen har också strävat efter att lindra effekterna för Tranås genom att förlägga funktionerna för ledning och administration i Tranås. Utredningens förslag att försälja eller utarrendera badhotellet i Tranås innebär också att ca 25 arbetstillfällen kan bevaras i Tranås.

Utredningen föreslår också att det ombildade bolagets fastigheter skall försäljas till ett statligt fastighetsförvaltningsbolag, t.ex. Wasakronan, till marknadspris. Eftersom försäljningsvärdet med all säkerhet är betydligt högre än det bokförda värdet skulle detta ge ett betydande

kapitaltillskott till det nybildade bolaget. Lokaler för Försäkringsmedicnskt Centrum AB får därmed förhyras till marknadsmässig hyra.

Etableringskostnader

En inlärningsperiod för de regionaliserade utredningsteamen ger ett produktionsbortfall som av konsulterna beräknas ge ett intäktsbortfall på 0,8-2,0 miljoner kronor vid ett pris på 20 000 kronor per utredning. Till detta kommer rekryteringskostnader och andra investerings- och etableringskostnader.

De totala etableringskostnaderna för ett team är så stora att kostnaderna per utredning blir relativt stora om dessa kostnader skall tjänas in på kort tid, t.ex. ett år. Konsulterna uppger att om man förutsätter att den totala etableringskostnaden för ett utredningsteam är 2 miljoner kronor blir kostnaden per utredning 10 000 kronor om denna ska finansieras på ett år. Kostnaden blir däremot 2 000 kronor per utredning om finansieringen kan fördelas på fem år. Etableringskostnaderna skall alltså täckas genom att priset på tjänsterna på sikt ger kostnadstäckning. Försäkringsmedicinskt Centrum AB får därför finansiera dessa investeringar på traditionellt företagsekonomiskt sätt.

Utredningen är medveten om att verksamhet som bedrivs på affärsmässiga grunder innebär ett risktagande. En risk som här kan föreligga är att efterfrågan inte är tillräckligt stor för en verksamhet som på sikt kommer att bedrivas i konkurrens med andra aktörer på marknaden. Utredningen gör dock den bedömningen att den efterfrågan som idag finns är ett tillräckligt underlag för verksamheten vid Försäkringsmedicinskt Centrum AB. Prognosen för en snabb ökning av efterfrågan är också god och ger utrymme även för andra aktörer. Krav på hög kvalitet och samordnad upphandling skapar också garanti för att producenter med en lägre kvalitet och därmed lägre pris inte kan hävda sig på marknaden. Utredningens undersökning visar också att Riksförsäkringsverkets sjukhus i dag håller mycket konkurrenskraftiga priser.

7 Författningskommentarer

7.1 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m.

Förordningens 1 § och 2 § punkt 2 upphävs då den sjukvårdande verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus läggs ned och sjukhusen i deras nuvarande form upphör.

7.2 Förslaget till lag (1998:000) om tystnadsplikt i verksamhet i organisation som tecknat avtal om utredningstjänster med allmän försäkringskassa

I verksamhet som bedrivs i organisationer som säljer utredningstjänster till de allmänna försäkringskassorna är det angeläget att säkerställa skyddet för den enskildes integritet.

Tystnadsplikt föreslås gälla för var och en som deltar eller har deltagit i vederbörande organisations verksamhet – antingen som anställd eller i någon annan funktion, t.ex. som styrelseledamot– och som där fått kännedom om sekretessskyddade uppgifter. Bestämmelsen har ett omvänt skaderekvisit, dvs. sekretessen är huvudregeln och uppgiften får röjas endast om det står klart att den kan lämnas ut utan att det medför men för den uppgiften rör eller någon honom närstående.

Den som bryter mot bestämmelsen kan straffas enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. Där föreskrivs att den som röjer uppgift, som han är pliktig att hemlighålla eller olovligen utnyttjar sådan hemlighet döms för brott mot tystnadsplikt till böter eller fängelse i högst ett år. För den som som av oaktsamhet, som inte är ringa, begår sådan gärning är straffet böter.

Med organisation avses i detta sammanhang skilda slag av bolag, stiftelser och föreningar, dvs. de som i rättsordningen accepteras som privaträttsliga juridiska personer.

7.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

20 kap. 9 §

Bestämmelsen innebär att de organisationer som säljer utredningstjänster till en allmän försäkringskassa har skyldighet att på begäran lämna de uppgifter till försäkringskassan som har betydelse för tillämpningen av lagen om allmän försäkring. I och med denna uppgiftsskyldighet kan uppgifter lämnas ut trots att tystnadsplikt gäller hos organisationen.

20 kap. 9 a §

När försäkringskassan köper utredningstjänster, måste kassan kunna lämna ut de uppgifter om den enskilde försäkrades hälsotillstånd och andra personliga förhållanden till utredningsproducenten som denne behöver för att kunna utföra den aktuella utredningen.

Bestämmelsen ger försäkringskasan möjlighet att lämna ut sekretesskyddade uppgifter om det är nödvändigt för att kassan skall kunna fullgöra sin verksamhet, t.ex. besluta om rätt till ersättning eller om rehabiliteringsåtgärder.

I 7 kap. 7 § fjärde stycket sekretesslagen anges att utan hinder av sekretess får försäkringskassan lämna ut uppgifter till enskilda enligt vad som föreskrivs i lagen om allmän försäkring.

Särskilt yttrande av sakkunniga Helene Wede

Utredaren presenterar i betänkandet förslag som syftar till att precisera rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet. I förslaget behandlas huvudmannaskapsfrågan, verksamhetens fortsatta inriktning samt hur den bör organiseras och samordnas på ett konkurrensneutralt sätt med de insatser som skall tillhandahållas av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området.

Utredaren har i sin prövning av det offentliga åtagandet kommit fram till slutsatsen att det finns ett fortsatt behov av vissa av de medicinska rehabiliteringsinsatser som idag bedrivs vid RFV:s sjukhus, dvs. ett fortsatt statligt åtagande. Utredaren anser att den allmänna hälso- och sjukvården inte fullt ut kan tillgodose de behov av medicinsk rehabilitering som identifieras av försäkringskassorna. Enligt förslaget bör den medicinska rehabiliteringen vid det Försäkringsmedicinska centrumet dock begränsas till att omfatta vissa patientgrupper, bl.a. gravt överviktiga, och ha som enda syfte att utveckla nya metoder. Utredaren anser vidare att denna del av verksamheten även fortsättningsvis bör vara anslagsfinansierad.

Jag menar att förslaget i denna del inte bidrar till ett förtydligande av ansvars- och rollfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen och staten. Ansvaret för medicinsk rehabilitering samt därtill hörande metodutveckling och forskning ligger hos den allmänna hälso- och sjukvården och bör därmed inte bedrivas genom anslagsfinansierat riktat stöd vid det föreslagna statliga bolaget. Problematiken vad gäller prioriteringar och resursbehov för medicinsk rehabilitering samt metodutveckling avseende den specifika målgrupp som redovisas i betänkandet bör istället behandlas inom ramen för sjukvårdshuvudmännens verksamhets- och ansvarsområde. I detta sammanhang bör givetvis finnas ett samråd med försäkringskassorna avseende vilka behov av medicinsk rehabilitering som behöver tillgodoses utifrån socialförsäkringsmässiga aspekter. Att staten direkt skall prioritera vissa patientgrupper för särskilda medicinska behandlingar bör därför inte utgöra ett statligt åtagande.

Det föreslagna bolaget bör därför enbart fokusera på den kärnverksamhet som förslås av utredaren, dvs. försäkringsmedicinska utredningar samt rehabiliteringsutredningar för bedömning av försäkrades arbetsförmåga.

Utredarens förslag avseende finansieringen innebär att fondmedel motsvarande 60 mkr från Folkpensioneringsfonden tillförs som ägarkapital till det nya bolaget Försäkringsmedicinskt centrum. Vidare föreslås att bolagets basresurs för forskningsverksamhet bör finansieras via avkastningen från fonden. Regeringen beslutade redan 1983-01-26 att Folkpensioneringsfonden skall avvecklas men att en så stor del av fondens tillgångar som behövdes för att ekonomiskt säkerställa fondens två sjukhus och de aktiebolag som driver dessa skall kvarstå tills dess att huvudmannaskapet för sjukhusen klargjorts.

Det finns två skäl till att den föreslagna finansieringen inte är godtagbar enligt min mening. Det första är att regeringen i 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150) aviserade en översyn av nuvarande fonder inom respektive departementsområde med anledning av lagen om (1996:1059) statsbudgeten. Regeringens bedömning i budgetpropositionen för 1998 (prop. 1997/98:1) är att principerna om bruttoredovisning enligt lagen om statsbudgeten skall gälla även för de delar av socialförsäkringssektorn som ligger vid sidan av statsbudgeten, med förbehåll för eventuella juridisk-tekniska komplikationer. Finansutskottet ställer sig bakom denna inriktning i sitt betänkande (FiU1997/98:1) över budgetpropositionen för 1998 avseende den ekonomiska politken, utgiftstak, utgiftsramar m.m. Mot bakgrund av denna bedömning bör Folkpensioneringsfonden avvecklas och fondmedlen är således inte disponibla för finansiering. Det andra skälet som talar emot den föreslagna finansieringen avser frågan om konkurrensneutralitet. Fonden har hittills utgjort ett ägarkapital för Riksförsäkringsverket för att ekonomiskt säkerställa verksamheten vid sjukhusen, i enlighet med regeringens beslut från 1983. Ägarkapital utgör i detta sammanhang medel som står till ägarens förfogande och är inte detsamma som aktiekapital. Utredarens förslag till lösning av huvudmannaskapsfrågan innebär att sjukhusens verksamhet inte längre behöver säkerställas genom särskilda fondmedel. Förslaget om finansiering genom ett tillskott av fondkapital till det nya bolaget innebär en fortsatt subvention i samband med dels bildandet, dels driften. Förslaget är därmed inte förenligt med den konkurrensutsatta verksamhet som utredaren föreslår bör bedrivas i framtiden. Fondmedlen bör av dessa två skäl inte överföras till det förslagna bolaget under Socialdepartementet.

Kommittédirektiv

Verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus

Dir 1997:51

Beslut vid regeringssammanträde den 20 mars 1997.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att utreda rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet. Utredaren skall också ta ställning till huvudmannaskapet för sjukhusen. En utgångspunkt för ställningstagandet skall vara på vilket sätt försäkringskassornas rehabiliteringsarbete bäst kan stödjas.

Om utredaren finner att sjukhusen även fortsättningsvis bör bedriva verksamhet inom socialförsäkringens ram skall förslag lämnas rörande huvudmannaskap, finansiering och konkurrensneutralitet.

Utredaren skall beakta Riksrevisionsverkets rapport Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31).

Bakgrund

AB Kurortsverksamhet bedriver utrednings- och viss rehabiliteringsverksamhet vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn. Bolaget förvaltas i sin helhet av Riksförsäkringsverket (RFV) genom folkpensioneringsfonden. Ett helägt dotterbolag AB Tranås Kuranstalt driver motsvarande verksamhet i Tranås. De två sjukhusen svarar för utrednings- och viss rehabiliteringsverksamhet, insatser inom forskning- och metodutveckling samt försäkringsmedicinsk utbildning inom den allmänna försäkringens ram.

I samband med att regeringen i proposition 1994/95:100 bil. 6 föreslog en förändrad finansiering av kostnader för rehabiliteringsundersökningar aktualiserades frågor om sjukhusens fortsatta verksamhetsin-

riktning och finansiering. Socialförsäkringsutskottet föreslog i sitt betänkande 1994/95:SfU10 Socialförsäkring – inriktning och anslag ett tillkännagivande om att regeringen borde utreda frågan beträffande den fortsatta verksamhetsinriktningen för och finansieringen av RFV:s sjukhus. Enligt utskottets mening borde en sådan utredning inte endast omfatta finanseringsfrågor och huvudmannaskap utan också sjukhusens roll inom socialförsäkringssystemet samt inriktningen av forsknings- och utvecklingsverksamheten. Utskottet ansåg det viktigt att frågan om sjukhusens fortsatta verksamhetsinriktning och finansiering fick en långsiktig lösning där även frågan om konkurrensneutralitet skulle belysas. Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr.1994/95:343).

Regeringen uppdrog därefter i regeringsbeslut den 2 november 1995 åt Riksrevisionsverket (RRV) att i en första etapp kartlägga och analysera frågan om sjukhusens fortsatta verksamhetsinriktning, huvudmannaskap, finansieringsform och konkurrenssituation. RRV redovisade uppdraget den 28 mars 1996 i rapporten Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31).

RRV anser att RFV:s sjukhus har en otydlig verksamhetsinriktning, där uppgifts- och ansvarsgränserna framför allt mot landstingen är oklara. RFV har inte preciserat sjukhusens roll i försäkringskassornas arbete med rehabilitering. Finansieringsformen skapar inga krav på effektivt uttnyttjande av sjukhusens resurser. Dessutom bidrar, enligt RRV, finansieringsformen till en otydlig ansvarsfördelning mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. RFV:s sjukhus är inte ett konkurrensneutralt alternativ för försäkringskassorna i förhållande till landstingsdrivna och privata uppdragstagare.

Verksamheten och de problem RFV:s sjukhus står inför bör enligt RRV inte ses isolerade. Sjukhusens verksamhet måste ses mot bakgrund av de krav och behov som rehabiliteringsarbetet ställer på försäkringskassorna.

RFV:s sjukhusverksamhet har behandlats i flera sammanhang under den senaste tioårsperioden. I Rehabiliteringsberedningens betänkande Tidig och samordnad rehabilitering – Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m. (SOU 1988:41) konstaterades att det fanns ett stort behov hos försäkringskassorna av sjukhusens utredande verksamhet. Vidare menade man att RFV:s sjukhus aldrig ensamma skulle kunna tillgodose detta behov. De skulle ses som en resurs vid sidan av övrig sjukhusvård. Eftersom medicinsk rehabilitering skall ske så nära individen som möjligt ansåg beredningen att rehabiliteringen skulle byggas ut inom primärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker. Den slutsats beredningen drog var att behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus kunde ifrågasättas i takt med

att de medicinska rehabiliteringsklinikerna byggdes ut inom landstingen.

Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av RFV under år 1995 en revision av verksamheten på RFV:s sjukhus i Tranås. Socialstyrelsen framförde härvid kritik mot sättet på vilket verksamheten bedrivs i ett antal avseenden. Revisionen har lett till ett arbete med kvalitetsutveckling vid RFV:s båda sjukhus.

Sjuk-och arbetsskadekommittén har i sitt slutbetänkande En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering (SOU 1996:113) berört RFV:s sjukhus. Kommittén bedömer att försäkringskassorna behöver ha tillgång till speciella resurser av den typ som inte förväntas kunna tillhandahållas av den reguljära hälso- och sjukvården. Tillgången till dessa speciella resurser kan tillgodoses genom RFV:s sjukhus eller i annan form.

Uppdraget

En särskild utredare tillkallas för att utreda rollen för Riksförsäkringsverkets sjukhus inom socialförsäkringssystemet. Utredningen skall också ta ställning till det framtida huvudmannaskapet för sjukhusen.

Utgångspunkten skall vara att den allmänna hälso- och sjukvården i princip har huvudansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de hälsomässiga utredningar och utlåtanden som behövs för att socialförsäkringssystemet skall fungera på avsett sätt.

Utredaren skall analysera

- hur socialförsäkringens behov av medicinska utredningar och utlåtanden tillgodoses av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området, bl.a. tillgången till resursenheter såsom diagnostiska centra och liknande,
- sjukhusens betydelse för försäkringskassornas rehabiliteringsarbete, dvs. om RFV:s sjukhus fyller en funktion som sjukförsäkringen behöver ha tillgodosedd i denna form eller om behoven kan tillgodoses av den reguljära hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området,
- betydelsen av sjukhusens forsknings- och metodutvecklingsarbete.

För det fall utredaren finner att sjukhusen fyller en funktion som behöver tillgodoses i sin nuvarande form, skall utredaren analysera om verksamheten bör bedrivas i statlig regi eller i annan form.

Om utredaren finner att försäkringskassornas rehabiliteringsarbete bäst gagnas genom fortsatt statligt bedriven verksamhet vid ifrågavarande sjukhus, skall förslag lämnas om hur en fortsatt verksamhet vid sjukhusen verksamhetsmässigt och finansiellt bör samordnas på ett konkurrensneutralt sätt med de insatser som skall tillhandahållas av den allmänna hälso- och sjukvården och andra aktörer inom området.

Utredaren skall i sitt arbete beakta RRV:s rapport Riksförsäkringsverkets sjukhus (RRV 1996:31).

För utredningarbetet gäller regeringens generella direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredningar om redovisning av regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), om prövning av offentliga åtaganden (dir. 1994:23), om redovisning av jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) och om att redovisa konsekvenserna för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 november 1997.

(Socialdepartementet)

Försäkringskassornas behov av Riksförsäkringsverkets sjukhus

Ulf Gabrielii
Juni 1997

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning ... **135**

2 Bakgrund ... **136**

3 Uppdrag ... **137**

4 Metod ... **137**

4.1 Allmänt ... 137
4.2 Jämförelser ... 138
4.3 Urval av kassor som utnyttjat sjukhusen mest respektive minst ... 138
4.4 Urval av kassor som ombetts beskriva sitt förändrade remissmönster ... 138
4.5 Redovisningens "säkerhet" ... 139

5 Genomförande ... **140**

6 Sjukhusens verksamhet ... **140**

6.1 Historik, omfattning m.m. ... 140
6.2 Verksamhet ... 141
6.3 Remissflöde ... 146

7 Sjukhusens mål, verksamhetsidé och utveckling ... **146**

7.1 Mål och verksamhetsidé ... 146
7.2 Utvecklingsarbete ... 147
7.3 Chefsöverläkarnas tankar om framtiden ... 147

8 Aktuella utredningar ... **148**

8.1 Socialstyrelsen ... 148
8.2 Riksrevisionsverket ... 149
8.3 Sjuk- och arbetsskadekommittén ... 151
8.4 Försäkringskassornas remissvar på sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande ... 152
8.5 Riksförsäkringverkets remissvar på sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande ... 153

9 Försäkringskassornas svar på enkäten ... 153

9.1 Allmänna utredningar ... 155
9.2 Tidiga grundutredninar ... 159
9.3 Fibromyalgiutredningar ... 161
9.4 Halsryggsutredningar ... 164
9.5 Psykosociala utredningar ... 167
9.6 Andra behov av utredningar ... 170
9.7 Överviktsrehabilitering ... 170
9.8 Hjärtrehabilitering ... 173
9.9 Andra behov av rehabilitering ... 176
9.10 Ytterligare något om patientverksamheten ... 176
9.11 Utveckla metoder för kartläggning ... 178
9.12 Strategier för att förkorta rehabprocessen ... 179
9.13 Prediktorer för långvarig sjukskrivning ... 181
9.14 Andra behov av metodutveckling ... 182
9.15 Ytterligare något om forskning/metodutveckling ... 182
9.16 Utbildning för FK-personal i försäkringsmedicin ... 183
9.17 Utbildning för försäkringsläkare ... 184
9.18 Utbildning för SFN-ledamöter ... 184
9.19 Andra behov av utbildning ... 185

10 Kommentarer från kassor som under senare år förändrat sitt remissmönster ... 185

11 Övriga kommentarer från kassorna ... 187

12 Slutord ... 193

(De i denna bilaga omnämnda bilagorna finns inte med i betänkandet.)

1 Sammanfattning

Denna rapport beskriver försäkringskassornas (FK) behov av insatser från Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukhus, liksom den pekar på kassornas behov av insatser i stort (alltså inte enbart från RFV's sjukhus) inom vissa specifika områden. I rapporten finns även kassornas värdering av delar av verksamheten vid sjukhusen.

Insamlandet av kassornas uppfattningar har skett i enkätform. Alla kassor utom kassan i Jämtland har besvarat enkäten.

Sammanställningen och analysen av kassornas svar visar följande behov av sjukhusens insatser:

Utredningar

- Behovet av allmänna utredningar tycks ej förändras de närmaste åren.
- En uppenbar utvecklingsmöjlighet finns för sjukhusen när det gäller tidiga grundutredningar.
- Oförändrat behov när det gäller fibromyalgiutredningar.
- Ett svagt ökande behov avseende halsryggsutredningar.
- Sannolikt ett något större behov av psykosociala utredningar.
- Något omfattande behov av insatser från RFV's sjukhus när det gäller andra typer av utredningar framkommer inte.

Rehabilitering

- Behovet av överviktsrehabilitering ökar möjligen något.
- Beträffande hjärtrehabilitering går det inte att utläsa något förändrat behov.
- Inga specifika rehabiliteringsbehov därutöver framkommer i enkätsvaren.

Forskning och metodutveckling

- Kassorna ser stora behov av insatser inom alla de tre områden som berörts i enkäten.

Det hänger huvudsakligen på sjukhusen själva vilken roll de kommer att kunna spela här.

Utbildning i försäkringsmedicin

- Litet behov av utbildningsinsatser för kassatjänstemän.
- Många kassor önskar utbildning för försäkringsläkare. En utvecklingsmöjlighet!
- Inget tyder på att behovet av utbildning för ledamöter i socialförsäkringsnämnderna (SFN) kommer att minska jämfört med idag.
- Inga nya behov av utbildningsinsatser kan spåras f n.

2 Bakgrund

Verksamheten vid RFV´s sjukhus i Tranås och Nynäshamn har diskuterats under de senaste åren. Granskning av verksamheten har gjorts av Socialstyrelsen och Riksrevisionsverket (RRV). Sjuk- och arbetsskadekommittén belyser också verksamheten i sitt huvudbetänkande.

I rapporterna redovisas olika syn på verksamheten och dess kvalitét liksom behovet av de insatser som sjukhusen tillhandahåller. RRV menar att sjukhusen kan läggas ned medan Sjuk- och arbetsskadekommittén anser att de utredningar sjukhusen genomför behövs för försäkringskassornas arbete med långa och komplicerade sjukfall.

I regeringskansliet förbereds ett ställningstagande till sjukhusens framtid, ägarskap, verksamhet och finansiering. En utredning har nyligen tillsatts.

Riksförsäkringsverket har därför ansett det väsentligt att få försäkringskassornas syn på verksamheten vid sjukhusen och dess framtid för att till Socialdepartementet redovisa en samlad uppfattning från socialförsäkringsadministrationen.

3 Uppdrag

Som utredare att för RFV's räkning belysa kassornas bedömning av sina behov av RFV's sjukhus har utvärderingschefen vid Göteborgs allmänna försäkringskassa, Ulf Gabrielii, anlitats.

I uppdraget har bl a ingått att med hjälp av en enkät till kassorna få en bild av hur dessa ser på verksamheten vid sjukhusen och sina egna behov av de tjänster sjukhusen tillhandahåller. Kassorna har också beretts möjlighet att ange önskemål om andra typer av tjänster än vad sjukhusen f n tillhandahåller.

I utredningsuppdraget har inte ingått att komma med förslag till vilken verksamhet som i framtiden bör bedrivas vid sjukhusen. Inte heller tas ägar– och finansieringsfrågor upp i denna utredning.

4 Metod

4.1 Allmänt

Uppdraget att utreda försäkringskassornas behov av Riksförsäkringsverkets sjukhus har genomförts i form av en brevenkät. Enkäten redovisas i bilaga 1. Enkätsvaren i sin helhet överlämnas separat till RFV.

Kassorna har ombetts besvara frågor kring hur man i dag totalt sett bedömer sina behov av den typ av insatser som RFV's sjukhus idag levererar. Dessutom har man besvarat frågor kring vilka alternativa leverantörer – förutom sjukhusen – av dessa tjänster som idag anlitas.

Ett tredje frågeområde har avsett kassornas erfarenheter av en del av de tjänster som sjukhusen levererar. Slutligen har kassornas framtida behov och förväntade framtida leverantörer – inklusive sjukhusen – undersökts.

Bearbetning av enkätsvaren har utförts med hjälp av statistikprogrammet SPSS.

Redovisningen av kassornas svar sker med hjälp av diagram och tabeller. Statistikuppgifterna avser i flertalet fall år 1995 eftersom 1996 års uppgifter inte var kända vid planering och genomförande av uppdraget.

4.2 Jämförelser

Kassornas svar redovisas normalt för samtliga kassor tillsammans. Redovisningen innehåller även uppgifter för olika grupper av kassor beroende på i vilken utsträckning de utnyttjat sjukhusen.

Indelningen har gjorts i tre kategorier. Dels i de kassor som skickat många remisser, dels i de som skickat få. Därutöver bildas en "mellangrupp". I varje grupp har åtta kassor plockats fram. Gruppvisa jämförelser görs där detta bedöms intressant och inte är olämpligt p g a alltför stora svarsbortfall i någon eller flera grupper.

Syftet med denna typ av jämförelser är att, vid behov, kunna värdera svaren beroende på resp kassas erfarenhet av sjukhusen. Av samma anledning redovisas dessutom i många fall Stockholmskassans svar särskilt. Denna kassa svarar för ca 25% av remisserna till sjukhusen.

Därutöver görs jämförelser, fråga för fråga, när det gäller kassornas svar på frågor avseende behoven idag och i framtiden. Detta i syfte att underlätta bedömningen av vilka förändringar som kan behövas i sjukhusens verksamheter.

4.3 Urval av kassor som utnyttjat sjukhusen mest respektive minst

Att enbart använda antal remisser till sjukhusen har inte ansetts relevant för att kunna göra en jämförelse mellan kassornas nyttjandegrad. Inte heller har den metod som använts vid sjukhusen, nämligen att ställa antalet remisser i förhållande till antalet försäkrade, nyttjats. Istället har, från Riksförsäkringsverkets statistik, inhämtats uppgifter om antalet avslutade fall som pågått minst 180 dagar under 1995. Därefter har antalet remisser under 1995 ställts i relation till nämnda antal avslutade sjukfall. (Fall med rehabiliteringspenning är ej medräknade eftersom dessa knappast kan anses vara potentiella remissfall till sjukhusen).

Kassornas fördelning på grupper framgår av bilaga 2.

4.4 Urval av kassor som ombetts beskriva sitt förändrade remissmönster

Ett stort antal kassor har under de senaste åren antingen avsevärt ökat antalet remisser eller minskat desamma. Ursprungstanken var att be de tre kassor som ökat resp minskat mest att beskriva orsakerna till detta. Av olika skäl har emellertid urvalet av kassor som speciellt ombetts

beskriva sitt förändrade remissmönster skett på ett något annorlunda sätt.

De som ökat antalet remisser mest är flertalet av kassorna i Norrland. Ökningen ligger därvid i första hand på sjukhuset i Nynäshamn och härrör sig i stor utsträckning till rehabiliteringen av överviktspatienter i Klimpfjäll, som är en filial till Nynäshamnssjukhuset. En av Norrlandkassorna, nämligen Västernorrland, har en något annorlunda förändring av sitt remissmönster än de övriga. Man har inte enbart ökat remisserna till sjukhuset i Nynäshamn utan även till Tranås. Av den anledningen har Västernorrland ombetts att vara en av de kassor som fördjupar sig i orsakerna till det förändrade antalet remisser. Av de kassor som ökat antalet remisser mest när det gäller Nynäshamnssjukhuset har Uppsalakassan valts ut för att redovisa orsakerna. När det gäller sjukhuset i Tranås har Kalmarkassan valts ut.

När det gäller kassor som minskat antalet remisser handlar det i första hand om kassor i södra och västra Sverige. Minskningen hänför sig i första hand till sjukhuset i Tranås. Östgötakassan, som 1992 var den kassa som skickade flest remisser till Tranås, har minskat relativt kraftigt. Detta trots att man geografiskt ligger nära Tranås. Kassan har tillfrågats om orsakerna till detta.

Samtliga kassor i Västsverige har minskat markant. Kassan i Älvsborg är den som valts ut för att närmare redovisa orsakerna.

Ingen enskild kassa har påvisat någon omfattande minskning av antalet remisser till Nynäshamnssjukhuset. Stockholmskassan har valts ut trots att denna kassa totalt sett endast har en liten minskning av antalet remisser till båda sjukhusen. Till Nynäshamn har man dock under de tre senaste åren minskat med 10 % medan man har en ganska tydlig uppgång av antalet remisser till Tranås. Stockholmskassan svarar för över 25 % av remisserna till de båda sjukhusen och det är därför särskilt värdefullt att få just den kassans syn på varför – i det här fallet – remisserna till Nynäshamn har minskat i viss omfattning.

Kassornas redovisningar avseende öknings- och minskningsorsaker återfinns i avsnitt 10.

4.5 Redovisningens "säkerhet"

Kassornas svar utgörs av bedömningar, dels av nuläget, dels av framtiden. Framför allt när det gäller framtiden ligger naturligtvis en mycket stor osäkerhetsfaktor inbyggd i svaren. Det finns ingen garanti för att redovisade tendenser verkligen kommer att hålla.

All verksamhet måste å andra sidan bygga sin utveckling på uppskattningar om framtiden med den osäkerhet som detta för med sig.

Kassornas bedömningar bör kunna ge ett betydligt bättre underlag för verksamhetsutveckling än om denna skulle ske utan att de, som för sina försäkrades räkning, är sjukhusens "kunder", beretts tillfälle att yttra sig.

Denna rapport bör därmed förhoppningsvis kunna fylla en viktig funktion som ett av de beslutsunderlag som sjukhusledningen, RFV och Socialdepartementet kan använda för fortsatta ställningstaganden.

5 Genomförande

Uppdraget har genomförts under perioden 1996-11-15--1997-06-12.

Försäkringskassorna har haft cirka fem veckor på sig att besvara enkäten, huvudsakligen under mars 1997.

Uppdraget har genomförts i samverkan med försäkringsavdelning II på Riksförsäkringsverket. Behjälpliga i planeringsarbetet och bearbetningen har även varit medarbetare vid RFV's utvärderingsavdelning samt vid försäkringskassan i Göteborg.

Värdefulla synpunkter har inhämtats från vd och chefsöverläkare vid de båda sjukhusen samt försäkringschefer vid tre av landets kassor.

Arbetsinsatsen för utredaren motsvarar något mindre än fyra veckors heltidsarbete.

6 Sjukhusens verksamhet

6.1 Historik, omfattning m m

Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås startade sina utrednings- och rehabiliteringsverksamheter redan 1916. Man "sålde" sina tjänster till Kungliga Pensionsstyrelsen (sedermera till Riksförsäkringsverket) och till landstingen.

I slutet av 1980-talet skedde en påtaglig minskning av antalet vårdpatienter som remitterades av landstingen. Detta kompenserades dock av att försäkringskassorna ökade antalet remisser för utredning och rehabilitering.

År 1996 svarade landstingen för sammanlagt 1% av antalet vårddagar vid sjukhusen.

Antalet platser var år 1996 235 i Nynäshamn (inkl Klimpfjäll) och 171 i Tranås.

Sjukhusen leds av var sin styrelse men har en gemensam VD. Vid varje sjukhus finns en chefsöverläkare.

Antalet anställda (i genomsnitt under året) var år 1996 184 i Nynäshamn och 186 i Tranås, totalt 370.

Intäkter i form av vårdavgifter mm utgjorde 1996 ca 160 milj kr varav nästan 152 milj kr utgjordes av anslag från RFV. Därutöver fanns intäkter uppgående till drygt 15 milj kr.

6.2 Verksamhet

Nedan anges kortfattade beskrivningar över verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus såsom den presenterats av sjukhusledningen. Efter varje programbeskrivning anges med ett "T" om verksamheten bedrivs i Tranås och ett "N" om verksamheten bedrivs i Nynäshamn. När det gäller utbildning bedrivs denna huvudsakligen av personal från sjukhuset i Tranås.

Allmänna utredningar – 4 till 6 veckor (N T)

Häri ingår en rehabiliteringsutredning med funktionsbedömning.

Programmet riktar sig till de försäkrade där behov finns både av en aktuell medicinsk bedömning och av en funktionsbedömning.

Programmet löper på 4-6 veckor. Längden är beroende av om en förlängd funktionsbedömning om 2 veckor bedöms vara av värde.

Utredningens innehåll och sjukhusens bedömning redovisas i "Läkarutlåtande om hälsotillstånd" till inremitterande försäkringskassa och behandlande läkare. I läkarutlåtandet redovisas aktuella sjukdomstillstånd med funktionsnedsättning samt eventuellt behov av medicinsk rehabilitering och behandling. Vidare redovisas patientens allmänna förutsättningar samt eventuella psykosociala svårigheter och hinder. En bedömning av patientens arbetsförmåga inom tidigare yrkesområde samt förvärvsförmåga i stort ges.

Tidiga grundutredningar – 2 veckor (N T)

Som ett komplement i utbudet av sjukhusens tjänster har det utarbetats ett kortare utredningsprogram om normalt 2, ibland upp till 4, veckor beroende på vilka moment som skall ingå i utredningen. Detta är i första hand avsett för tidiga sjukdomsfall med upp till 1 års sammanlagd sjukskrivningstid.

Programmet omfattar tre moment

1. Ett Ett sammanfattande medicinskt/fysiskt avsnitt
2. psykosomatiskt avsnitt
3. Ett pedagogiskt motiverande avsnitt

Programmets punkter kan sammanfattas enligt nedanstående:

- medicinsk sammanfattning av aktuell status,
- fysisk kapacitetsbedömning genom utredning vid muskelfunktionslaboratorium och standardiserad funktionsbedömning med VALP-metoden,
- träningsbehandling för definiering av rätt program för fysisk funktionsträning,
- psykosocial utredning för definiering av eventuella rehabiliteringshindrande faktorer,
- undervisning och motivationsinsatser för att motverka etablering av sjukdomsrollsbeteende.

Programmet med tidiga grundutredningar är för närvarande under uppbyggnad. Den finns inte medtagen i enkätfrågorna rörande kassornas behov i dag, däremot avseende de framtida behoven.

Fibromylagiutredningar (N T)

Det syndrom som benämns fibromyalgi är ofullständigt känt såväl till etiologi som till konsekvenser avseende funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Olika behandlingsmodeller har tillämpats med varierande framgång.

Fibromyalgiliknande tillstånd kan benämnas och diagnostiseras med stor variation.

Vid RFV:s sjukhus har man sedan mer än 5 år tillbaka arbetat med patienter med olika kroniska smärttillstånd där fibromyalgi är ett sådant. I programmet ingår utredning, diagnos, fastställande av funktionsnedsättning. Målsättningen med programmet är förutom fastställande av diagnos att med såväl fysikalisk behandling som kognitiv terapi försöka påverka beteende och livssituation.

Resultat av utredning och behandling redovisas i samma aspekter som ovannämnda rehabiliteringsutredning med funktionsbedömning.

Programmet omfattar normalt cirka 4 veckor.

Halsryggsutredning (T)

I halsryggsutredningen ingår utredning av och information om de patofysiologiska mekanismer som vi känner till kan ligga bakom patientens symtom samt andra förklaringsmodeller som idag finns. I utredningen kan bl a ingå:

- laser-doppler- och EMG-undersökning av microcirkulation i kappmuskulaturen under olika former av belastning bl a under en stresstest
- magnetresonans-tomografi ("MR")
- bedömning hos neuroortopedisk specialist om operation blir aktuell
- analys av psykosociala faktorer som kan påverka symtomutveckling och smärthantering
- funktionsbedömning hos arbetsterapeut

Under vistelsen om sammanlagt cirka 4 veckor erhåller patienten information angående dagens kunskaper om whiplash-associerande besvär (WAD), halsdiskbråck samt kända och teoretiska mekanismer bakom symtomen.

De senaste fem åren har cirka 800 patienter med halsryggsproblematik utretts, knappt 10 % av dessa har opererats.

Psykosociala utredningar (N T)

Här skiljer sig sjukhusen åt i viss mån. I Nynäshamn finns en speciell avdelning för psykosociala utredningar. Detta är inte fallet i Tranås. Dock finns en etablerad utredningsmetodik även i Tranås där bl a patienten via olika psykometriska undersökningar tillsammans med teampersonal – bl a bestående av psykolog, kurator – kan diskutera och bearbeta den problematik som framkommer. Programmet i Nynäshamn omfattar ca 6 veckor.

Överviktsrehabilitering (N T)

Kraftig övervikt är en av de viktigaste enskilda faktorer som påverkar arbetsoförmågan i västvärlden. Kraftig övervikt kan medföra en rad av följdsjukdomar som sammantaget nedsätter funktionsförmågan. Kraftigt överviktiga personer, där nedsatt funktionsförmåga har inträtt eller riskerar att inträffa, mottages därför till ett behandlingsprogram med målsättning att reducera övervikten.

Behandlingsprogrammet i Tranås inleds med en 6-veckors vistelse, uppföljning efter 5 månader med 3 veckors vistelse, därefter ytterligare efter 5 månader 2 veckors vistelse. Målsättningen är att patienterna skall reducera sin kroppsvikt med minst 10% efter de första 6 veckorna och att bibehålla denna efter 12 månader. Uppfylls denna målsättning sker en uppföljning under andra året med uppföljningsveckor omfattande 2 veckor vid två tillfällen.

I Nynäshamn inleds programmet med en 6-8 veckors vistelse och innehåller därefter en 2-årig uppföljning med vissa variationer beroende på patientens aktuella situation och utveckling under behandlingsgången. Viss del av Nynäshamns verksamhet är f n förlagd till Klimpfjäll.

I programmet ingår att patienterna lär sig att själva laga till ändamålsenlig kost, fysisk aktivitet, insiktsbehandlig m m.

Kontinuerlig uppföljning har visat att programmet varit framgångsrikt såväl ur viktreducerande aspekt som återgång till arbete samt förbättring av livskvalitet.

Hjärtrehabilitering (N)

Vid sjukhuset i Nynäshamn finns 29 platser för denna verksamhet. Varje patient möter läkare samt övrig sjukvårdspersonal, dietist, sjukgymnast, psykolog samt kurator.

Programmet omfattar 4 veckors primärintagning med kortare uppföljningsperioder under någon dag. Varje patient genomgås med arbetsfysiologisk test samt kontroll av s k riskfaktorer vid inskrivning, vid utskrivning respektive vid uppföljningstillfällen. I programmet ingår fysisk aktivitet, insiktsverksamhet och kostinformation.

Utveckla metoder för kartläggning (N T)

Under den senaste 5-årsperioden har vid RFV:s sjukhus informationsmaterial omfattande cirka 7 000 patienter bearbetats med målsättning att finna faktorer som väger tyngst vad gäller rehabiliteringsmetodik och rehabiliteringsprognos. Den sammantagna erfarenheten av detta har lett till att man i januari 1997 startar en grundutredning omfattande 2 veckor med en strukturerad och metodisk modell vars syfte är att kartlägga en enskild persons förutsättning vid en rehabiliteringsprocess.

Finna och beskriva strategier för att förkorta/samordna rehabiliteringsprocessen (T)

Metodik för att utveckla denna process inleddes år 1994 i ett samarbetsprojekt mellan Samhall Rehabtjänster, Försäkringskassan i Östergötlands lön och RFV:s sjukhus i Tranås under benämning ReSam (Rehabilitering i Samverkan). Detta arbete har därefter fortsatt i samverkan med Samhall och försäkringskassorna i Skåne och har senare utvecklats till en ny samarbetsform planerad under 1997 med Arbetslivstjänster samt Statshälsan/Previa.

Finna och beskriva prediktorer för långvarig sjukskrivning och förtidspension (N T)

Systematisk bearbetning av material bl a via pekdatorinsamlade frågeformulär har bedrivits sedan 5 år. Uppföljning av vad som har hänt patienten 6 mån efter utskrivning från RFV:s sjukhus har samkörts med resultat från dessa frågeformulär. Därvid har mycket starka prediktiva faktorer för rehabiliteringsprognosen utkristalliserats. Artikel i detta ämne är accepterad av Läkartidningen för publikation inom kort.

Utbildning för fk-personal i försäkringsmedicin

Sedan 4 år har vid RFV:s sjukhus i Tranås systematisk utbildning för rehabiliteringshandläggare bedrivits i form av 2-dagarskurser. Mer än 1 000 personer har varit närvarande vid denna utbildning.

Bland ämnena återfinns: Kronisk smärta, övervikt, psykosomatik, mm.

Utbildning för försäkringsläkare i försäkringsmedicin

Consensuskonferens för försäkringsöverläkare är genomförd vid RFV:s sjukhus i Tranås i samarbete med Nynäshamns sjukhus i januari 1997. Riksförsäkringsverket utreder f n möjligheten av att sjukhusen skall kunna ge fortlöpande utbildning för försäkringsläkare. Beslut om detta är dock ännu ej taget.

Utbildning för ledamöter i SFN

Sedan mer än 2 år tillbaka bedrivs kontinuerligt sådan utbildning vid RFV:s sjukhus i Tranås i samarbete med Riksförsäkringsverket och RFV:s sjukhus i Nynäshamn. Tiden omfattar två dagar och ämnena är i stort sett desamma som för tjänstemännen. (Därutöver får nämndledamöterna annan utbildning under denna kurs ex.vis om SFN´s roll).

Tre sådana utbildningar per år med max 20 deltagare per omgång har bedrivits.

6.3 Remissflöde

Försäkringskassornas remisser till sjukhusen år 1995 (det år som varit "basår" för utredningen) redovisas tillsammans med vissa kommentarer i bilaga 3.

7 Sjukhusens mål, verksamhetsidé och utveckling

7.1 Mål- och verksamhetsidé

Riksförsäkringsverkets sjukhus skall bidra till att uppnå de övergripande målen för socialförsäkringsadministrationen genom att: vara socialförsäkringens utvecklingssjukhus vad gäller tillämpad metodutveckling och forskning inom det försäkringsmedicinska området tillhandahålla försäkringskassorna utredningsinsatser för försäkrade med sammansatta eller komplexa problem inom ramen för metodutveckling och forskning också tillhandahålla olika åtgärdsprogram inom rehabiliteringsområdet och härvid ligga i spetsen för utvecklingen av nya strategier och metoder aktivt i samverkan med försäkringskassorna, Riksförsäkringsverket och Försäkringskasseförbundet medverka i kompetensutvecklingen av socialförsäkringspersonal och andra aktörer inom det försäkringsmedicinska området utgöra värdefulla komplement till den övriga sjukvården genom att profilera sig som specialenheter för utveckling av den försäkringsmedicinska delen inom socialförsäkringen

7.2 Utvecklingsarbete

Riksförsäkringsverkets sjukhus är inne i ett intensivt utvecklingsskede. Av ett informationsbrev från vd Jan-Eric Nilsson, daterat 1997-03-10 framgår att följande områden prioriteras:

- **Kvalitetsutveckling.** Målet är att alla de tjänster sjukhusen erbjuder kassorna skall bestå av väl strukturerade och definierade program (målsättning, innehåll, tid, pris m m), och att de dessutom skall certifieras enligt ISO-systemet. Man räknar med att det första programmet skall vara klart och certifierat under innevarande år.
- **Programutveckling.** Målet är att tillhandahålla kassorna de utrednings- och åtgärdsprogram som efterfrågas och snabbt kunna utveckla nya sådana, när behov uppstår inom försäkringen. Den strukturerade grundutredning på ca två veckor, som nu är i full drift i Tranås och under igångsättning i Nynäshamn, är exempel på en sådan behovsanpassning.
- **Uppföljning och utvärdering.** Patientenkäter har använts i Tranås under några år och givit värdefull information. Under våren kompletteras dessa med enkäter riktade till kassans utredare med syftet att ta reda på hur utlåtande och rekommendationer bedöms ur beställarens perspektiv. För att få fram en mer långsiktig strategi och struktur för just uppföljnings- och utvärderingsarbetet har man startat ett utvecklingsarbete med experthjälp från RFV.
- **Organisationsutveckling.** Vid båda sjukhusen är en helt ny organisation under införande. Utvecklingen går också mot att nuvarande vårdavdelningsstruktur ersätts med boende av typ patienthotell.
- **Information, dialog.** En arbetsgrupp med representanter från kassorna och sjukhusen arbetar på att ta fram strategi och metoder för information och dialog med kassorna. Från sjukhusens sida kommer man att aktivt försöka få delta vid kassornas samlingar av t ex handläggare och försäkringsläkare för just sådan information och dialog. En annan trolig utveckling är att nuvarande skriftliga information som finns på alla lokalkontor ersätts med information via datanätet (Intranet).

7.3 Chefsöverläkarnas tankar om framtiden

Intervjuer med chefsöverläkarna har ägt rum vid var sitt tillfälle. Avsikten har inte varit att få svar på i förväg formulerade konkreta frågor

utan i stället att få dem att berätta om sin syn på framtiden samt delvis ge en beskrivning över utvecklingen de senaste åren.

En redovisning av synpunkterna framgår av bilaga 4.

8 Aktuella utredningar

8.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har under våren 1995 granskat Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås. Initiativet till granskningen togs av Riksförsäkringsverket och regeringen gav sitt tillstånd till verksamhetstillsynen.

Revisionen omfattade en kvalitetssystemrevision och två medicinska revisioner. Uppdraget genomfördes på så sätt att tjänstemän från socialstyrelsens regionala enhet i Malmö fungerade som kvalitetsrevisorer och de medicinska revisionerna omfattade dels journalgranskning utförd av chefsöverläkare Harald Sanne, Arbetsrehabcentrum, Göteborg samt medicinsk revision av sjukgymnastavdelningen på sjukhuset, utförd av leg. chefsgymnast Anne Vaher, Socialstyrelsens regionala enhet i Umeå.

I rapporten från Socialstyrelsens revisorer understryks att de valda revisionskriterierna för revision av sjukhusets kvalitetssystem (framför allt ISO 9001) ställer mycket höga krav på verksamheten. Kvalitetsrevisorernas kritik av brister i kvalitetsstyrning kan synas omfattande men sjukhuset avvek inte enligt revisorernas uppfattning, från övrig hälso- och sjukvård vad gällde sådana brister.

Syftet med kvalitetsrevisionen var positiv. Den skulle vara en hjälp för sjukhuset i det fortsatta arbetet med kvalitetsutveckling som redan hade tagit sin början vid tidpunkten för revisionen. Ur rapportens sammanfattning hämtas:

"Revisorerna noterar att:

- *det finns stor stabilitet och hög yrkesstolthet inom organisationen*
- *hög individuell kompetens finns spridd i verksamheten*
- *sjukhuset aktivt arbetar med kundrelationer till försäkringskassorna, bl a genom omfattande utbildningsinsatser*
- *det finns en uttalad vilja att satsa på fortbildning/personalutveckling*
- *sjukhuset ackumulerar en unik kunskapsmassa kring en stor, utsatt och svårrehabiliterad patientkategori som även ur samhällsekonomisk synpunkt har en stor tyngd*

- *det finns omfattande externa kontakter till bl a universitetsanknutna institutioner*
- *det finns höga ambitioner att komma till rätta med kvalitetsbrister*
- *sjukhuset befinner sig i början av en kvalitetsförbättringsprocess*

Revisorerna gör följande bedömning:
- *verksamheten bedrivs utan ett sammanhängande kvalitetssystem*
- *mål för utredningsarbetet behöver förtydligas och tillämpningen förbättras*
- *arbetet bedrivs med bristfällig konsekvens och enhetlighet i de olika vårdteamen*
- *den individuella kompetensen tas inte till vara för att utveckla verksamhetens samlade kompetens.*
- *oklarhet råder beträffande samarbetsförhållande mellan de olika funktionerna*
- *verksamheten brister i respekt för patienternas integritet genom att inte i tillräcklig hög grad betona krav på information och samråd*
- *dokumentationen av vården är bristfällig och försvårar uppföljningar"*

Som en följd av rapporten har båda sjukhusen antagit en kvalitétsförbättringsplan.

8.2 Riksrevisionsverket

Riksrevisionsverket (RRV) har på uppdrag av regeringen granskat verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och Nynäshamn. I uppdraget ingick att kartlägga och analysera sjukhusens verksamhetsinriktning, huvudmannaskap, finansieringsform och konkurrenssituation. Granskningen skedde i slutet av 1994 och början av 1995.

RRV kartlade vilka försäkringskassor som utnyttjade de båda sjukhusen mest och konstaterade att den geografiska närheten till sjukhusen spelade stor roll för vilka kassor som remitterade. Ungefär hälften av remisserna till Nynäshamn kom från Stockholmskassan.

RRV redovisade att handläggarna vid de kassor som inte utnyttjade sjukhusen i särskilt hög grad dels ansåg att det fanns andra vårdgivare än sjukhusen som man kunde nyttja, dels var kritiska mot den verksamhet som bedrevs vid sjukhusen.

Enligt RRV fungerade RFV:s sjukhus som en slags "sista instans" i komplicerade sjukfall. En remiss till något av sjukhusen ansågs utgöra ett bevis för att försäkringskassan prövat alla möjligheter. RRV kunde

inte finna att remisserna berodde på att sjukhusen erbjöd unika utrednings- eller behandlingsmetoder. Enligt RRV kunde förfarandet ifrågasättas från humanitära synpunkter och innebära en risk för fördyrat beslutsfattande.

RRV ställde sig frågande till om socialförsäkringen över huvud taget bör främja och finansiera forskning inom utrednings-rehabiliteringsområdet. Den FoU-verksamhet som bedrevs vid sjukhusen var av begränsad omfattning och bedömdes enligt RRV i sig inte motivera sjukhusens fortsatta existens.

RRV fann vidare att ägarens, d v s RFV, ekonomiska styrning av sjukhusen var svag. Man menade att den aktuella undersökningen visade att den kritik mot sjukhusens verksamhet som fördes fram i mitten på 1980-talet i stora stycken fortfarande var relevant. Vidare konstaterade RRV att utredningen visade att RFV utövat sitt ägarinflytande på ett sätt som präglades av passivitet och underlåtenhet. Man påtalade att det inte bedrevs en effektiv verksamhet som svarade mot försäkringskassornas behov i rehabiliteringen.

Vidare konstaterade RRV att finansieringssystemet bidrog till en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. Genom viss verksamhet vid sjukhusen avlastades den regionala hälso- och sjukvårdens ansvar för att själva bygga upp motsvarande verksamhet.

Härutöver konstaterade RRV att det inte rådde prismässig konkurrensneutralitet mellan verkets sjukhus och de institutioner som kassan köper yrkesinriktade rehabiliteringstjänster från respektive finansierar via Dagmarmedel.

RRV:s slutsatser var följande:

"RRV:s analys visar att RFV:s sjukhus har en otydlig verksamhetsinriktning, där uppgifts- och ansvarsgränserna framför allt mot landstingen är oklara. Huvudmannaskapet präglas av passivitet och underlåtenhet. RFV har inte preciserat sjukhusens roll i försäkringskassornas arbete med rehabilitering. Finansieringsformen skapar inga krav på effektivt utnyttjande av sjukhusens resurser. Dessutom bidrar finansieringsformen till en otydlig ansvarsfördelning mellan RFV:s sjukhus och den allmänna hälso- och sjukvården. RFV:s sjukhus är inte ett konkurrensneutralt alternativ för försäkringskassorna i förhållande till landstingsdrivna och privata uppdragstagare.

Verksamheten och de problem RFV:s sjukhus står inför bör, enligt RRV inte ses isolerade. Sjukhusens verksamhet måste ses mot bakgrund av de krav och behov som rehabiliteringsarbetet ställer på försäkringskassorna.

RRV kan inte se några starka motiv för RFV att driva egen sjukhusverksamhet.

De motiv som finns för att socialförsäkringsadministrationen driver egna sjukhus är, enligt RRV, av historisk karaktär. Det är viktigt att ett nytt system leder till att försäkringskassorna i sin roll som beställare förutsättningslöst prövar en vård och rehabilitering olika vårdgivare kan erbjuda. Så långt möjligt bör lokala eller regionala lösningar användas. Starka skäl talar för att sjukvårdshuvudmännen i någon mån med stöd av privata vårdgivare bör kunna tillhandahålla de rehabiliteringsinsatser som krävs. Huvudsakligen är det redan fallet."

8.3 Sjuk- och arbetsskadekommittén

Sjuk- och arbetsskadekommittén har i sitt slutbetänkande, SOU 1996:113, beskrivit sin syn på behovet av särskilda sjukhus för socialförsäkringsadministrationens räkning.

Kommittén konstaterar att flertalet av de nedan angivna arbetsuppgifterna inte kan förväntas bli utförda inom den ordinarie vården. Patientgrupperna bedöms i första hand vara sådana där "bekymren" främst drabbar försäkringen, inte sjukvården. Av det skälet, menar kommittén, bör försäkringen ha tillgång till resurser som kan styras av försäkringsadministrationen till de insatsområden där de för tillfället gör mest nytta för sjukförsäkringen. Kommitténs sammanfattande bedömning är följande:

"Försäkringskassorna behöver ha tillgång till speciella resurser av den typ som beskrivs nedan och som inte förväntas kunna tillhandahållas av den reguljära hälso- och sjukvården. De behov som sjukförsäkringen i framtiden behöver ha tillgodosedda av Riksförsäkringsverkets sjukhus – eller i annan form – kan i korthet sägas vara följande:

- *Bedömning av extremt svårutredda försäkrade såväl när det gäller arbetsförmågans nedsättning som behovet av och möjligheterna till rehabilitering.*
- *Vissa stödinsatser för dessa försäkrade i form av behandling och rehabilitering. Många gånger handlar det om motivationshöjande åtgärder.*
- *Metodutveckling när det gäller "nya" patientgrupper som mer identifieras i sjukförsäkringen än inom den ordinarie sjukvården. Det kan också gälla patientgrupper som inte är nya men där behovet av nya metoder framförallt uppmärksammas inom sjukförsäkringens administration. Hittills har man exempelvis arbetat med patienter med övervikt, fibromyalgi och hjärtinfarkt. I framtiden torde*

psykosomatiska sjukdomar i olika former vara prioriterade insatsområden för sjukförsäkringen.

- *De metoder som utvecklas bör naturligtvis utvärderas vetenskapligt. Erfarenheterna bör spridas till den ordinarie vården för att man där skall kunna ta hand om aktuella patientgrupper på ett bättre sätt. Samtidigt är det viktigt att Riksförsäkringsverkets sjukhus "släpper" dessa patientgrupper och inriktar sig på nya behov som uppkommer inom försäkringen.*
- *Genom att verksamheten och de utvecklingsinsatser som görs skapar kunskaper och erfarenheter kommer utbildning av personal inom bl a försäkringskassorna att vara en lämplig uppgift för verkets sjukhus. Likaså att ta fram material till utbildning av läkare m fl yrkeskategorier".*

8.4 Försäkringskassornas remissvar på sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande

Fem försäkringskassor har tagit upp frågan om Riksförsäkringsverkets sjukhus i samband med remissvaren i anslutning till sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande.

Försäkringskassan i Kronobergs län menar att sjukhusen i allmänhet gör bra medicinska överväganden och arbetsförmågebedömningar. Man ser det som mycket viktigt att kassorna har nuvarande sjukhus, som kan arbeta med försäkringsmedicinska frågor, forskning samt nya frågor och problem.

Försäkringskassan i Blekinge instämmer i kommitténs bedömning om att kassan behöver ha tillgång till de speciella resurser som beskrivs i betänkandet. Kassan ställer sig dock tveksam till om detta skall ske genom att RFV bedriver egen verksamhet för att tillförsäkra sig om dessa speciella resurser.

Malmöhuskassan anser att försäkringskassorna behöver fortsatt tillgång till de resurser som verkets sjukhus tillhandahåller. Man menar att den patientgrupp som är aktuell vid sjukhusen ofta är lågprioriterad inom sjukvården samt att det för behandling och bedömning av vissa patienter kan vara av vikt att de under en tid kommer bort från sin hemmiljö. Dessutom menar kassan att det ur rättssäkerhetssynpunkt är värdefullt att Riksförsäkringsverkets sjukhus kan fungera som någon form av normgivare för särskilt svårbedömda fall.

Kassan i Örebro län anser att verkets sjukhus bör avvecklas. Man föreslår att man istället tillskapar utredningsmöjligheter på respektive

länslasarett och/eller regionsjukhus. Kassan anser att den geografiska närheten skulle vara till fördel för såväl patient som försäkringskassa.

Värmlandskassan anser att all rehabilitering och bedömning bör ske lokalt för att tillvarata det sociala nätverkets fördelar. Man menar att sjukhusens betydelse sannolikt kommer att minska i allt större utsträckning.

Försäkringskasseförbundet, som är försäkringskassornas intresse-, service- och arbetsgivarorganisation, anser att försäkringskassan bör ges bättre förutsättningar än idag att köpa utrednings- och kartläggningsresurser av hög medicinsk kvalitet. Förbundet menar att den typ av utredningskompetens som erbjuds genom Riksförsäkringsverkets sjukhus bör kunna finansieras av kassorna via försäkringen.

8.5 Riksförsäkringsverkets remissvar på sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande

Riksförsäkringsverket poängterade att den typ av utredning som görs vid RFV:s sjukhus behövs även framdeles. Man menade att allt fler försäkrade har en svårutredd problembild med somatiska, psykiska och sociala inslag. Försäkringskassorna behöver hjälp med helhetsbedömningar inkluderande medicinsk status, psykosocial problembild och funktionsförmåga, såväl fysisk som psykisk.

RFV menar att denna typ av helhetsbedömning, med några undantag, endast är möjlig att få utförd vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås.

9 Försäkringskassornas svar på enkäten

Nedan redovisas de svar som inkommit från 24 försäkringskassor (kassan i Jämtland har inte ansett sig kunna svara) på de frågor som ställts i enkäten.

Redovisningen är uppbyggd med utgångspunkt från de olika tjänster som produceras/kommer att produceras vid sjukhusen. Den följer således inte frågestrukturen i enkäten utan svaren på alla frågor som hör till tjänsten "Allmänna utredningar" har förts samman till ett avsnitt osv.

För resp tjänst redovisas i tillämpliga delar:

- Kassornas totala behov av tjänsten ifråga, idag och i framtiden. Redovisning sker i form av stapeldiagram samt s k boxplots innehållande medianvärden och spridning. I vissa fall innehåller de senare information uppdelad på "storutnyttjare, mellanutnyttjare och småutnyttjare" enligt fördelning i bilaga 2.
- Hur stor andel av behoven som tillgodoses/förväntas bli tillgodosedda av RFV's sjukhus. Redovisning sker i tabellform.
- Kassornas värdeomdömen rörande vissa av tjänsterna. Stapeldiagram används.
- Kommentarer till den bild man får av kassornas svar.

Eftersom frågorna i enkäten har varit svåra att svara på kan de redovisade svaren inte utan ytterligare underlag användas för att fatta beslut om den framtida verksamheten på RFV's sjukhus. De visar emellertid på vissa trender, i en del fall relativt svaga i andra fall lite tydligare.

Den viktigaste informationen utgörs av kassornas syn på framtiden i förhållande till dagens situation. Ökar eller minskar behoven av vissa tjänster i det stora hela? Kommer sjukhusen att få tillgodose en större eller mindre andel av dessa behov jämfört med idag? Enkätsvaren ger i många fall vägledning när det gäller att besvara dessa frågor.

När begreppen stora och små kassor används i fortsättningen avses de som nyttjade sjukhusen mest resp minst år 1995 i förhållande till antalet avslutade sjukfall som pågått minst 180 dagar samma år.

Det bör observeras att kommande stapeldiagram i många fall innehåller en stapel med rubriken MISSING (= svar saknas). Den är i förekommande fall placerad längst till vänster och skall inte tolkas som ett negativt svar från kassorna.

I den mån ett svarsalternativ inte fått något svar utelämnas inte bara stapeln utan även den plats där stapeln skulle funnits.

Kontentan av ovanstående är att man alltid bör läsa texten under staplarna när man tolkar diagrammen.

9.1 Allmänna utredningar (4-6 v)

Diagram 1 Kassornas behov idag av **allmänna utredningar**

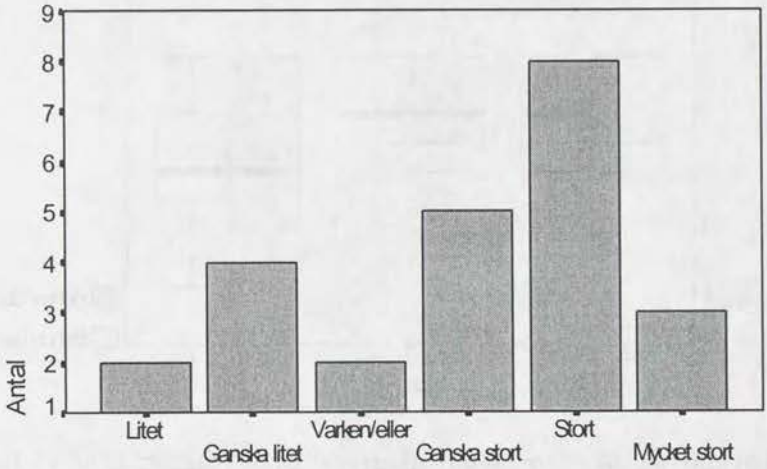


Diagram 2 Kassornas behov i framtiden av **allmänna utredningar**

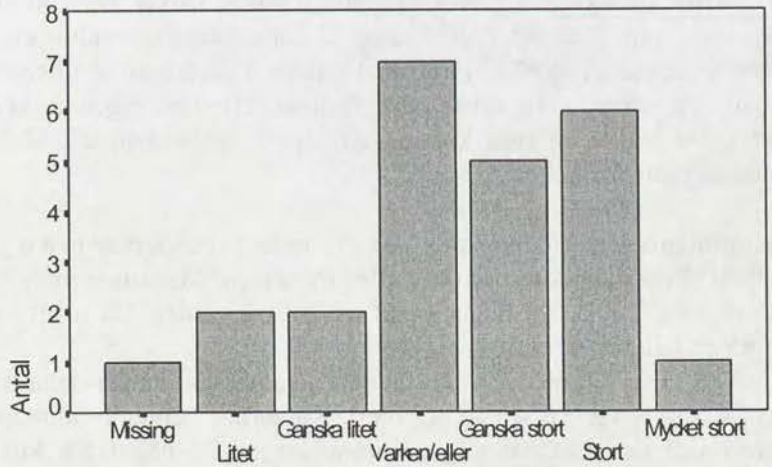
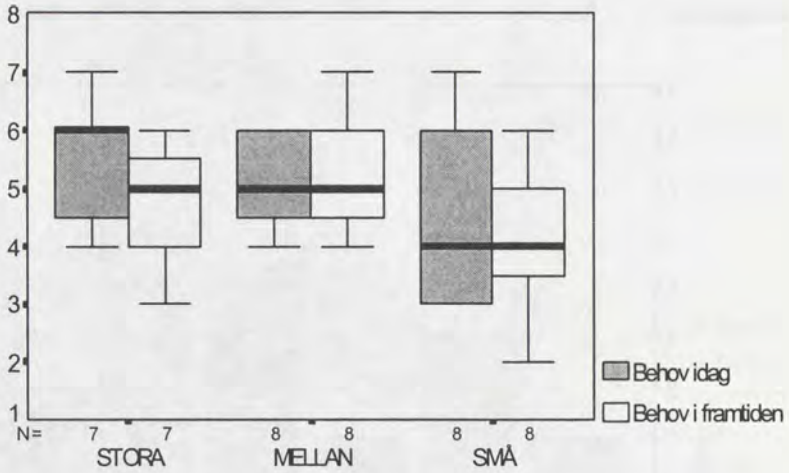


Diagram 3 Förändring av kassornas behov. Median och spridning.



Förklaring till ovanstående diagram: Detta diagram är en s k boxplot som innehåller följande information.

Den feta linjen utgör medianen.
Boxen innehåller hälften av svaren.
De yttre strecken markerar spridningen och täcker normalt in alla kassors svar. "Extremvärden" utesluts dock. Om exempelvis en av de "stora" kassorna skulle svarat med siffran 2 på frågan om behov idag skulle detta värde inte synas i diagrammet. Eftersom ingen kassa angett värdet 3 skulle en tvåa komma att bli ett "extremvärde". Sådana är normalt inte särskilt intressanta.

Kommentarer: Medianen för alla kassor är 5 (behovet är m a o ganska stort) såväl idag som när det gäller framtiden. Medianen mäts i heltal utom i de fall då den ligger exakt mellan två värden. Då redovisas den som ett halvtal.

Om vi ser till medelvärdet för samtliga kassor sjunker detta från 4,9 till 4,6 (4 = varken stort eller litet). Kassornas behov av allmänna utredningar kan därför möjligen komma att minska något. Särskilt gäller detta de som idag nyttjar sjukhusen mest. Stockholm sänker sig ett steg på skalan.

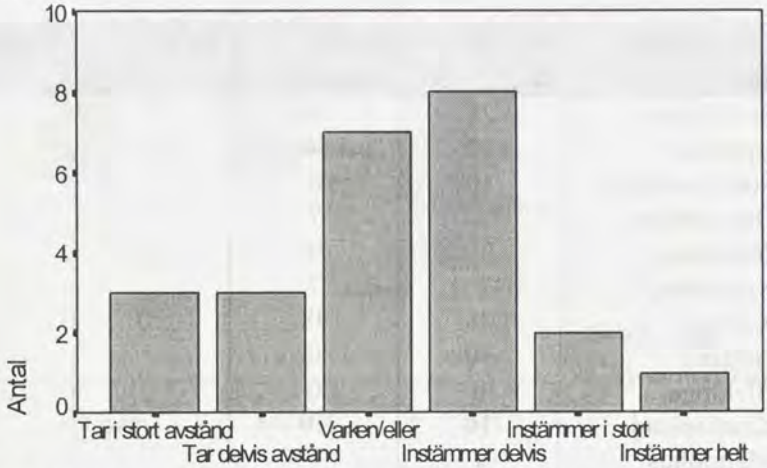
Tabell 1 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **allmänna utredningar** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkrings-kassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	25	35	10	
Uppsala	50	50		
Södermanland	10	0		10
Östergötland	8	?		
Jönköping	30	30		
Kronoberg	?	?		
Kalmar	38	48	10	
Gotland	30	30		
Blekinge	0	0		
Kristianstad	10	10		
Malmöhus	1	?		
Halland	10	10		
Bohuslän	5	0		5
Älvsborg	20	30	10	
Skaraborg	1	1		
Värmland	5	25	20	
Örebro	40	60	20	
Västmanland	30	39	9	
Dalarna	2	2		
Gävleborg	1	0		1
Västernorrland	10	?		
Jämtland	Ej svar	Ej svar		
Västerbotten	30	40	10	
Norrbotten	0	0		
Göteborg	5	5		

Kommentarer: Fyra kassor är alltför osäkra beträffande de framtida behoven av RFV's sjukhus som leverantör av allmänna utredningar för att svara på frågan. En av dessa är dessutom osäker på nuvarande situation.

Bilden är dock relativt klar. Sju kassor (däribland Stockholm) anger att sjukhusen kommer att få ta en större andel av de allmänna utredningarna i framtiden. Endast tre har en motsatt uppfattning.

Diagram 4 De **allmänna utredningar** som kan erhållas vid RFV's sjukhus håller mycket högre kvalitét än de som kan erhållas lokalt/regionalt.



Kommentarer: Medianen ligger här på 4 och medelvärdet på 4,3. Eftersom frågan är formulerad med orden "mycket högre kvalitét" får kassornas svar anses innebära ett förhållandevis gott betyg åt sjukhusens allmänna utredningar. Det skall dock påpekas att de som utnyttjar sjukhusen minst är mer positiva än övriga.

Sammanfattande kommentarer avseende allmänna utredningar:

Kassornas totala behov av dessa tjänster kan möjligen minska något. Detta kan ha sin förklaring i allt färre sjukfall och därmed kvantitativt minskade behov av utredningar. Som kommer att framgå senare i rapporten pekar dock kassorna på behov av andra utredningar än de som kallas "allmänna".

Sjukhusens andel av utredningarna tycks komma att öka. Ett skäl till att kassorna vill utnyttja sjukhusen relativt sett mer i framtiden måste rimligen vara att man tycks nöjda med utredningskvalitén. Inte alla kassor, men många.

Andra förklaringar som nämnts i kassornas egna kommentarer är minskade Dagmarmedel och medel för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster.

Vad ovanstående bedömningar leder till beträffande remissflödet till sjukhusen går inte att säkert uttala sig om. Måhända kompenseras det eventuellt minskade totala behovet av allmänna utredningar av att sjukhusens andel av utredningarna förväntas öka. Någon väsentlig förändring av antalet remisser avseende allmänna utredningar tycks inte vara

aktuell de närmaste åren. Om de tidiga grundutredningarna får en stor omfattning kan naturligtvis antalet remisser för allmänna utredningar påverkas nedåt.

9.2 Tidiga grundutredningar (2 v)

Diagram 5 Kassornas behov i framtiden av **tidiga grundutredningar**

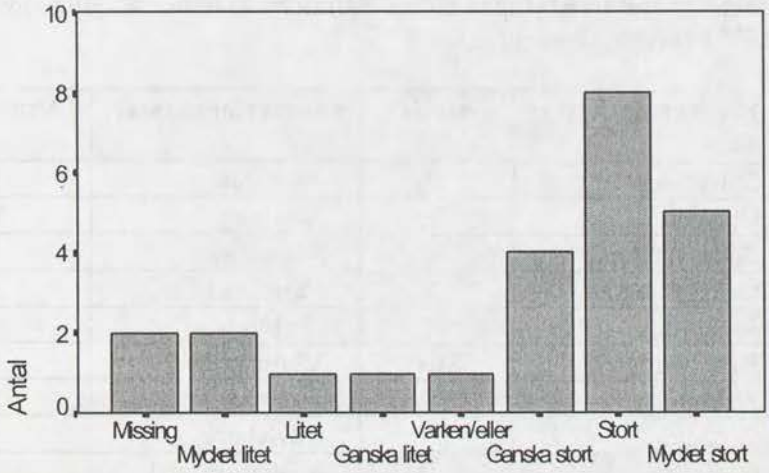
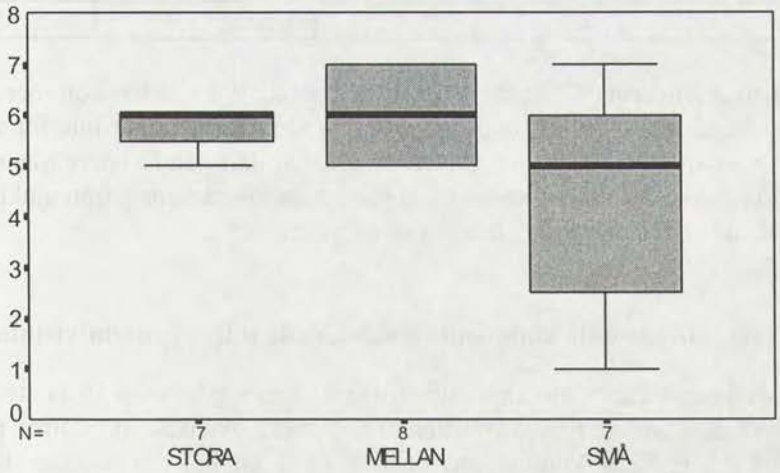


Diagram 6 Kassornas framtida behov. Median och spridning.



Kommentarer: Ovanstående båda diagram visar att kassorna bedömer att behoven av tidiga grundutredningar kommer att vara stort i framtiden. Medianen är 6 och medelvärdet 5,2. När det gäller medelvärdet skiljer sig stora och små kassor mycket åt, 5,7 resp 4,2. Någon jämförelse med dagsläget har inte gjorts eftersom denna tjänst inte annat än i mycket liten utsträckning funnits vid RFV's sjukhus hittills. De stora kassorna visar en mycket entydig bild medan de små visar en mycket stor spridning.

Tabell 2 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **tidiga grundutredningar** som i framtiden kommer att tillgodoses av RFV's sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel	Försäkringskassa	Andel
Stockholm	30	Bohuslän	0
Uppsala	50	Älvsborg	80
Södermanland	0	Skaraborg	0
Östergötland	?	Värmland	25
Jönköping	?	Örebro	80
Kronoberg	"Stor"	Västmanland	14
Kalmar	58	Dalarna	0
Gotland	?	Gävleborg	0
Blekinge	0	Västernorrland	?
Kristianstad	10	Jämtland	Ej svar
Malmöhus	?	Västerbotten	40
Halland	0	Norrbotten	0
		Göteborg	5

Kommentarer: 11 kassor räknar med att RFV's sjukhus kommer att få ta hand om en del av de tidiga grundutredningarna. 8 har inte för avsikt att nyttja sjukhusen och resten är osäkra, däribland Östergötland och Jönköping. Vissa av kassorna anger en behovstäckning från sjukhusen på hela 80% och Stockholms-kassan svarar 30%.

Sammanfattande kommentarer avseende tidiga grundutredningar:

Med tanke på att kassorna allmänt sett anser sig komma att få stora behov av den här typen av utredningar pekar ovanstående siffror på att RFV's sjukhus kommer att behöva satsa en hel del resurser för att kunna tillgodose kassornas behov. Här tycks finnas goda utvecklings-

möjligheter för sjukhusen. En förutsättning för att lyckas är att man kan undvika långa väntetider.

9.3 Fibromyalgiutredningar

Diagram 7 Kassornas behov idag av **fibromyalgiutredningar**.

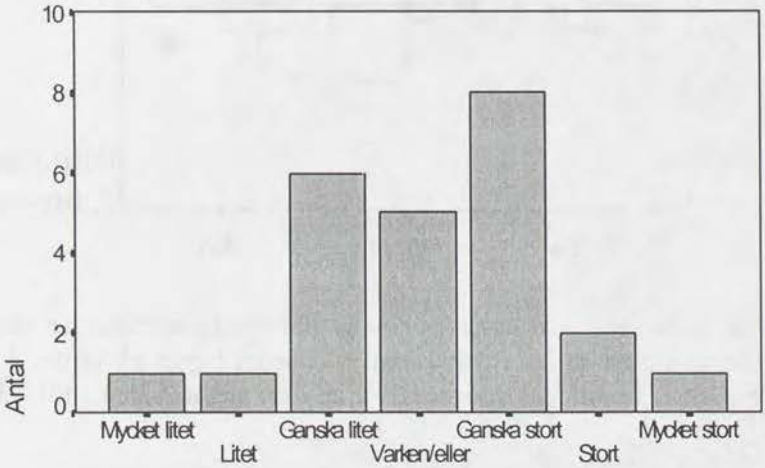


Diagram 8 Kassornas behov i framtiden av **fibromyalgiutredningar.**

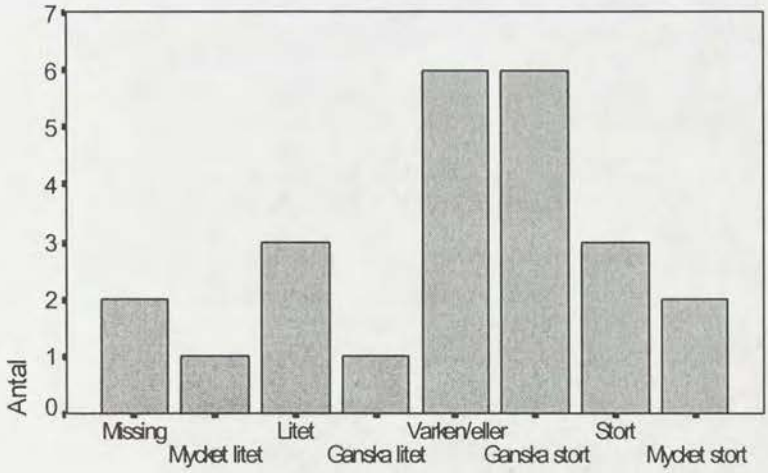
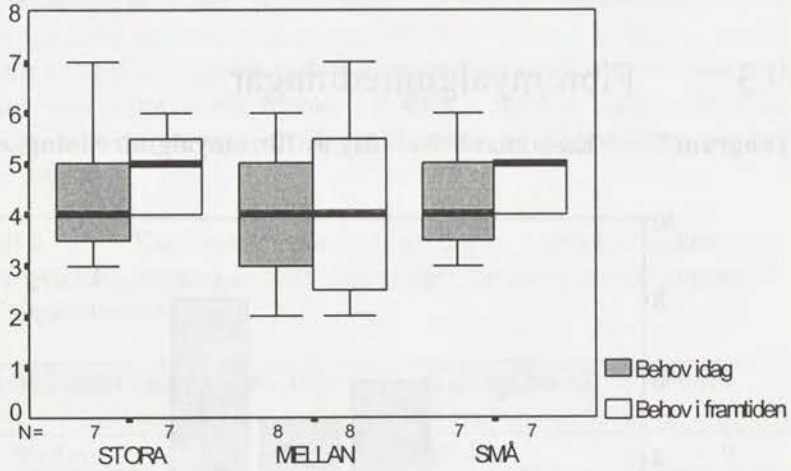


Diagram 9 Förändring av kassornas behov. Median och spridning.



Kommentarer: Kassornas behov av fibromyalgiutredningar förändras inte nämnvärt enligt enkätsvaren. Medianen ligger på värdet 4 (idag) resp 4,5 (i framtiden) och medelvärdet ökar något, från 4,2 till 4,3.

Tabell 3 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **fibromyalgiutredningar** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	20	25	10	
Uppsala	10	30	20	
Södermanland	50	0		50
Östergötland	0	?		
Jönköping	70	70		
Kronoberg	?	?		
Kalmar	51	49		2
Gotland	5	5		
Blekinge	1	0		1
Kristianstad	5	10	5	
Malmöhus	3	?		
Halland	15	0		15
Bohuslän	0	0		
Älvsborg	20	30	10	
Skaraborg	5	5		
Värmland	25	20		5
Örebro	10	25	15	
Västmanland	39	41	2	
Dalarna	0	0		
Gävleborg	0	0		
Västernorrland	5	?		
Jämtland	Ej svar			
Västerbotten	30	30		
Norrbotten	5	0		5
Göteborg	10	20	10	

Kommentarer: Som framgår ovan finns det sju kassor som bedömer att sjukhusens andel av fibromyalgiutredningar kommer att öka i framtiden, medan sex kassor bedömer att en minskning blir aktuell. Bland de kassor som anar en liten ökning finns Stockholm.

Sammanfattande kommentarer avseende fibromyalgiutredningar:

Ovanstående redovisning ger inte underlag för något ställningstagande i syfte att förändra resurserna för fibromyalgiutredningar. Kassornas remisser tycks förbli i stort sett oförändrade till antalet.

9.4 Halsryggsutredningar

Diagram 10 Kassornas behov idag av **halsryggsutredningar**

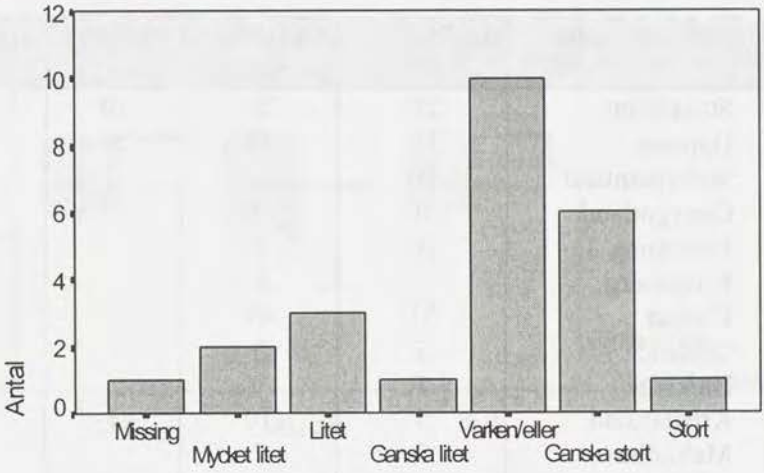


Diagram 11 Kassornas behov i framtiden av **halsryggsutredningar**

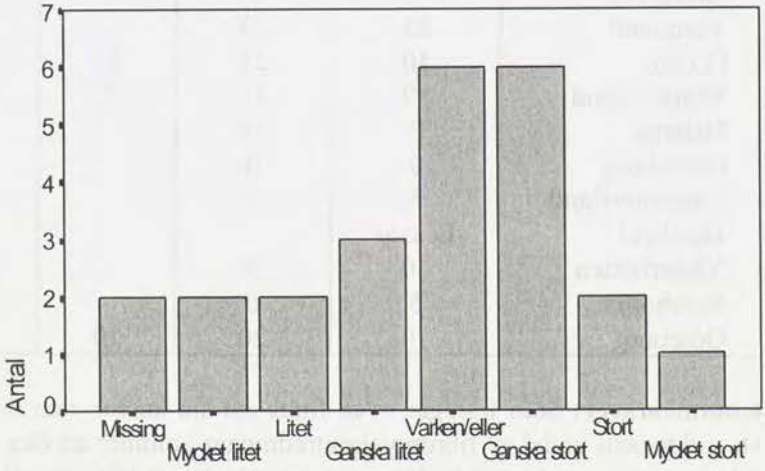
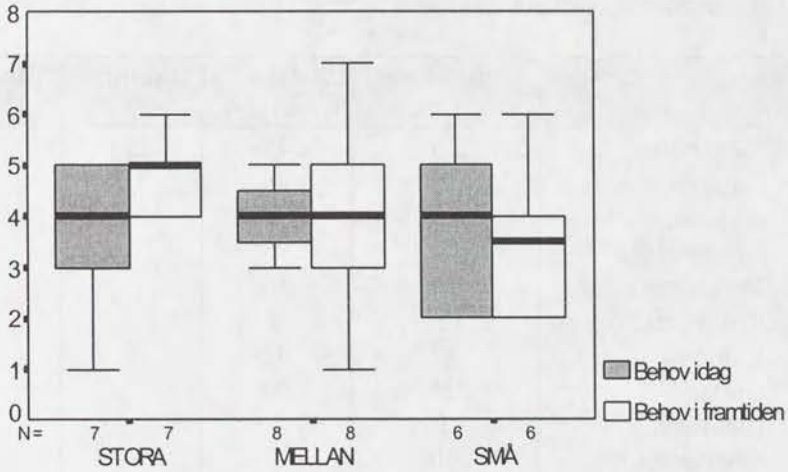


Diagram 12 Förändring av kassornas behov. Median och spridning.



Kommentarer: Medianen (4) är oförändrad. Medelvärdet höjs obetydligt från 3,9 till 4,0 beroende på att de "stora" kassorna anger en viss ökning.

Tabell 4 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **halsryggsutredningar** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	20	45	25	
Uppsala	10	0		10
Södermanland	20	0		20
Östergötland	5	?		
Jönköping	10	10		
Kronoberg	?	?		
Kalmar	37	42	5	
Gotland	20	20		
Blekinge	1	0		1
Kristianstad	10	5		5
Malmöhus	0	?		
Halland	10	0		10
Bohuslän	0	0		
Älvsborg	10	30	20	
Skaraborg	0	0		
Värmland	15	15		
Örebro	10	25	15	
Västmanland	16	24	8	
Dalarna	0	0		
Gävleborg	0	0		
Västernorrland	5	?		
Jämtland	Ej svar			
Västerbotten	10	20	10	
Norrbotten	0	5	5	
Göteborg	5	5		

Kommentarer: Något fler kassor tror på en ökad andel för RFV´s sjukhus jämfört med dem som tror på en minskning. Genom att Stockholm bedömer att en kraftig ökning kan bli aktuell torde sjukhusens relativa andel av det totala antalet utredningar komma att öka.

Sammanfattande kommentarer avseende halsryggsutredningar:

Med tanke på att det totala behovet bedöms bli i stort sett oförändrat och att sjukhusens relativa andel kan komma att öka något blir slutsat-

sen att en liten ökning av antalet remisser från kassorna skulle kunna förväntas.

9.5 Psykosociala utredningar

Det bör observeras att kassornas bedömning av framtida behov av dessa utredningar av misstag inte kommit med i samband med att enkäten togs fram. Ett antal kassor har emellertid påpekat behov av psykosociala utredningar under det fria svarsalternativet avseende utredningar.

Diagram 13 Kassornas behov idag av **psykosociala utredningar**

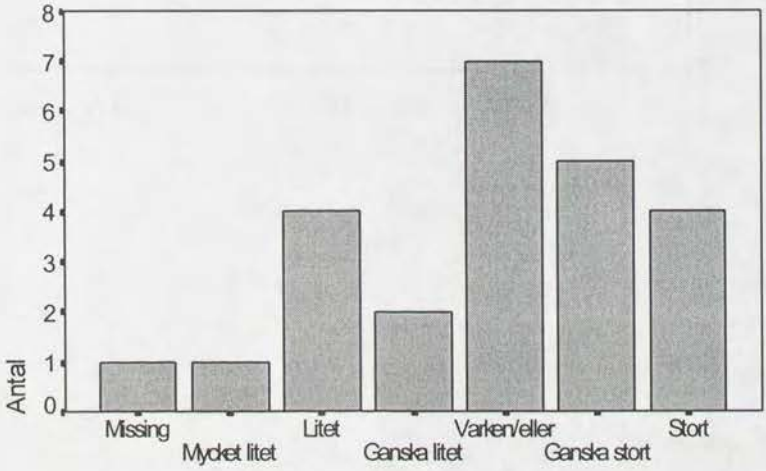
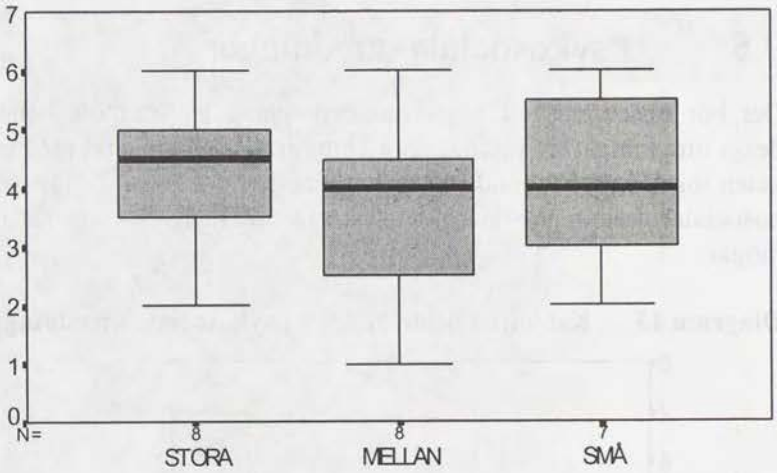


Diagram 14 Kassornas behov idag av **psykosociala utredningar.** Grupper av kassor.



Tabell 5 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **psykosociala utredningar** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	10	20	10	
Uppsala	10	30	20	
Södermanland	10	0		10
Östergötland	0	?		
Jönköping	0	0		
Kronoberg	?	?		
Kalmar	20	44	24	
Gotland	0	0		
Blekinge	1	0		1
Kristianstad	5	10	5	
Malmöhus	0	?		
Halland	10	0		10
Bohuslän	0	0		
Älvsborg	10	20	10	
Skaraborg	5	5		
Värmland	10	10		
Örebro	0	0		
Västmanland	7	29	22	
Dalarna	5	5		
Gävleborg				minskar
Västernorrland	0	?		
Jämtland	Ej svar			
Västerbotten	20	20		
Norrbotten	5	5		
Göteborg	5	10	5	

Kommentarer: Med reservation för att kassorna inte bedömt de totala framtida behoven bör man ändå kunna dra den slutsatsen att sjukhusens roll när det gäller psykosociala utredningar kan komma att öka något. Kunskaperna om att psykosociala faktorer har stor betydelse för sjukskrivning och rehabilitering ökar successivt och detta borde i sig innebära att behovet av att utreda dessa faktorer ökar.

9.6 Andra behov av utredningar

Några behov av andra typer av utredningar har anmälts av kassorna när det gäller de närmaste åren framöver. Det som framkommit är behov av psykiatriutredningar, missbruksutredningar, el-allergiutredningar, "kulturella" utredningar, "trötthetsutredningar", smärtutredningar, teambedömningar, fördjupad grundutredning samt utredningar vid diagnostiska centra.

Härutöver har ett antal kassor påtalat behovet av psykosociala utredningar, vilka dock belyses.

Någon samlad uppfattning när det gäller kassornas förväntade behov av andra typer av utredningar framkommer inte av enkätsvaren. I inget fall är det fler än tre kassor som pekat på samma behov.

Kassornas svar tyder inte på att RFV's sjukhus förväntas få någon omfattande roll när det gäller att tillgodose ovanstående utredningsbehov. Det är i stort sett endast Stockholmskassan som angivit att sjukhusen bedöms komma att spela en roll i detta sammanhang. I övrigt tycks man räkna med att behoven skall kunna tillgodoses "på hemmaplan".

9.7 Överviktsrehabilitering

Diagram 15 Kassornas behov idag av **överviktsrehabilitering**

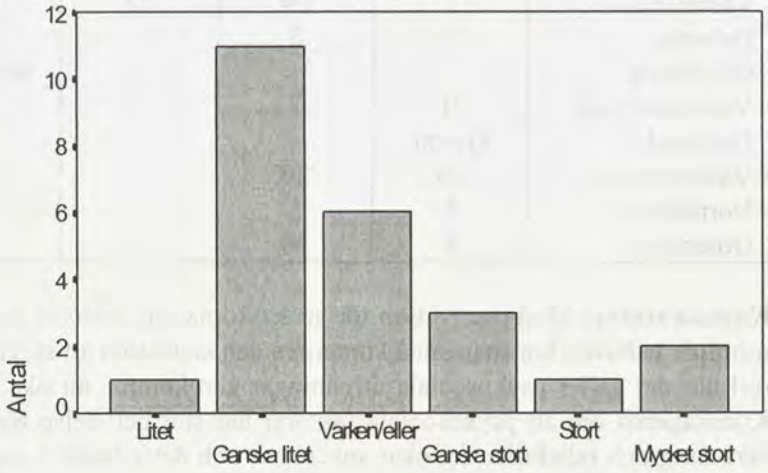


Diagram 16 Kassornas behov i framtiden av **överviktsrehabilitering**

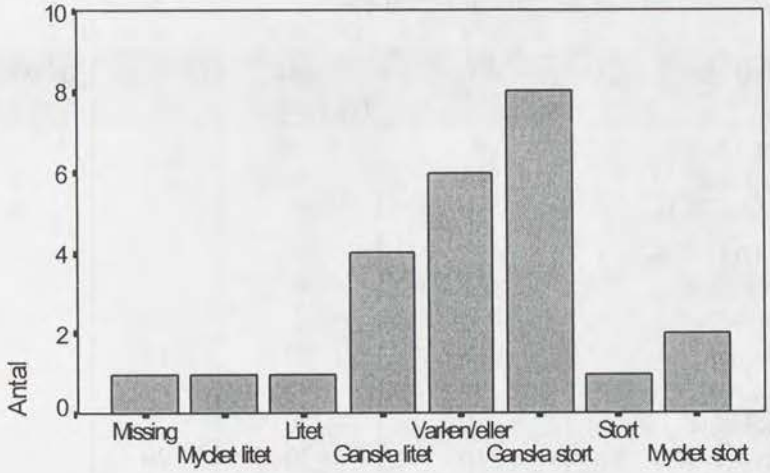
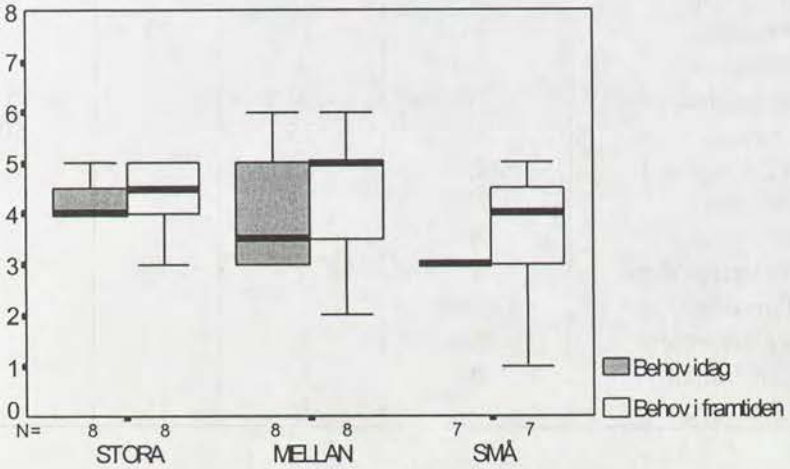


Diagram 17 Förändring av kassornas behov. Median och spridning.



Kommentarer: Här finns en tendens att kassorna tror att behovet av överviktsrehabilitering kommer att öka i framtiden. Överviktens inverkan på sjukskrivning och dess negativa betydelse för rehabiliteringsarbetet påtalas alltmer i olika sammanhang varför kassornas svar inte är överraskande. Medelvärdet av kassornas svar ökar från 3,9 till 4,3.

Tabell 6 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **överviktsrehabilitering** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	40	40		
Uppsala	80	70		10
Södermanland	70	20		50
Östergötland	0	?		
Jönköping	80	80		
Kronoberg	?	?		
Kalmar	18	30	12	
Gotland	90	90		
Blekinge	50	50		
Kristianstad	10	30	20	
Malmöhus	3	?		
Halland	0	0		
Bohuslän	0	0		
Älvsborg	10	30	20	
Skaraborg	5	5		
Värmland	35	30		5
Örebro	75	25		50
Västmanland	49	49		
Dalarna	25	25		
Gävleborg	90	90		
Västernorrland	?	?		
Jämtland	Ej svar			
Västerbotten	20	20		
Norrbotten	20	10		
Göteborg	5	20	15	

Kommentarer: Fyra kassor bedömer att sjukhusens roll kommer att minska för denna patientgrupp och fyra att den kommer att öka. De som tror på en minskning räknar i första hand med att landstingen tar över ansvaret för denna rehabiliteringsform. Med tanke på kassornas varierande storlek och nuvarande patientflöde går det inte att med hjälp av ovanstående tabell påvisa någon säker tendens när det gäller hur stor andel av överviktsrehabiliteringen som sjukhusen förväntas svara för framgent.

Sammanfattande kommentarer avseende överviktsrehabilitering:

Eftersom kassorna totalt sett bedömer att behoven av överviktsrehabilitering kommer att öka de närmaste åren och att inga större förändringar kan utläsas när det gäller sjukhusens andel blir slutsatsen att man möjligen kan förvänta sig ett ytterligare något ökat tryck från kassorna när det gäller remisser av överviktiga försäkrade.

9.8 Hjärtrehabilitering

Diagram 18 Kassornas behov idag av **hjärtrehabilitering**

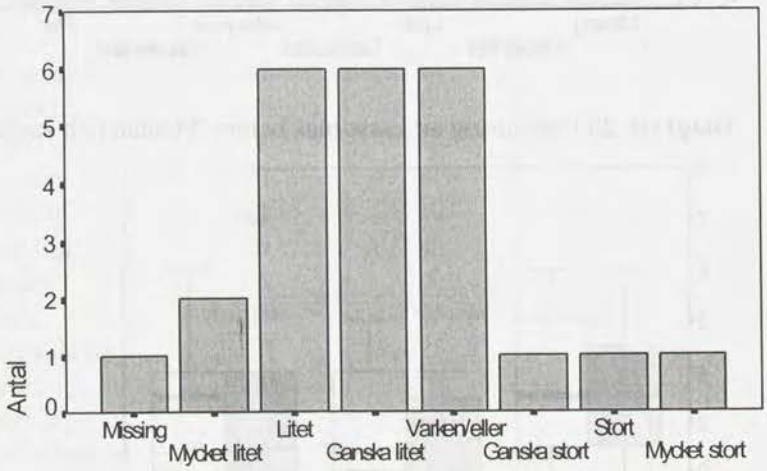


Diagram 19 Kassornas behov i framtiden av **hjärtrehabilitering**

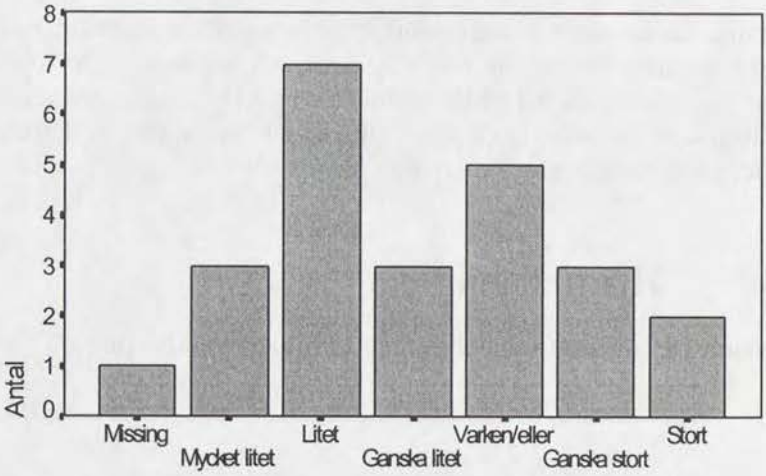
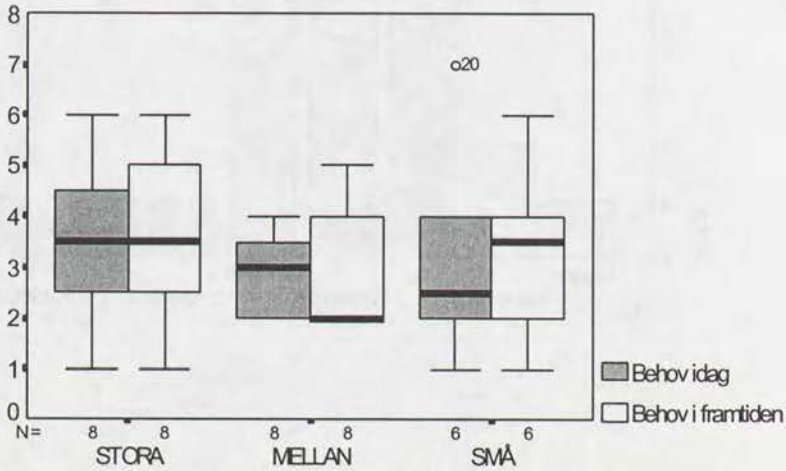


Diagram 20 Förändring av kassornas behov. Median och spridning.



Kommentarer: Medelvärdena ligger på 3,2 såväl idag som i framtiden, alltså relativt lågt i förhållande till andra tjänster.

Tabell 7 Kassornas bedömning av hur stor andel av behoven av **hjärtrehabilitering** som tillgodoses av resp kommer att tillgodoses av Riksförsäkringsverkets sjukhus. Procent.

Försäkringskassa	Andel i dag	Andel i framtiden	Ökning	Minskning
Stockholm	25	30		5
Uppsala	20	50	30	
Södermanland	10	0		10
Östergötland	?	?		
Jönköping	5	5		
Kronoberg	0	0		
Kalmar	1	0		1
Gotland	10	10		
Blekinge	1	0		
Kristianstad	0	0		
Malmöhus	0	?		
Halland	0	0		
Bohuslän	0	0		5
Älvsborg	0	10	10	
Skaraborg	0	0		
Värmland	5	5		
Örebro	10	25	15	
Västmanland	21	25	4	
Dalarna	5	5		
Gävleborg	0	0		
Västernorrland	5	?		
Jämtland	Ej svar			
Västerbotten	0	0		
Norrbotten	0	0		
Göteborg	5	5		

Kommentarer: Ett stort antal kassor ser inget behov av RFV´s sjukhus när det gäller hjärtrehabilitering.

Sammanfattande kommentarer avseende hjärtrehabilitering:

Kassorna ser inte denna fråga som något stort bekymmer för framtiden. Sjukhusen bör kunna spela en viss roll, liksom idag. Sannolikt inga stora förändringar av remissinflödet med tanke på enkätsvaren.

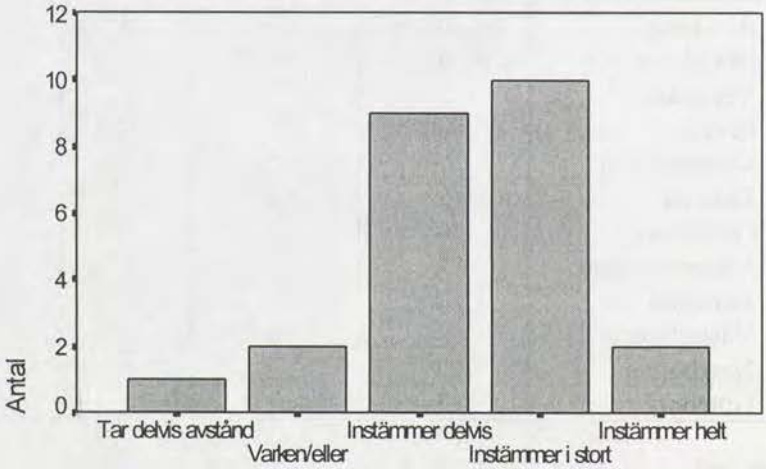
9.9 Andra behov av rehabilitering

Följande behov av andra former av rehabilitering har framkommit. Mobbingrehabilitering, smärtrehabilitering, rehabilitering av personer med sammansatta problem, "jag-stärkande" rehabilitering, invandrarrehabilitering, konditionsförbättring, yrkesinriktad träning, rehabilitering av s k samsjukdomar.

Det är endast enstaka (högst tre) kassor som pekat på samma behov. När det gäller RFV-sjukhusens förväntade roll i dessa sammanhang blir den obefintlig enligt enkätsvaren.

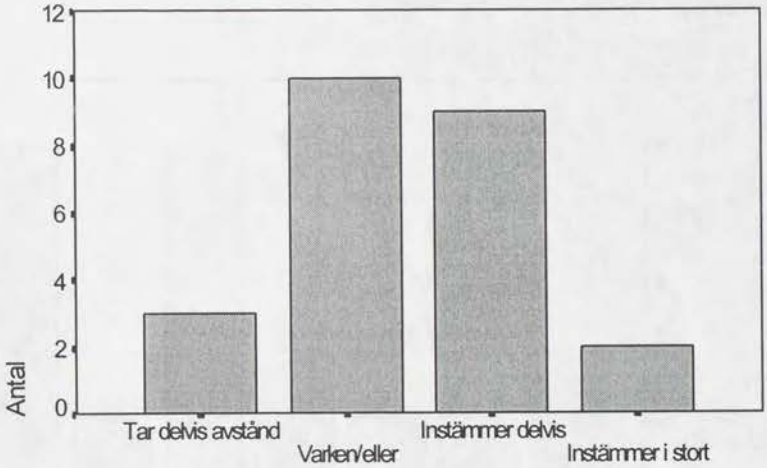
9.10 Ytterligare något om patientverksamheten

Diagram 21 Sjukhusen lämnar **rekommendationer** som är mycket användbara för kassan i det fortsatta arbetet.



Kommentarer: Mycket gott betyg! Medelvärde 5,4. Frågeställningen avsåg om rekommendationerna var mycket användbara. Marginell skillnad i svaren mellan hög och lågutnyttjarna.

Diagram 22 Kassans erfarenhet är att **de flesta patienterna är nöjda** med sjukhusens insatser.



Kommentarer: Medelvärdet är 4,4. Märkligt är att de stora kassorna har det lägsta medelvärdet (4,0) och de små det högsta (4,7). Borde det inte vara tvärtom?

9.11 Utveckla metoder för kartläggning

Diagram 23 Kassornas behov idag av att **kartläggningsmetoder** utvecklas

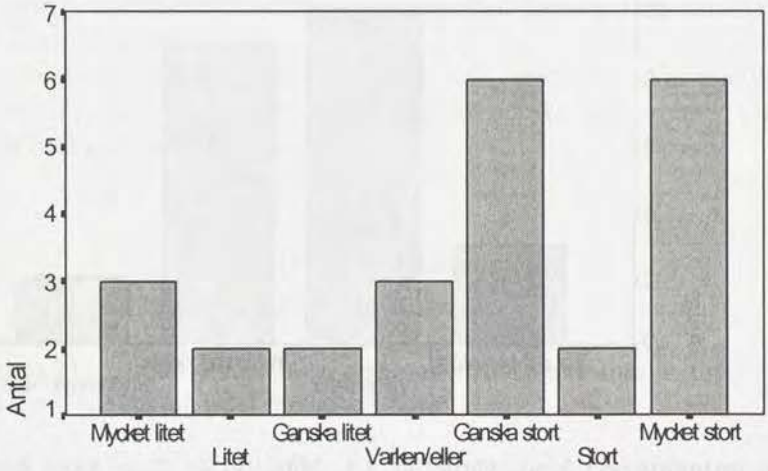
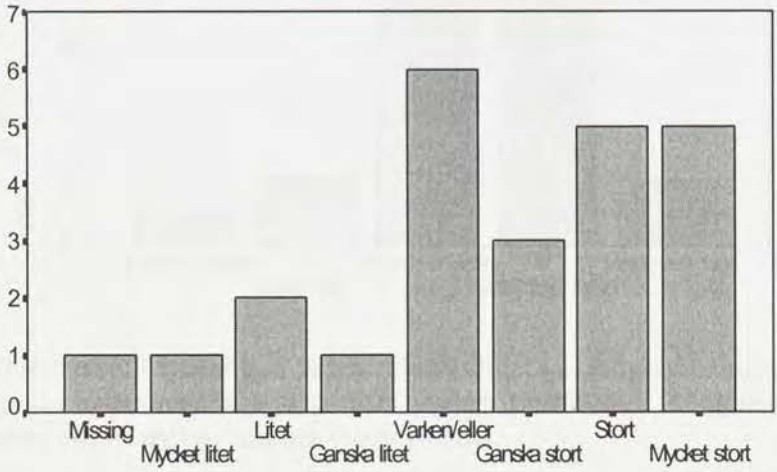


Diagram 24 Kassornas behov i framtiden av att **kartläggningsmetoder**
utvecklas



Kommentarer: Behoven av att utveckla kartläggningsmetoder ökar något, från 4,5 till 4,9. Det är de kassor som idag nyttjar sjukhusen minst som svarar för ökningen. Kassorna har inte ombetts att svara på hur de ser på RFV-sjukhusens roll i detta avseende. Vem som utvecklar

metoderna torde för kassorna vara ointressant, huvudsakligen är att det görs. RFV's sjukhus har markerat ett stort intresse för detta område och det finns förmodligen goda möjligheter att kunna spela en framskjuten roll förutsatt att man intesifierar samverkan med kassorna.

9.12 Strategier för att förkorta rehabprocessen

Diagram 25 Kassornas behov idag av att utveckla **strategier för att förkorta rehabprocessen**

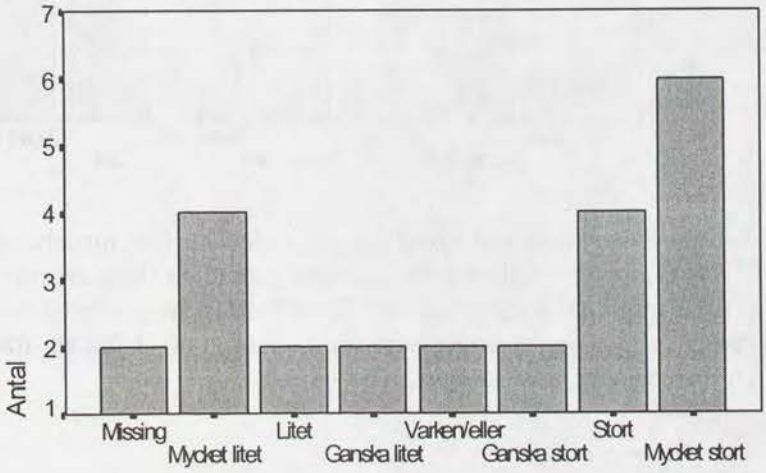
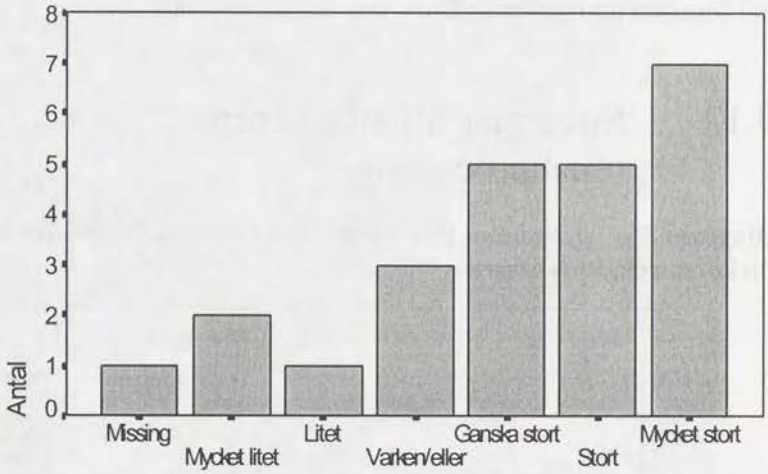


Diagram 26 Kassornas behov i framtiden när det gäller utveckling av **strategier för att förkorta rehabprocessen**



Kommentarer: Behoven inom detta område ökar från medelvärdet 4,5 till 5,2. Gruppen "mellankassor" avviker genom att ligga avsevärt lägre på båda frågorna. Liksom när det gäller kartläggningsarbetet torde det även här finnas goda möjligheter för sjukhusen att "hålla sig framme" och försöka tillgodose kassornas behov.

9.13 Prediktorer för långvarig sjukskrivning

Diagram 27 Kassornas behov idag att det forskas kring **prediktorer för långvarig sjukskrivning**

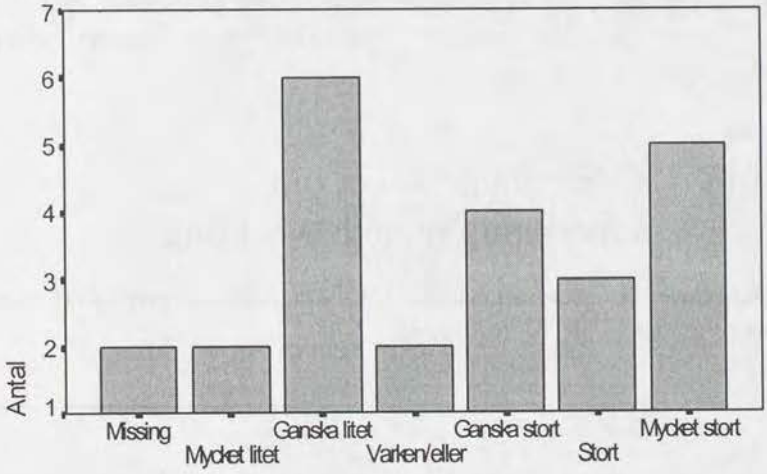
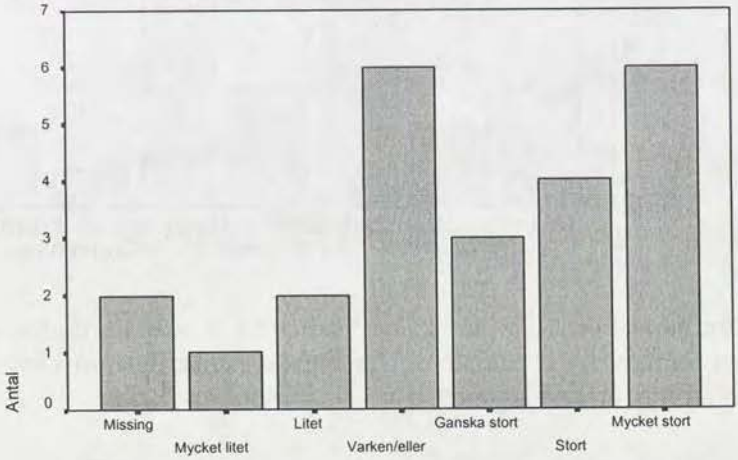


Diagram 28 Kassornas behov av att det i framtiden forskas kring **prediktorer för långvarig sjukskrivning**



Kommentarer: Medelvärdet stiger från 4,6 till 5,0. Även här ligger "mellankassorna väsentligt lägre än övriga. RFV´sjukhus torde även i detta utvecklingsarbete ha utrymme för offensiva satsningar.

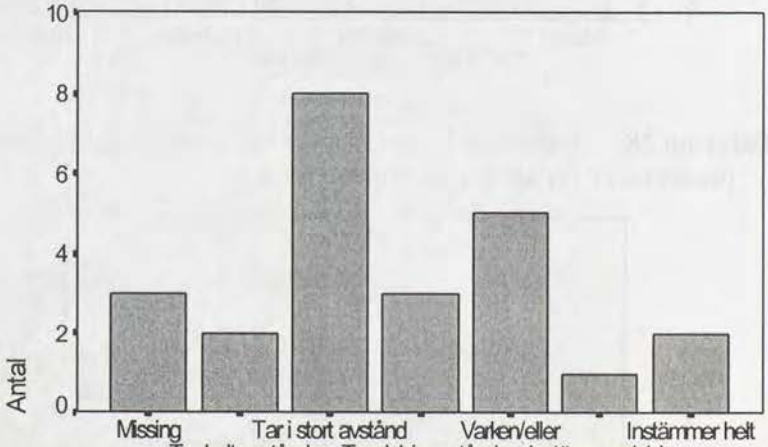
9.14 Andra behov av metodutveckling

Att utveckla rehab-metoder, vidareutveckla grundutredningarna, förebygga ohälsa, hinderanalys, att föra samtal - tydliggöra den försäkrades val är områden som kassorna pekat på när det gäller framtida behov.

Det rör sig om enstaka förslag, alltså inget massivt behov från många kassor.

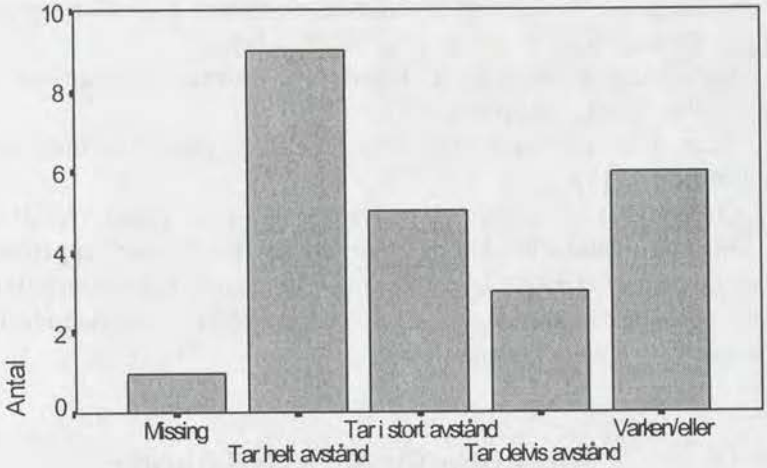
9.15 Ytterligare något om forskning/metodutveckling

Diagram 29 Kassan känner till flera **forskningsresultat** som presenterats av RFV´s sjukhus.



Kommentarer: Kassorna känner dåligt till forskningsresultat som tagits fram av RFV-sjukhusen. Här finns uppenbarligen mycket att göra för att förbättra situationen.

Diagram 30 Kassan använder sig ofta av **kunskaper** som förvärvats via FoU-arbete vid RFV's sjukhus.



Kommentarer: Ingen kassa uppger att man ofta använder sig av kunskaper som förvärvats vid sjukhusen. Även här finns uppenbara förbättringsmöjligheter!

9.16 Utbildning för FK-personal i försäkringsmedicin

Ingen kassa anmäler ett stort behov (25% eller mer) av RFV-sjukhusens medverkan vid utbildning för kassapersonal i försäkringsmedicin.

Följande anger ett måttligt eller litet (<25%) behov.

Stockholm, Uppsala, Halland, Älvsborg, Värmland och Västmanland. (6)

Av övriga (18) kassor anger de flesta att man inte har behov av sjukhusen i detta sammanhang, några har avstått från att svara.

Denna tjänst tycks sålunda inte komma att bli efterfrågad i någon större utsträckning i framtiden. Sannolikt klarar kassorna det mesta på hemmaplan med hjälp av försäkringläkare eller läkare m fl personalkategorier från landstingen.

9.17 Utbildning för försäkringsläkare

När det gäller utbildning för försäkringsläkare i försäkringsmedicin anger följande kassor ett litet eller måttligt behov:

Stockholm, Östergötland, Jönköping, Kalmar, Kristianstad, Älvsborg, Värmland, Gävleborg och Göteborg. (9)

Stort behov aviserar Uppsala, Halland, Örebro, Västmanland och Västerbotten. (5)

Övriga (10) har inga behov, eller - i några fall - avstår från att svara.

Försäkringsläkarutbildningen är en ny tjänst som uppenbarligen kommer att efterfrågas från kassorna. Härigenom ökar naturligtvis försäkringsläkarnas kompetens att i sin tur bedriva motsvarande utbildningar på den egna kassan.

9.18 Utbildning för SFN-ledamöter

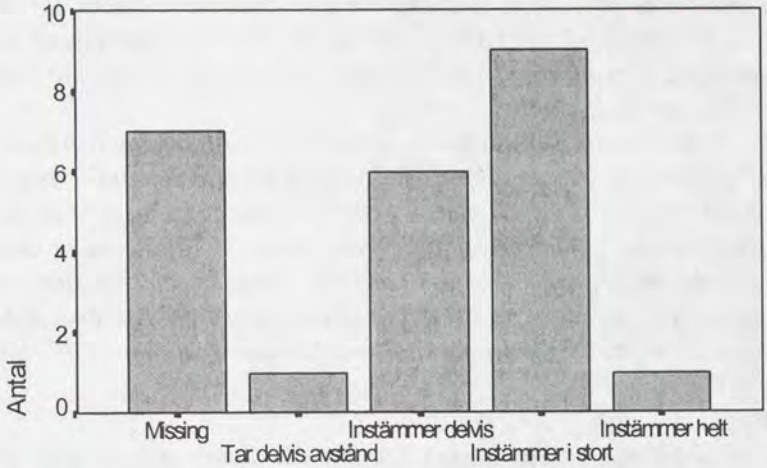
Följande kassor anmäler stora behov: Blekinge, Värmland och Västmanland. (3)

Dessa har små eller måttliga behov: Stockholm, Uppsala, Södermanland, Östergötland, Jönköping, Kristianstad, Halland, Älvsborg, Skaraborg, Örebro och Göteborg. (11)

Övriga (10) vet ej eller har inga behov.

Att kassorna i många fall ställer sig positiva till att sjukhusen även i fortsättningen skall utbilda ledamöter i SFN har säkert sin förklaring i hur man hittills skött detta - se nedanstående tabell med kommentarer.

Diagram 31 Kassan bedömer att de **utbildningsinsatser** som RFV´s sjukhus tillhandahållit för **SFN-ledamöter** varit av mycket hög kvalitét.



Kommentarer: Observera att den höga stapeln till vänster avser "missing", dvs sju kassor har inte svarat. Sannolikt rör detta sig om kassor som inte utnyttjat denna tjänst.

Liksom tidigare frågor av "betygskaraktär" har även här begreppet mycket hög kvalitét ingått i frågeställningen. Trots detta höga krav ligger medelbetyget på 5,6. En kassa tar delvis avstånd, i övrigt är man positiv i olika grad.

9.19 Andra behov av utbildning

Frånsett utbildning i STRUT (Strukturerad UTredningsmetodik) har inte några nya framtida utbildningsbehov arrangerade av RFV-sjukhusen uppgivits vara aktuella.

10 Kommentarer från kassor som under senare år förändrat sitt remissmönster

Nedan följer kommentarer från de försäkringskassor som ombetts berätta om varför de ökat eller minskat antalet remisser till sjukhusen under de senaste åren.

Stockholm

Beträffande den för kassan i Stockholm särskilda frågeställningen om varför antalet remisser minskat så vill vi framhålla att detta inte är något utslag för någon medveten strategi från vår sida. Vi har inte fått mer än någon enstaka signal om att kvalitén på sjukhusens tjänster skulle ha försämrats och de enskilda kontoren upplever inte heller att antalet remisser skulle ha minskat.

Att Stockholmskassan har minskat sina remisser tror vi främst beror på att det i Stockholm uppstått så många privata rehabiliteringsproducenter med vilka vi har mer än 100 ramavtal. Dessa producenter har också många gånger skaffat sig kompetens för att kunna ta emot försäkrade med språk/kulturproblem. Förmodligen har det stora antalet privata producenter tyvärr också inneburit att en viss överetablering har skett med risk för att enskilda producenter kan komma att slås ut.

Uppsala

Vi bedömer att den ökning som skett av antal remisser från vårt län beror på att utredningarna är av god kvalitet.

Östergötland

Östergötland är en av de kassor som minskat efterfrågan på RFV's tjänster, vilket inte skall tolkas som kassan har enbart negativa erfarenheter av de tjänster som utförts i Tranås. De långa väntetiderna upplevs dock som en klar nackdel. Den snabbfil som fanns för Fibromyalgipatienter var mycket uppskattad av handläggarna i Östergötland - dock var ju de ekonomiska förutsättningarna inte helt enkla att reda ut, men det löste sig på ett godtagbart sätt.

Kalmar

- *Behovet av Tranås har ökat när medel för köp av yrkesinriktade tjänster minskar.*
- *Tranås har blivit bättre. Dom jobbar hårt och vi märker att de vill förbättra sig. Vi får bättre utlåtanden.*
- *Vi vill numera ha bättre underlag för beslut om sjukpenning och F/sjb. Tranås är då ett bra alternativ många gånger.*

Älvsborg

Kassan hade ombetts kommentera den minskning av antalet remisser som skett under perioden 1993--1995. Därefter har emellertid en ökning skett och ett intensifierat samarbete (se nedan) varför frågan inte längre kan anses relevant för just den kassan.

Västernorrland

Denna kassa hade ombetts kommentera ökningen under åren 1993--1995. Emellertid hade antalet remisser minskat 1996 och dessutom ifrågasätter kassan riktigheten i de siffror som redovisats av sjukhusen när det gäller antalet inkomna remisser 1995. Man anger som tänkbar förklaring till detta att sjukhusen möjligen kan ha medräknat de remisser som inkommit från Hälso- och sjukvården i länet. Någon kommentar till ökningen åren 1993--1995 har därför inte lämnats.

11 Övriga kommentarer från kassorna

Kassorna lämnades möjlighet att avge "fria" kommentarer rörande RFV:s sjukhus i Tranås och Nynäshamn. De synpunkter som framkommit och som har anknytning till utredningsuppdraget och enkäten är i huvudsak följande.

Stockholm

Vad många handläggare idag önskar sig är ökade möjligheter att få hjälp med medbedömningar tidigt i sjukfallen. Detta har ofta visat sig svårt att få och det har även många gånger omöjliggjorts därför att medbedömaren begärt betalning för sina utlåtanden med belopp som kassan inte anser sig kunna betala. Detta är ett problem som vi delar med många andra kassor som liksom vi försökt att lösa detta inom ramen för tillfälliga projekt t ex av typen diagnostiska centra. Ofta har detta kommit till stånd med hjälp av Dagmarmedel. En mera permanent lösning vore önskvärd och här tror vi att RFV:s sjukhus kan spela en stor framtida roll om de kan erbjuda snabba utredningar under någon eller några få dagar.

Vi har från kontoren fått synpunkter på att väntetiderna upplevs som långa.

Till sist vill vi nämna att vi tror att våra behov av sjukhusens tjänster i framtiden kan komma att öka om de särskilda medel som idag finns för köp av tjänster kommer att upphöra eller kraftigt minskas.

Uppsala

Det framtida behovet av tidig bedömning ser vi som mycket angeläget. Den verksamhet som enligt presentation är under uppbyggnad avseende tidiga grundutredningar som omfattar två veckor bör prioriteras. Behov finns att ytterligare utveckla verksamheten med bedömning omfattande kortare tid än två veckor.

Väntetider vid remiss för patienter med fibromyalgi och övervikt har varit ett problem. Dessa patientgrupper behöver snabbt omhändertagande för en fortsatt lyckad rehabilitering. Vad avser patienter med övervikt måste någon form av fortsatt organiserad stöttning ske efter utskrivning från sjukhuset.

Det är inte tillräckligt med uppföljning efter 5 månader med tre veckors vistelse på sjukhuset och därefter en tvåårsuppföljning. Någon form av kontakt bör ske mellan sjukhuset och hemlandstinget om inrättande av stödgrupp under mellanliggande tider. Risken är annars att patienten återfaller i tidigare mönster efter utskrivning.

Södermanland

Som allmän synpunkt inom kassan har framförts att väntetiderna på RFV:s sjukhus är för långa.

Östergötland

RFV:s sjukhus kan genomföra utbildning av ledamöter i socialförsäkringsnämnderna kundorienterat på resp kassa. Vi bedömer den efterfrågan mycket större.

Försäkringskassan i Östergötland kommer att vända sig till i första hand sjukvårdshuvudmannen. Blir behovet ej tillgodosett därigenom blir valet en leverantör med god kvalitet, kan vara RFV:s sjukhus, med relevant anknytning till den försäkrades livssituation, arbetsplats m m.

Jönköping

Vi har goda erfarenheter av fibromyalgiutredningarna och överviktsrehabiliteringen på RFV:s sjukhus. Visserligen är det lång väntetid till överviktsprogrammet, men uppföljningen är bra och vi har sett ett gott resultat. Vi har även goda erfarenheter av hjärtrehabilitering på RFV:s sjukhus.

Vi upplever att väntetiden till RFV:s sjukhus, som kan variera mellan två och sju månader, är ett mycket stort problem för kassan. Det är ett starkt önskemål att få kortare tid till intagning.

Det verkar finnas ett stort intresse för de tidiga grundutredningarna på två veckor.

Vi upplever att underlagen och rekommendationerna de senaste åren har blivit bättre och mer realistiska än tidigare.

Vi har fått blandade synpunkter från patienterna - en del positiva andra negativa. En återkommande synpunkt är att vistelsen medför mycket "dötid" det vill säga väntetid och upplevd passivitet under utredningstiden.

Kronoberg

Utöver vad som framkommer i enkäten vill vi poängtera att det är vår bedömning att de fibromyalgiutredningar som utförts i Tranås är av mycket god kvalitet. Att det förhåller sig på detta sätt kommer fram i många olika sammanhang, inte minst i de samtal vi har med de försäkrade. Vi har också den erfarenheten att den överviktsrehabilitering som erbjuds vid sjukhuset i Tranås är effektiv och genererar goda resultat. Tyvärr har alltid väntetiderna till denna rehabilitering varit långa (6-12 mån). Kanske kan man lägga in ett eller två informerande förbesök under väntetiden om denna är oundviklig?

Vi tycker att det vore önskvärt med en ordentlig informationskampanj från sjukhusets sida. Inte minst gäller detta de halsryggsutredningar som erbjuds. Vår bedömning är att informationen rörande dessa inte når ut till oss på ett tillfredsställande sätt.

När det gäller de allmänna utredningarna vill vi påpeka att dessa ej bör innehålla förslag på försäkringsförmån. Denna uppgift efterfrågas inte och det är den enskilde försäkringstjänstemannen eller socialförsäkringsnämnden som beslutar i dessa frågor. Finns det inte samstämmighet mellan läkarens och kassatjänstemannens bedömning uppstår onödigtvis en situation som av den försäkrade kan upplevas som förvirrande.

I februari 1997 var väntetiden på en tidig grundutredning 2 mån. Detta är för lång tid om det skall vara fråga om en tidig grundutredning. Längre väntetid än en månad tycker vi inte är rimlig.

Gotland

Vi tror dock att arbetet inom Finsam/Socsam kommer att medföra en förstärkt lokal/regional tillgång i merparten av de områden som RFV:s sjukhus arbetar inom.

Det är önskvärt att RFV:s sjukhus redovisar resultat från uppföljningsbesöken.

Femte och sjätte veckan upplevs ofta som "onödig", det blir mycket "dötid" under sex veckor och perioden borde kunna komprimeras.

Den långa väntetiden till t ex fibro-utredning medför att vi tvingas välja en kanske mindre adekvat utredning för att över huvudtaget få in patienten till sjukhuset.

Kristianstad

Jag kan konstatera att det är stor spridning i skattningarna, särskilt när det gäller hur behoven tillgodoses idag och hur de kan tillgodoses i framtiden. Det tyder alltså på att våra lokalkontor har väldigt olika uppfattning om behovet av RFV:s sjukhus tjänster.

Sammantaget bedömer vi dock att tjänsterna utnyttjas i liten omfattning. I första hand försöker man finna lösningar lokalt.

Malmöhus

Malmöhuskassan anser att försäkringskassorna behöver fortsatt tillgång till de resurser som Riksförsäkringsverkets sjukhus tillhandahåller. Förutom de skäl som nämns i sjuk- och arbetsskadekommitténs betänkande, kan tilläggas att den patientgrupp som är aktuell vid sjukhuset ofta är lågprioriterad inom sjukvården och att det för behandling och bedömning av vissa patienter kan var av vikt att de under en tid kommer ifrån sin hemmiljö.

Ur rättssäkerhetssynpunkt kan det också vara värdefullt att Riksförsäkringsverket skulle kunna fungera som någon form av normgivare för särskilt svårbedömda fall. Dessa ärenden kan remitteras till RFV:s sjukhus när behov finns.

Bohuslän

Samarbete med försäkringskassan under utredningstiden är nästan obefintlig.

Sjukhuset utgick inte från försäkringskassans remiss vid flera tillfällen. Exempelvis har inte psykologbehandling genomförts.

Rekommendation från Tranås har oftast inte fört ärendet framåt.

Fakturering sker innan tjänsten är slutförd.

Älvsborg

Riksförsäkringsverkets sjukhus utgör idag en utomordentlig viktig resurs för socialförsäkringen – för de försäkrade och för socialförsäkringsadministrationen.

Under ett antal år var det inte någon koppling mellan de lokala försäkringskassorna och verkets sjukhus, men härvidlag har en stor förändring inträffat. Älvsborgskassan har utvecklat ett nära samarbete med riksförsäkringsverkets sjukhus avseende strukturerad rehabiliteringsutredning (grundutredning) och resultatet hittills är utomordentligt gott. Kassan får idag ett mycket bra underlag för att göra riktiga försäkringsmässiga beslut och också ett gott stöd i det fortsatta rehabiliteringsarbetet. Grundutredningen bygger på en strukturerad modell med tillvaratagande av aktuell vetenskaplig kunskap. Den rättsosäkerhet som tidigare åvilat kassans bedömningar har minskat påtagligt. Vi är mycket glada för det samarbete som utvecklats. I debatten om verkets sjukhus och även i de kartläggningar som gjorts, har man konkluderat att sjukhusets verksamhet kan ersättas av den ordinarie sjukvården. Våra erfarenheter är de motsatta. Sjukvården har inom ramen för sina prioriteringar alltmer kommit att "nedprioritera" kartlägg-

ning/utredning av de patientgrupper, som utifrån socialförsäkringens synvinkel har störst behov av kartläggning/utredning. Man har inte heller den kunskap om socialförsäkringen som behövs för att man ska kunna göra en adekvat bedömning av patentens behov utifrån socialförsäkringens premisser.

Älvsborgskassan anser det således utomordentligt viktigt att sjukhusen finns kvar, men det behövs en metodutveckling speciellt inom området grundutredning och program för patienter, som idag inte är prioriterade inom den normala sjukvården. Hit hör patienter med problem från rörelseorganen, existentiella problem med därav följande ohälsa etc. Området hjärtrehabilitering är relativt väl tillgodosett inom den ordinarie sjukvården. Sammanfattningsvis vill Älvsborgskassan således framhålla att vårt samarbete med Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås är av stor betydelse för vår verksamhet - att de försäkrade bedöms på ett rättssäkert och enhetligt sätt och att adekvata rehabiliteringsåtgärder genomförs. Kopia av samarbetsprojekt bifogas för kännedom. Bilaga 6)

Skaraborg

Med nuvarande inriktning är det svårt att se RFV:s sjukhus som en resurs för FK.

Skulle det däremot i en framtid bli möjligt med s k "FK-finansierad sjukvård" öppnar sig nya perspektiv. Då skulle RFV:s sjukhus plötsligt kunna ägna sig åt regelrätt sjukvård med ex-vis operationer utan väntetider och med minimal sjukskrivningstid m m.

Om "försäkringen" också höll sig med en specialiserad sjukvårdsorganisation skulle det också avlasta den landstingsbaserade vården plus att det skulle avlasta den ordinarie sjukvårdsapparaten svåra prioriteringssituationer. Naturligtvis uppstår i en sådan modell en diskussion om "klassindelad sjukvård" men den är mer hanterlig än om FK direkt köpte vård för sina försäkringsärenden hos respektive sjukhus m fl.

Västmanland

Behovet av RFV:s sjukhus ökar, då medlen till köp av tjänster och Dagmarprojekt bedöms minska.

Dalarna

Vår generella uppfattning är att antalet remisser från Dalarna har varit på tämligen konstant nivå de senaste åren och kan även med nuvarande förutsättningar i finansieringssystemen beräknas ligga på samma nivå.

Det framtida utnyttjandet av sjukhusen kommer att vara beroende av kommande politiska beslut som ger möjlighet att samverka med sjukvårdshuvudmannen enligt "Finsammodellen", varianter av Dagmarmedel etc.

Vårt yttrande om framtida behov skall därför ses i perspektiv av att sjukhusen idag används i begränsad omfattning av försäkringskassan i Dalarna.

Gävleborg

Som Du kan se har vi ingen självklar plats för RFV:s sjukhus i vår strategi för framtida utredning och rehabilitering. Detta efter att genomgripande ha försökt strukturera upp vårt arbete inför årets upphandling och utvecklingsarbete inom kassan.

Jämtland

Av våra åtta lokalkontor har två, trots påminnelse, inte besvarat enkäten. För de kontor som svarat är bedömningarna spridda över skalan eller i allt för stor omfattning besvarad med "vet ej". Det gäller framför allt frågorna om framtida behov.

Det är därför tyvärr svårt att egentligen avge något svar av värde varför vi avstår.

Västerbotten

Viktigt i framtiden är att få möjlighet till helhetsbedömningar och att de kan ske så nära hemorten som möjligt.

Norrbotten

Vi ser att behov finns och uppskattar detta till mellan 40– 50 remisser per år.

Norrbottens län har tecknat en del avtal med producenter som till vissa delar erbjuder ett liknande koncept som RFV:s sjukhus.

Göteborg

Ambitionen och kvaliteten på Tranås arbete ökar. Programmet/en blir mer flexibla. Allt bättre anpassning efter kassornas behov och önskemål. Försäkringskassan i Göteborg kommer sannolikt att öka sitt användande av Tranås möjligheter.

12 Slutord

Några avslutande reflektioner kan kanske vara på sin plats.

Det första man kan konstatera är att de flesta kassorna anser sig behöva RFV's sjukhus även de närmaste åren. Detta motsäger delvis vad RRV kom fram till i sin utredning.

När det gäller utredningsverksamheten tycks den komma att förbli på ungefär motsvarande nivå som idag med undantag av de tidiga grundutredningarna där man måste räkna med en kraftig ökning. Om tjänsten skall bli intressant krävs dock att väntetider minimeras så att det verkligen blir fråga om tidiga utredningar. Väntetider har av många kassor påtalats som ett problem med sjukhusens verksamhet.

Rehabilitering av överviktiga och hjärtsjuka tycks förbli en reguljär verksamhet vid sjukhusen om man vill leva upp till kassornas behov. Detta stämmer inte med ambitionerna att sjukhusen skall utveckla nya rehabiliteringsprogram och sedan sprida kunskaperna till framför allt sjukvårdshuvudmännen som då borde ta sitt ansvar för den aktuella patientgruppen. På sjukhusen skulle man då få utrymme för utveckling av rehabiliteringsprogram för andra grupper. Detta kan bli ett problem.

FoU-verksamheten är dåligt känd på kassorna. Här finns mycket att göra både när det gäller sådana kunskaper som kassorna själva bör använda sig av men också sådant som man bör sprida vidare till andra, exempelvis till läkare m fl inom sjukvården. Helt klart är att kassorna ser ökande behov av de FoU- satsningar som görs på sjukhusen. Det gäller för sjukhusen att inte isolera sig utan att bedriva arbetet ihop med kassorna (som nu görs mellan Tranås och Älvsborgskassan när det gäller STRUT). Likaså måste resultaten/erfarenheterna spridas effektivt.

När det slutligen gäller utbildningsverksamheten tycks de kassor som använt sig av SFN-utbildningen vara nöjda och vill fortsätta att nyttja denna tjänst. Utbildning för tjänstemän tycks däremot inte bli någon stor uppgift i framtiden, däremot kan försäkringsläkarna komma att bli en viktig målgrupp för sjukhusens utbildningsinsatser. Försäkringsläkarnas förutsättningar att i sin tur utbilda övriga tjänstemän borde därvid förbättras. Detta bör kunna vara ett område där RFV, kassorna och sjukhusen kan intensifiera ett utvecklingsarbete.

RFV-sjukhusens framtida organisering

En rapport till NYTRA-utredningen

Thomas Aronsson
Claes Malmquist

Innehållsförteckning

1 Inledning ... **199**

2 Uppdraget ... **199**

3 Tillvägagångssätt ... **201**

4 Verksamhet och resursåtgång ... **201**

4.1 Utredningar ... 202
4.2 Rehabiliteringsprogram ... 204
4.3 Summering utredningar och rehabiliteringsprogram ... 207
4.4 Metodutveckling ... 209
4.5 Forskning ... 209

5 Efterfrågans storlek ... **209**

6 Regionalisering ... **211**

7 Konkurrensneutralitet ... **213**

7.1 Utredningar ... 214
7.2 Rehabiliteringsprogram ... 216
7.3 Forskning och metodutveckling ... 216

8 Finansiering ... **217**

8.1 Forskning ... 217
8.2 Metodutveckling ... 217
8.3 Information, dokumentation m m ... 218
8.4 Utbildningar ... 218
8.5 Utredningar och behandlingsprogram ... 218

9 Huvudmannaskapet ... **219**

10 Förslag till organisation ... **222**

11 Kostnader för omstrukturering ... **224**

11.1 Total nedläggning ... 224

11.2 Partiell nedläggning av verksamheten 225
11.3 Uppstartningskostnader 225

12 Avslutning 225

Bilaga 227

1. Inledning

Regeringen tillsatte under våren 1997 en utredning för att undersöka och ge förslag angående Riksförsäkringsverkets (RFV) båda sjukhus i Tranås och Nynäshamn. Utredningen erhöll namnet NYTRA. Av den särskilda utredaren har vi fått i uppdrag att, utifrån ett ekonomiskt perspektiv, belysa några frågeställningar i anslutning till RFV-sjukhusens framtida organisering. Denna rapport är en redogörelse för de analyser och överväganden som vi gjort kring dessa frågeställningar.

Rapporten inleds med en redogörelse för hur vårt uppdrag varit formulerat, varefter vårt tillvägagångssätt kortfattat beskrivs. Rapporten fortsätter med att beskriva de väsentligaste delarna av sjukhusens nuvarande verksamhet och den resursåtgång som dessa medför. Vidare förs en diskussion om vilken potentiell efterfrågan som finns från försäkringskassorna på de tjänster som produceras inom RFV-sjukhusen.

Med detta som underlag analyseras vilka förutsättningar som finns för att regionalisera produktionen av RFV-sjukhusens tjänster. I det följande avsnittet berörs frågor kring konkurrensneutralitet och marknadseffektivitet för tjänsterna ifråga, varefter finansieringens betydelse för effektivitet och konkurrensneutralitet diskuteras i avsnittet därpå.

Frågan om vilket huvumannaskap som kan vara relevant för RFV-sjukhusen diskuteras i ett kapitel, som följs av ett förslag till hur en framtida organisering av RFV-sjukhusens verksamhet skulle kunna utformas.

En redogörelse av vilka kostnader som är aktuella vid olika former av omstruktureringar behandlas därefter, varefter vi avslutningsvis ger några synpunkter kring övergången till ny organisation av RFV-sjukhusens verksamhet.

2. Uppdraget

I slutet av juni 1997 erhöll undertecknade en förfrågan huruvida vi var intresserade av att analysera några av de ekonomiska frågeställningar som låg inom NYTRA-utredningens ram. Efter att ha diskuterat med den särskilde utredaren samt utredningens huvudsekreterare formulerades vårt uppdrag under loppet av juli månad.

Följande delmoment skulle ingå i vårt arbete:

a. Huvudmannaskap och konkurrensregler
Utifrån gällande konkurrenslagstiftning i Sverige och EU ska frågan om lämpligt huvudmannaskap diskuteras. Frågan ska belysas utifrån sjukhusens roll inom socialförsäkringssystemet sam försäkringskassornas behov av långsiktiga utvecklingsresurser inom försäkringsmedicin.

b. Finansiering
Idag finansieras sjukhusen med statliga anslag vilket ger svaga incitament för effektivitet. Möjligheten att skapa bättre ekonomiska styrmedel samt ökad effektivitet genom bättre konkurrens ska diskuteras och analyseras. I detta ingår att studera möjligheterna för att konkurrensutsätta aktuella tjänster. Frågan om intäktsfinansiering är då aktuell och utifrån detta ska produkternas prissättning belysas.

En annan viktig frågeställning gäller finansieringen av forskning och metodutveckling.

c. Efterfråga och kapacitet
Resursåtgången för de olika tjänster som produceras på RFV-sjukhusen ska belysas. För att utbudet ska kunna anpassas måste också efterfrågan på de olika produkterna kartläggas.

d. Regionalisering
Förutsättningar för en eventuell regionalisering av vissa tjänster som idag produceras vid RFV-sjukhusen ska analyseras. De avsedda tjänsterna är närmast grundutredningen, allmänna utredningar samt vissa rehabiliteringsprogram. På vilket sätt denna regionalisering kan komma att påverka efterfrågan på aktuella tjänster ingår i vårt uppdrag att belysa.

Inom detta delmoment ingår även att beskriva kostnaderna för en omstrukturering vad avser etablering och neddragning.
En generell utgångspunkt för vårt uppdrag är att RFV-sjukhusens roll idag är att underlätta försäkringskassornas arbete för rehabilitering av sjukskrivna, förebyggande insatser och andra arbetsuppgifter inom socialförsäkringen. Frågan blir då hur den verksamhet som idag bedrivs vid RFV-sjukhusen ska organiseras för att så effektivt som möjligt ge försäkringskassorna det stöd de behöver. Utgångspunkten kan sägas vara rehabiliteringsekonomisk med ett samhälleligt perspektiv.

3. Tillvägagångssätt

För att sätta oss in i uppdraget har vi studerat några av de utredningar som tidigare genomförts av RFV-sjukhusen, framför allt RRV:s rapport (RRV 1996:31) och Socialstyrelsens revision av verksamheten på Tranås sjukhus. Vi har vidre tagit del av Konkurrensverkets skrivelse från 1997-05-07 gällande "Ifrågsatt konkurrensbegränsning inom området arbetslivsinriktad rehabilitering" samt det underlag för diskussion om RFV-sjukhusen som finns i ett PM från 1995-06-11.

Från båda sjukhusen har vi erhållit verksamhetsplaner och budgetar samt andra underlag som vi använt för att göra de ekonomiska analyserna. Vi har i det sammanhanget haft stor hjälp av ekonomichefen vid Tranås sjukhus, Marianne Pettersson.

Under arbetets gång har vi intevjuat direktör Jan-Åke Brorson, FKF; cheföverläkare Valur Johannsson, Tranås sjukhus; cheföverläkare Åke Sandén, Nynäshamns sjukhus samt verkställande direktören för de båda sjukhusen, Jan-Eric Nilsson. Därtill har vi, själva eller tillsammans med utredningens huvudsekreterare, träffat representanter från näringsdepartementet samt rehabiliteringsöverläkare Sven-Olof Krafft.

Vi deltog även på ett av de seminarier som Försäkringskasseförbundet (FKF) anordnade under augusti månad i syfte att få in synpunkter på försäkringskassornas behov av utredningar och behandlingar.

4. Verksamhet och resursåtgång

Sjukhusens verksamhet har två huvudinriktningar, dels utredningar som ska ge underlag till försäkringskassans beslut om rehabilitering, förtidspension och rätt till sjukpenning, dels rehabiliteringsprogram med olika inriktning. Därtill kommer forskning och utveckling. Vi kommer inte här att närmare studera de program som är av begränsad omfattning vid RFV-sjukhusen. Vi kommer inte heller att närmare undersöka verksamhet där andra än försäkringskassan utgör beställaren. Vi vill inledningsvis poängtera att syftet med vår undersökning inte är att undersöka effektiviteten hos de olika sjukhusen eller att jämföra dessa med varandra, utan att erhålla ett underlag för analyser av hur en framtida organisering av verksamheterna bör utformas.

4.1 Utredningar

En viktig roll för sjukhusen har varit de utredningar som genomförts åt försäkringskassorna för att dessa ska erhålla ett tillräckligt bra underlag i sitt arbete för bl a rehabilitering. Dessa utredningar finns för närvarande dels i en kortare version som innebär två veckors utredningstid med den försäkrade på plats, s k grundutredningar, dels i en längre version som innebär ca sex veckors utredningstid också då med den försäkrade på plats, bland annat s k allmänna utredningar. De längre utredningar är de som tidigare dominerade medan den kortare versionen under senare tid utvecklats framför allt i Tranås.

Den kortare versionen, den s k struten, innebär att den försäkrade befinner sig på sjukhuset dagtid under två veckor och skulle utan problem kunna bedrivas polikliniskt[1]. Men eftersom de flesta försäkrade som ingår i dessa utredningar har sin bostad långt från sjukhusen blir det frågan om internatboende. Enligt uppgift från Tranås[2] bör ett utredningsteam för grundutredningar ha följande sammansättning:

Läkare	0,75	tjänster
Arbetsterapeut	1,0	"
Sjukgymnast	1,0	"
Psykolog	0,5	"
Kurator	0,5	"
Sjuksköterska	0,75	"
Läkarsekreterare	0,75	"
Sjukgymnastbiträde	0,25	"

Totalt omfattar teamet 5,5 tjänster. Ett sådant team skulle ha en kapacitet på 200 utredningar per år, vilket motsvarar ca 36 utredningar per tjänst. Priset idag är 20.000 kronor per utredning exklusive internatkostnader, permissionsresor och kapitalkostnader för fastigheter. Vår bedömning är att priset långsiktigt borde kunna sänkas till ca 15.000 kronor. Ett team omsätter för närvarande 4 miljoner kronor per år vilket motsvarar ca 730.000 kronor per tjänst i teamet. I denna summa ingår inte internatkostnader. I Tranås finns idag två team men man har planer på att utöka till tre team 1998.

[1]Intervju med Valur Johansson
[2]Intervju med Valur Johannsson

I Nynäshamn finns ett utredningsteam. Teamsammansättningen är där i stort sett densamma både för långa och korta utredningar. Teamet i Nynäshamn har en kapacitet på 350 utredningar per år.

De längre utredningarna utgörs av allmänmedicinska utredningar, men har också inriktning mot fibromyalgi och psykosomatik. Från framför allt Nynäshamn[3] har framförts att det finns fördelar med att vissa av dessa utredningar sker i internatform. En lokalisering som möjliggör poliklinisk hantering kan i sådana fall vara kontraproduktiv. I Tranås har ett utredningsteam för långa utredningar normalt följande sammansättning[4]:

Läkare	1,0	tjänster
Arbetsterapeut	1,0	"
Sjukgymnast	1,0	"
Psykolog	0,75	"
Kurator	0,75	"
Sjuksköterska	1,25	"
Vårdbiträde	2,3	"
Läkarsekreterare	1,0	"
Sjukgymnastbiträde	0,5	"

Totalt således 9,55 tjänster. I Tranås finns tre team av denna typ. Ett team har en kapacitet på ca 275 utredningar per år, vilket motsvarar ca 29 utredningar per tjänst. Kostnaden för en utredning beräknas till ca 42.000 kronor vilket inkluderar internatkostnader och permissionsresor, men inte kapitalkostnaderna på fastigheterna. Varje team har en omsättning på 11,5 miljoner per år motsvarande ca 1,2 miljoner kronor per tjänst.

Ett typteam för Nynäshamn har följande sammansättning[5]:

Läkare	1,5	tjänster
Arbetsterapeut	1,5	"
Sjukgymnast	1,5-2,0	"
Psykolog	0,5	"
Kurator	1,0	"
Sjuksköterska	2,0	"
Undersköterska	3,75	"
Sjukgymnastbiträde	1,0	"
Läkarsekreterare	1,0	"

[3]Intervju med Åke Sandén
[4]Intervju med Valur Johannsson
[5]Intervju med Åke Sandén

I Nynäshamn består teamen således av ca 14 tjänster per år. Varje team har en kapacitet på 300 utredningar per år, vilket motsvarar ca 21 utredningar per tjänst. Kostnaden för denna utredning är ca 50.000 kronor inkluderande internatkostnader och permissionsresor, men exkluderande kapitalkostnader på fastigheter. Teamomsättningen blir ca 15 miljoner per år vilket är ungefär 1,07 miljoner kronor per tjänst. Nynäshamn har tre team för långa utredningar.

I Nynäshamn finns planer på att separera boendet från den utredande verksamheten. Man kommer då att föreslå att ett normalt team har följande sammansättning[6]:

Läkare	1,0	tjänster
Arbetsterapeut	1,0	"
Sjukgymnast	1,5	"
Psykolog	1,5	"
Kurator	1,0	"
Sjuksköterska	1,0	"
Läkarsekreterare	1,0	"

Detta team kommer i så fall att ha 8,0 tjänster. Kapaciteten vid grundutredningar skulle vara 350 st/år och 240 st/år vid längre utredningar. Per tjänst motsvarar detta ca 44 grundutredningar respektive 30 långa utredningar. Priset för en grundutredning är 20.000 kronor och ger en teamomsättning på 7 miljoner kronor eller ca 875.000 per tjänst och år. I denna summa ingår inte kostnader för boendet m m. Uppgifter om kostnaden för längre utredningar finns inte tillgänglig för närvarande. Något beslut om att utveckla denna typ av team finns emellertid fortfarande inte (okt -97).

4.2 Rehabiliteringsprogram

I både Tranås och Nynäshamn bedrivs rehabiliteringsprogram för överviktiga. Programmen består av en längre tids vistelse vid förstagångsbesök och några uppföljningsveckor efteråt. Man har påpekat att internatsformen är lämplig vid behandling av förstagångsbesökare[7]. I Tranås omfattar behandlingen 6+3+2 veckor och teamet har följande sammansättning[8]:

[6]Enligt uppgift från Åke Sandén
[7]Intervju med Åke Sandén
[8]Intervju med Valur Johannsson

Läkare	1,0	tjänster
Sjukgymnast	1,5	"
Kurator	0,75	"
Sjuksköterska	1,75	"
Vårdbiträde	2,3	"
Dietist	0,5	"
Matlagningsledare	0,65	"
Läkarsekreterare	0,5	"
Sjukgymnastbiträde	1,0	"

Totalt omfattar teamet 9,95 tjänster. Teamet har en kapacitet på 120 behandlingar per år, vilket motsvarar ca 12 behandlingar per tjänst. Kostnaden per behandling är ca 80.000 kronor inklusive internatkostnader och permissionresor, men exklusive kapitalkostnader för fastighet. Teamomsättningen blir ca 9,6 miljoner per år, vilket motsvarar ca 960.000 kronor per tjänst. I Tranås finns endast ett team.

Motsvarande team för överviktsbehandling i Nynäshamn har följande sammansättning[9]:

Läkare	1,5	tjänster
Sjukgymnast	1,5	"
Psykolog	0,5	"
Kurator	1,0	"
Sjuksköterska	3,0	"
Undersköterska	4,60	"
Sjukgymnastbiträde	1,0	"
Läkarsekreterare	1,0	"
Dietist	1,0	"

Totalt 15,1 tjänster. Teamen har en kapacitet på 250-300 behandlingar per år, vilket blir ca 17-20 behandlingar per tjänst. Kostnaden för överviktsbehandling i Nynäshamn är ca 60.000 kronor, vilket ger en teamomsättningen på 15-18 miljoner kronor per år eller 1-1,2 miljoner per tjänst. I Nynäshamn finns två team för överviktsbehandling. Där finns även idéer på att förändra programmet så att första delen av behandlingen kortas till ca fyra veckor och därefter kompletteras med en lokal polikliniskt uppföljning av ett litet team bestående av en psykolog och dietist[10]. Kostnaden bör då minska även om vi inte kan bedöma hur mycket.

[9]Intervju med Åke Sandén
[10]Intervju med Åke Sandén

I Tranås finns ett team som rehabiliterar försäkrade med halsryggsproblem. Behandlingen har en medelvårdtid inklusive återbesök på 33,4 vårddygn. Teamets normala sammansättning är[11]:

Läkare	1,5	tjänster
Arbetsterapeut	1,0	"
Sjukgymnast	1,5	"
Psykolog	0,75	"
Kurator	0,75	"
Sjuksköterska	1,5	"
Vårdbiträde	2,3	"
Massör	0,8	"
Läkarsekreterare	0,75	"
Sjukgymnastbiträde	0,5	"

Teamet har totalt 11,35 tjänster. Kostnaden per behandling är ca 44.000 kronor. I detta ingår även konsultkostnader. Teamets kapacitet är 250 behandlingar per år, vilket motsvarar 22 behandlingar per tjänst. Teamomsättningen blir då ca 11 miljoner per år eller 970.000 kronor per tjänst. Första halvåret 1997 påbörjade 108 försäkrade behandling mot halsryggsproblem.

I Nynäshamn finns en hjärtrehabilitering som i normalfallet omfattar ca 30 vårddygn. För att kunna genomföra behandlingen behövs ett klinfyslab. Behandlingsteamets sammansättning är enligt nedan[12]:

Läkare	1,5	tjänster
Sjukgymnast	2,0	"
Psykolog	1,0	"
Kurator	1,0	"
Sjuksköterska	3,5	"
Undersköterska	3,75	"
Sjukgymnastbiträde	0,5	"
Läkarsekreterare	1,0	"
Dietist	0,5	"
Klin-fyslab:		
Läkare	0,2	"
Sjuksköterska	1,0	"

Antalet tjänster totalt blir 15,95. Kapaciteten är 300 behandlingar per år, vilket motsvarar ca 19 behandlingar per tjänst. Kostnaden per be-

[11]Intervju med Valur Johannsson
[12]Intervju med Åke Sandèn

handling beräknas till ca 50.000 kronor. Teamomsättningen är ca 15 miljoner kronor per år, vilket blir ca 920.000 kronor per tjänst.

4.3 Summering utredningar och rehabiliteringsprogram

Summerar vi behovet av personal för utredningar och behandlingar enligt ovan får det för Tranås sju team följande utseende:

Läkare	7,0	tjänster
Arbetsterapeut	6,0	"
Sjukgymnast	8,0	"
Psykolog	4,0	"
Kurator	4,75	"
Sjuksköterska	8,5	"
Vårdbiträde	11,5	"
Dietist	0,5	"
Massör	0,8	"
Matlagningsledare	0,65	"
Läkarsekreterare	5,75	"
Sjukgymnastbiträde	3,5	"

Totalt således 60,95 tjänster. Den faktiska bemanningen för motsvarande kategorier för 1997 i Tranås har varit[13]:

Läkare	10,1	tjänster	(exklusive chefsöverläkare, inklusive 0,5 läkare till badhotellet och 1,0 vikarie)
Arbetsterapeut	9,0	"	(inklusive chefsterapeut)
Sjukgymnast	10,0	"	(inklusive chefgymnast)
Psykolog	6,0	"	(inklusive chefpsykolog)
Kurator	5,5	"	(inklusive chefkurator)
Sjuksköterska	7,9	"	(exklusive vård- och avdelningsföreståndare)
Vårdbiträde	25,25	"	(inklusive undersköterskor)
Dietist	0,5	"	
Massör	0,8	"	
Läkarsekreterare	5,25	"	(exklusive receptionist)
Sjukgymnastbiträde	4,8	"	

[13]Enligt uppgift från sjukhuset i Tranås

Totala antalet tjänster för ovanstående kategorier är 85,1 tjänster. I Tranås tillkommer personal för badhotellet, konferenscentrum, administration, fastighetsförvaltning, ekonomipersonal, viss nattpersonal etc. I Tranås finns totalt 180,45 tjänster i personalstaten.

Behovet av personal för utredningar och behandlingar i Nynäshamns sju team blir enligt nedan:

Läkare	10,5	tjänster
Arbetsterapeuter	6,0	"
Sjukgymnast	12,0	"
Psykolog	4,0	"
Kurator	7,0	"
Sjuksköterska	18,5	"
Undersköterska	27,95	"
Sjukgymnastbiträde	6,5	"
Läkarsekreterare	7,0	"
Dietist	2,5	"

Totalt blir detta 102,15 tjänster. Bemanningen i Nynäshamn har följande sammansättning för personal till utredningar och behandlingar 1997[14] (här tas ingen hänsyn till planerade team):

Läkare	11,5	tjänster	(exklusive cheföverläkare)
Arbetsterapeuter	8,8	"	(inklusive chefterapeut)
Sjukgymnast	13,3	"	(inklusive chefgymnast)
Psykolog	5,0	"	(inklusive chefpsykolog)
Kurator	7,5	"	(inklusive chefkurator)
Sjuksköterska	12,95	"	(exklusive vård- och avdelningsföreståndare)
Undersköterska	34,05	"	
Sjukgymnastbiträde	7,85	"	
Läkarsekreterare	7,5	"	
Dietist	2,5	"	

Totalt 110,95 tjänster. Till detta kommer personal för administration, fastighetsförvaltning, ekonomipersonal etc. I Nynäshamn finns totalt 182,83 tjänster.

Ovanstående siffror visar vissa skillnader mellan sjukhusen. Som vi påpekade ovan har vårt syfte inte varit att undersöka osakerna till detta. Förklaringen kan dock delvis stå att finna i att verksamheterna delvis

[14]Enligt uppgift från Nynäshamn

skiljer sig åt, samt att båda enheterna genomgår verksamhets- och organisationsutvecklingar för närvarande.

4. 4 Metodutveckling

Resurserna för metodutveckling består av personal som utöver sina ordinarie arbetsuppgifter avsätter tid för detta arbete. Respektive cheföverläkare har därför gjort en bedömning av den totala resursåtgången för detta ändamål. I Tranås bedömdes motsvarande 3 tjänster[15] användas till metod- och programutveckling fördelat på ett flertal personer och befattningskategorier. Motsvarande resursåtgång i Nynäshamn bedöms utgöra 2-3 tjänster[16]. Detta innebär att ca 1,5-2 % av personalens arbetstid används till metodutveckling.

4.5 Forskning

Resurserna för forskning är ännu mindre än de för metodutveckling. Både i Tranås och Nynäshamn bedöms mindre än motsvarande 1 tjänst avsättas till forskning. I budgeten för Tranås avsätts även 200.000 kronor till forskning, vilket på grund av besparingar inte alltid utnyttjas[17]. Totala resursåtgången är långt under en procent av kostnaderna.

5. Efterfrågans storlek

En viktig utgångspunkt för en diskussion av de nuvarande RFV-sjukhusens fortsatta existens, verksamhet och organisering är volymen och strukturen på efterfrågan på de tjänster som idag produceras på sjukhusen. Speciellt intressant blir det att diskutera en eventuell regionalisering med utgångspunkt från vilken potentiell efterfrågan som finns. Vi kommer här endast att redovisa synpunkter kring försäkringskassornas efterfrågan på de produkter som idag produceras på RFV:s sjukhus.

I detta sammanhang är det viktigt att påpeka skillnaden mellan behov och efterfrågan. Försäkringskassornas har behov av utredningar och rehabiliteringsbehandlingar i en viss omfattning. Under förutsättning att försäkringskassorna har begränsade anslag för inköp av dessa

[15]Intervju med Valur Johannsson
[16]Intervju med Åke Sandén
[17]Intervjuer med Valur Johannsson och Åke Sandén

tjänster begränsas efterfrågan först och främst av priset på tjänsterna ifråga. Ju högre pris desto mer av andra angelägna behov måste försäkringskassan avstå ifrån att inhandla. Det är därför viktigt att leverantören av tjänsterna är så kostnadseffektiv som möjligt, dock utan att ge avkall på kvalitén, för att priserna ska bli så låga som möjligt, vilket i sin tur ger försäkringskassorna "mer valuta för pengarna". Storleken på försäkringskassornas anslag för inköp av tjänster spelar här naturligtvis en avgörande roll. Efterfrågan påverkas också av tillgången och priserna på alternativa tjänster. I praktiken kommer efterfrågan, såsom den syns på marknaden, att påverkas av vilken tillgång som finns på dessa typer av tjänster och hur dessa är fördelade bland annat regionalt.

De tjänster som är intressanta i ett regionaliseringsperspektiv är endast utredningar och överviktsbehandlingar. Övriga tjänster har så små volymer att en regionalisering inte är aktuell utan en radikal ökning av efterfrågan.

I flera tidigare utredningar av RFV:s sjukhus har man konstaterat att efterfrågan påverkas i hög grad av närheten till sjukhusen. Detta framgår av remissernas fördelning mellan de olika försäkringskassorna. Under de senaste åren har det pågått en snabb utveckling av sjukhusens utbud av tjänster. Vi har därför undersökt fördelningen av efterfrågan mellan de olika försäkringskassorna genom att summera inkomna remisser i Tranås första halvåret 1997 och utskrivna patienter i Nynäshamn första halvåret 1997. Vi var tvingade att använda denna metod eftersom uppgifterna endast var tillgängliga på detta sätt. Antalet inkomna remisser till Nynäshamn första halvåret 1997 var ungefär lika många som utskrivna patienter.

Resultatet av dessa summeringar visar att genomsnittet för landet när det gäller utredningar är ca 2,65 utredningar per 10.000 försäkrade. Länen varierar mellan 0,40 (Göteborg och Bohus) och 5,62 (Älvsborg). Näst lägsta län hade 0,71 (Halland) och näst högsta län hade 5,32 (Jönköping). Utifrån detta drar vi slutsatsen att efterfrågan skulle öka kraftigt från dagens ca 3.000 utredningar per år om tjänsten produceras tillräckligt nära de olika försäkringskassorna. Om samtliga län skulle efterfråga lika mycket som Jönköpings län skulle efterfrågan stiga till ca 6.000 utredningar per år.

Vid summeringen av överviktsbehandlingar har vi lagt ihop förstagångsbesök och återgångsbesök, eftersom statistiken endast fanns tillgänglig i denna form. För en jämförelse mellan länen bedömer vi att resultaten endast påverkas marginellt. Resultaten för överviktsbehandlingen är ca 1,20 behandlingar per 10.000 försäkrade i medeltal för riket. Länen varierar mellan 0,14 (Göteborg och Bohus) och 5,48 (Västerbotten). Näst lägsta län hade 0,21 (Uppsala) och näst högsta län hade 5,29 (Jämtland). Siffrorna för Västerbotten och Jämtland visar hur

viktig närhet är, eftersom de troligen är en konsekvens av den verksamhet som bedrivs vid Klimpfjäll i Västerbotten. Vår slutsats är att efterfrågan på överviktsbehandlingar skulle öka minst lika kraftigt som utredningar om dessa behandlingar utfördes betydligt närmare regionerna än vad som sker idag för de flesta av länen. En ökning till mer än det dubbla förefaller inte otroligt. I dag utförs ca 6-700 behandlingar per år om varje försäkrad som erhåller behandling bara räknas vid förstagångsbesök.

6. Regionalisering

De resultat som erhållits i tidigare utredningar tillsammans med de som vi presenterar här visar tydligt att närheten till tjänsten är av avgörande betydelse för efterfrågans storlek. De regionala skillnaderna beror också på i vilken utsträckning sjukvården med hjälp av Dagmarmedel har tillhandahållit dessa tjänster. Försvinner dessa medel upphör troligen sjukvården med denna verksamhet.

Detta innebär att behovet av en regionalisering av verksamheterna vid RFV:s sjukhus torde vara stort. Förutsättningarna för en regionalisering av en tjänst består bland annat av hur stor den produktiva enheten måste vara för att kunna producera tjänsten med tillräckligt hög kvalité och efterfrågans storlek. Vi bedömer att endast utredningar och överviktsbehandlingar på grund av efterfrågans storlek är aktuella för en regionalisering.

Vi angav tidigare att det inte verkar orimligt med en efterfrågan på 6.000 utredningar per år. Hur dessa fördelas mellan grundutredningar och långa utredningar kan vi i dagsläget (okt. 1997) inte bedöma. Men om vi antar att hälften av efterfrågan avser grundutredningar och hälften avser långa utredningar får vi följande förutsättningar.

Ett grundutredningsteam av Tranås' modell har en kapacitet på 200 utredningar per år. Det skulle innebära ett behov av 15 team för att kunna producera dessa utredningar. Dessa team skulle tillsammans omsätta 45 miljoner kronor, exklusive eventuella internatkostnader, om priset långsiktigt kunde sänkas till 15.000 kronor per utredning.

Ett team för långa utredningar enligt Nynäshamns planerade modell har en kapacitet på 240 utredningar per år. Detta innebär ett behov av 12-13 team. Dessa team omsätter när de används till grundutredningar 5,25 miljoner per team och år vid ett pris per grundutredning på 15.000 kronor. Om vi förutsätter samma teamomsättning vid långa utredningar kommer de 12-13 teamen att omsätta ca 66 miljoner per år exklusive internatkostnader. Ett team för långa utredningar i Tranås har en kapa-

citet på 275 utredningar och skulle medföra ett behov av ca 11 team. Dessa team skulle tillsammans omsätta 127 miljoner per år inklusive internatkostnader. Teamen för de långa utredningarna kan vara specialiserade mot t ex fibromyalgi och psykosomatik. Denna specialisering gör att utrymmet för regionaliserad verksamhet minskar.

När det gäller överviktsbehandlingar utgår vi ifrån en volym på 1.500 st per år mot dagens ca 6-700 per år. Ett behandlingsteam i Nynäshamn har en kapacitet på 250-300 behandlingar per år. Detta innebär ett behov av ca 6 team i landet. Dessa 11 team skulle omsätta 90-108 miljoner per år inklusive internatkostnader. Ett behandlingsteam i Tranås har en kapacitet på 120 behandlingar per år. Detta skulle medföra ett behov av 13 team i landet, vilka skulle omsätta ca 125 miljoner per år inklusive internatkostnader. De idéer om förändrat behandlingsprogram för överviktiga som diskuteras i Nynäshamn verkar ha goda förutsättningar att minska kostnaderna.

Om vi antar att antalet utredningar skulle bli lika stort som idag, d v s ca 3.000 per år, och fördela sig på 1.500 grundutredningar och 1.500 långa utredningar, så skulle behovet av grundutredningsteam vara 7-8 st och behovet av utredningsteam för långa utredningar vara 6 enligt både "Tranås-modellen" och den planerade "Nynäshamn-modellen". Grundutredningsteamen skulle omsätta 22,5 miljoner om priset kunde sänkas till 15.000 kronor, i annat fall blir omsättningen 30 miljoner per år. De långa utredningsteamen skulle omsätta ca 63 miljoner enligt "Tranås-modellen" respektive 90 miljoner enligt den befintliga "Nynäshamn-modellen".

Med 6-700 behandlingar av överviktsproblem per år skulle "Tranås-modellen" kräva 6 team och omsätta 58 miljoner kronor per år, medan "Nynäshamn-modellen" kräver 3 team som omsätter 45-54 miljoner per år.

Ett nybildat grundutredningsteam har en inlärningsperiod som inleds med 1-3 månader utan egna utredningar och i auskultation hos metodutvecklingsteam, därefter 3-6 månader med egna utredningar men med 50% kapacitet[18]. Inlärningsperioden motsvarar ett produktionsbortfall på ca 40-100 utredningar, vilket ger ett intäktsbortfall på 0,8-2,0 miljoner kronor vid ett pris på 20.000 kronor. Till detta kommer rekryteringskostnader och andra investerings- och uppstartningskostnader. Kapaciteten att utveckla nya regionaliserade grundutredningsteam i Tranås är fr o m 1998 tre nya team per kvartal. Detta torde vara fullt tillräckligt för en snabb regionalisering.

[18]Intervju med Valur Johannsson

Överviktsteamen enligt Nynäshamns modell har en inkörningsperiod på sex månader[19]. Om man utgår från att produktiviteten under denna tid är ca 50% har ett nybildat team en inlärningskostnad på ca 4-5 miljoner kronor. Till detta kommer rekryteringskostnader m m.

De totala uppstartningskostnaderna för ett team är så stora att kostnaden per utredning eller behandling blir relativt stora om dessa kostnader ska intjänas på kort tid, t ex ett år. Förutsätter vi att den totala uppstartningskostnaden för ett grundutredningsteam är 2 miljoner kronor blir kostnaden per utredning 10.000 kronor om denna ska finansieras på ett år, medan kostnaden blir 2.000 kronor per utredning om finansieringen kan fördelas på fem år. Motsvarande siffror för överviktsbehandlingen enligt Nynäshamns modell är ca 18.000 resp 3.600 kronor per behandling om de totala uppstartningskostnaderna beräknas till ca 5 miljoner kronor.

7. Konkurrensneutralitet

En marknad är en arena där köpare och säljare möts för att sluta avtal om köp och försäljning av specifika varor och tjänster. För att marknaden ska fungera effektivt som resursallokeringsinstrument förutsätts i allmänhet att det finns en konkurrensneutralitet mellan respektive aktörer på marknaden. Marknadseffektivitet förutsätter emellertid också att aktörerna har tillräcklig kompetens för att klara sina respektivie roller tillfredsställande. Särskilt tydligt blir detta i tjänsteproduktionen där köparen först i efterhand vet vilken kvalitet den levererade tjänsten hade. En fysisk vara med för låg kvalitet kan normalt bytas, men några sådana möjligheter finns sällan i tjänstesammanhang.

Konkurrensneutralitet innebär att varje säljare respektive köpare har samma möjligheter att utifrån sina förutsättningar konkurrera på marknaden. Otillbörlig konkurrens är när en aktör erhåller andra förutsättningar än övriga aktörer och därför inte kan konkurrera på lika villkor. Sådana förutsättningar kan vara subventioner eller pålagor, förbud att sälja/köpa, ensamrätt på inköp/försäljning, men också t ex olika informationstillgång kan snedvrida konkurrensen.

Av förarbetena till konkurrenslagen framgår att när Riksdagen på grund av hänsyn till allmänna intressen beslutat om offentliga regleringar som får konkurrenshämmande effekt kan den situationen uppträda att konkurrenslagen inte ska tillämpas, trots att konkurrensneutraliteten kan vara satt ur spel.

[19]Intervju med Åke Sandén

Utifrån ovanstående bakgrund ska vi diskutera markndssituationen för de tjänster som idag tillhandahålls av RFV-sjukhusen.

7.1 Utredningar

De utredningar som görs för att fastställa rehabiliteringsbehov, rätt till sjukpenning och ge förslag till förtidspension köps i praktiken endast av försäkringskassorna. På marknaden agerar visserligen många rehabiliteringshandläggare, men dessa representerar alla försäkringskassan som organisation. Det är jämförbart med stora företag som har många inköpare, men där aktören hela tiden är företaget, d v s alla inköpare i företaget är samordnade och konkurrerar inte sinsemellan på marknaden. Denna jämförelse är relevant även om man tar hänsyn till att det finns ett flertal försäkringskassor. Varje försäkringskassa är en regional myndighet som representerar socialförsäkringen i sin region. Ur marknadssynpunkt kan man således hävda att det endast finns en köpare, försäkringskassan.

Denna köpare av kvalificerade tjänster har ett stort behov av hög beställarkompetens. Försäkringskassan måste kunna köpa tjänster där man så långt det är möjligt kan garantera att dessa håller mycket hög kvalitet. Hög kvalitet är i detta sammanhang dels en fråga om utredningsresultatets innehåll och säkerhet, dels en fråga om metodik, genomförande och kompetens hos utföraren, men handlar också om rättssäkerhet och respekt för den försäkrades integritet. Dessa tjänster är en del i försäkringskassans myndighetsutövning, vilket gör att kvalitetskraven bör vara extra höga.

En metod att så långt möjligt säkerställa kvaliteten hos dessa tjänster är att försäkringskassorna, via FKF, centralt fastställer vilka kvalitetskrav som ska vara uppfyllda för att ett företag ska få tillstånd att leverera utredningstjänster till försäkringskassan och att samma instans utövar den kvalitetskontroll som är nödvändig för att garantera kvaliteten. Upphandling kan i så fall ske med hjälp av s k avropsavtal centralt. För den enskilde handläggaren innebär detta att denne dels kan vara tämligen säker på vilken kvalitet som leverantören har på tjänsten ifråga och därmed får också handläggaren bättre möjligheter att bedöma vilka åtgärder som är lämpliga i varje enskilt ärende. På detta sätt bör en hög beställarkompetens kunna upprättas.

Eftersom det endast finns en köpare är frågan om konkurrensneutralitet inte aktuell på köparsidan.

På marknaden finns idag ett flertal säljare. Utöver RFV-sjukhusen finns Landstingens sjukhus samt olika privata leverantörer. RFV-sjukhusen har genom lagreglering ett pris på 45 kronor per "vårddygn",

vilket är en mycken liten del av den faktiska kostnaden som varierar i stort sett mellan 1.000 och 1.500 kronor per "vårddygn". Landstingens sjukhus får ersättning via s k dagmarmedel vilket innebär att försäkringskassan finansierar hela verksamheter hos landstinget. Formellt bestämmer landstinget vilka patienter som ska utredas, men i praktiken tycks försäkringskassan ha mycket stort inflytande på vilka patienter som kommer ifråga. Några extrakostnader utöver dagmarmedel medför inte utredningen i det enskilda ärendet för försäkringskassan. De privata leverantörer som säljer utredningstjänster till försäkringskassan har inga motsvarande subventioner, och dessutom kan försäkringskassan endast betala för intygets utfärdande och inte för utredningen som sådan. Att det över huvuadtaget finns privata leverantörer av dessa tjänster tycks förutsätta ett gränserna "tänjs". Slutsatsen blir således att konkurrensneutralitet inte är förhanden när det gäller utredningar.

För att konkurrensneutralitet skall uppstå krävs att försäkringskassan ges möjlighet att köpa tjänster hos alla leverantörer som uppfyller givna kvalitetskrav och som är beredda att underkasta sig nödvändig kvalitetskontroll. Konkurrensneutralitet torde också kräva att alla tänkbara leverantörer har tillgång till information om vilka kvalitetskrav som ställs och hur dessa ska tolkas.

Åtgärder för att skapa konkurrensneutralitet blir då att RFV-sjukhusens produktion av utredningstjänster blir intäktsfinansierade och säljs till försäkringskassorna till självkostnadspris. Förutom att RFV-sjukhusen inte längre erhåller något anslag för denna verksamhet krävs också att man i självkostnadskalkylen tar hänsyn till de utvecklingskostnader som finns, att lokalhyrorna blir marknadsmässiga samt att hänsyn tas till ränta på eget kapital. Å andra sidan bör man inte behöva betala för läkemedel som de försäkrade som är föremål för utredning behöver.

Landstingens sjukhus bör å sin sida betala kostnader för den medicinska rehabilitering som ingår i deras normala verksamhet. För de tjänster som säljs till försäkringskassan ska man debitera självkostnadspris. Detta innebär att vi anser att dagmarmedlen bör överföras till försäkringskassans medel för inköp av arbetslivsinriktad rehabilitering (köp av tjänst-pengar).

De privata leverantörer som uppfyller kvalitetsvillkoren ska få möjlighet att sälja sina tjänster till försäkringskassorna i hela landet. Kostnaderna för att uppfylla kvalitetsvillkoren betalas av varje enskild leverantör. Det blir upp till varje enskild försäkringskassa eller till varje enskild handläggare att välja vilken av dessa leverantörer som skall leverera tjänsten.

Med dessa förändringar anser vi att det går att skapa både konkurrensneutralitet och en effektiv marknad. Konkurrensneutraliteten hjälper försäkringskassan att kunna köpa rätt tjänst till lägre pris.

7.2 Rehabiliteringsprogram

På många sätt är marknadssituationen avseende behandlingsprogram likadan som för utredningar. Försäkringskassan utgör en köpare och det finns ett flertal säljare. Försäkringskassan har ungefär samma behov av hög och säker kvalitet som när det gäller utredningar. Därför är det rimligt att på samma sätt garantera hög beställarkompetens, att. RFV-sjukhusen har samma prissättning och finansiering som för utredningarna och att sjukhusens behandlingsprogram finansieras även i dessa fall via dagmarmedel. Privata leverantörer har inte heller här några subventioner.

Skillnader finns emellertid också. Köpare av behandlingstjänster är inte bara försäkringskassorna utan även landstingen, arbetsgivare, företagshälsovård, andra rehabiliteringsaktörer inom och utom landet samt enskilda individer. Här krävs då att alla köpare har samma möjligheter att få tillgång till tjänsterna. De som då betalar fullt pris kan bli mer intressanta för säljaren än föräskringskassorna som bara betalar en bråkdel av kostnaden. Anslaget är ju lika stort oavsett hur stor utnyttjande som försäkringskassorna har. Alltså bör alla köpare betala samma pris för samma typ av tjänst.

En annan skillnad är att privata leverantörer kan ta fullt betalt för rehabiliteringsprogram, vilket ger en ökad konkurrensneutralitet i förhållande till utredningarna. När försäkringskassan ställer krav på hög och säker kvalitet på dessa tjänster kommer detta även andra köpare tillgodo på så sätt att även de kan skaffa sig en högre beställarkompetens. Detta torde öka marknadseffektiviteten.

Även för behandlingsprogrammen gäller således att försäkringskassorna ska fastställa och kontrollera kvalitetsvillkoren samt genom avropsavtal upphandla dessa tjänster centralt. RFV-sjukhusens verksamhet med behandlingsprogram ska säljas till självkostnadspris för samtliga kunder. Landstingens sjukhus får själva betala för den medicinska rehabilitering som ingår i deras normala verksamhet och i övrigt sälja rehabiliteringstjänster till föräskringskassan till självkostnadspris. Detta innebär även här att dagmarmedlen överförs till försäkringskassans anslag för arbetslivsinriktad rehabilitering.

7.3 Forskning och metodutveckling

Den forskning och metodutveckling inom försäkringsmedicin som försäkringskassan har behov av kan inte säljas till försäkringskassan på marknadsmässiga villkor. Denna verksamhet är en naturlig del av en organisations interna arbete med att utveckla verksamheten och nya

metoder. De företag som vill producera och sälja tjänster som utvecklats inom försäkringskassans FoU-verksamhet kan köpa tillgång till koncept och kompetens till självkostnadspris hos FoU-enheten ifråga.

8. Finansiering

Vi ska i detta kapitel ge förslag på finansiering av de olika verksamheterna som idag bedrivs vid RFV-sjukhusen. Finansieringen ska uppfylla tre villkor:

a/ Ge fullständig kostnadstäckning
b/ Skapa incitament till effektivitet
c/ Främja konkurrensneutralitet

8.1 Forskning

Den forskning som kommer att bedrivas i framtiden vid RFV-sjukhusen eller motsvarande bör i huvudsak finansieras genom externa forskningsfinansiärer. Ett problem idag är att det inte tycks finnas någon väl fungerande forskningsfinansiär inom det försäkringsmedicinska området. Det skulle vara önskvärt om statsmakterna skapade en sådan institution. För att ha resurser för att starta upp projekt och dessutom kunna hålla en kontinuitet i forskningsverksamheten föreslår vi att återstoden av den s k folkpensionsfonden förs till huvudmannen för verksamheten. Denna ges en särskild förmögenhetsförvaltning och den långsiktiga avkastningen kan då användas för ovanstående ändamål. Att i huvudsak finansiera forskningen externt borgar också för kvalitet i forskningen. Denna verksamhet bör också få tillgång till RFV:s forskningsmedel på samma sätt som andra forskningsproducenter.

8.2 Metodutveckling

Kostnader för den metodutveckling, kvalitetsutveckling och kvalitetskontroll som bedrivs bör kunna täckas genom att de produktionsteam som använder metoden ifråga betalar en avgift som är tillräckligt stor. Metodutvecklingsenheten svarar då för godkännande, utbildning, introduktion av produktionsenheterna. Detta gäller för interna såväl som för externa produktionsenheter. Metodutvecklingsenheten svarar även för

kvalitetskontroll, själva metodutvecklingen samt för uppföljning och utvärdering.

I syfte att skapa adekvata underlag för prissättningen är det väsentligt att särredovisa kostnader för utvecklingsinsatser etc och den produktion av utredningar och behandlingar som utförs av metodutvecklingsenheten. Prissättningen för metodutvecklingen ska vara baserad på självkostnadsprincipen.

8.3 Information, dokumentation m m

För att försäkringskassan ska kunna följa utvecklingen, bli en bättre beställare av utredningar och rehabiliteringsåtgärder, bedöma värdet av olika åtgärder i olika situationer m m anser vi att huvudmannen bör utveckla ett systematiskt arbete med insamlande och dokumentation av utvecklingen inom det försäkringsmedicinska området, såväl nationellt som internationellt. Denna inforamtion ska sedan analyseras och spridas vidare till berörda personer inom försäkringskassorna, t ex försäkringsläkare, rehabiliteringshandläggare och chefer. Kostnaden för denna verksamhet bör finansieras genom en avgift som de enskilda försäkringskassorna betalar till huvudmannen. Avgiften bör utgöra en andel av förvaltningsanslaget.

8.4 Utbildningar

Det borde finnas mycket goda förutsättningar att utveckla en omfattande utbildningsverksamhet, som riktar sig både till försäkringskassans personal, politiskt valda ledamöter i nämnder och styrelser inom försäkringskassan och externa avnämare som läkare i sjukvården, företagshälsovården, rehabiliteringsansvariga inom företagen m.m. Denna verksamhet ska intäktsfinansieras och priserna vara baserade på självkostnaden beräknad på samma sätt som tidigare.

8.5 Utredningar och behandlingsprogram

Såväl utredningarna som behandlingsprogrammen ska enligt vårt förslag vara intäktsfinansierade. För de utredningar och behandlingar som produceras inom RFV-sjukhusen eller dess efterföljare ska priset sättas till självkostnaden. Detta innebär att de även ska täcka investerings-

kostnader, utvecklingskostnader, avgift till metodutvecklingsenheten, marknadsmässiga lokalhyror och rimlig ränta på eget kapital.

Vi har i tidigare avsnitt diskuterat vilken omsättning som skulle bli följden av en regionalisering med en åtföljande volymökning till ca 6.000 utredningar och ca 1.500 överviktsbehnadlingar per år. Därtill kommer den nuvarande verksamheten med hjärt- och halsryggsrehabilitering. Summa omsättning av dessa verksamheter blir i så fall:

Grundutredningar enligt Tranås' modell med priset 15.000 kronor	45	miljoner
Allmänna utredningar enligt Nynäshamns nya modell	66	"
Överviktsbehandlingar enligt Nynäshamns modell	100	"
Halsryggsrehabilitering	11	"
Hjärtrehabilitering	15	"
Summa finansieringsbehov	237	"

I finansieringsbehovet ingår inte några internatkostnader för utredningarna, men det gör det däremot för behandlingarna. För försäkringskassorna kan det tillkomma internatkostnader i vissa fall för utredningarna.

Ovanstående finansieringsbehov kan täckas genom att de anslag som nu ges till RFV-sjukhusen (för 1997 utgör de 155 miljoner kr) tillsammans med dagmarmedlen överförs till försäkringskassans anslag för arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringkassorna har då både möjlighet och incitament att välja såväl typ av åtgärd som leverantör för att uppnå en effektivare användning av sina anslag för arbetlivsinriktad rehabilitering.

9. Huvudmannaskapet

I detta avsnitt ska vi föra en diskussion kring frågan om huvudmannaskapet. Vi gör det med bakgrund av vad som redovisats tidigare i rapporten. En viktig utgångspunkt för vår diskussion är att verksamheten vid RFV-sjukhus idag syftar till att ge försäkringskassan förbättrade möjligheter att bedriva sitt arbete för att rehabilitera sjukskrivna, sjukbidragstagare och förtidspensionerade tillbaka i arbete, förebygga ohälsa i arbetslivet och i övrigt uppfylla statsmakternas intentioner med socialförsäkringen. Vi fokuserar i vår rapport på de rehabiliteringsekonomiska förutsättningarna.

Försäkringskassan behöver utredningar som kan göras snabbt utan väntetid och ge besked om möjligheter för rehabilitering och vilka rehabiliteringsåtgärder som i så fall är effektiva. Särskilt viktigt är det att

denna typ tjänst kan levereras även i komplicerade och svårbedömda fall.

Försäkringskassan ska inte själva genomföra rehabiliteringsåtgärder utan dessa köps in vid behov. Detta förutsätter att försäkringskassorna har tillgång till de tjänster de behöver med rätt kvalitet. Eftersom försäkringskassan har begränsade resurser för utredning och rehabilitering är det också av värde att dessa tjänster produceras kostnadseffektivt och därför kan levereras med låga priser. Kvalitet, snabbhet och kostnadseffektivitet är således väsentliga krav som leverantörerna ska uppfylla.

Kvaliteten garanteras genom den i tidigare avsnitt beskrivna kvalitetskontrollen. Kostnadseffektivtet kan lättare erhållas vid längre kontraktstider, men i övrigt bör en effektiv konkurrens medföra både kostnadseffektivitet och snabbhet. Noteras bör att ett sätt att reducera kostnaderna är att utredningar och behandlingar utförs så nära den försäkrades bostadsort som möjligt, vilket minskar både internat- och resekostnader. Krävs internat för ett effektivt utrednings- och behandlingsresultat minskar inte kostnaderna i samma utsträckning. Långsiktighet i relationen mellan försäkringskassan och leverantörerna ger förutsättningar både för lägre kostnader och tillgång till nödvändig kapacitet för att producera efterfrågade tjänster.

För att klara sitt uppdrag från statsmakterna så bra som möjligt behöver försäkringskassan ha en mycket hög beställarkompetens. Det gäller att köpa rätt åtgärd vid rätt tillfälle till rätt pris. För att klara detta krävs, som vi ser det, dels att den enskilde rehabiliteringshandläggaren kan lita på att leverantören tillhandahåller rätt kvalitet, dels att dessa handläggare tillförs hög kompetens när det gäller att bedöma vilka utredningar och åtgärder som är effektiva i det enskilda ärendet. Detta bör kunna klaras genom att försäkringskassorna centralt/nationellt skaffar sig kompetens som kan specificera de kvalitetskrav som ska ställas på de enskilda leverantörerna och som kan utbilda rehabiliteringshandläggarna, försäkringsläkarna och ledningarna inom varje försäkringskassa till nödvändig kompetensnivå. Samma kompetens kan och bör också användas till den kvalitetskontroll som vi bedömer som nödvändig för att garantera tjänsternas kvalitet på lång sikt. Denna kompetensresurs utgör dessutom en tillgång som handläggarna och andra kan utnyttja vid särskilt svårbedömda ärenden.

Långsiktigt behöver försäkringskassan dessutom tillgång till kompetens som följer utvecklingen inom det försäkringsmedicinska området avseende forskning, metodutveckling, uppföljning och utvärdering såväl nationellt som internationellt. Denna kunskap ska sammanställas, analyseras, dokumenteras och spridas till samtliga försäkringskassor och deras handläggare. Försäkringsläkarna kan härvid utgöra en sär-

skild resurs när informationen ska spridas. Nationellt ska uppföljningar och utvärderingar göras för att kunna bedöma olika utredningars och åtgärders effektivitet. Utvärderingarna bör hålla hög vetenskaplig kvalité.

För att långsiktigt kunna utveckla sin verksamhet och kontinuerligt anpassa sig till samhällsutvecklingen är försäkringskassan i stort behov av en resurs för forskning och metodutveckling, som i nära samarbete med berörd personal verkar inom försäkringskassorna. På detta sätt kan man snabbt och effektivt sprida nya resultat och metoder och samtidigt påverka utvecklingsarbetet så att det i hög utsträckning riktas för att fylla de behov av utveckling som finns ute på de olika försäkringskassorna. När det uppstår nya behov kan detta snabbt leda till att nya utvecklingsprojekt startas på nationell nivå. För att framför allt den tillämpade forskningen och metodutvecklingen ska bli så effektiv som möjligt förefaller det viktigt att detta arbete kan ske i en realistisk miljö. Detta underlättas starkt om man till FoU-resursen knyter viss utrednings- och rehabiliteringsverksamhet.

Det är viktigt att de försäkrade som är föremål för försäkringskassans handläggning när det gäller rehabilitering, förtidspensionering och rätt till sjukpenning upplever en legitimitet i de aktiviteter som försäkringskassorna beslutar och genomför. Detta är en del av kvalitetskraven som indirekt även ställs på de leverantörer av denna typ av tjänster som försäkringskassan anlitar.

Utifrån ovanstående resonemang finner vi det naturligt att till försäkringskassan centralt för landet knyta en resurs för forskning och metodutveckling, kvalitetsutveckling och -kontroll, dokumentation och information, utbildning, uppföljning och utvärdering så nära som möjligt. Vi föreslår därför att Försäkringskasseförbundet (FKF) blir huvudman för denna del av RFV-sjukhusens nuvarande verksamhet. Det blir sedan upp till den nye huvudmannen att utveckla och styra denna verksamhet i önskvärd riktning. Någon konkurrensutsättning av denna typ av verksamhet borde inte vara aktuell.

Utöver ovanstående verksamhet bedrivs idag vid RFV-sjukhusen produktion av utredningar och rehabiliteringstjänster som inte är nödvändiga för forskning och metodutveckling. Dessa tjänster utgör i sig ingen myndighetsutövning och vi ser då inga hinder att de kan produceras och levereras av olika leverantörer, privata såväl som offentliga. Förutsättningen är dock att detta sker under konkurrensneutrala former. Vi ser emellertid inget hinder för att en huvudman delar upp sina funktioner i en beställarorganisation och en utförarorganisation. D v s att huvudmannen för FoU-resursen samtidigt har en organisation för produktion av dessa tjänster. För försäkringskassan är det viktigt att tillgången till tjänsterna är säkrad och med rätt kvalitet. Dessutom ökar

konkurrensen på marknaden ifråga, vilket bör gynna försäkringskassorna genom ökad snabbhet och lägre priser. Det är emellertid viktigt att detta sker utan att verksamheten i egen regi erhåller otillbörliga konkurrensfördelar. Detta bör garanteras genom att konkurrenslagstiftningen är tillämplig på denna verksamhet och att RFV utgör tillsynsmyndighet även i detta fall. Vårt förslag blir således att FKF som huvudman för FoU-verksamheten även tillåts bedriva "standardproduktion" av utrednings- och rehabiliteringstjänster för försäkringskassorna.

10. Förslag till organisation

Utifrån tidigare beskrivningar och analyser gör vi här ett förslag till ny organisation av verksamheter som idag bedrivs vid RFV:s sjukhus. Vi förutsätter då att FKF helt eller delvis blir ny huvudman för verksamheten. Förslaget illustreras med en organisationsskiss (se bilaga).

FKF tillskapar en FoU-enhet som ansvarar för forskning, metodutveckling, kvalitetsutveckling, kvalitetskontroll, dokumentation, information o d. Vi ser inget bärande argument för att denna verksamhet ska bolagiseras, utan enheten spelar en avgörande roll i samband med FKF:s upphandlingar. Denna FoU-enhet bedriver sin verksamhet till stor del i två underavdelningar, en i Tranås och en i Nynäshamn.

I FoU-Tranås ingår förutom stabsfunktioner, minst tre team för metodutveckling. Ett team för grundutredningar, ett team för allmänna utredningar samt ett team för behandling av problem med halsryggar. Sker en specialisering av allmänna utredningar kan det bli aktuellt med ytterligare något team med en specifik inriktning (t ex fibromyalgi). I Tranås finns idag verksamheter i mindre omfattning (s k FIKS, sömnapné, stomi, funktionsbevarande behandling etc), som bör kvarstå inom FoU-Tranås.

I FoU-Nynäshamn ingår förutom stabsfunktioner, minst två team för metodutveckling. Ett team för överviktsbehandling och ett team för hjärtrehabilitering. Sker en specialisering av de allmänna utredningarna kan det även här bli aktuellt med ytterligare något team med specifik inriktning (t ex psykosomatik). Inleds metodutveckling med nya former av verksamhetsinriktningar bör naturligtvis organisationen anpassa sig till detta.

Utbildningsverksamheten förs till en utbildningsavdelning och blir en del av FKF:s övriga utbildningsverksamhet. Denna avdelning köper tjänster av bl a FoU-enheten som debiterar självkostnadspris. Dessa kostnader kan sedan täckas av avgifter för kurser, konferenser och andra utbildningsaktiviteter. FKF kan naturligtvis finna anledning att

lösa finansieringen helt eller delvis på annat sätt. Utbildningar riktar sig i första hand till försäkringskassans personal, men även andra kunder kan komma ifråga. Den kompetens som finns inom FoU-enheten är säkerligen intressant för andra medicinska utbildningsanordnare, arbetsgivare, företagshälsovård etc.

För att hålla isär beställar- och utförarorganisationen kan FKF starta ett särskilt helägt produktionsbolag som innehåller team för grundutredningar, allmänna utredningar och överviktsbehandlingar. Dessa team kan bedriva verksamhet var som helst i landet. Produktionsbolaget säljer sina tjänster till försäkringskassorna i öppen konkurrens med andra producenter. Om det är lämpligt kan några team lokaliseras till Tranås respektive Nynäshamn. I Tranås kan det eventuellt bli aktuellt med ett team för överviktsbehandling och Nynäshamn kan team för grundutredning och allmänna utredningar tänkas lokaliseras. Dessa team ingår då inte i FoU-enheten utan är en del av produktionsbolaget.

Idag bedrivs verksamheten vid RFV-sjukhusen huvudsakligen i internatform. För större delen av utredningarna och behandlingsprogrammen behövs detta inte. För vissa av de långa utredningarna, första delen av överviktsbehandlingen och hjärtrehabiliteringen kan det dock vara påkallat att den försäkrade befinner sig på internat under åtminstone viss del av utrednings- eller behandlingstiden[20]. Ett förslag från vår sida blir då att FKF skapar ett bolag för patienthotellverksamhet. Detta bolag kan bedriva verksamhet i Tranås och Nynäshamn, men också på andra orter där produktionsbolaget bedriver verksamhet om detta är lämpligt och kostnadseffektivt. På detta sätt får man en tydlig åtskillnad mellan internatkostnader och de egentliga utrednings- och behandlingskostnaderna, vilket underlättar för försäkringskassorna när de ska välja leverantör.

RFV-sjukhusen äger idag fastigheter i Tranås och Nynäshamn för vilka man nästan inte har några räntekostnader. Detta är en form av subvention som bl a förvrider konkurrensen och som inte ger rätt signaler till köparen av RFV-sjukhusens tjänster. Staten bör därför sälja dessa fastigheter, och i första hand erbjuda dem till FKF till marknadspris. Är FKF intresserade av att äga fastigheterna bör dessa placeras i särskilt bolag som förvaltar och hyr ut sina lokaler till övriga delar av verksamheten till marknadsmässig hyra. Andra hyresgäster kan också komma ifråga.

I Tranås finns ett mindre konferenscentrum med konferenslokaler och konferensservice. Verksamheten har tre anställda. RFV-sjukhusen använder idag denna resurs i samband med utbildningar och liknande, men tjänsterna säljs även till externa kunder. Är FKF intresserade av att

[20]Intervjuer med Valur Johannsson och Åke Sandén

behålla denna resurs för framtiden bör möjlighet ges att överta den från staten.

I Tranås finns sedan lång tid tillbaka ett badhotell som bedriver en forma av kurortsverksamhet. Den enda orsak, förutom historiska skäl, att bedriva denna verksamhet är vissa synergieffekter vid lokalutnyttjande. Vi föreslår att staten säljer denna verksamhet (med eller utan motsvarande fastighet) till en intresserad entreprenör. Avtal om lokalutnyttjande kan göras med den nye ägaren till verksamheten.

11. Kostnader för omstrukturering

I vårt uppdrag ingår att undersöka de omstruktureringskostnader som kan vara aktuella vid förändringar av verksamheten. Vi beskriver först nedläggningskostnaderna i Nynäshamn och Tranås för att sedan nämna hur uppstartningkostnaderna för regionaliserade team ska hanteras. Några andra omstruktureringskostnader av intressant storlek borde inte finnas.

11.1 Total nedläggning

En total och omedelbar nedläggning av verksamheten vid RFV-sjukhusen skulle medföra kostnader för personalens löner i ca 12 månader vilket motsvarar ca 120 miljoner kronor[21]. Detta är den enda egentliga kostnaden av betydelse. Från detta dras intäkter. RFV-sjukhusen har ett eget kapital på ca 25 miljoner som bör kunna realiseras vid en nedläggning. Därtill kommer de övervärden som finns i fastigheterna, som är mycket svåra att beräkna, samt eventuell intäkt från försäljningen av badhotellverksamheten. Den nettokostnad som då blir är ett anslagsbehov som RFV-sjukhusen har utan att någon verksamhet bedrivs.

Nedläggningen kan emellertid genomföras så att verksamheten upprätthålls delvis under en del av personalens uppsägningstid. Vi bedömer det då som möjligt att minska kostnaden för löner utan motsvarande verksamhet till ca hälften d v s 60 miljoner kronor. Från denna summa dras sedan eget kapital, övervärden i fastigheter och intäkt från försäljningen av badhotellverksamheten. Förutsättningen för att nettokostnaden ska närma sig noll är stor enligt vår bedömning. Den förlust som kan uppstå innebär ett anslagsbehov utan motsvarande verksamhet.

[21]Intervju med Jan-Erik Nilsson

11.2 Partiell nedläggning av verksamheten

Det förslag till organisation som vi beskrivit tidigare medför att det kommer att finnas ca 5-10 team tillsammans i Tranås och Nynäshamn mot dagens 14 team. Här ingår både metodutvecklings- och rena produktionsteam. Detta innebär ungefär en halvering av dagens verksamhets-, bemannings- och kostnadsnivå. Denna förändring bör inte ske abrupt utan under en övergångstid på högst ett år. Vi bedömer då att de extra lönekostnaderna stannar vid högst 30 miljoner. Mot detta ska vägas marknadsvärdet av alla fastigheterna som RFV-sjukhusen har idag, eftersom de antingen säljs på öppna marknaden eller överlåts till FKF för marknadsvärdet, samt intäkten från försäljningen av badhotellverksamheten. Denna omstrukturering ger med stor sannolikhet ett överskott till statskassan.

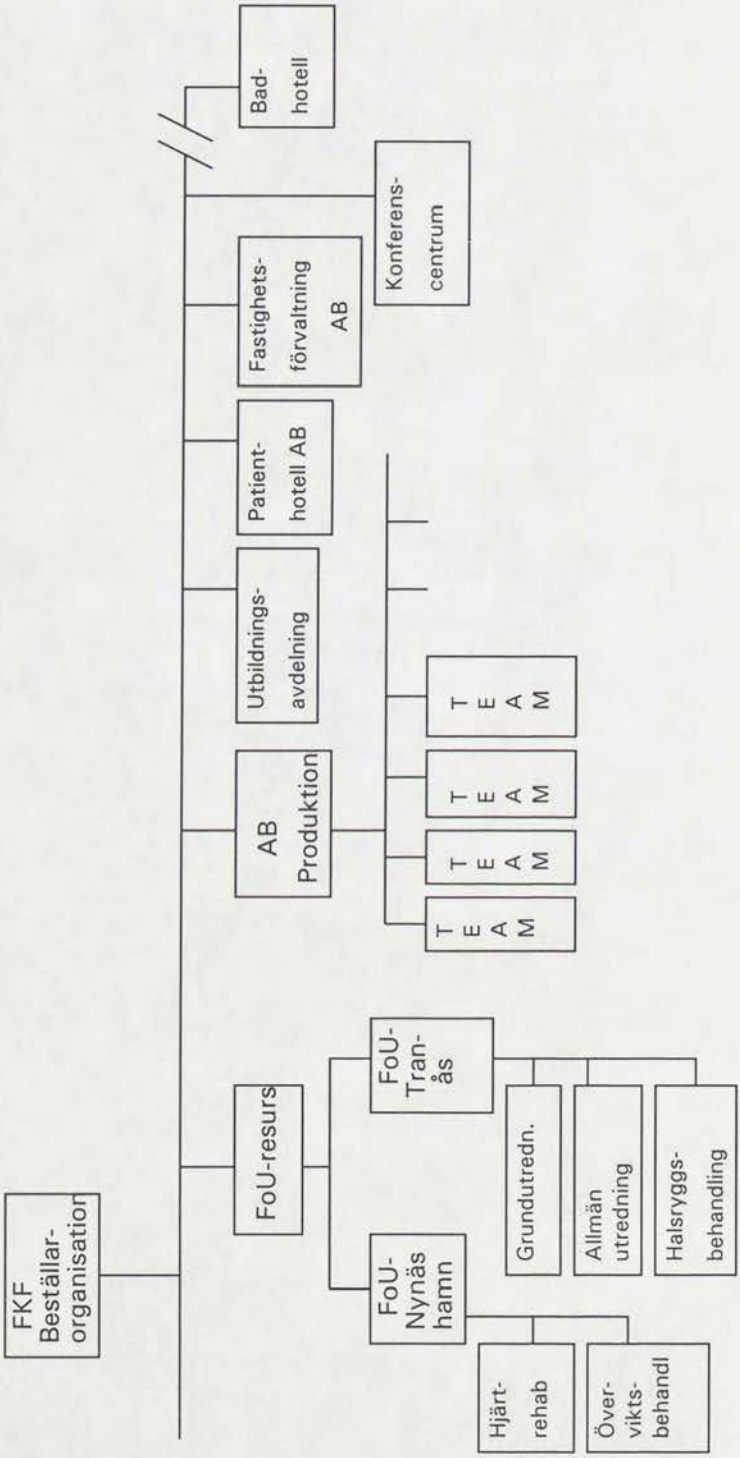
11.3 Uppstartningskostnader

De regionala produktionsteamen har kostnader för uppstartning. Dessa kostnader ska emellertid täckas genom att priset på tjänsterna på sikt ger kostnadstäckning även för dessa kostnader. Produktionsbolaget får därför finansiera dessa investeringar på traditionellt företagsekonomiskt sätt. Därmed bör dessa investeringar inte betraktas som omstruktureringskostnader för RFV-sjukhusen.

12. Avslutning

De förändringar av verksamhet, finansiering, organisation, huvudmannaskap m m som vi skisserat och diskuterat ovan är omfattande. Den nya huvudmannen (-männen) bör därför ges rimlig tid att genomföra förändringen. Vi bedömer dock att om förändringen startar 1/1 1999 bör den vara avklarad i och med 1999 års utgång. Under övergångstiden kan det vara lämpligt att överföra RFV-sjukhusens anslag till försäkringskassornas "köp av tjänst-pengar", men att dessa helt eller delvis endast får användas för inköp av tjänster från den verksamhet som idag bedrivs på sjukhusen.

Bilaga


FKF Beställar-organisation
FoU-resurs
AB Produktion
Utbildnings-avdelning
Patient-hotell AB
Fastighets-förvaltning AB
Konferens-centrum
Bad-hotell
TEAM
TEAM
TEAM
TEAM
FoU-Nynäs hamn
FoU-Tran-ås
Hjärt-rehab
Över-vikts-behandl
Grundutredn.
Allmän utredning
Halsryggs-behandling

Statens offentliga utredningar 1997

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – steg för steg. U.
2. Inkomstskattelag, del I-III. Fi.
3. Fastighetsdataregister. Ju.
4. Förbättrad miljöinformation. M.
5. Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. A.
6. Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. K.
7. Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex förvaltningsområden. Fi.
8. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. S.
9. Flexibel förvaltning. Förändring och verksamhetsanpassning av statsförvaltningens struktur. Fi.
10. Ansvaret för valutapolitiken. Fi.
11. Skatter, miljö och sysselsättning. Fi.
12. IT-problem inför 2000-skiftet. Referat och slutsatser från en hearing anordnad av IT-kommissionen den 18 december. IT-kommissionens rapport 1/97. K.
13. Regionpolitik för hela Sverige. N.
14. IT i kulturens tjänst. Ku.
15. Det svåra samspelet. Resultatstyrningens framväxt och problematik. Fi.
16. Att utveckla industriforskningsinstituten. N.
17. Skatter, tjänster och sysselsättning. + Bilagor. Fi.
18. Granskning av granskning. Den statliga revisionen i Sverige och Danmark. Fi.
19. Bättre information om konsumentpriser. In.
20. Konkurrenslagen 1993-1996. N.
21. Växa i lärande. Förslag till läroplan för barn och unga 6-16 år. U.
22. Aktiebolagets kapital. Ju.
23. Digital demokr@ti. Ett seminarium om Teknik, demokrati och delaktighet den 8 november 1996 anordnat av Folkomröstningsutredningen, IT-kommissionen och Kommunikationsforskningsberedningen. IT-kommissionens rapport 2/97. K.
24. Välfärd i verkligheten – Pengar räcker inte. S.
25. Svensk mat – på EU-fat. Jo.
26. EU:s jordbrukspolitik och den globala livsmedelsförsörjningen. Jo.
27. Kontroll Reavinst Värdepapper. Fi.
28. I demokratins tjänst. Statstjänstemannens roll och vårt offentliga etos. Fi.
29. Barnpornografifrågan. Innehavskriminalisering m.m. Ju.
30. Europa och staten. Europeiseringens betydelse för svensk statsförvaltning. Fi.
31. Kristallkulan – tretton röster om framtiden. IT-kommissionens rapport 3/97. K.
32. Följdlagstiftning till miljöbalken. M.
33. Att lära över gränser. En studie av OECD:s förvaltningspolitiska samarbete. Fi.
34. Övervakning av miljön. M.
35. Ny kurs i trafikpolitiken + bilagor. K.
36. Bekämpande av penningtvätt. Fi.
37. Ett tekniskt forskningsinstitut i Göteborg. U.
38. Myndighet eller marknad. Statsförvaltningens olika verksamhetsformer. Fi.
39. Integritet Offentlighet Informationsteknik. Ju.
40. Unga och arbete. In.
41. Staten och trossamfunden
    Rättslig reglering
    – Grundlag
    – Lag om trossamfund
    – Lag om Svenska kyrkan. Ku.
42. Staten och trossamfunden Begravningsverksamheten. Ku.
43. Staten och trossamfunden Den kulturhistoriskt värdefulla kyrkliga egendomen och de kyrkliga arkiven. Ku.
44. Staten och trossamfunden Svenska kyrkans personal. Ku.
45. Staten och trossamfunden Stöd, skatter och finansiering. Ku.
46. Staten och trossamfunden Statlig medverkan vid avgiftsbetalning. Ku.
47. Staten och trossamfunden Den kyrkliga egendomen. Ku.
48. Arbetsgivarpolitik i staten. För kompetens och resultat. Fi.
49. Grundlagsskydd för nya medier. Ju.
50. Alternativa utvecklingsvägar för EU:s gemensamma jordbrukspolitik. Jo.
51. Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre. S.
52. Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre. S.
53. Avskaffa reklamskatten! Fi.
54. Ministern och makten. Hur fungerar ministerstyre i praktiken? Fi.
55. Staten och trossamfunden. Sammanfattningarna av förslagen från de statliga utredningarna. Ku.
56. Folket som rådgivare och beslutsfattare. + Bilaga 1 och 2. Ju.
57. I medborgarnas tjänst. En samlad förvaltningspolitik för staten. Fi.
58. Personaluthyrning. A.
59. Svenskhemmet Voksenåsens förvaltningsform. Ku.
60. Betal-TV inom Sveriges Television. Ku.

Statens offentliga utredningar 1997

Kronologisk förteckning

61. Att växa bland betong och kojor.
Ett delbetänkande om barns och ungdomars uppväxtvillkor i storstädernas utsatta områden från Storstadskommittén. S.
62. Rosor av betong.
En antologi till delbetänkandet Att växa bland betong och kojor från Storstadskommittén. S.
63. Sverige inför epokskiftet.
IT-kommissionens rapport 5/97. K.
64. Samhall. En arbetsmarknadspolitisk åtgärd
+ Bilagedel. A
65. Polisens register. Ju.
66. Statsskuldspolitiken. Fi.
67. Återkallelse av uppehållstillstånd. UD.
68. Grannlands-TV i kabelnät. Ku.
69. Besparingar i stort och smått. U.
70. Totalförsvaret och frivilligorganisationerna
– uppdrag, stöd och ersättning. Fö.
71. Politik för unga.
+ 2 st bilagor. In.
72. En lag om socialförsäkringar. S.
73. Inför en svensk policy om säker elektronisk kommunikation. Referat från ett seminarium anordnat av IT-kommissionen, Närings- och handelsdepartementet och SEIS den 11 december 1996. IT-kommissionens rapport 6/97. K.
74. EU:s jordbrukspolitik, miljön och regional utveckling. Jo.
75. Bosättningsbegreppet. Skatterättsliga regler för fysiska personer. Fi.
76. Invandrare i vård och omsorg
– en fråga om bemötande av äldre. S.
77. Uppföljning av inkomstskattelagen. Fi.
78. Medelsförvaltning i kommuner och landsting. In.
79. Försäkringsmäklare. En lagöversyn av Försäkringsmäklarutredningen. Fi.
80. Reformerad stabsorganisation. Fi.
81. Allmännyttiga bostadsföretag.
+ Bilaga. In.
82. Lika möjligheter. In.
83. Om makt och kön – i spåren av offentliga organisationers omvandling. A.
84. En hållbar kemikaliepolitik. M.
85. Förmån efter inkomst – Samordnat inkomst begrepp för bostadsstöden och nya kvalifikationsregler för rätt till sjukpenninggrundande inkomst. S.
86. Punktskattekontroll av alkohol, tobak och mineralolja, m.m. Fi.
87. Kvinnor, män och inkomster.
Jämställdhet och oberoende. A.
88. Upphandling för utveckling. N.
89. Handeln med skrot och begagnade varor. N.
90. Ändrad organisation för det statliga plan-, bygg- och bostadsväsendet. In.
91. Jaktens villkor – en utredning om vissa jaktfrågor. Jo.
92. Medieföretag i Sverige – Ägande och strukturförändringar i press, radio och TV. Ku.
93. Hantering av fel i utjämningssystemet för kommuner och landsting. In.
94. Konkurrensneutralt transportbidrag. N.
95. Forum för världskultur
– en rapport om ett rikare kulturliv. Ku.
96. Lokalförsörjning och fastighetsägande.
En utvärdering av statens fastighetsorganisation. Fi.
97. Skydd av skogsmark. Behov och kostnader. M.
98. Skydd av skogsmark. Behov och kostnader.
Bilagor. M.
99. En ny vattenadministration. Vatten är livet. M.
100. Nya samverkansformer inom den sjöhistoriska museiverksamheten. Ku.
101. Behandling av personuppgifter om totalförsvarspliktiga. Fö.
102. Mat & Miljö. Svensk strategi för EU:s jordbruk i framtiden. Jo.
103. Rapport med förslag om sändningsorter. Ku.
104. Polis i fredens tjänst. UD.
105. Agenda 21 i Sverige.
Fem år efter Rio – resultat och framtid. M.
106. En fond för unga konstnärer. Ku.
107. Den nya gymnasieskolan
– problem och möjligheter. U.
108. Att lämna skolan med rak rygg – Om rätten till skriftspråket och om förskolans och skolans möjligheter att förebygga och möta läs- och skrivsvårigheter. U.
109. Myndighetsansvaret för transport av farligt gods. Fö.
110. Säkrare obligationer? Fi.
111. Branschsanering - och andra metoder mot ekobrott. Ju.
112. En samordnad militär skolorganisation.
113. Mot halva makten – elva historiska essäer om kvinnors strategier och mäns motstånd. A.
114. Styrsystem och jämställdhet. Institutioner i förändring och könsmaktens framtid. A.
115. Ljusnande framtid eller ett långt farväl?
Den svenska välfärdsstaten i jämförande belysning. A.
116. Barnets bästa i främsta rummet. FN:s konvention om barnets rättigheter förverkligas i Sverige. S.
116. Barnets bästa – en antologi. S.

Statens offentliga utredningar 1997

Kronologisk förteckning

117. Nobelcenter i Stockholm – ett informations- och aktivitetscentrum kring naturvetenskap, kultur och samhälle. Ku.
118. Delade städer. S.
119. En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet. S.
120. Vuxenpedagogik i Sverige. Forskning, utbildning, utveckling. En Kartläggning. U.
121. Skolfrågor – Om skola i en ny tid. U.
122. Rättigheter i luftfartyg. K.
123. Ett effektivare näringsförbud. N.
124. IT-kommissionens hearing om den nya medie- och programvaruindustrin. Andrakammarsalen, Riksdagen, 1997-06-16. K.
125 Ett svenskt investerarskydd. Fi.
126. Bilen, miljön och säkerheten. Fi.
127. Straffansvar för juridiska personer. Del A+B. Ju.
128. Verkställighet och kontroll i utlänningsärenden. UD.
129. Kollektivtrafik i tid + Bilaga. K.
130. Effektivare statlig inköpssamordning. Fi.
131. Lag om premiepension. Fi.
132. Antimicrobial Feed Additives. Jo.
133. Antimikrobiella fodertillsatser (sammandrag). Jo.
134. Förtroendemannainflytande – ökad kvalitet och rättssäkerhet. S.
135. Ledare, makt och kön. A.
136. Kvinnors och mäns löner – varför så olika? A.
137. Glastak och glasväggar? Den könssegregerade arbetsmarknaden. A.
138. Familj, makt och jämställdhet. A.
139. Hemmet, barnen och makten. Förhandlingar om arbete och pengar i familjen. A.
140. Fonogramersättning. Ku.
141. Boken i tiden. Ku.
142. Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader. S.
143. Större EU – säkrare Europa. UD.
144. Försvarets fastigheter. Former för en kostnadseffektiv och verksamhetsinriktad förvaltning. Fi.
145. Förvalta med miljöansvar. Statsförvaltningens arbete för ekologisk hållbarhet. M.
146. Grunddata – i samhällets tjänst. Fi.
147. Barns bilder av åldrande – en fråga om bemötande av äldre. S.
148. Utbildningskanalen. U.
149. Miljön i ett utvidgat EU. M.
150. EU:s jordbrukspolitik och östutvidgning. Jo.
151. Food and the environment, Swedish strategy for the future of EU agriculture. Jo.
152. Uppehållstillstånd på grund av anknytning. UD.
153. Arbetskraftens fria rörlighet – trygghet och jämställdhet + Bilagedel. A.
154. Patienten har rätt. S.
155. Miljösamverkan i vattenvården. M.
156. Ett större och bättre Europa? EU:s utvidgning: Samhällsekonomiska effekter. Fi.
157. Att erövra omvärlden. Förslag till läroplan för förskolan. U.
158. Vuxenpedagogik i teori och praktik. U.
159. Ett utvidgat europeiskt område med frihet, säkerhet och rättvisa. Ju.
160. Regionala konsekvenser av EU:s östutvidgning. N.
161. Stöd i föräldraskapet. S.
162. Medborgarskap och identitet. In.
163. Översvämningskatastrofen i Polen – stöd från stat och näringsliv. N.
164. Medlingsinstitut och lönestatistik. + 5 st bilagor. A.
165. Läkemedel i priskonkurrens. S.
166. Ohälsoförsäkringen. Trygghet och aktivitet. S.
167. En livsmedelsstrategi för Sverige.
168. Vinstutdelning i aktiebolag. Ju.
169. Försäkringsmedicinskt centrum. En resurs för utredning och metodutveckling. S.

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Fastighetsdataregister. [3]
Aktiebolagets kapital. [22]
Barnpornografifrågan.
Innehavskriminalisering m.m. [29]
Integritet Offentlighet Informationsteknik. [39]
Grundlagsskydd för nya medier. [49]
Folket som rådgivare och beslutsfattare.
+ Bilaga 1 och 2. [56]
Polisens register. [65]
Branschsanering - och andra metoder mot ekobrott. [111]
Straffansvar för juridiska personer. Del A+B. [127]
Ett utvidgat europeiskt område med frihet,
säkerhet och rättvisa. [159]
Vinstutdelning i aktiebolag. [168]

Utrikesdepartementet

Återkallelse av uppehållstillstånd. [67]
Polis i fredens tjänst. [104]
Verkställighet och kontroll i utlänningsärenden. [128]
Större EU – säkrare Europa. [143]
Uppehållstillstånd på grund av anknytning. [152]

Försvarsdepartementet

Totalförsvaret och frivilligorganisationerna
– uppdrag, stöd och ersättning. [70]
Behandling av personuppgifter om
totalförsvarspliktiga. [101]
Myndighetsansvaret för transport av farligt gods. [109]
En samordnad militär skolorganisation.[112]

Socialdepartementet

Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. [8]
Välfärd i verkligheten – Pengar räcker inte. [24]
Brister i omsorg
– en fråga om bemötande av äldre. [51]
Omsorg med kunskap och inlevelse
– en fråga om bemötande av äldre. [52]
Att växa bland betong och kojor.
Ett delbetänkande om barns och ungdomars
uppväxtvillkor i storstädernas utsatta områden från
Storstadskommittén. [61]
Rosor av betong.
En antologi till delbetänkandet Att växa bland
betong och kojor från Storstadskommittén. [62]
En lag om socialförsäkringar. [72]
Invandrare i vård och omsorg
– en fråga om bemötande av äldre. [76]
Förmån efter inkomst – Samordnat inkomstbegrepp
för bostadsstöden och nya kvalifikationsregler för
rätt till sjukpenninggrundande inkomst. [85]
Barnets bästa i främsta rummet. FN:s konvention
om barnets rättigheter förverkligas i Sverige. [116]
Barnets bästa – en antologi. [116]
Delade städer. [118]
En tydligare roll för hälso- och sjukvården i
folkhälsoarbetet. [119]
Förtroendemannainflytande – ökad kvalitet och
rättssäkerhet. [134]
Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader. [142]
Barns bilder av åldrande
– en fråga om bemötande av äldre. [147]
Patienten har rätt. [154]
Stöd i föräldraskapet. [161]
Läkemedel i priskonkurrens. [165]
Ohälsoförsäkringen. Trygghet och aktivitet. [166]
Försäkringsmedicinskt centrum.
En resurs för utredning och metodutveckling. [169]

Kommunikationsdepartementet

Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. [6]
IT-problem inför 2000-skiftet. Referat och slutsatser från
en hearing anordnad av IT-kommissionen den
18 december. IT-kommissionens rapport 1/97. [12]
Digital demokr@ti. Ett seminarium om Teknik,
demokrati och delaktighet den 8 november 1996
anordnat av Folkomröstningsutredningen, IT-
kommissionen och Kommunikationsforsknings-
beredningen. IT-kommissionens rapport 2/97. [23]
Kristallkulan – tretton röster om framtiden.
IT-kommissionens rapport 3/97. [31]
Ny kurs i trafikpolitiken + bilagor. [35]
Sverige inför epokskiftet.
IT-kommissionens rapport 5/97. [63]
Inför en svensk policy om säker elektronisk
kommunikation. Referat från ett seminarium anordnat av
IT-kommissionen, Närings- och handelsdepartementet
och SEIS den 11 december 1996.
IT-kommissionens rapport 6/97. [73]
Rättigheter i luftfartyg. [122]
IT-kommissionens hearing om den nya medie- och
programvaruindustrin. Andrakammarsalen,
Riksdagen, 1997-06-16. [124]
Kollektivtrafik i tid + Bilaga. [129]

Finansdepartementet

Inkomstskattelag, del I-III. [2]
Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex
förvaltningsområden. [7]
Flexibel förvaltning. Förändring och verksam-
hetsanpassning av statsförvaltningens struktur. [9]

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Ansvaret för valutapolitiken. [10]
Skatter, miljö och sysselsättning. [11]
Det svåra samspelet. Resultatstyrningens framväxt och problematik. [15]
Skatter, tjänster och sysselsättning.
+ Bilagor. [17]
Granskning av granskning.
Den statliga revisionen i Sverige och Danmark. [18]
Kontroll Reavinst Värdepapper. [27]
I demokratins tjänst. Statstjänstemannens roll och vårt offentliga etos. [28]
Europa och staten. Europeiseringens betydelse för svensk statsförvaltning. [30]
Att lära över gränser. En studie av OECD:s förvaltningspolitiska samarbete. [33]
Bekämpande av penningtvätt. [36]
Myndighet eller marknad.
Statsförvaltningens olika verksamhetsformer. [38]
Arbetsgivarpolitik i staten.
För kompetens och resultat. [48]
Avskaffa reklamskatten! [53]
Ministern och makten.
Hur fungerar ministerstyre i praktiken? [54]
I medborgarnas tjänst.
En samlad förvaltningspolitik för staten. [57]
Statsskuldspolitiken. [66]
Bosättningsbegreppet. Skatterättsliga regler för fysiska personer. [75]
Uppföljning av inkomstskattelagen. [77]
Försäkringsmäklare. En lagöversyn av Försäkringsmäklarutredningen. [79]
Reformerad stabsorganisation. [80]
Punktskattekontroll av alkohol, tobak och mineralolja, m.m. [86]
Lokalförsörjning och fastighetsägande.
En utvärdering av statens fastighetsorganisation. [96]
Säkrare obligationer? [110]
Ett svenskt investerarskydd. [125]
Bilen, miljön och säkerheten. [126]
Effektivare statlig inköpssamordning. [130]
Lag om premiepension. [131]
Försvarets fastigheter.
Former för en kostnadseffektiv och verksamhetsinriktad förvaltning. [144]
Grunddata – i samhällets tjänst. [146]
Ett större och bättre Europa? EU:s utvidgning: Samhällsekonomiska effekter. [156]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – steg för steg. [1]
Växa i lärande. Förslag till läroplan för barn och unga 6-16 år. [21]
Ett tekniskt forskningsinstitut i Göteborg. [37]
Besparingar i stort och smått. [69]
Den nya gymnasieskolan
– problem och möjligheter. [107]
Att lämna skolan med rak rygg – Om rätten till skriftspråket och om förskolans och skolans möjligheter att förebygga och möta läs- och skrivsvårigheter. [108]
Vuxenpedagogik i Sverige. Forskning, utbildning, utveckling. En Kartläggning. [120]
Skolfrågor – Om skola i en ny tid. [121]
Utbildningskanalen. [148]
Att erövra omvärlden. Förslag till läroplan för förskolan. [157]
Vuxenpedagogik i teori och praktik. [158]

Jordbruksdepartementet

Svensk mat – på EU-fat. [25]
EU:s jordbrukspolitik och den globala livsmedelsförsörjningen. [26]
Alternativa utvecklingsvägar för EU:s gemensamma jordbrukspolitik. [50]
EU:s jordbrukspolitik, miljön och regional utveckling. [74]
Jaktens villkor – en utredning om vissa jaktfrågor. [91]
Mat & Miljö. Svensk strategi för EU:s jordbruk i framtiden. [102]
Antimicrobial Feed Additives. [132]
Antimikrobiella fodertillsatser (sammandrag). [133]
EU:s jordbrukspolitik och östutvidgning. [150]
Food and the environment, Swedish strategy for the future of EU agriculture. [151]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. [5]
Personaluthyrning. [58]
Samhall. En arbetsmarknadspolitisk åtgärd
+ Bilagedel. [64]
Om makt och kön – i spåren av offentliga organisationers omvandling. [83]
Kvinnor, män och inkomster.
Jämställdhet och oberoende. [87]
Mot halva makten – elva historiska essäer om kvinnors strategier och mäns motstånd. [113]

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Styrsystem och jämställdhet. Institutioner i förändring och könsmaktens framtid. [114]
Ljusnande framtid eller ett långt farväl? Den svenska välfärdsstaten i jämförande belysning. [115]
Ledare, makt och kön. [135]
Kvinnors och mäns löner – varför så olika? [136]
Glastak och glasväggar? Den könssegregerade arbetsmarknaden. [137]
Familj, makt och jämställdhet. [138]
Hemmet, barnen och makten. Förhandlingar om arbete och pengar i familjen. [139]
Arbetskraftens fria rörlighet – trygghet och jämställdhet + Bilagedel. [153]
Medlingsinstitut och lönestatistik. + 5 st bilagor. [164]

Kulturdepartementet

IT i kulturens tjänst. [14]
Staten och trossamfunden
Rättslig reglering
– Grundlag
– Lag om trossamfund
– Lag om Svenska kyrkan. [41]
Staten och trossamfunden
Begravningsverksamheten. [42]
Staten och trossamfunden
Den kulturhistoriskt värdefulla kyrkliga egendomen och de kyrkliga arkiven. [43]
Staten och trossamfunden
Svenska kyrkans personal. [44]
Staten och trossamfunden
Stöd, skatter och finansiering. [45]
Staten och trossamfunden
Statlig medverkan vid avgiftsbetalning. [46]
Staten och trossamfunden
Den kyrkliga egendomen. [47]
Staten och trossamfunden. Sammanfattningarna av förslagen från de statliga utredningarna. [55]
Svenskhemmet Voksenåsens förvaltningsform. [59]
Betal-TV inom Sveriges Television. [60]
Grannlands-TV i kabelnät. [68]
Medieföretag i Sverige – Ägande och strukturförändringar i press, radio och TV. [92]
Forum för världskultur
– en rapport om ett rikare kulturliv. [95]
Nya samverkansformer inom den sjöhistoriska museiverksamheten. [100]
Rapport med förslag om sändningsorter. [103]
En fond för unga konstnärer. [106]
Nobelcenter i Stockholm – ett informations- och aktivitetscentrum kring naturvetenskap, kultur och samhälle. [117]
Fonogramersättning. [140]
Boken i tiden. [141]

Närings- och handelsdepartementet

Regionpolitik för hela Sverige. [13]
Att utveckla industriforskningsinstituten. [16]
Konkurrenslagen 1993-1996. [20]
Upphandling för utveckling. [88]
Handeln med skrot och begagnade varor. [89]
Konkurrensneutralt transportbidrag. [94]
Ett effektivare näringsförbud. [123]
Regionala konsekvenser av EU:s östutvidgning. [160]
Översvämningskatastrofen i Polen – stöd från stat och näringsliv. [163]
En livsmedelsstrategi för Sverige. [167]

Inrikesdepartementet

Bättre information om konsumentpriser. [19]
Unga och arbete. [40]
Politik för unga. + 2 st bilagor. [71]
Medelsförvaltning i kommuner och landsting. [78]
Allmännyttiga bostadsföretag. + Bilaga. [81]
Lika möjligheter. [82]
Ändrad organisation för det statliga plan-, bygg- och bostadsväsendet. [90]
Hantering av fel i utjämningssystemet för kommuner och landsting. [93]
Medborgarskap och identitet. [162]

Miljödepartementet

Förbättrad miljöinformation. [4]
Följdlagstiftning till miljöbalken. [32]
Övervakning av miljön. [34]
En hållbar kemikaliepolitik. [84]
Skydd av skogsmark. Behov och kostnader. [97]
Skydd av skogsmark. Behov och kostnader. Bilagor. [98]
En ny vattenadministration. Vatten är livet. [99]
Agenda 21 i Sverige.
Fem år efter Rio – resultat och framtid. [105]
Förvalta med miljöansvar. Statsförvaltningens arbete för ekologisk hållbarhet. [145]
Miljön i ett utvidgat EU. [149]
Miljösamverkan i vattenvården. [155]

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM