

12 Reformens utgångspunkter och innehåll

Utredningen redogör i del I (kap. 1–8) vilka förutsättningar som finns för en ny reform. Sammanfattningsvis kan jag i kapitel 8 konstatera att det finns nio starka motiv:

- Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt syfte.
- Individen i centrum kräver en ny ordning.
- Det finns ett stort behov av arbetslivsinriktad rehabilitering som inte blir tillgodosett inom dagens ordning.
- Ett annorlunda och ökat framtida behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Samhällets kostnader för ohälsa ökar och tränger undan andra viktiga välfärdsfrågor.
- Det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med framgångsrik rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna.
- Arbetsgivaren har begränsade ekonomiska drivkrafter.
- Kommande behov av arbetskraft.
- Stort stöd för en ny reform bland 80-tal remissinstanser.

I denna del III lämnar jag ett samlat förslag till en ny reform. Innan en utförligare redovisning görs av de olika delarna vill jag i detta kapitel ge en kort introduktion till den nya reformens utgångspunkter och innehåll.

12.1 Individ – arbetsgivare – det offentliga. En ny tyngdpunkt?

Utredningens bedömning: En offentlig modell väljs. Inom denna finns skäl att flytta den nuvarande tyngdpunkten inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen till en offentlig huvudaktör.

När det gäller att såväl minska risker för att drabbas av sjukskrivning som att åter komma till arbete efter en sjukskrivning delas ansvaret mellan *arbetsgivaren/arbetsplatsen (om personen har arbete) – det offentliga – och individen själv*. Rollfördelningen mellan dessa, dvs. var tyngdpunkten ligger, påverkar i stor utsträckning hur väl ett land lyckas i sina förutsättningar att dels förebygga sjukskrivningar, dels få till stånd tidig och aktiv rehabilitering.

I utredningens internationella kartläggning har jag kunnat konstatera att olika länder har valt olika tyngdpunkt när det gäller ansvaret för dessa frågor (jfr kap. 7). Även om det inte går att dra några egentliga slutsatser om effekterna av de valda modellerna – arbetsgivarmodellen, avtalsmodellen och den offentliga modellen – har jag ändå kunnat urskilja vissa huvuddrag. Som exempel kan nämnas att arbetsgivaremodellen har en större fokusering på förebyggande insatser medan avtalsmodellen å sin sida kännetecknas av starkare anställningstrygghet och stöd för de försäkrade vid sjukdom och rehabilitering.

Utöver den internationella kartläggningen har jag också utvärderat de svenska förhållandena när det gäller ansvaret att få människor i arbete fortast möjligt efter en sjukskrivning. Utredningen kan därvid konstatera att det nuvarande ansvaret alltmer förskjutits till det offentliga. Det offentliga ansvar delas i sin tur av fyra parallella och likvärdiga sektorer, nämligen landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassa). Denna sektorisering utgör enligt min mening ett strukturellt hinder för en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett sätt att överbrygga sektoriseringen på den offentliga sidan har varit de senaste årens samverkansaktiviteter i olika former, vilka beskrivits i avsnitt 11.2. Dessa aktiviteter anser jag emellertid inte tillräckliga. Frågan har därför aktualiserats om det inte är dags med en förändring av dagens ordning, dvs. att flytta tyngdpunkten.

En förändring av dagens ordning påverkar etablerade samhällsstrukturer och berör i princip hela befolkningen i arbetsför ålder. Jag bedömde det därför skäligt att några realistiska alternativ blev föremål för en offentlig debatt innan utredningen tog ställning. Med bl.a. den internationella studien som en värdefull grund presenterade jag i diskussionspromemorian tre alternativa modeller av den framtida försäkringens organisation och finansiering.

Utifrån det stora gensvaret från ett 80-tal remissinstanser kan jag entydigt dra slutsatsen att det finns ett stort stöd ute i landet för att ändra dagens ordning. En klar majoritet förordade nämligen modell två – en offentlig huvudaktör. Även modell tre med ett tydligt arbetsgivaransvar har många företrädare. Däremot är det endast ett fåtal instanser som vill se modell ett, dvs. justeringar inom dagens ordning.

Mitt samlade intryck är alltså att det finns en stor uppslutning för en offentlig huvudaktör. Såväl företrädare för myndigheter som arbetstagare och andra intresseorganisationer har tydligt givit uttryck för detta.

I sammanhanget vill jag också påpeka att utredningen även undersökt möjligheten att ge arbetsgivaren ett tydligare ansvar för organisation och finansiering. Jag har då främst tilltalats av en sådan modells tonvikt på förebyggande insatser. Emellertid finns det också nackdelar med en sådan modell, bl.a. risken för ökad selektion vid nyanställning. Ett annat faktum som talar mot denna modell är vikten av att den nya reformen träder i kraft snarast möjligt.

Vid en samlad bedömning anser jag därför att den offentliga modellen med en huvudaktör är den mesta realistisk för närvarande. På sikt utesluter jag dock inte ett införande av en arbetsgivarmodell.

12.2 Sju hörnstenar

Utredningens bedömning: Den nya reformen bygger på sju hörnstenar:

- Den första hörnstenen är individen i centrum.
- Den andra hörnstenen är en offentlig huvudaktör.
- Den tredje hörnstenen är en kraftfullare försäkring via en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring.
- Den fjärde hörnstenen är stärkta förebyggande insatser.
- Den femte hörnstenen är ökat utbud av resurser och ökad kunskap.
- Den sjätte hörnstenen är likvärdiga möjligheter över landet och mellan olika grupper.
- Den sjunde hörnstenen är tydligare drivkrafter.

En ny reform motiveras således av nio starka motiv, motiv som vart och ett i sig motiverar en ändring av dagens ordning.

När det därefter gäller att konstruera en sådan ny reform finns det självfallet många viktiga faktorer/syften som är viktiga att beakta och tillgodose. Under arbetets gång har det emellertid successivt tonat fram vissa faktorer – hörnstenar – som framstår som viktigare än andra. Vikten av dessa hörnstenar har förstärkts vid bl.a. remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria.

Sammanfattningsvis har utredningen kunnat identifiera sju faktorer som är av sådan dignitet att de bör utgöra den nya reformens hörnste-

nar. Utredningens kommande förslag bygger också – i mer eller mindre grad – på att syftet med dessa hörnstenarna skall uppnås.

Det första hörnstenen är individen i centrum

En förutsättning för lyckad rehabilitering är individens engagemang och medverkan. Utredningen anser därför att individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. Förslagen om individens rätt till rehabiliteringsstöd är också bland de förslag som har fått störst gensvar av de 80-tal instanser som har kommit in med svar i samband med remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria. Instanserna är i stort sett eniga om att det är dags att sätta individen i centrum av sin egen rehabiliteringsprocess.

Detta synsätt förstärks ytterligare av den utvärdering (jfr kap. 11) som Socialstyrelsen gjort av frivillig samverkan inom rehabiliteringsområdet *Lönsam samverkan för individ och samhälle (Socialstyrelsen 2000:5)*. Utvärderingsgruppen konstaterar där bl.a. – utifrån en mängd olika projekt och studier – att det i framtiden bör satsas på individuella och långsiktiga lösningar. Enligt gruppen bör målet vara att förstärka individernas egen drivkraft att komma ut på den öppna arbetsmarknaden eller hitta alternativa aktiviteter.

Förslag som särskilt behandlar individens inflytande presenteras i nästa kapitel. Andra kapitel som har tonvikt på individen är kapitel 16 där jag föreslår en etisk plattform och en prioriteringsgrund som den framtida försäkringsgivaren har att tillämpa. Därigenom skapas det förutsättningar för lika möjligheter över landet och mellan olika grupper. I kapitel 17 ger utredningen förslag om vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter, bl.a. genom utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning och rehabilitering under en längre tid. Stärkta förutsättningar för individen att arbeta under och efter rehabilitering berör jag i kapitel 18.

Självfallet är även övriga förslag konstruerade med sikte på att individen skall vara i centrum.

Den andra hörnstenen är en offentlig huvudaktör

I föregående avsnitt har konstaterats att det nu är dags att flytta tyngdpunkten från fyra likvärdiga offentliga sektorer till en offentlig huvudaktör. Det är enligt min mening svårt att få individen i centrum med

fyra sektorer som har lika ansvar men olika mål och medel. En effekt av detta är att arbetet under 1990-talet snarare har inriktats på att få samverkan att fungera mellan myndigheterna än att samordna individens rehabilitering. Den utvärdering som har gjorts av de senaste årens samverkan visar inte heller några direkta effekter på individnivå i form av t.ex. färre eller kortare sjukfall.

Mot denna bakgrund kan jag konstatera att samverkan visserligen i många fall är bra men att det i längden inte är tillräckligt. En ny ordning bör därför bygga på en offentlig huvudaktör. Såsom framkommit synes också samtliga remissinstanser – med några få undantag – dela min mening att det bör vara en offentlig huvudaktör. Den tidigare nämnda utvärderingsgruppen som har utvärderat samverkan inom rehabiliteringsområdet pekar bl.a. på att alltför många handläggare innebär ett problem för individen. Gruppen föreslår därför att individer som har behov av ett brett stöd av det offentliga under en väl tilltagen men begränsad period skall kunna erbjudas ett sådant stöd samlat. Det finns enligt gruppen stora fördelar med att kunna omvandla olika bidrag för försörjning till aktiva åtgärder. Jag kan konstatera att dessa önskemål ligger väl i linje med utredningens förslag om en offentlig huvudaktör som får en kraftfullare roll och som aktivt driver på sjukskrivningar med hjälp av en koordinator.

Den närmare utformningen av förslagen om en offentlig huvudaktör finns i kapitel 15. Där beskrivs också den framtida organisationen, försäkringsgivarens huvuduppgifter, medel för aktiva insatser, köp av enklare vård- och behandlingsinsatser m.m.

Den tredje hörnstenen är en kraftfullare försäkring genom en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring

Utöver att det skall vara en offentlig huvudaktör anser jag även att det behövs en kraftfullare försäkring än i dag som kan bidra med aktiva och tidiga insatser i syfte att få den sjukskrivne tillbaka till arbete så fort som möjligt. Detta inte minst mot bakgrund av vad utredningens kartläggning visar, nämligen att allt fler är sjukskrivna allt längre samtidigt som insatserna sätts in senare eller sällan.

I kapitel 15 motiveras närmare motiven för en ny sammanhållen försäkring – rehabiliteringsförsäkringen – som ersätter dagens sjukförsäkring och förtidspensionsförsäkring. Den nya försäkringen innehåller rätt till rehabiliteringsstöd, kraftfullare medel för aktiva insatser och en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten.

Samtidigt inrättas en helt ny statlig myndighet, Rehabiliteringsstyrelsen, för att leda och samordna arbetet med den nya rehabilite-

ringsförsäkringen. Detta beskrivs närmare i kapitel 15 där även den nya försäkringens finansiering och ställning beskrivs.

Den fjärde hörnstenen är stärkta förebyggande insatser

Vikten av förebyggande insatser kan inte nog betonas när det gäller att komma till rätta med den nuvarande trenden av allt fler och längre sjukskrivningsperioder. Genom förebyggande insatser skapas kanske det effektivaste medlet att bromsa ohälsa och rehabiliteringsbehov. Vid remissbehandlingen har också flertalet remissinstanser betonat vikten av förebyggande insatser från framför allt arbetsgivarens sida. Utredningen instämmer i att arbetsgivaren har ett stort ansvar för förebyggande åtgärder för sina anställda. Enligt utredningens mening har emellertid också myndigheterna inom den offentliga sektorn och, i viss mån, individen ett ansvar att bidra till att stärka de förebyggande insatserna.

Stärkta förebyggande insatser vill jag gärna se att morgondagens konstruktion av en ny reform stimulerar, vilket också framgår av de förslag som jag lämnar i detta betänkande. Förslag som stimulerar till förebyggande insatser lämnas främst i kapitel 14 om arbetsgivarens ansvar, men återfinns också i kapitel 13 om individens ansvar samt i kapitel 15 om det offentligas ansvar. Som exempel kan nämnas att jag föreslår att den framtida försäkringsgivaren skall ha som en huvuduppgift att även arbeta med förebyggande insatser, bl.a. via uppsökande verksamhet till arbetsplatser, som avviker med hög sjukfrånvaro.

Den femte hörnstenen är ökat utbud av resurser och ökad kunskap

Jag har kunnat konstaterat att utredningens egna och även andra oberoende kartläggningar och uppföljningar av rehabiliteringsverksamheter och aktiviteter tyder på att resursutbudet är olika. För sjukdomsgrupper som besvär i rörelseorganen och psykiska sjukdomar är utbudet ojämnt mellan olika delar av landet. Utbudet är också ojämnt för de grupper som är i behov av rehabilitering för hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns också en över hela landet växande efterfrågan på utbud av tjänster för att klara av mer sammansatta problem och rehabilitering av personer med stressrelaterade besvär. En ny reform kräver därför ett vidgat utbud av rehabiliteringsresurser. Utredningens samhällsekonomiska studie visar dessutom att aktiva insatser inom försäkringen lönar sig såväl ekonomiskt som mänskligt.

Utredningens kartläggning visar också att kunskap om orsaker till sjukdom, metodik för rehabilitering och dess effekter i dag är mycket begränsad. Som bl.a. avsnittet om forskningen visar har hittills lite forskning bedrivits inom detta viktiga område som berör så många individer. Samtidigt behövs mer kunskap om t.ex. orsaker till sjukdom och metodikkunskap för att såväl bromsa behov av sjukskrivning som att nå snabb och effektiv rehabilitering. Vidare är det viktigt att veta effekter av olika rehabiliteringsinsatser, inte minst med tanke på behovet av ett vidgat utbud av rehabiliteringsresurser.

I kapitel 17 kommer jag bl.a. att ge förslag som förstärker utbudet av rehabiliteringsresurser. Förslag som syftar till att öka satsningen på forskningen återfinns i kapitel 19.

Den sjätte hörnstenen är lika möjligheter över landet och mellan olika grupper

Det är inte rimligt att individens möjligheter till rehabiliteringsinsatser från samhället skall vara beroende av sådana faktorer som var han eller hon bor, orsaken till sjukdomen, kön eller funktionshinder. Detta är orättvist bl.a. för att samma avgifter betalas till sjukersättning/rehabilitering oavsett var i landet jag bor. Det kan också medföra godtyckliga bedömningar. Av den anledningen bör en framtida ordning bygga på etiska principer och ha prioritetsgrunder som är samma för hela landet när gemensamma medel tas i anspråk. Härigenom kan det så småningom bli lika möjligheter över landet dels geografiskt, dels också mellan olika grupper.

I kapitel 16 föreslås dels en etisk plattform för den nya rehabiliteringsförsäkringen, dels en prioritetsordning som skall gälla vid rehabilitering till arbete.

Dessutom kan nämnas att det i kapitel 15 återfinns förslag om en – från Rehabiliteringsstyrelsen fristående – särskild metod och utvecklingsresurs. Denna enhet får ansvar för utvärderingar samt för att studera och analysera lokala och regionala skillnader i sjukskrivningsfrekvens, ohälsotal m.m.

Den sjunde hörnstenen är tydligare drivkrafter

I den nya reformen bör det slutligen finnas tydligare drivkrafter för ansvariga aktörer, dvs. arbetsgivaren, det offentliga och individen.

Genom de förslag som nu lämnas kommer fokus att ligga på förebyggande insatser och tidig och aktiv rehabilitering, vilket inte bara

kommer att gynna individen utan också arbetsgivaren och det offentliga.

Det förebyggande arbetet med att bromsa sjukskrivningar och rehabilitering kan grovt sett förstärkas på tre olika sätt. Dels kan skärpt lagstiftning förtydliga arbetsgivaransvaret och därmed stärka ett förebyggande och rehabiliterande arbete, dels kan olika former av ekonomisk stimulans förstärka olika insatser för att minska behovet av sjukskrivning och bromsa rehabiliteringsbehov. Jag tror också att en ökad uppmärksamhet och offentlighet av negativa effekter av uteblivna eller begränsade förebyggande insatser påverkar ett framtida beteende. När det gäller att föreslå stärkta drivkrafter för arbetsgivaren och det offentliga har jag – mer eller mindre – använt mig av dessa tre sätt, vilket bl.a. framgår i kapitel 14 och kapitel 15.

Stärkta drivkrafter för individen framgår bl.a. av kapitel 13, 16, 17 och 18.

Principen om rätt kostnadsföring – en tänkbar hörnsten?

Självfallet finns det skäl att överväga om det finns ytterligare hörnstenar som är av sådan dignitet att de bör ingå i en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En tänkbar sådan hörnsten som jag har övervägt, och som också påpekats från flera remissinstanser, är principen om rätt kostnadsföring. Med detta avses att vissa försäkringar bär det fulla ansvaret för skadefall inom försäkringen. Områden som i detta sammanhang särskilt brukar framhållas är trafikskadorna och arbetsskadorna. I enlighet med principen om rätt kostnadsföring skulle detta innebära att obligatoriska trafikolycksfallsförsäkringar och arbetsolycksfallsförsäkringar får bära hela kostnaden för inträffade trafikolyckor och arbetsskador.

Den begränsade tid som stått till utredningens förfogande har emellertid inte medgett någon närmare analys av fördelarna med en sådan ny ordning. Jag kan dock konstatera att ett sådant förslag hade medfört en radikal omläggning av inte bara sjukförsäkringen utan också arbetsskadeförsäkringen och trafikförsäkringen. Ett annat problem med principen är att det i dagens arbetsliv torde medföra stora svårigheter att i ett skadefall avgöra vad som hänför sig till arbetet respektive fritiden. Internationella förhållanden tyder på detta. Jag nöjer mig således med att bygga förslaget till reform på de nu redovisade sju hörnstenarna.

12.3 Rehabilitering till arbete – ett nytt begrepp och definition

Utredningens förslag: Det införs ett nytt begrepp, *rehabilitering till arbete*. Den nya begreppet skall fungera som ett ”paraplybegrepp” till övriga begrepp, som i viss mån lever kvar.

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

Historiskt sett har begreppet rehabilitering förknippats med medicinska och diagnosrelaterade synsätt. Under 1980- och 1990-talen har visserligen ett mer processinriktat och framför allt individinriktat synsätt vuxit fram. Det finns dock fortfarande en eftersläpning av ett mer modernt helhetsperspektiv på vad arbetslivsinriktad rehabilitering innebär. Begreppet infördes för mindre än ett decennium sedan utan att det gjordes någon ändring eller harmonisering av övriga definitioner av rehabilitering för vilka jag redogjort i kapitel 11. Det innebär således att dagens olika huvudmän har olika mål och definition på respektive rehabiliteringsmål.

Rehabiliteringsbegreppet är således idag uppdelat i yrkesinriktad, social, medicinsk samt arbetslivsinriktad. Dessa kopplar enligt skilda lagstiftningar i sin tur till de olika huvudmännens och sektorernas ansvarsområden. När det gäller det offentligas ansvar blir i praktiken rehabiliteringsbegreppet sektoriserat enligt följande:

<i>Rehabiliteringsbegrepp</i>	<i>Huvudman</i>	<i>Sektor</i>
Medicinsk rehabilitering	Landstingen	Sjukvård
Yrkesinriktad rehabilitering	Staten	Arbetsförmedling
Social rehabilitering	Kommunerna	Socialtjänst

Därtill kommer alltså den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för vilken arbetsgivaren har förstahandsansvar enligt lag och förarbete. I praktiken är dock detta ansvar förskjutet till det offentliga och där begreppet närmast används inom lagen om allmän försäkring.

Under senare delen av 1990-talet har insikten ökat alltmer på behovet av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser, något som bl.a. kommit till uttryck i ett ökat antal samverkansprojekt och aktiviteter. Strukturen kvarstår dock med uppdelningen av ansvar och insatser till individen mellan sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och med försäkringskassan som koordinator för arbetslivsinriktad rehabilitering men utan närmare mandat för detta mot andra huvudmän eller rehabiliteringsaktörer. De fyra sektorerna inom offentliga sidan har också egna primära mål och egen finansiering. Denna struktur försvårar ett helhetsgrepp utifrån individens perspektiv och därmed en kraftfullare utveckling mot mer sammansatt arbetslivsinriktad rehabilitering.

En tradition att dela upp aktiviteter och ansvar för arbetslivsinriktad, medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering försvårar också tillämpningen av en helhetssyn. Begreppen lever kvar och tolkningarna och associationerna till rehabiliteringsbegreppet blir ofta olika utifrån olika perspektiv. Dessa förhållanden skapar i sin tur problem i kommunikation, beslutskraft och en effektiv tillämpning i praktiken. Om detta vittnar inte minst reaktionerna på utredningens remissbehandling av diskussionspromemorian. Många instanser uttryckte en frustration över dagens ordning.

Hur ser det då ut i andra länder? Utredningens internationell studie (jfr kap. 7) visar på ett brett spektrum. I den mån det finns ett motsvarande begrepp arbetslivsinriktad rehabilitering i landet så varierar detta från att omfatta enbart arbetsanpassningsåtgärder till också utbildning och även viss medicinsk behandling.

Under utredningsarbetet har därför successivt vuxit fram formuleringen av ett nytt och mer tidsenligt begrepp. Det begrepp som jag finner lämpligast och som bäst anger vad det i grund och botten handlar om är *"rehabilitering till arbete"*.

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

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

Utredningens förslag till definition av det nya begreppet rehabilitering till arbete är följande:

”Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete.”

Det nya begreppet är således övergripande och omfattar all slags rehabilitering. Däremot ersätter det inte övriga begrepp. Även fortsättningsvis kommer det alltså att finnas kvar begrepp som syftar på t.ex. medicinsk eller social rehabilitering. Det nya begreppet bör i stället ses som ett ”paraplybegrepp” som visar att flera olika insatser kan vara aktuella för att individen skall komma åter i arbete efter en sjukskrivning.

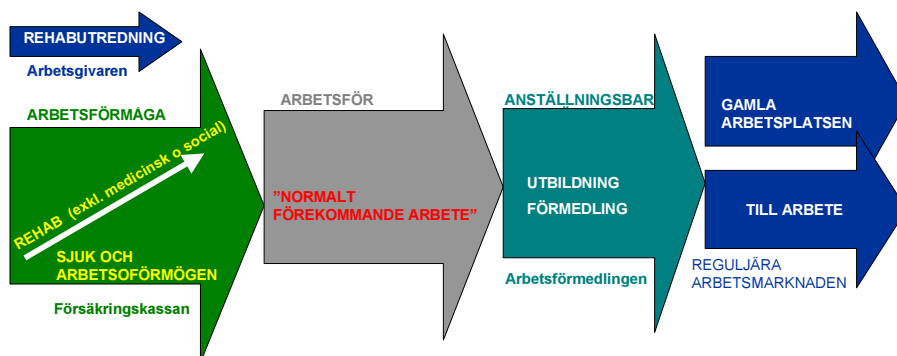
Skillnaden mellan dagens ordning och den föreslagna illustreras av nedanstående två bilder där den översta bilden visar dagens ordning och den nedersta bilden illustrerar den nya ordningen.

Den översta figuren visar dagens myndighets- eller sektorsperspektiv när det gäller synen på individen och hans eller hennes möjlighet att klara ett arbete. Arbetsgivaren skall göra rehabiliteringsutredning, men gör det sällan. Försäkringskassan har varken mandat att få fram eller rätt att från exempelvis landsting/kommun köpa in vård-/behandling om väntan blir lång. Försäkringskassan har ändå att bedöma individens arbetsförmåga utifrån en steg-för-steg-modell (jfr kap. 9.1). Socialförsäkringens ansvar sträcker sig tills individen kan klara ”normalt förekommande arbete”. I sådant fall överförs personen till nästa myndighet, arbetsförmedlingen, vilken definierar begreppet i termen anställningsbar där andra kriterier än arbetsför gäller. Resultatet blir att många individer hamnar i en gråzon i nyanserna mellan dessa begrepps definitioner.

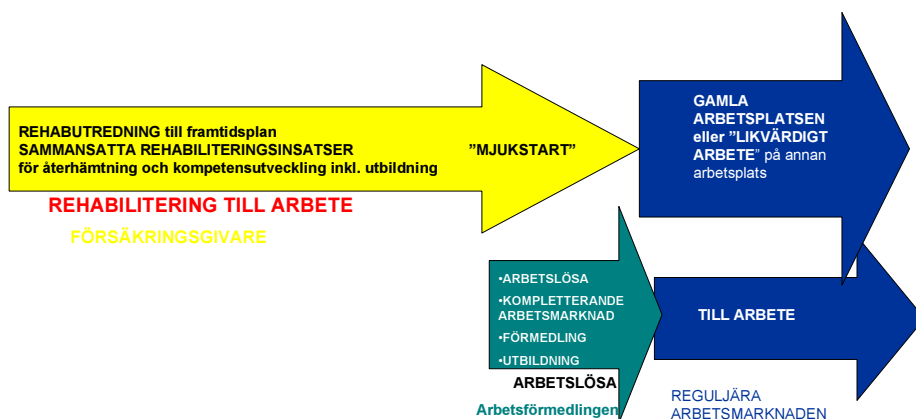
Den nedersta bilden visar hur jag tänker mig den framtida ordningen med en harmonisering av de olika begreppen till *rehabilitering*

till arbete. Försäkringsgivaren skall enligt sina nya huvuduppgifter ansvara för rehabiliteringsutredningen och aktivt driva rehabilitering så att individen kan komma åter i tidigare arbete eller likvärdigt arbete (jfr avsnitt 15.3). Det innebär bl.a. att flera möjligheter bör prövas för att individen skall komma åter i arbete. Vidare föreslår jag i kapitel 18 stärkta möjligheter för successiv återgång till eller inträde i arbetslivet. Dessa förslag kommer att minimera risken för att individen skall hamna mellan olika myndigheters ansvar. Försäkringsgivaren blir huvudaktör.

Dagens ordning



Den föreslagna ordningen



12.4 En sammanhållen rehabiliteringsprocess

Utredningens bedömning: Rehabilitering till arbete är en process med tre olika faser. Fas 1 är rehabiliteringsutredning. Fas 2 är sammansatta rehabiliteringsinsatser. Fas 3 är avslut, utvärdering och uppföljning.

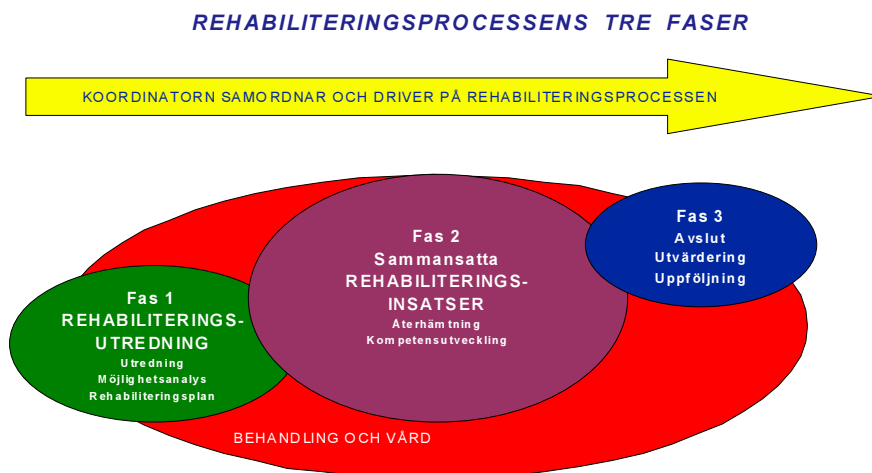
Gränserna mellan de olika faserna är inte skarpa utan överlappar snarare varandra.

Koordinatorn hos försäkringsgivaren samordnar och driver på rehabiliteringsprocessen.

I föregående avsnitt har jag således konstaterat att rehabilitering till arbete är en sammanhållen rehabiliteringsprocess. I detta avsnitt skall jag försöka konkretisera rehabiliteringsprocessens olika faser.

Den första fasen är rehabiliteringsutredning. Fas två är sammansatta rehabiliteringsinsatser medan den sista och tredje fasen är avslut, utvärdering och uppföljning. Faserna är inte skarpa utan snarare överlappar dessa varandra. Detta illustreras av följande figur 1.

Figur 1



Utifrån figuren ovan följer en beskrivning av innehållet i en rehabiliteringsprocess och dess tre faser. Gränserna mellan fas 1, 2 och 3 är inte skarpa utan överlappar snarare varandra.

Vård och behandling

En sjukskrivning inleds många gånger med ett läkarbesök och ofta någon form av behandling. Detta räcker för det mesta för tillfrisknande och återgång i arbete. För andra individer kan detta första möte vara inledningen på en längre process. I flödet efter sjukskrivning tillgodogör sig individen de vård- och behandlingsinsatser som behövs parallellt med olika insatser inom ramen för de tre nedan beskrivna rehabiliteringsfaserna. Samtidigt som individen behandlas efter t.ex. en trafikolycka så inleds analysen av möjligheter och hinder. Vilka åtgärder och insatser behövs för att han eller hon skall komma tillbaka till arbetslivet? I ett annat fall kanske det under denna utredande fas 1 framkommer att individen behöver vård på grund av alkoholmissbruk. Denna vårdinsats kommer då sannolikt att genomföras före rehabiliteringsaktiviteterna fas 2 och sedan följas upp parallellt med att individen kanske arbetstränar eller genomgår utbildning under fas 2. I ett tredje fall påskyndar försäkringsgivaren en ortopedinsats för att minska sjukskrivningstiden för individen som därmed snabbare kommer i gång med fas 2. Ett fjärde fall innebär att individen erhåller sjukgymnastisk behandling regelbundet under hela rehabiliteringsprocessen, i ett femte fall får individen psykoterapi osv.

I flödesmodellen vävs alltså de behövliga vård- och behandlingsinsatserna in för att möjliggöra, effektivisera och förstärka rehabiliteringsprocessen mot de uppställda individuella mål och delmål, såsom de formulerats under rehabiliteringsutredningen i fas 1.

Fas 1: Rehabiliteringsutredning

Utredning av medicinska och andra begränsningar behövs för att kartlägga hinder, risker och begränsningar för individens fortsatta planering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen. Diagnoser och uppgjord behandling utgör en viktig förutsättning men är samtidigt en underordnad del av den totala långsiktiga planen för individens återgång i arbetslivet. Ibland behövs det kanske bara ett konstaterande att en individ med okomplicerat benbrott återgår i arbete efter läkning. I andra fall kan en längre medicinsk analys och behandling behövas innan individen kommer till nästa steg i fas 1, exempelvis vid en svå-

rare trafikskada. Principen är dock att dialogen om individens möjligheter inleds så snart det överhuvudtaget finns förutsättningar.

Möjlighetsanalys innebär en gemensam kartläggning av individens utvecklingspotential. Individen analyserar i samspel med koordinatorn sina framtida möjligheter. Syftet är att stödja individen i att formulera långsiktiga mål och delmål för framtiden. Några individer behöver kanske en eller flera aktiviteter, t.ex. samtal, test, intresseprofiler, studiebesök, kortare period av arbetsträning eller praktik, medan andra inte behöver sådana aktiviteter. Under rehabiliteringsutredningen formuleras mål i rehabiliteringsplanen. Här sätts huvudmål och delmål samt vem som gör vad, när och hur. Framsteg och eventuella bakslag matchas kontinuerligt mot mål och delmål och korrigeringar av målen sker vid behov. Inom ramen för rehabiliteringsplanen sker alltså dokumentation som fungerar som generell pedagogisk stöd i processen, men också med avsikt på kommande möjligheter till utvärdering och uppföljning.

Fas 2: Sammansatta rehabiliteringsinsatser

- Återhämtning innebär olika former av träning och aktiviteter för att individen skall återvinna funktioner, självförtroende och ibland motivation.
- Kompetensutveckling innebär nya insikter, kunskaper och förmåga för individen.

I ständig interaktion med omvärlden, ofta med arbetsplatsen som nyckelfaktor, görs det ansträngningar för att hjälpa individen att mobilisera egna resurser och kompetenser mot bättre välbefinnande, funktionsnivå, autonomi och förmåga att klara sitt liv och ett eget arbete. Fasen inkluderar ibland ansträngningar för att individen skall kunna behålla och öka positivt stöd från sin närmiljö som familj, arbetsplats, vänner, barnomsorg m.m. Under processens gång kan en mängd mer eller mindre momentana insatser eller åtgärder komma ifråga. Dessa olika insatser kräver ofta specialistkompetens från olika professioner, allt från medicinsk fysisk träning och psykologisk krisbearbetning till träning i basfärdigheter och svenska språket.

Förutom behandling, medicinsk eller annan, kan olika rådgivningsinsatser komma i fråga. Om till exempel individens trassliga privatekonomi är ett avgörande hinder för rehabilitering kan privatekonomisk rådgivning, kanske hos en professionell banktjänsteman, vara en adekvat insats. Om problem med barnomsorg eller en obearbetad kris efter en skilsmässa bör rätt socialt stöd eller kanske psykoterapeutiska sam-

tal erbjudas. I annat fall riskeras att rehabiliteringsprocessen bromsas upp. Väldigt ofta är direkt närvaro och kontakt med en arbetsplats den bästa och effektivaste vägen att komma underfund om jag som individ trivs och klarar ett jobb. Arbetsprövning, helst i reell miljö, bör då erbjudas under kortare eller lite längre perioder.

I samband med återhämtning efter en skada eller sjukdom kan också längre arbetsträningsperioder vara både nödvändiga och effektiva. Det kan också i kombination med utbildning vara synnerligen effektivt där dagens arbetsträning kan ge en positiv kick åt utbildningsaktiviteten dagen efter och vice versa. Längre utbildning är ofta en helt avgörande och rätt insats för många individer då det gäller att nå en hållbar framtida plats på arbetsmarknaden. Inför ett inträde eller återinträde till arbete behövs en period av successiv upptrappning eller mjukstart fram till den önskvärda nivån i arbetstid. Summerat är det flera faktorer och en rad av möjliga rätta insatser vid rätt tidpunkt för rätt person som ger framgång i rehabiliteringen. En förtroendefull och ärlig dialog mellan försäkringsgivarens koordinator och individen blir därför avgörande som grunden för en framgångsrik rehabilitering med hållbara resultat.

En positiv utveckling förutsätter vidare eget inflytande, ansvarstagande och därmed största möjliga valfrihet och egenkontroll för individen. Förändringsprocessen utvecklas i gynnsamma fall så att individen på sikt minskar sitt beroende av professionellt stöd från t.ex. sjukvården eller socialtjänsten.

Fas 3: Avslut – Utvärdering – Uppföljning

Avslut innebär att det konstateras huruvida det primära målet (till arbete) uppnåtts. Om så inte är fallet utvärderas rehabiliteringsprocessen mot sekundära målet om att uppnå ökad funktionsförmåga. I tredje hand mot ett beslutsunderlag för att individen bör erhålla försörjning genom förtidspension/sjukbidrag.

Koordinatorn ansvarar för att följa upp och säkra de uppnådda rehabiliteringseffekterna i varje enskilt fall. Frekvens och tidsutsträckning varierar från individ till individ och det är en del i koordinators professionalism att bedöma vad som behövs i det enskilda fallet.

Utvärdering av processen innebär att individens och övriga aktörers uppfattning om kvalitet fångas upp och dokumenteras systematiskt. Denna information möjliggör och bidrar till framtida metodutveckling och mer generell utvärdering och forskning.

Koordinatorn driver på och samordnar rehabiliteringsprocessen

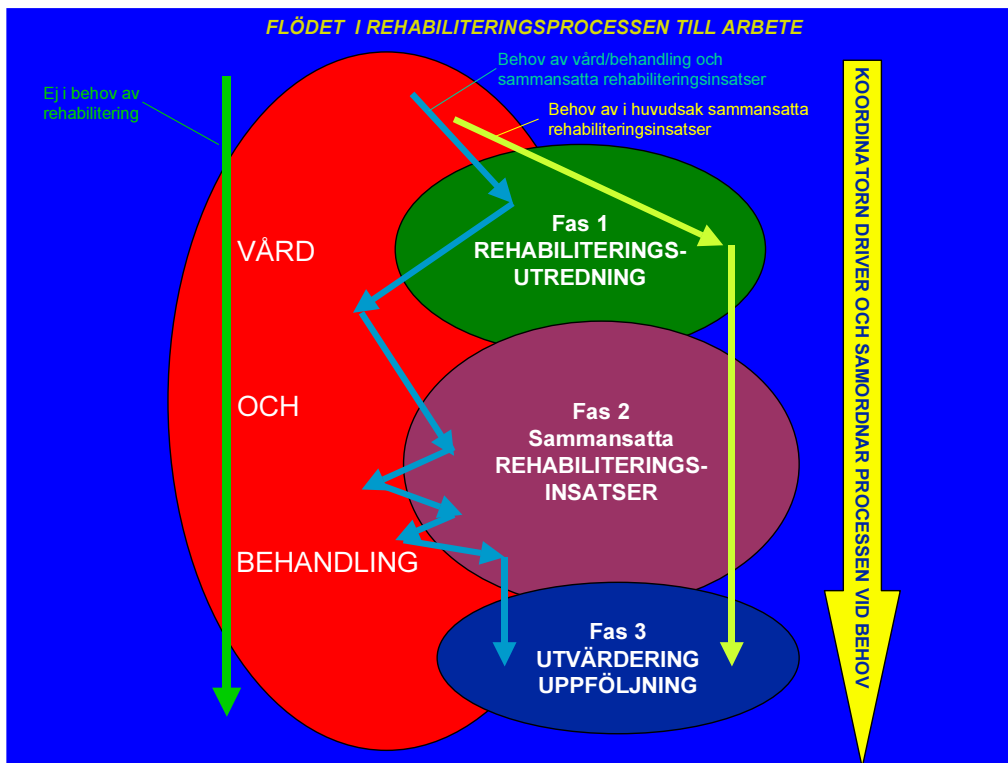
Rehabiliteringsprocessen koordineras, då så behövs, genom en kompetent person hos försäkringsgivaren. Denne person är utbildad för rollen. Olika avvägningar och beslut om resurser för att stödja individen i strävan att komma i arbete, tas av koordinators i samråd med individen. Koordinator är också kontakt och stöd åt arbetsgivaren. När rehabilitering till arbete bedömts vara aktuell av försäkringsgivaren är det denne som driver på och samordnar processen enligt figuren ovan.

Försäkringsgivaren har i sin organisation personer som blir koordinator i varje enskilt ärende där så krävs. Denne bör ha god förmåga att självständigt driva rehabiliteringsprocessen med respekt för individens rättigheter och integritet, gärna med erfarenhet från olika delar av arbetslivet. Kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och samhällets olika sektorer är en bra grund. Vidare förutsätts kunskaper i såväl rehabiliterings- som försäkringsmedicin, allmän kännedom om socialrätt, arbetsrätt, och försäkringsjuridik. Den högstskoleutbildning i rehabilitering som kommit till på Mitthögskolan är exempel på utbildning som kan ge en grund för den koordinator, som utredningen beskrivit i avsnitt 19.2, dvs. en framtida högstskoleutbildning som lämplig plattform.

Koordinatorn förväntas också samarbeta nära med den djupare försäkringsmedicinska kompetens som försäkringsgivaren har tillgång till. Den medicinska professionen är viktig i rehabiliteringsprocessen men inte tillräcklig. För att lyckas krävs ett samspel mellan olika yrkeskategorier. Koordinator blir härvid den viktiga nyckelpersonen för att driva på och samordna rehabilitering till arbete. Här inbegrips de olika utrednings-, återhämtnings och kompetenshöjande insatserna som behövs för att den enskilde skall om möjligt nå fram till arbete. Koordinator kan därför snabbt iscensätta olika fördjupade utrednings- och genomförandeinsatser genom inköp från professionella rehabiliteringsproducenter. Koordinator skall också dokumentera och följa upp individens skattade bedömningar, liksom vedertagna kundundersökningar. Likaså svarar koordinators för strukturerad dokumentation av olika producenters kvalitet och resultat, liksom vedertagna leverantörsbedömningar.

Rehabiliteringsprocessen – en flödesbild

Avslutningsvis vill jag ytterligare konkretisera vad som nu har anförts med en flödesbild som visar några olika typfall när det gäller händelseutvecklingen för landets nu drygt 200 000 långtidssjukskrivna personer.



En bedömd händelseutveckling för landets drygt 200 000 långtidssjukskrivna.

Hälften beräknas komma i arbete utan rehabiliteringsinsatser. Utredningens karläggning skattar att ca 100 000 sjukskrivna, dvs. hälften, återgår utan några egentliga rehabiliteringsinsatser. Vila eller behandling är tillräckligt. I figuren representeras dessa av den gröna pilen längst till vänster. Individer som sjukskrivits efter ett komplicerat benbrott eller gallstensoperation är exempel.

Andra hälften är i behov av individuella rehabiliteringsinsatser. Många, sannolikt de flesta, av den andra hälften kommer att kunna komma till arbete efter måttliga utredningsinsatser och rehabiliteringsinsatser enligt rehabiliteringsfaserna 1 och 2 i fig. ovan. En stor grupp, uppskattat till runt 40 000 individer, kommer troligen att behöva mer omfattande utrednings- och rehabiliteringsinsatser för att komma i arbete. De andra två pilarna representerar situationer av långtidssjukskrivning vilka är i behov av sådana insatser.

Den mittersta pilen kan representera rehabiliteringsflödet för en trafikskadad eller person som drabbats av hjärnblödning. Efter initial vård och behandling görs en rehabiliteringsutredning där hinder och möjligheter för att komma i arbete analyseras. Utredningen mynnar ut i en målsatt rehabiliteringsplan vilken styr upp de fortsatta sammansatta rehabiliteringsinsatserna. I detta scenario ges återkommande vård och behandling under rehabiliteringsprocessen.

Den högra pilen kan exempelvis vara en individ som drabbats av psykisk överbelastning och blivit s.k. utbränd. Efter en initial kontakt med sjukvården visar den följande rehabiliteringsutredningen att det behövs en kombination av insatser för individen och anpassning av arbetsplatsen. Inget behov av fortsatt medicinsk behandling.

12.5 Reformens mål är färre och kortare sjukfall

Utredningens förslag: Målet med den nya reformen är dels färre sjukfall, dels kortare sjukfall.

Statsmakternas syfte med reformen 1991/92 var att minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet och därmed också motverka ökade kostnader i socialförsäkringen samt att få till stånd tidiga och aktiva insatser. Däremot gav statsmakterna inga operativa kvantitativa mål. Inte heller gavs några kvalitativa effektmål för insatserna. Avsaknaden av mål för verksamheten har bl.a. medfört att rehabiliteringsreformens effekter inte har kunnat utvärderas. Samtidigt har det enligt min mening bidragit till att reformen 1991/92 inte har nått sitt fulla syfte.

I den nya reformen som nu presenteras är det därför viktigt att det redan från början sätts tydliga mål för verksamheten, mål som är uppföljningsbara och mätbara.

Vid en avvägning av vilket mål som bör gälla i framtiden har jag främst tagit intryck av två tydliga trender när det gäller dagens utveckling, nämligen att sjukfallen ökar kraftigt i både antal och längd. Denna utveckling medför stor utgiftsökning för staten och, kanske viktigast, orsakar stort mänskligt lidande.

Mot denna bakgrund anser jag att målet med en ny reform bör vara att uppnå två – mätbara – delmål som är dels färre sjukfall, dels kortare sjukfall.

Medlen för att uppnå färre sjukfall är främst genom förebyggande insatser. Vikten av sådana insatser har jag redan kort berört i inledningen till detta kapitel, avsnittet om hörnstenar. Stärkta förebyggande insatser är en av de sju hörnstenarna.

Till skillnad från reformen 1991/92 kommer således förebyggande insatser att få en framträdande roll i den nya reformen, dels genom olika förslag som jag nu lämnar, dels genom att sådana insatser fokuseras i själva målet med reformen.

När det gäller det andra delmålet, kortare sjukfall, uppnås detta främst genom rehabilitering till arbete. Detta har jag delvis utvecklat ovan. Även mina förslag om vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter för individen (kap. 17) samt stärkta förutsättningar till arbete (kap. 18) är medel som syftar till att förkorta längden på sjukskrivningarna.

I kapitel 21 om reformen ekonomiska konsekvenserna utvecklar jag närmare det nya målet uttryckt i ekonomiska termer för de första åren.

13 Individen i centrum – möjlighet, rättighet och skyldighet

En bärande hörnsten i en ny reform för rehabilitering till arbete är att individens behov, efterfrågan och inflytande lyfts fram. Individens möjligheter och ansvar för att förebygga en eventuell rehabiliterings-situation uppstår bör också diskuteras.

Om individen trots allt hamnar i en situation med sjukdom eller olycka som leder till sjukskrivning bör han eller hon i framtiden få större inflytande samt snabbare och tidigare insatser än vad som gäller i dag. Jag kommer därför i kapitel 15 att föreslå att försäkringsgivaren i framtiden skall få ett både större och tydligare uppdrag. Detta innebär bl.a. att försäkringsgivaren så länge som denne betalar sjukersättning till individen har ett ansvar för att driva processen och se till att individen får de insatser som behövs från olika huvudmän. För att nå målet med en ny reform som jag redogjort för i kapitel 12 räcker det emellertid inte bara med att försäkringsgivarens roll tydliggörs. Enligt min mening bör dessutom individens ställning stärkas genom att han eller hon får en – lagfäst och överklagbar – rätt till rehabiliteringsstöd. Min förhoppning är att dessa förändringar sammantaget skall bidra till dels en tidigare och snabbare rehabilitering, dels en mer likvärdig tillgång till rehabilitering oavsett var i landet man råkar bo.

Inledningsvis vill jag påpeka att jag är väl medveten om att rättigheter inte bara är lagtekniskt krävande utan också kan ifrågasättas när det handlar om tjänster som politiskt valda organ skall bedöma och tillhandahålla i paritet med andra uppgifter. Jag konstaterar emellertid att efter åtta år med nuvarande ordning så kommer rehabiliteringsinsatser allt senare samtidigt som rehabiliteringsutredningar inte görs i någon större omfattning trots att det är lagstadgat. Vem som får arbetslivs-inriktad rehabilitering är dessutom i hög grad beroende av var i landet man bor och vilken handläggare som möter upp från försäkringskassan. Samtidigt blir allt fler individer långtidssjuka och därmed i behov av rehabilitering.

När individen behöver rehabilitering och råd/stöd är han eller hon oftast i en utsatt situation. Individen skall i ett sådant läge inte behöva

vara hänvisad till att enbart uttrycka en önskan om hjälp eller stöd och sedan vänta på att någon annan avgör om han eller hon ska bli föremål för en eventuell utredning eller inte. I många fall kanske individen dessutom skickas runt bland olika myndigheter och aktörer i en rundgång. Med en lagfäst rättighet till rehabilitering kan individen ställa helt andra krav. Som individ kan jag då känna trygghet i att kunna påverka för mig avgörande frågor genom t.ex. vetskapen att min sjukdom och möjlig väg åter blir omsorgsfullt utredd.

Jag menar också att individens rätt till rehabiliteringsstöd blir en naturlig konsekvens av de föreslagna etiska principerna för rehabiliteringsförsäkringen (se kap. 16). Rättigheten stöds även allmänt av den utveckling som vi ser i samhället idag. Som exempel kan nämnas ökad valfrihet och betoning av mänskliga rättigheter i kombination med myndigheters roll att vara mer serviceinriktade mot medborgarna.

Jag har därför nu valt att låta individens rätt till rehabiliteringsstöd omfattas av två komponenter; rätt till rehabiliteringsutredning och rätt till mentor under rehabiliteringsprocessen. Innan dessa två rättigheter beskrivs vill jag också peka på att själv individen i vissa fall kan förebygga sjukskrivning och därmed kanske också ett rehabiliteringsbehov

13.1 Individen har ett eget ansvar att förebygga ohälsa

Utredningens bedömning: Individen bör – efter förmåga – ta ökat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälsofrämjande åtgärder, ta del av ett livslångt lärande och ställa krav på exempelvis utvecklingssamtal hos arbetsgivaren.

Vi har alla som enskilda individer ett ansvar att förebygga ohälsa i vid mening. Likaså har vi ansvar att aktivt medverka i en rehabiliteringsprocess om olyckan väl är framme eller om vi sjukskrivits en period på grund av sjukdom.

Ansvaret att förebygga ohälsa inbegriper allt från kost, motion, rekreation och andra hälsofrämjande aktiviteter till att på arbetsplatsen aktivt delta i hur arbetet organiseras och utförs. I rehabiliteringssituationen menar jag att vi också som individer har ett ansvar för att aktivt delta i den process som rehabilitering till arbete utgör med syfte att hindra och därmed förebygga utslagning från arbetslivet.

Betydelsen av och formen för val av kost, motion, olika hälsostrategier m.m. tas upp i andra sammanhang parallellt med min utredning, bl.a. via Nationella folkhälsokommittén (jfr SOU 1999:137) som kom-

mer med ett slutbetänkande under hösten 2000. Av den anledningen avstår jag från att närmare utveckla förslag inom detta område. Jag vill dock betona betydelsen av hälsofrämjande insatser som ett viktigt inslag när det gäller att minska behovet av sjukskrivningar.

Ett annat område som jag vill utveckla något är där vi som individer har ett tydligt eget ansvar, nämligen ansvaret för egen kompetensutveckling. Jag återkommer med förslag som stärker möjligheten att även sent i arbetslivet, eller efter en tids sjukdom, utveckla sin kompetens och därmed medverka i ett förebyggande arbete (kap. 17). Genom en allmän beredskap att utveckla befintliga kunskaper eller utveckla helt nya underlättas en eventuell rehabiliteringsprocess väsentligt.

Kunskapslyftskommittén har nyligen i ett betänkande om det livslånga lärandet pekat på ökade möjligheter för individen att få studera. Reformen som beskrivs i SOU 2000:28 sammanfattas i åtta teman. Tema 1 beskriver vuxnas rättigheter till en god grundutbildning upp till och med gymnasienivå – rätt till studier i kommunal utbildning, rätt till hela det gymnasiala utbudet, att få börja inom tre till sex månader, att få stöd och vägledning. Tema 2 handlar om studerande i behov av särskilt stöd och studerande med funktionshinder. Tema 3 behandlar omfattningen av satsningen och bedömer att den framtida vuxenutbildningen upp till och med gymnasienivå efter 2002 ligger på 137 000 helårsplatser i kommunal utbildning för vuxna och på folkhögskolor. Tema 4 behandlar förslag om hur det nya studiestödssystemet kan förbättras. Tema 5 beskriver infrastrukturen för livslångt lärande. Ute i kommunerna ska finnas uppsökande verksamhet, rekrytering, studie- och yrkesvägledning. I Tema 6 betonar kommittén vikten av samordning med ungdomsutbildning, arbetsmarknadsutbildning, eftergymnasial utbildning, högskola, arbetsliv, kulturliv och ekonomisk politik. Målstyrningen och dialogen med kommunerna måste utvecklas liksom den statliga myndighetsstrukturen så att den avspeglar det livslånga lärandet. I tema 7 beskrivs förslag till satsningar inom forskning, utveckling och kompetensutveckling. Tema 8 diskuterar omvärlden. Globalisering, kunskapssamhälle och informationssamhälle – hur ser de utbildningspolitiska utmaningarna ut? De framtida utbildningsbehoven?

Förslaget om särskilda individuella kompetensutvecklingskonton (IKS-konton) kan också komma spela en kompletterande roll i detta sammanhang (SOU 2000:51). Ett utbyggt system med individuella kompetensutvecklingskonton blir ett komplement till den utbildning som förväntas ske med stöd av andra system och är tänkt att kunna användas på ett flexibelt sätt utifrån individuella prioriteringar. För individen kommer det i hög grad att handla om att ta ett vidgat eget ansvar för sin utveckling. För arbetsgivaren innebär det bättre möjlig-

heter att öka bredden i de anställdas kompetens för att klara konkurrensen och öka produktiviteten. För samhället är stöd till individens kompetensutveckling ett sätt att höja den generella utbildningsnivån och därmed öka rörligheten på arbetsmarknaden. Det innebär att IKS-kontot kommer att ha inslag av förebyggande aktiviteter inbyggt.

Med ett utbyggt system med IKS-konton ökar också möjligheterna för individen att i en rehabiliteringssituation ekonomiskt minimera verkningarna vid en mer omfattande utbildning. Betydelsen av ett utbyggt system med IKS-konton är förmodligen störst för den senare delen av arbetslivet efter år av sparande från individ och arbetsgivare. Det innebär också att IKS-kontot kommer att kunna ha betydelse för de som hamnar i en rehabiliteringssituation senare i livet. En risk finns dock att de mest resurssvaga inte kommer att ha tillräckligt med pengar på sina konton när insatserna behövs som bäst.

Ett annat ansvar som ligger på individen är att vara pådrivande på arbetsplatsen och se till att regelbundna utvecklingssamtal förs med arbetsledningen. Det primära ansvaret för detta åligger naturligtvis arbetsledningen, men jag menar att även individen har ett stort ansvar för att efterfråga detta, ge det kvalitet och utnyttja möjligheten att ta upp även organisatoriska frågor och arbetsmiljöfrågor. Med regelbundna, årligen genomförda utvecklingssamtal tror jag att rehabilitering till arbete underlättas om en rehabiliteringssituation skulle uppstå. Utvecklingssamtalet har också betydelse för att motverka att vissa rehabiliteringssituationer över huvudtaget uppstår, det är på så sätt förebyggande.

Att individen har ett eget ansvar för att förebygga fråntar på intet sätt övriga aktörers ansvar – både arbetsgivare och de offentliga – i nu nämnda avseende. Jag är också medveten om att alla individer inte har samma möjligheter att full ut ta detta ansvar. Många personer befinner sig i utsatta situationer och är därmed sämre rustade för att ta detta ansvar.

13.2 Individen får en rätt till Rehabiliteringsutredning

Utredningens förslag: En lagstadgad och överklagningsbar rätt till rehabiliteringsutredning införs. Rätten inträder efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om individen själv begär det. Rätten innebär en oberoende och grundlig utredning om behov av rehabiliterande insatser. Försäkringsgivaren får ansvar för att utredningen genomförs.

En grundlig utredning är utgångspunkten för en lyckad rehabiliteringsprocess

I inledningen till detta kapitel redogjorde jag för att det nu var dags att införa en rätt till rehabiliteringsstöd för individen. Denna rätt innebär för det första att individen får rätt till en utredning. I nästa avsnitt redogör jag för den andra delen i rehabiliteringsstödet, rätten till mentor.

En grundlig utredning är enligt utredningens mening själva utgångspunkten för en lyckad rehabiliteringsprocess. Den måste också göras tidigare än vad som sker nu. Som regel ökar förutsättningarna för framgång då och minskar på så sätt också kostnaderna för försäkringen. En sådan utredning bör så långt som möjligt involvera individens egna perspektiv och kunskaper. Konkret innebär detta att individen från allra första början aktivt involveras i analysen av begränsningar/hinder och vilka möjligheter som individen själv ser. Rehabiliteringsutredningen är i många fall en egen process fram till att det är möjligt att konkret formulera mål för rehabiliteringsprocessen. Utredningen bör därför fortlöpande revideras så länge sjukskrivningen pågår och även utmynna i konkreta handlingsplaner där individen i samråd med försäkringsgivaren formulerat egna mål för sin rehabilitering.

Det bör dock upprepas att en rehabiliteringsutredning är oerhört varierande i sin omfattning. Rehabiliteringsutredningen är ju inget självändamål utan ett praktiskt stöd för individen att hitta rätt väg och mer effektivt "korrigera kursen" på vägen tillbaka till arbetslivet. Det innebär att det förmodligen kommer att finnas många enkla fall där försäkringsgivaren och individen snabbt kommer fram till vad som bör göras eller inte göras. I andra komplexa utgångslägen fordras det kanske en rejäl genomgång av olika hinder och möjligheter innan det är möjligt för individen och försäkringsgivaren att sätta upp mål och formulera en effektiv framtidsplan. I kapitel 15 beskrivs mer ingående hur

rehabiliteringsutredningen tjänar som beslutsunderlag för fortsatt planering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen.

Enligt nuvarande regler har arbetsgivaren en skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning vid upprepad sjukfrånvaro, efter fyra veckors sjukskrivning eller när den anställde själv begär det. Detta system har inte fungerat tillfredställande, endast en av fyra anställda som har rätt till en rehabiliteringsutredning får en sådan utredning. Jag har därför bedömt att denna skyldighet för arbetsgivaren att genomföra utredningen omformas till en rättighet för individen att få en grundlig utredning av sina behov. Det finns ytterligare motiv för att ge försäkringsgivaren detta ansvar och jag återkommer i avsnitt 15.3 till detta.

Denna rättighet för individen inträder i normalfallet efter fyra veckors sjukskrivning men kan initieras av individen tidigare. Individen får också en möjlighet att överklaga om utredning gjorts eller inte. Någon rätt att klaga över vilka åtgärder som bör sättas in införs däremot inte. Rätten omfattar utredning av rehabiliteringsbehov, att utredningen som sådan genomförs och att utredningen och behoven dokumenteras. Individen får på detta sätt rätt till en oberoende bedömning av sin situation.

Rätten till rehabiliteringsstöd och därmed även en rätt till rehabiliteringsutredning har av flertalet remissinstanser bemötts positivt. Försäkringskassaförbundet och Försäkringsanställdas förbund har i sina remissvar ställt sig tveksamma till att genomföra utredningen redan efter fyra veckor. Handikappförbundens samarbetsorgan har å sin sida uttryckt att det ska vara en rätt att få starta en rehabiliteringsutredning så snart som möjligt om individen själv känner behov av det. Riksförsäkringsverket anser att det också bör framgå om det ska finnas begränsningar i rätten till utredning som t.ex. hur ofta man kan begära utredning.

När det gäller tidpunkten (fyra veckors sjukskrivning) har jag delvis utgått från gällande bestämmelser. Någon omfattande kritik mot själva tidpunkten har inte framkommit under utredningens kartläggning. Tvärtom har många pekat på tidiga insatser. Dessa fyra veckor sammanfaller dessutom med sjukskrivande läkares ansvar för att lämna information om eventuella rehabiliteringsbehov i samband med att den s.k. fördjupade bedömningen av sjukersättning ska göras efter 28 dagar. I framförallt de enklare fallen kommer rehabiliteringsutredningen att kunna slutföras redan i samband med att den initieras. I åter andra fall kommer den att pågå under flera veckor. Begränsningar i rätten till att få utredning (antal utredningar) ställer jag mig dock mer tveksam till. De individer som upprepat begär utredning bör om inga nya omständigheter tillkommit kunna hänvisas till den första utredningen. Här får rättspraxis sedan avgöra om utredningen varit tillräck-

lig eller inte. Enligt nuvarande lagstiftning har individen redan nu haft en rätt att hos arbetsgivaren begära utredning. Enligt vad jag erfarit har detta dock inte varit särskilt vanligt. Det kan naturligtvis bero på ett visst beroendeförhållande till arbetsgivaren, men jag har ingen anledning att befara att försäkringsgivaren skulle överhoppas av personer som om och om igen begär nya utredningar.

Varför inte laglig rätt till rehabiliteringsinsatser?

Flera remissinstanser, bl.a. SAF, Samhall Handikappades riksförbund och Synskadades riksförbund, har framfört önskemål om att rätten till rehabiliteringsstöd också borde omfatta åtgärder. Varför stannar utredningen då för att lägga förslaget om rättighet för individen till rehabiliteringsutredning och mentorsstöd? Principiellt instämmer jag i att det vore bra med en sådan utvidgad rättighet för individen. I nuläget ser jag dock stora svårigheter att precisera vilka specifika rehabiliteringsinsatser som skulle kvalificera in som generell lagstadgad rättighet.

Rehabilitering till arbete innebär att varje individ har sina, i viss mening unika, behov av stöd och olika insatser i rehabiliteringsprocessen. Detta innebär i sin tur att det i dagsläget är svårt att generalisera och skapa en rättighet till vissa specifika insatser och därmed utesluta andra. På sikt utesluter jag dock inte att utvecklingen når fram till andra förutsättningar än vad som råder idag. Systematisk forskning och utvärdering kanske kommer att ge ett framtida underlag för att kunna lagstifta även om rätt till vissa rehabiliteringsinsatser.

Sammanfattningsvis anser jag att individens ställning genom detta förslag till en oberoende utredning av rehabiliteringsbehov kommer att stärkas. En rätt till grundlig utredning av behoven utifrån ett individperspektiv ökar också förutsättningarna för en mer framgångsrik rehabilitering. Jag återkommer till denna rättighet i avsnitt 15.3 om försäkringsgivarens uppdrag.

13.3 Individen får en rätt till mentor

Utredningens förslag: En lagstadgad rätt till mentor införs. Rätten inträder efter fyra veckors sjukskrivning om individen själv begär det. Försäkringsgivaren får ansvar för att tillhandahålla mentorer

I utredningens diskussionspromemoria behandlades olika förslag om att stärka individen i rehabiliteringsprocessen. Ett sådant förslag var att

införa en rätt till rehabiliteringsstöd i form av en av individen vald mentor. I många av de fall där det finns behov av mer sammansatta insatser och stöd kan en personkontakt vara av mycket stor betydelse för en framgångsrik utveckling i rehabiliteringsprocessen.

En majoritet av remissinstanserna stöder och välkomnar förslaget att individen får välja ett personstöd i form av mentor. Flera remissinstanser anser dock att det är viktigt att i det slutgiltiga förslaget förtydliga mentorsrollen och att undvika en profilering av mentorsrollen så att denna riskerar att "ta över ansvar" eller fungera som ett regelrätt ombud för individen. Några pekar på att otydlighet riskerar ge överlappning gentemot koordinatorsrollen. En instans avfärdar förslaget om mentor, en annan är tveksam och dessa båda menar att ett personstöd bör innehållas inom befintliga myndighetsföreträdare. Något remissvar ifrågasätter huruvida beteckningen mentor är relevant. Efter övervägande har jag dock valt att behålla beteckningen mentor. Jag menar att mentorsbegreppet representerar ett önskvärt förhållningssätt mellan parterna. En mentor tar inte över ansvaret från individen som ombud eller ställföreträdare utan representerar ett bollplank och samtalsstöd åt individen.

Skälen för att införa mentorsstöd

Ofta uppfattar individen sig ganska ensam och otrygg inför att efter en längre tids sjukdom komma tillbaka till arbetslivet. Självförtroendet har kanske skadats och detta innebär att en trygg kontakt som inspirerar och uppmuntrar kan vara helt avgörande för lyckad rehabilitering, särskilt i inledningen av en rehabiliteringsprocess. Individen kan från en mentor få ett psykologiskt stöd för att komma över det egna tvivlet på sin förmåga eller kanske ett kunskaps- och erfarenhetsstöd som kan ge praktiska råd i avgörande situationer. Ofta rapporterar individer sig uppleva ett underläge gentemot försäkringskassa och olika myndigheter. Även om detta underläge grundas i ett sargat självförtroende, ovana vid myndighets- och tjänstemannakontakter eller av kulturella/traditionella orsaker så innebär det ett hinder i rehabiliteringsprocessen.

Ibland uppfattar den vanlige medborgaren ansvarsförhållanden mellan t.ex. försäkringskassan, arbetsgivare, sjukvård och socialtjänst som komplicerade och svårgreppbara. I en utsatt situation är det därför av stort värde för individen att få rätt till en person som vederbörande kan anförtro sig åt, fungera som bollplank och kanske vid behov och om individen aktivt önskar, fungera som dennes högst temporäre talesman. Det bör klart understrykas att mentorsrollen inte är ämnad att

fungera som individens ombud eller att mentorn i någon som helst mening övertar individens ansvar. Mentorsrollen är per definition inte en myndighetsperson, tjänsteman eller arbetsgivarrepresentant. Detta borgar för en önskad grad av "neutralitet" och individen kan lättare uppfatta denne mentor som sitt stöd. Mentorn är inte heller lika med en professionell konsult med särskilda kvalitetskrav på kompetens, dokumentation och uppföljning och uppfattas mindre sannolikt som expert. Begreppet mentor motiveras med utgångspunkt från att det representerar ett förhållningsätt till "adepten" som präglas av frivillighet från båda parter, ett stöd som helt grundas på individens egna ansvar och där mentorn följaktligen aldrig tar över dennes ansvar.

När kommer mentor i fråga?

Då någon varit sjukskriven minst fyra veckor och denna önskar mentorsstöd skall detta också erbjudas som stöd i rehabiliteringsprocessen. Det blir en rättighet för den sjukskrivne.

Vilka kan vara mentorer?

Personer ur olika åldrar, kön och med varierande arbetslivserfarenheter bör eftersträvas men med inriktning på kunskaper om personalutveckling, socialpsykologi, sjukvård och försäkring. Några särskilt intressanta mentorer kan finnas bland den grupp personer som trappat ner sin arbetstid eller bland de som fått avtalspension eller gått i förtida pension. Likaså är det extra intressant med en person som själv genomgått en rehabiliteringsprocess och nått framgång i denna. Med sina erfarenheter och tillgänglighet i tid kan många här särskilt väl fylla en mentorsroll.

Det bör understrykas att mentorsrollen inte får innebära att mentor ersätter eller dubbelbemannar andra roller, som t.ex. fackligt ombud. Detta står inte i motsättning till att en person som åtar sig ett mentorsuppdrag självklart kan inneha andra uppdrag och roller. Mentorsrollen är till sin karaktär dock mer informell än de flesta andra roller och bygger främst på att individen känner otvungenhet, tillit och förtroende.

Erbjudande av mentor till individen

Primärt föreslår den sjukskrivne själv, om så önskas, mentor från arbetsplatsen i form av exempelvis representant från företagshälsovården, personalavdelning, arbetskamrat eller facklig företrädare. Denna person bedöms naturligtvis ha förutsättningar att fungera som mentor och måste för detta godkännas av försäkringsgivaren. I de fall individen önskar men inte vill ha någon mentor från arbetsplatsen och inte heller har egna alternativa och godtagbara personförslag så föreslår försäkringsgivaren en mentor. Denne person avropas då från försäkringsgivarens upprättade mentorslista.

Rekrytering och utbildning av nya mentorer

Försäkringsgivaren anmodas bygga upp och vidmakthålla ett nätverk eller lista av mentorer. Försäkringsgivaren rekryterar aktivt till listan och godkänner dessa personer som mentorer. Rekryteringen kan göras genom kontakter med olika organisationer, annonsering i media eller internt. Försäkringsgivaren bedömer vilka som generellt är lämpliga varefter grundläggande information ges till nya mentorer under en utbildningsdag i försäkringsgivarens regi. Här belyses tanken bakom mentorskap när det gäller rehabilitering till arbete. Frågor kring sjukskrivningssituationen och det behövliga stödets utformning, motivationsfrågor och genomgång av villkor är exempel på innehåll för en sådan utbildningsdag.

Återkommande sådana utbildningsdagar för successivt nytillkomna mentorer bör arrangeras med viss frekvens, exempelvis en gång per kvartal. Kontakt mellan mentorer kan här etableras och grund kanske läggs för frivilligt erfarenhetsutbyte dem emellan.

Arvode, omfattning och viss formalia

Mentorn är tillgänglig i viss omfattning (0,5–2 tim per vecka) och kan engageras med relativt kort varsel. Arvode utgår per uppdrag och försäkringsgivaren står för dessa kostnader när uppdraget fullföljts. I den mån mentorn är anställd på arbetsplatsen och uppdraget utförs inom arbetet utbetalas lämpligen arvodet till arbetsgivaren. Enklare form av verifikat måste dokumenteras och utgöra underlag för arvodet. Arvodet bör sättas till en rimlig summa per vecka för ett av försäkringsgivaren och individen gemensamt bedömt antal veckor. Vid delade meningar fastställer försäkringsgivaren. Omprövning kan ske senare. Anhörig

eller släkting avvisas som mentor, men några särskilda restriktioner för potentiella mentorer bör i övrigt inte ställas ut. Dock bör en standardiserad skriftlig överenskommelse undertecknas av mentorn för att förebygga icke önskvärda effekter. Skulle det finnas skäl att allvarligt ifrågasätta lämpligheten av någon orsak (exempelvis pågående missbruk eller kriminalitet) påtalas detta av försäkringsgivaren. Detta kan ytterst leda till att mentorsrollen omedelbart hävs av försäkringsgivaren. Överklagande av beslut kan göras från individen då mentorsstöd är en rättighet.

13.4 Individens motprestation är att delta efter förmåga

Utredningens förslag: Individen får även i fortsättningen ett ansvar för att – efter förmåga – delta aktivt i rehabilitering till arbete. En vägran att delta kan medföra en nedsättning av ersättningen, helt eller delvis.

Innan en nedsättning av ersättning blir aktuell skall försäkringsgivaren noggrant ha undersökt situationen och – vid behov – sätta in t.ex. motivationshöjande insatser.

Den enskilde individen skall även fortsättningsvis kunna överklaga ett beslut om eventuell nedsättning av ersättningen.

Enligt de nuvarande reglerna i lagen om allmän försäkring har den enskilde individen skyldigheter att efter bästa förmåga medverka aktivt i såväl planeringen som när det gäller att genomföra rehabiliteringsåtgärderna. Vidare gäller att den som inte medverkar till beslutade åtgärder kan bli av med sin ersättning helt eller delvis. Enligt förarbetena bör detta komma ifråga t.ex. om det framgår att den enskilde individen skulle kunna återgå i arbete om han medverkade till en rimlig rehabiliteringsinsats (prop. 1990/91:141 s. 48).

Frågan är om detta kravet på individen bör gälla även fortsättningsvis. Det kan ju uppfattas som tveksamt med sådana sanktionshot mot en individ som kanske befinner sig i en utsatt situation och av olika anledningar inte vill delta i beslutade åtgärder. Jag gör här följande bedömning.

Med de förslag som jag nu lämnat om individens rätt till rehabiliteringsstöd kommer individens ställning i rehabiliteringsprocessen att avsevärt stärkas. Även övriga förslag som lämnas i detta betänkande kommer ytterst att gagna den sjukskrivne individen. Målet med hela

reformen är ju som tidigare angetts i kapitel 12 färre sjukfall och kortare sjukfall.

I ett sådant läge anser jag att det är rimligt att samhället i sin tur kan kräva en motprestation av individen att – efter förmåga – delta aktivt i rehabilitering till arbete. Denna skyldighet kopplar till en av de bärande principer i den etiska plattformen, nämligen arbetslinjen. Samhället bör således enligt min mening även fortsättningsvis kunna kräva av individen att han eller hon upprätthåller arbetslinjen genom att aktivt delta i rehabilitering och därmed bidrar till den allmänna välfärden. Härigenom blir det en balans mellan individens rättigheter och skyldigheter, en balans som jag anser saknas i dag.

Det är dock viktigt att poängtera att individens ansvar att delta skall vara efter hans eller hennes förmåga. Försäkringsgivaren har att noggrant bedöma situationen för att få klart för sig vad den enskildes vägran beror på innan det blir aktuellt med en eventuell nedsättning av ersättningen. Om den enskildes vägran t.ex. beror på bristande motivation är det försäkringsgivarens uppgift att sätta in motivationshöjande insatser. Detta framgår också av de vägledande principerna vid prioritering inom rehabiliteringsförsäkringen för rehabilitering till arbete (jfr kap. 16.2). Individens motivation får inte ensamt styra om han eller hon skall få rehabilitering och stöd.

Självfallet skall individen även fortsättningsvis kunna överklaga ett beslut om eventuell nedsättning av ersättningen till allmän förvaltningsdomstol som då får göra en allsidig prövning av situationen.

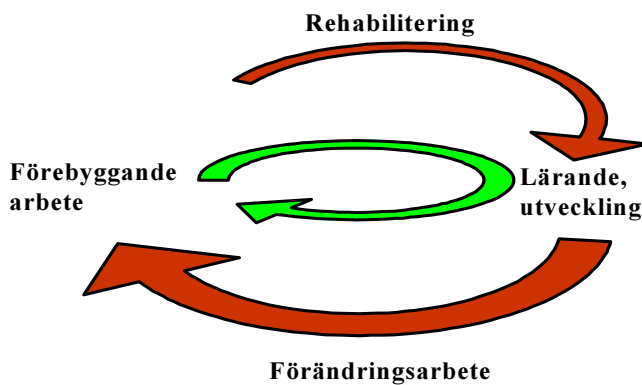
14 Arbetsgivarens ansvar – förebygga, anpassa och rehabilitera

Ett av 1992 års reforms viktigare inslag var att fastställa och förtydliga arbetsgivarens ansvar för förebyggande arbete, anpassning och rehabilitering. Arbetsgivarens ansvar i dessa frågor regleras i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring (22 kap.). Enligt min mening bör arbetsgivarens ansvar för förebyggande arbete enligt arbetsmiljölagen kvarstå men få en bättre effekt.

Arbetet och arbetsplatsen har stor betydelse för hälsoförhållandena och är en grund för människors totala livskvalitet. Av den kartläggning utredningen genomfört i samarbete med SCB framkom att det för stora grupper bland de i arbete finns ett latent behov av att åstadkomma förändring i arbetslivet (jfr kap. 3). Det är därför viktigt att arbetet anpassas eller utformas så att arbetet i sig har en förebyggande och hälsofrämjande effekt. Därigenom kan arbetet också hindra och bromsa ett rehabiliteringsbehov.

Rehabilitering och dess roll i detta arbete skulle kunna illustreras på följande sätt.

Figur 1. Rehabilitering och förebyggande.



Detta sätt att se förebyggande arbete och rehabilitering har stora likheter med personalutveckling. Både rehabilitering och personalutveckling handlar i stor utsträckning om att lära sig nya saker, öka välbefinnandet och därmed också sin egen prestationsförmåga.

14.1 Stärkta drivkrafter behövs för förebyggande insatser

Det förebyggande arbetet med att bromsa sjukskrivningar och behovet av rehabilitering kan grovt sett förstärkas på tre olika sätt. Dels kan skärpt lagstiftning förtydliga arbetsgivaransvaret och därmed stärka ett förebyggande och rehabiliterande arbete, dels kan olika former av ekonomisk stimulans förstärka olika insatser för att minska behovet av sjukskrivning och bromsa rehabiliteringsbehov. Jag tror också att ökad uppmärksamhet och offentlighet av negativa effekter av uteblivna eller begränsade förebyggande insatser påverkar ett framtida beteende. I det följande kommer jag att fästa uppmärksamheten på vikten av att arbeta med förebyggande insatser och att tydliggöra hur det förebyggande arbetet kan förstärkas på arbetsplatsen.

Utredningen har också kunnat notera att bristerna i det förebyggande arbetet på arbetsplatserna är en viktig orsak till att sjukfrånvaron ökat så dramatiskt under de senaste åren. Framförallt kan sättet att organisera arbetet, de anställdas inflytande över hur arbetet ska läggas upp och en ökad flexibilitet i olika avseenden bidra till en bättre arbetsmiljö.

14.1.1 Förlängning av sjuklöneperioden?

Utredningens bedömning: Det finns skäl – främst vikten av förebyggande insatser – som i och för sig talar för en förlängning av sjuklöneperioden till 28 dagar kombinerat med ett högkostnads-skydd för småföretagen.

Vid en samlad bedömning finner utredningen dock att nackdelarna med en förlängning överväger. Detta av flera skäl. En förlängningen riskerar att öka risken för selektion vid anställning. En av fyra av dagens arbetskraft har dessutom inte en traditionell arbetsgivare. Den internationella jämförelsen visar inte heller någon tydlig trend att den totala sjukfrånvaron påverkas i länder med längre sjuklöneperioder. Sverige har dessutom relativt nyligen prövat en ordning med 28 dagar utan några tydliga effekter. Vidare ris-

kerar sjukskrivna anställda att gå miste om ersättning från avtalsförsäkringarna respektive kollektivavtalet. Arbetsmarknadens parter visar också totalt ointresse för en förlängning. Slutligen riskerar en förlängning att hindra en tidig rehabilitering.

Det finns skäl som talar för en förlängning

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

Arbetsplatsens och arbetsgivarens betydelse skall ställas i relation till vad utredningens kartläggning visar, nämligen att arbetsgivaren i dag har få tydliga ekonomiska incitament att satsa på rehabilitering av sina anställda. Detta trots att de finansierar sjukförsäkringen. Problemet är att arbetsgivarnas kostnader är lika stora oavsett den enskilde arbetsgivarens insatser, eftersom de utgår i form av generella arbetsgivaravgifter. Den företagsekonomiska lönsamheten ligger i stället främst i förebyggande insatser.

Det finns således flera anledningar till att försöka hitta olika sätt att uppmuntra förebyggande insatser på arbetsplatserna, inte minst med tanke på att sådana insatser är av grundläggande betydelse för att målet med reformen skall uppnås, dvs. färre och kortare sjukfall. Utredningen har också kunnat notera att bristerna i det förebyggande arbetet på arbetsplatserna är en viktig orsak till att sjukfrånvaron ökat så dramatiskt under de senaste åren. Sjukfallen blir inte bara fler och allt längre. Den största ökningen sker dessutom bland kvinnor och inom offentlig sektor (kommun och landsting). Något som ytterligare sätter fokus på arbetsgivarens ansvar.

Ett sätt att öka arbetsgivarens insatser för förebyggande insatser och för de anställdas arbetsmiljö och hälsa är via en generell arbetsgivarperiod. För närvarande är denna period 14 dagar. För att komma till rätta med dagens brister har jag övervägt att föreslå en förlängning av denna perioden.

En förlängning skulle bl.a. innebära att arbetsgivarens kostnader i högre grad blev rörliga och därmed mer påverkbara. Arbetsgivaren får då, utöver andra skäl, också ett rent ekonomiskt intresse att förbättra arbetsvillkoren för sina anställda. Detta torde stärka incitamenten för att vidta åtgärder och därmed bidra till en snabbare rehabiliteringsprocess med tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser. Som exempel kan

nämnas att det idag finns en tydlig ökning av sjukskrivningar som beror på utbrändhet och stressrelaterade besvär, ofta orsakade av organisatoriska faktorer i arbetslivet. Här kan arbetsgivarens insatser vara av avgörande betydelse för att påverka sjuklönekostnader.

En annan fördel med en förlängning av sjuklöneperioden är att det skulle frigöra administrativa resurser hos försäkringsgivaren, resurser som då kunde läggas på de individer som är i behov av extra insatser för att komma åter i arbete.

Jag har således mot denna bakgrund övervägt att förlänga sjuklöneperioden. Möjligen skulle en sådan förlängning i första hand kunna göras inom den offentliga sektorn eftersom problemen där är störst. Emellertid anser jag att en eventuell förändring bör bygga på underlag som ger positiva totala effekter för hela kollektivet av arbetstagare. Någon specialreglering för offentlig sektor är därför inte lämplig.

Vid en avvägning av en lämplig ny period har jag ansett att 28 dagar skulle kunna vara rimlig period. Närmare hälften av samtliga sjukfall som avslutas inom ett år är nämligen högst en månad långa. Vid en förlängning av sjuklöneperioden till 28 dagar skulle också den lagstadgade tiden för krav på en särskild försäkran och särskilt läkarutlåtande att sammanfalla med att försäkringsgivaren övertar ersättningsansvaret. En annan fördel är att denna tiden överensstämmer med den tidpunkt då rehabiliteringsutredningen ska genomföras. Jag har tidigare i avsnitt 15.3 föreslagit att ansvaret för att en rehabiliteringsutredning görs läggs på försäkringsgivaren men med aktivt bistånd från arbetsgivaren. En sådan utredning ska i genomföras efter fyra veckors sjukskrivning.

Sammantaget finns det alltså flera fördelar med att förlänga sjuklöneperioden till 28 dagar. En sådan förlängning skulle självfallet kombineras lägre sjukförsäkringsavgifter för arbetsgivarna och med ett införande av ett högkostnadsskydd för småföretagen.

Nackdelarna överväger dock

Även om det således finns flera fördelar med att förlänga sjuklöneperioden till 28 dagar – kombinerat med ett högkostnadsskydd för småföretagen – har jag under utredningsarbetets gång blivit alltmer tveksam till ett sådant förslag. Det finns nämligen också flera nackdelar med en sådan ny ordning.

För egen del anser jag att intresset – via ekonomiska incitament – att få ökad fokus på förebyggande insatser på arbetsplatserna måste vägas mot risker för selektion vid rekrytering. Redan nuvarande sjuklöneperiod har till viss del ökat intresset av information om sjukhistoria vid anställning av ny personal. Vår internationella jämförelse med län-

der med längre arbetsgivarperioder förstärker denna bild. Även om det bör finnas motkrafter till en sådan utveckling i Sverige, med bl.a. diskrimineringslagstiftningen, ser jag ändå en risk för en stärkt tudelning på arbetsmarknaden. En förlängning av sjuklöneperioden riskerar alltså att öka risken för selektering vid anställning, speciellt för funktionshindrade som redan i dag arbetar i mindre utsträckning än icke funktionshindrade. Risken för selektion uppvägs enligt min mening inte med utökat högriskskydd för vissa grupper. Sådana specialregler tenderar i stället att bli alltför krångliga ur administrativ synvinkel.

Det bör vidare beaktas att närmare 1 miljon av dagens arbetskraft, dvs. en av fyra i arbete, inte har en traditionell arbetsgivare. Det innebär att en förlängd arbetsgivarperiod har ett mycket ringa värde för dessa personer, sett ur företagarsynpunkt.

Jag har även sneplat på de internationella förhållande för att se vilka erfarenheter som kan göras. De länder som har en generell arbetsgivarperiod har valt olika lösningar. Allt ifrån 2 veckor (Danmark) till 52 veckor (Nederländerna). I dessa länder kan jag visserligen utläsa ett intresse för mer förebyggande och tidigare insatser, i vart fall när det gäller dem som har anställning. När det däremot gäller hela kollektivet i arbetsför ålder – dvs. inklusive arbetslösa, korttidsanställda, projektanställda m.m. – går det inte att utläsa någon tydlig trend att den totala sjukfrånvaron påverkas av sjuklöneperiodens längd.

Något som också talar emot en förlängning till 28 dagar är att Sverige relativt nyligen prövat en sådan ordning, närmare bestämt under perioden januari 1997 – mars 1998. Under denna perioden kunde inte utläsas – såvitt jag erfarit – några tydliga effekter på det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser. Däremot observerades en nackdel för de sjukskrivna anställda som under den utsträckta sjuklöneperioden inte fick rätt till ersättning från avtalsförsäkringarna respektive kollektivavtalet. Detta medförde att den totala ersättningen till en anställd i praktiken sänktes under den utsträckta sjuklöneperioden, en faktor som också bidrog till att regeringen föreslog en tillbakagång av sjuklöneperioden.

Mina överläggningar med arbetsmarknadens parter visar dessutom att dessa – utifrån delvis olika utgångspunkter och anledningar – är totalt ointresserade av en förlängning.

Sist men inte minst måste fördelar med ett ökat fokus på förebyggande också vägas mot att när sjukdom ändå inträffat ska rehabilitering komma till stånd så tidigt som möjligt. Utifrån den kartläggning utredningen genomfört har den på senare tid kommit igång allt senare. Mina förslag till reform syftar till att få rehabilitering till stånd tidigare och där försäkringsgivaren skall vara drivande. En förlängd arbetsgivarperiod kan i dessa avseenden fördröja.

Även om det således finns vissa fördelar med att föreslå en förlängning av sjuklöneperioden till 28 dagar finner jag vid en samlad bedömning att de negativa faktorerna överväger. Jag avstår därför från att lämna ett sådant förslag.

14.1.2 Företagshälsovården bör utnyttjas för vidgad roll

Utredningens förslag: En kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning bör snarast byggas upp inom företagshälsovården.

Företagshälsovårdens roll kommer att öka i samband med att rehabiliteringsutredningar ska göras.

Företagshälsovården (FHV) har i Sverige genomgått genomgripande förändringar under de senaste decennierna. Från slutet av 1960-talet fram till 1990-talets början var den baserad på centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter. Verksamheten kom att omorienteras från en i stora drag primärvårdorienterad medicinsk verksamhet till en mer förebyggande verksamhet med flera olika specialiteter involverade. Mycket av de förebyggande insatserna har varit av olycksförebyggande karaktär, under 1980-talet var en hel del av arbetet fokuserat kring ergonomi och först på senare tid har även frågor kring psykosocial arbetsmiljö och arbetsorganisation kommit att spela en viktig roll i företagshälsovårdens arbete. Det är också denna senare inriktning med krav på ny typ av kompetens inom företagshälsovården som måste utvecklas i än högre grad.

Den lagändring som skett från 1 januari 2000 betonar FHV:s roll i det förebyggande arbetet genom att den anges som en resurs för arbetsgivaren i det egna internkontrollarbetet. Samtidigt betonas att arbetsgivarens ansvar för att tillhandahålla företagshälsovård nu vidgats genom att anpassnings och rehabiliteringsaspekterna utgör viktiga skäl för anslutning. De nya anslutningsformerna har dock enligt vad jag erfarit medfört en större kostnadskänslighet. Prismedvetenheten hos kunder leder inte sällan till att så få tjänster som möjligt upphandlas. Med dagens anslutningsform finns en viss risk med att medgivande från arbetsgivaren måste inhämtas för att en viss tjänst ska kunna nyttjas. Möjligheten för FHV att tidigt upptäcka risker, tidiga signaler från arbetsplatsen har därmed minskat.

Anslutningsgraden till FHV minskade efter det att statsbidraget tagits bort i början av 1990-talet men är fortfarande förhållandevis hög.

Enligt den senaste undersökningen, Arbetsmiljön 1999, har drygt 72 procent av samtliga arbetsplatser tillgång till FHV genom arbetet. Den lägsta anslutningen till företagshälsovård finns i företag med få anställda (endast 37 % av de anställda i företag med 4 eller färre anställda har tillgång till FHV). Med den i arbetsmiljölagen nu gällande definitionen av företagshälsovård som ”oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering” och med följande kompetenskrav ”ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa” har kraven på företagshälsovården ökat. Med denna definition som utgångspunkt i undersökningen har betydligt färre än det som redovisats tillgång till företagshälsovård. Den relativt höga anslutningen avser inte den verksamhet som definieras i den nya lagstiftningen utan är svar på en mer allmänt hållen fråga.

Vilken roll kan då FHV spela i ett perspektiv av en ny rehabiliteringsförsäkring? Jag tror att FHV kan arbeta och utvecklas på åtminstone tre plan när det gäller sjukfrånvaro och rehabilitering. Det första är att bistå arbetsgivaren i dennes ansvar för och arbete med de rent förebyggande åtgärderna som ska förhindra insjuknande eller skada på grund av faktorer i arbete. Hit hör kartläggning av hurvida risker förekommer, vilket kräver en viss typ av kompetens, men även att eliminera dessa risker, vilket kan kräva en annan typ av kompetens. Genom att aktivt arbeta med att ta bort risker (t.ex. belastningsrisker) ökar också förutsättningarna för att kunna ge arbete till personer som av – icke arbetsorsakade – skäl skulle ha svårt att klara detta arbete. Denna form av anpassningsarbete främjar återgång i arbete för de som redan skadats men främjar också möjligheten för arbetssökande med någon form av funktionshinder. Det andra är att medverka i ett initialt medicinskt omhändertagande med tidig korrekt diagnos vilket är av betydelse för både behandling och prognossättande. Detta gäller speciellt i samband med sjukskrivning men även behandling. FHV har här en delvis unik roll i och med att förhållandevis god kännedom finns om arbetsplatsen. Förutsättningarna att kunna göra en bra bedömning av situationen, utifrån kunskap om arbetsförhållanden och arbetsbegränsningar är förmodligen bättre än motsvarande bedömning inom exempelvis den slutna sjukvården eller primärvården.

Det tredje som jag anser måste utvecklas mer inom företagshälsovården är just området rehabilitering till arbete. FHV kan här bidra till att tidig rehabilitering kommer tillstånd och att medverka till att medicinska och arbetslivsinriktade insatser kommer till stånd samtidigt där det är möjligt. Av vad jag fått del av under utredningen är detta ett område som av olika skäl blivit eftersatt och som inte fått något större genomslag under 1990-talet. Företagshälsovården kan här spela en vik-

tig roll i att stödja arbetsgivaren med uppgifter till försäkringen i samband med att ansvaret för försörjning övertas av försäkringen och en rehabiliteringsutredning ska genomföras. Ett fjärde område skulle också kunna vara ansvar för årliga hälsokontroller med tonvikt på psykosociala förhållanden. Detta förutsätter dock att nuvarande personal också kompletteras med beteendevetenskaplig kompetens och med kompetens inom området rehabilitering till arbete.

Av den jämförelse mellan olika länder som gjorts framgår att Holland och Finland har satsat på att utveckla det förebyggande arbetet på arbetsplatserna via företagshälsovården. I Holland är arbetsgivaren skyldig sedan 1994 att tillhandahålla företagshälsovård. I Finland reformerades stödet till företagshälsovården 1995. Jag tror att även företagshälsovården i Sverige kan komma att spela en viktig roll inom såväl det förebyggande arbetet som rehabiliteringen. Även om primärvården under 1990-talet ökat sitt engagemang inom den arbetslivs-inriktade rehabiliteringen kommer kunskapen om arbetsplatsens speciella förutsättningar inte att finnas där. Här menar jag att företagshälsovården har en viktig roll att spela.

I kapitel 13 har jag kort redogjort för ansvaret med att utreda behov av rehabilitering till arbete. Detta ansvar har jag föreslagit flyttas över från arbetsgivaren till försäkringsgivaren (jfr avsnitt 15.3). Det innebär inte att arbetsgivaren inte har något ansvar för detta. Arbetsgivaren är skyldig att lämna uppgifter av betydelse kring arbetsförhållandena, anpassning av arbetsuppgifter m.m. Här menar jag att FHV kan spela en viktig roll i många av de rehabiliteringsutredningar som ska genomföras.

I syfte att stärka det förebyggande arbetet och tidig upptäckt av ohälsa ute på arbetsplatserna och också öka arbetsgivares intresse för tillgång till expertis har jag övervägt några olika modeller. Ett sätt skulle kunna vara att införa delar av den finska modellen något modifierad för att nå målet att även de minsta företagen ansluter sig till företagshälsovården. Statsbidrag eller bidrag från rehabiliteringsförsäkringen skulle då kunna lämnas för

1. Förebyggande insatser.
2. Kostnader för anpassning av arbetsplatsen.
3. Genomförda rehabiliteringsutredningar.

Bidragen skulle begränsas till en viss maximal kostnad per år och anställd. Mindre arbetsgivare skulle efter ansökan få en större andel av den totala kostnaden och arbetsgivare med mer än 100 anställda skulle inte erhålla något bidrag alls.

Ett annat alternativ till detta förslag skulle kunna vara att föreskriva obligatoriska årliga hälsokontroller med inriktning på psykosociala förhållanden. Härigenom skulle möjligheten öka till tidig upptäckt och åtgärder av bl.a. de allt mer stressrelaterade åkommorna och inom arbetsplatsen måhända få en diskussion kring effekter av olika arbetsorganisatoriska förändringar. En sådan åtgärd blir administrativt mindre krävande än en helt ny bidragsordning. Många arbetsplatser tillämpar redan detta varför det inte för dessa blir något nytt krävande inslag. Uppföljningen skulle med fördel kunna genomföras av företagshälsovården eller annan expertis som arbetsgivaren anlitar. Ett obligatorium för regelbundet genomförda hälsokontroller av detta slag skulle vidare kunna motiveras med att försäkringsgivaren övertagit ansvaret för rehabiliteringsutredningen. Det skulle i så fall bli en skyldighet för varje arbetsgivare att låta organisera och finansiera dessa kontroller.

De psykosociala frågorna tillsammans med frågor kring arbetets uppläggning och organisation är för framtiden mycket viktiga frågor. Kompetensen inom dessa områden måste därför förstärkas. En sådan utveckling finns på några företagshälsovårdsenheter även om mycket fortfarande handlar om den fysiska arbetsmiljön. En kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning bör snarast byggas upp inom företagshälsovården. Jag avstår dock att lägga några konkreta förslag kring statsbidrag till företagshälsovården eller skyldighet att genomföra årliga hälsokontroller. Jag menar att de nya reglerna från detta år kring företagshälsovården först måste prövas för att kunna bedöma eventuella effekter. En viss stimulans till företagshälsovården innebär dock möjligheten att arbetsgivaren mot ersättning ska kunna genomföra rehabiliteringsutredningar, se vidare avsnitt 15.3.

14.1.3 Personalekonomiska bokslut för offentliga arbetsgivare

Utredningens förslag: Personalekonomisk redovisning inom offentlig sektor införs. Senare prövas om sjukförsäkringsavgiften skall variera för arbetsplatser inom den offentliga sektorn efter sjuktal

Under de senaste årtiondena har arbetslivet förändrats påtagligt. Den fysiska arbetsmiljön har successivt förbättrats parallellt med att de ”mjukare” arbetsmiljöfrågorna, den psykosociala arbetsmiljön har

kommit i fokus, i synnerhet de senaste åren. Stress och utbrändhet som utredningen beskrivit i kapitel 3 och bilaga 5 är ett exempel på ett sådant växande problem.

Den decentralisering och delegering av ansvar och befogenheter som påbörjades på 1970- och 1980-talen har fortsatt även under 1990-talet. En av effekterna när det gäller rehabilitering och åtgärder på arbetsplatsen är att det även för stora arbetsgivare (såväl privata som offentliga) utkrävs ansvar från relativt små resultatenheter och lokala chefer/arbetsledare. Vilken effekt detta har fått på förebyggande insatser vet vi fortfarande lite om. För rehabiliteringen har det inneburit tydliga problem med att finansiera insatser av mer omfattande karaktär. Det har ofta inneburit problem inom exempelvis stora koncerner, kommuner och landsting att byta arbete från en "resultatenhet" till en annan.

Andra tendenser inom arbetslivet är att organisationerna i såväl offentlig som privat sektor har satsat på kärnverksamhet genom bl.a. "outsourcing" de har också i allt högre utsträckning blivit "slimmade". Detta har kanske varit nödvändigt och önskvärt ur företagsekonomisk synvinkel och för tillväxten i vår ekonomi. En risk finns dock för att detta kan ha kommit att bidra till den ökning av sjukfrånvaron som vi nu registrerar.

Ett alternativ för att komma tillrätta med detta skulle kunna vara att kräva återkommande årliga arbetsplatsbesiktningar i syfte att fastställa om arbetsplatsen riskerar bidra till ökad ohälsa. Genomförda besiktningar med åtföljande åtgärdsplaner skulle då kunna stimuleras med bidrag från försäkringen eller med ett generellt avdrag på försäkringspremien. Sådana upplägg förekommer i andra länder exempelvis Australien (N.S.W).

Utredningen har dock efter att ha vägt för och nackdelar med ett sådant system bestämt avstått från att lägga ett sådant förslag. Ett viktigt skäl är naturligtvis svårigheten att avgöra om en organisation kan anses alltför "slimmad" och att kunskaperna om effekterna av "slimmade" organisationer fortfarande är föremål för initial forskning. Att mäta effekter av tydliga olycksförebyggande insatser är förmodligen enklare än att mäta effekterna av insatser inom den psykosociala arbetsmiljön. Utredningen räknar istället med att detta blir en arbetsgivarfråga i framtiden dels genom befarad arbetskraftsbrist och därmed ökad konkurrens om att vara en attraktiv arbetsplats, dels till följd av andra av utredningens förslag.

Personalekonomiska bokslut har diskuterats som ett sätt att öka medvetenheten hos ledning/ägare om behov av förebyggande insatser, kompetensutveckling, rehabiliteringstänkande m.m. Under 1980-talet diskuterades frågan intensivt och en departementspromemoria, Perso-

nalekonomisk redovisning – förslag till lagstiftning (Ds 1991:45), behandlade frågan om att införa en särskild bestämmelse om detta. Alla bokföringskyldiga enligt bokföringslagen som under räkenskapsåret i medeltal sysselsatt minst 100 anställda föreslogs lämna personalekonomisk redovisning i resultaträkningen eller not till denna i särskild bilaga. Grunden för förslaget var att regeringen gjort ett uttalande i prop. 1990/91:140 Arbetsmiljö och rehabilitering.

Rapporten har remissbehandlats och remissinstanserna delade i stort det synsätt på personal och personalekonomi som kom till uttryck i rapporten. Flertalet instanser var dock tveksamma till förslaget. En vanlig motivering var att redovisningen måste anpassas till skilda förutsättningar och förhållanden och att en lagreglering kunde leda till en olycklig låsning av redovisningsformer och en oavsedd formalisering. Flera remissinstanser var också tveksamma till lagregler som ställer krav på den interna informationshanteringen och på informationsunderlag för interna investeringsbeslut och styrningsfrågor i en verksamhet.

Frågan om personalekonomiska bokslut har sedan behandlats i två olika statliga utredningar utan att någon proposition lagts (SOU 1996:113 Bilaga till sjuk- och arbetsskadekommittén och SOU 1996:157 Översyn av redovisningslagstiftningen).

Konkurrensfördelarna på morgondagens marknad kan komma att se annorlunda ut än idag. I en situation med brist på arbetskraft, som Sverige riskerar att möta under den kommande 10-årsperioden, ökar sannolikt förutsättningarna för att kunna attrahera ny och behålla befintlig personal. Humankapitalet blir en viktig konkurrensfaktor.

Under 1990-talet har olika initiativ tagits till att utveckla den personalekonomiska redovisningen. Nyckeltalsinstitutet som grundats av Civilekonomerna, PA forum och Labora konsult forum tillhandahåller service för att kunna jämföra egna nyckeltal med branschen. Tanken bakom detta initiativ är att företaget ska kunna jämföra med sig själv (över åren) och med andra inom samma bransch. Här jämförs nyckeltal inom personalstruktur, kompetensförsörjning, personalrelationer och verksamhetsresultat. Sammanlagt används ett 40-tal olika nyckeltal och nya utvecklas.

SPP-Hälsa arbetar aktivt med "Sambandet" som är en tävling kring Arbetsmiljö, hälsa, engagemang, ledarskap. Utifrån en omfattande verksamhetsbeskrivning med redogörelser för hur olika processer kring miljö, hälsa och säkerhet formats utses/examineras årligen företag och får ett hedersomnämmande. En jury med namnkunniga personer inom näringsliv och försäkring beslutar om utmärkelsen.

Detta arbete med jämförelser mellan och inom arbetsplatser, branscher m.m. behöver vidareutvecklas och stimuleras för att på sikt

omfatta alla arbetsplatser. Jag har vägt olika skäl för och emot att i lag reglera krav på att arbetsplatser med mer än ett visst antal anställda skulle lämna en personalekonomisk redovisning i resultaträkningen eller som en särskild not till denna i en bilaga. Efter att ha kartlagt och analyserat den långvariga sjukfrånvarons utveckling de senaste åren har jag kommit fram till följande slutsatser.

För egen del bedömde jag redan när förslag om personalekonomiska bokslut första gången väcktes, för ca 10 år sedan, att detta var en åtgärd som skulle kunna sätta mer fokus på arbetsmiljö, hälsa och personalekonomi på de svenska arbetsplatserna. Genom personalekonomiska bokslut skulle uppgifter kring personalen bli publika på samma sätt som de ekonomiska resultaten. Det fanns dock en viss tveksamhet till förslagen i remissopinionen och vi fick istället 1992 års reform med arbetslivsinriktad rehabilitering. Som utförligt beskrivits tidigare i betänkandet har denna reform inte fått avsedd effekt och ohälsa relaterad till arbetsplatsen har återigen ökat dramatiskt. I denna situation och med alltmer av sjukfrånvaron kopplad till stress och utbrändhet menar jag det är dags att pröva personalekonomiska bokslut. De ”mjuka frågorna” hur personalen mår, investeringar i personalutveckling skulle därmed få en ställning utåt som de ekonomiska förhållandena har.

Ökningen av sjukfrånvaron har emellertid i stor utsträckning kommit att beröra den offentliga sektorn (kommuner, landsting och annan statlig eller offentlig förvaltning). Till någon del kan dessa stora skillnader mellan offentlig och privat sektor förklaras av exempelvis olikheter i ålderssammansättning. Det är emellertid påverkbart och behöver ett signum för offentlig sektor. Med detta som bakgrund föreslår att i lag införa bestämmelser som skulle omfatta hela arbetsmarknaden är tveksamt. Jag menar att det är alltför tydligt att problemen med den ökande sjukfrånvaron i första hand omfattar offentlig sektor. En sektor som enligt min mening borde sträva efter att föregå med gott exempel när det gäller förebyggande arbete och god arbetsmiljö. För det andra är det ännu med säkerhet inte visat att en sådan åtgärd skulle ha en påtaglig effekt på sjukfrånvaron.

Jag tror dock att krav om personalekonomisk redovisning innebär en nödvändig och välgörande fokusering på de ”mjukare frågorna” på arbetsplatsen och därmed indirekt påverkar frågor om arbetsorganisation och arbetsledning. Av de olika rapporter jag tagit del av under utredningsarbetet har det visats sig att de mer ”mjuka” frågorna som hur arbetet organiseras och leds har avgörande betydelse för sjukfrånvaron.

Jag föreslår därför att personalekonomisk redovisning införs på samtliga arbetsplatser med fler än 100 anställda men begränsas i ett första steg till offentliga arbetsgivare (offentliga myndigheter, kommu-

ner och landsting). Olika nyckeltal för personalen tas fram minst en gång årligen och presenteras tillsammans med den ekonomiska redovisningen. Exempelvis bör antal personer som under året varit sjukskrivna mer än en månad, antal personer som vid årsskiftet eller annan lämplig tidpunkt är sjukskrivna mer än en månad, upprepad korttidsfrånvaro, kostnader för anpassning och rehabilitering, personalomsättning, hur mångfalden bland anställda tillgodoses m.m. redovisas. Uppgifterna bör vidare redovisas uppdelade på kön och åldersgrupper. Denna åtgärd bör kunna genomföras redan under 2001. Regeringen bör ange vissa enhetliga krav enligt ovan på en sådan redovisning. Med enhetliga nyckeltal inom offentlig sektor bör goda möjligheter till jämförelser mellan olika arbetsplatser finnas. Om en sådan åtgärd visar sig vara verkningsfull och kostnadseffektiv bör det övervägas om personalekonomisk redovisning i ett senare skede skall omfatta hela arbetsmarknaden.

Ekonomiska incitament

För att åstadkomma en bättre arbetsmiljö är jag tveksam om det är tillräckligt med regelstyrning. Här kan komma att behövas också ekonomiska incitament för att snabbare nå resultat. Ett sätt att åstadkomma detta är att höja avgiften till rehabiliteringsförsäkringen med någon procentenhet för arbetsplatser inom den offentliga sektorn som på årsbasis i genomsnitt har en högre sjukfrånvaro än den privata sektorn som helhet. Denna förhöjda avgift kan sedan minskas i olika steg. Den första minskningen kan ske när myndigheten, kommunen, förvaltningen visat upp sin första personalekonomiska redovisning för försäkringsgivaren. Den andra minskningen kan ske när de förebyggande insatserna också lett till färre och kortare sjukskrivningar och därmed minskade kostnader för försäkringen. Detta andra steg blir möjligt först när en andra personalekonomisk redovisning genomförts.

Motiven för en sådan ordning är för det första att komma åt den högre frånvaron och dess kostnader på ett mer effektivt sätt. Ett annat motiv är att incitamenten för att aktivt arbeta förebyggande inom offentlig sektor kanske inte alltid är lika starka som inom privat sektor.

Jag avstår dock att nu lägga några förslag om detta dels för att det redan med att införa en ny rehabiliteringsförsäkring innebär ett omfattande arbete, dels för att jag ovan föreslår personalekonomiska bokslut genomgående inom offentlig sektor. När dessa förslag genomförts och utvecklingen visat att de inte får tillräcklig effekt kan förslaget åter övervägas.

14.1.4 Förstärkta insatser för anpassning och förebyggande arbete på arbetsplatserna

Utredningens förslag: En kompetensförstärkning med 40 yrkesinspektörer inom områdena beteendevetenskap och arbetsorganisation genomförs.

I arbetsmiljölagen regleras ansvaret för arbetsanpassning och rehabilitering. Enligt dessa regler ska arbetsgivaren ha en för verksamheten lämplig organisation. Många arbetsplatser har under 1990-talet utarbetat rutiner för detta men många saknar fortfarande sådana. I den internkontrollföreskrift som Arbetarskyddsstyrelsen givit ut (AFS 1996:6) utvecklas ytterligare hur detta arbete ska gå till. Utöver dessa bestämmelser gäller även för arbetsgivaren lagen om allmän försäkring där bl.a. ansvaret för rehabiliteringsutredningen regleras och en del andra lagbestämmelser kring anställningsskydd mm.

Jag kommer i nästa avsnitt att föreslå att en av ovanstående skyldigheter flyttas till försäkringsgivaren, ansvaret för rehabiliteringsutredningen. I avsnitt 15.3 kommer jag att närmare ange skälen för detta förslag. Jag vill emellertid redan nu peka på att arbetsgivaren även fortsättningsvis kommer ha ett stort ansvar för att lämna uppgifter om arbetsförhållanden och annat som kan vara av intresse för rehabiliteringsutredningen. I övrigt kommer ovan beskrivna ansvar för anpassning och rehabilitering av anställda att kvarstå. Arbetarskyddsstyrelsen håller för närvarande på med en översyn av sina regler som beräknas börja gälla den 1 juli 2001. Av vad jag erfarit kommer arbetsgivarens ansvar för dessa frågor förtydligas ytterligare och om möjligt kommer även reglerna för internkontroll att förenklas.

Tillsyn av arbetsgivarnas arbete med dessa för arbetsplatsen viktiga frågor vilar på yrkesinspektionen. Detta har av olika skäl dock inte varit en prioriterad uppgift trots att sjukfrånvaron utvecklats på det dramatiska sätt som vi beskrivit de senaste åren. Enligt uppgift från Arbetarskyddsstyrelsen rörde endast 1 procent av alla de krav som yrkesinspektionen ställde under 1999 just arbetsanpassning och rehabilitering. Det är en anmärkningsvärt låg siffra mot bakgrund av att så få rehabiliteringsutredningar genomförs. En förklaring till detta kan vara att yrkesinspektionens verksamhet fortfarande domineras av inspektioner som rör den fysiska arbetsmiljön och att kompetens saknas inom området arbetsorganisation, anpassning och rehabilitering.

Jag föreslår därför en kompetensförstärkning inom beteendevetenskap och arbetsorganisation för landets yrkesinspektioner som har tillsynsansvar för dessa frågor på arbetsplatsen. Av vad jag inhämtat finns

i storleksordningen 400 yrkesinspektörer i landet. Som ett steg i att bygga ut deras inspektioner i frågor som kan påverka den psykosociala miljön föreslår jag en förstärkning med 40 inspektörer (+10 %). Jag hoppas härigenom förebygga en framtida utökning av sjukskrivningar. Här vill jag åter påminna om utredningens studie om behov av att ändra arbetssituationen på grund av hälsoskäl som visat att 1 miljon arbetstagare det gångna året övervägt detta. Särskilt behov för detta finns inom yrken med hög anspänning.

14.1.5 Ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare

Utredningens förslag: Offentliga arbetsgivare ges nu möjlighet att ansöka om bidrag från försäkringen för en tredjedel av den kostnad som varit aktuell för den anställda i samband med rehabilitering. En informationskampanj bör genomföras om arbetsgivares ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering och möjligheterna att göra avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och rehabilitering.

I kapitel 10 har jag beskrivit nu gällande regler för avdrag för företagshälsovård, förebyggande insatser och rehabilitering som arbetsgivare har. Jag har i samband med utredningen erfårit att denna möjlighet att göra avdrag enligt kommunalskattelagen är dåligt känd. I den nationella utbildningssatsning som jag beskriver i avsnitt 15.9.4 blir en viktig uppgift att sprida information om denna möjlighet. Jag vill också förorda att såväl den nye försäkringsgivaren som yrkesinspektionen får i uppdrag att aktivt informera om betydelsen av dessa insatser som avdrags möjligheter till arbetsplatsen. Denna regel är dock inte kostnadsneutral i den meningen att avdrag för dessa insatser aldrig kan bli aktuell för offentlig verksamhet.

Jag föreslår därför att offentliga arbetsgivare istället kan ansöka om bidrag från försäkringen för en tredjedel av de kostnader som varit aktuella för de anställda under ett år. Ett sådant bidrag skulle ekonomiskt ge stimulans åt förebyggande och rehabiliterande insatser på den offentliga sidan. Bidraget skulle avse samma kostnader som företag i den privata sektorn kan göra avdrag för. Det inkluderar därmed även företagshälsovård.

14.2 Egenföretagare får utvidgad rätt till rehabilitering

Utredningens förslag: Egenföretagare skall i den nya rehabiliteringsförsäkringen så långt som det är möjligt jämföras med arbetstagare vid prövning av rätten till rehabiliteringsinsatser.

Det betyder att egenföretagares arbetsförmåga skall prövas inte enbart mot nuvarande arbetsuppgifter utan även mot möjligheten att erhålla andra arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten. Genom denna förändring likställs företagare och arbetstagare fullt ut i den nya rehabiliteringsförsäkringen.

Den svenska arbetsmarknaden domineras av fast anställda, för närvarande ca 75 procent. Av arbetskraften utgör ca 10 procent, eller drygt 400 000, egna företagare. Dessa egenföretagare bidrar till finansiering av den nuvarande sjukförsäkringen genom att betala sjukförsäkringsavgift (egenavgift). Samtidigt har jag i avsnitt 10.6 kunnat konstatera att egenföretagare särbehandlas när det gäller möjligheter att få ersättning från samhället under rehabilitering.

Anledningen till denna särbehandling är att de nuvarande kriterierna för bedömning av arbetsförmågan och därmed rätten till ersättning från sjukförsäkringen och förtidspensionsförsäkringen tar sikte på annat arbete hos arbetsgivaren.

Skillnaden uppstår i steg 3 och steg 4 i den så kallade steg-för-steg-modellen som gäller i dag och som redogjorts för i avsnitt 9.1. Det innebär att egenföretagaren, som av naturliga skäl inte har någon arbetsgivare, ges mindre möjligheter än arbetstagaren till rehabiliteringsåtgärder i den egna verksamheten innan arbetsförmågan bedöms mot alla på arbetsmarknaden "normalt förekommande arbete".

Enligt min mening är det inte rimligt att egenföretagare skall vara med och finansiera en försäkring men sedan inte omfattas av samhällets stöd i en eventuell rehabiliteringssituation. Därför anser jag att egenföretagaren i den nya rehabiliteringsförsäkringen bör – så långt det är möjligt – jämföras med arbetstagaren vid prövning av rehabilitering till arbete.

Det betyder att egenföretagarens arbetsförmåga skall prövas inte enbart mot nuvarande arbetsuppgifter utan även mot möjligheten att erhålla andra arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten. Genom denna förändring blir det en mer likställd situation mellan företagaren och arbetstagaren i den nya rehabiliteringsförsäkringen.

I avsnitt 18.5 ger jag förslag om ett nytt stöd för ”mjukstart” vilket ytterligare kommer att gynna egenföretagarens rehabiliteringsmöjligheter.

14.3 Försök med rådgivare till arbetsplatsen – case manager

Utredningens förslag: Försöksverksamhet med rådgivare (case-manager) som stöd för mindre arbetsgivare i rehabiliteringsarbetet bör genomföras i några län. Försäkringen finansierar och organiserar ett försök med sammanlagt 30 rådgivare under en 3-årsperiod. Uppgiften blir i första hand att vara ett stöd för små och medelstora arbetsgivare i frågor kring förebyggande insatser, arbetsanpassning och rehabilitering till arbete.

Det finns skäl att anta att en stor del av arbetsgivarna bedriver sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete på ett tillfredsställande sätt utan att det behöver initieras eller styras av regelverk. Det är arbetsgivare som både har förmåga, kunskap och intresse för att dels bedriva ett förebyggande arbete, dels rehabilitera sina anställda. Dessa arbetsgivare har kanske en utbyggd personalvård, underställd personalavdelning och/eller egen företagshälsovård till sin hjälp. De kanske också köper de aktuella tjänsterna från en extern företagshälsovårdscentral eller en specialiserad rehabiliteringsorganisation.

För många andra arbetsgivare kan det dock vara svårare att klara av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet. Av den kartläggning utredningen genomfört framgår att arbetsgivarna på framförallt mindre företag har svårt att leva upp till de skyldigheter och förväntningar som ställs på dem enligt nuvarande regler. Många mindre företag saknar i dag dels tillgång till adekvat professionell rådgivning i rehabiliteringsfrågor, dels att tillgången är både ojämn och bristfällig. Denna brist försvårar enligt min mening förebyggande insatser på arbetsplatserna, tidig upptäckt och en effektiv planering av rehabiliteringsinsatser.

De mindre företagen utgör en klar majoritet av alla företag. Utredningen anser att det därför är betydelsefullt att dessa arbetsplatser och arbetsgivare – i likhet med individen – skall kunna få stöd i sin roll. I vissa länder har man prövat en funktion med en personlig rådgivare (case manager) som skall kunna vara ett stöd både när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall. I några länder är det försäkringsgivaren som tillhandahåller en ”case manager” och således ingår i försäkringen, i andra

är det motsvarighet till företagshälsovård, men alla arbetsplatser har tillgång till sådan resurs. Genom stödet skulle arbetsgivarens kunskap om arbetsmiljölagens krav på arbetsanpassning och rehabilitering öka. Arbetsgivaren skulle också få ökade kunskaper om hur rehabilitering går till i praktiken. Därmed kan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen integreras med det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen.

Mot bakgrund av det behov som framkommit i kartläggningen och av remissvaren att döma föreslår jag att försök med denna typ av stöd till mindre arbetsgivare prövas i några län för att se om detta även är lämpligt för svenska förhållanden. Jag föreslår därför att försäkringen under en tre-årsperiod finansierar och organiserar ett försök med sammanlagt 30 rådgivare (case-managers). Uppgiften blir i första hand att vara ett stöd för små och medelstora arbetsgivare i frågor kring förebyggande insatser, arbetsanpassning och rehabilitering till arbete.

15 Kraftfullare försäkring – en rehabiliteringsförsäkring skapas

I den diskussionspromemoria som togs fram och presenterades av utredningen våren 2000 redovisades tre alternativa modeller för framtida finansiering och administration av en försäkring vid sjukdom och arbetsoförmåga. Modell 1 var en förstärkning av nuvarande sektorer inom området, I modell 2 beskrevs en offentlig huvudaktör genom en rehabiliteringsförsäkring och i modell 3 slutligen gavs arbetsgivaren ett tydligare ansvar för åtgärder och finansiering. I detta avsnitt beskrivs mer ingående förslaget till en ny rehabiliteringsförsäkring med en offentlig huvudaktör som i huvudsak bygger på en utveckling av modell 2. Försäkringsgivarens huvuduppgifter, medel för aktiva insatser, köp av enklare vård och behandlingsinsatser, metodutveckling, organisation och försäkringens finansiering och ställning beskrivs. Ett förslag till central och lokal organisation för verksamheten rehabilitering till arbete presenteras.

15.1 Vem skall vara den nya försäkringsgivaren?

Utredningens bedömning: Vid val av vilken organisation som är mest lämpad för uppgiften att utveckla området rehabilitering till arbete bör ett antal kriterier/utgångspunkter ligga till grund för bedömningen:

Det behövs en kraftfullare försäkring än idag som kan finansiera aktiva och tidiga insatser i syfte att den sjukskrivne så fort som möjligt ska komma i arbete. Individens skall vara i centrum vid rehabilitering till arbete, de regionala och lokala skillnaderna i försäkringsutfall ska minskas, en ökad professionalisering av arbetsuppgiften måste åstadkommas, en ökad försäkringsmässighet jämfört med dagens system är nödvändig och försäkringens förebyggande roll måste förstärkas. Detta leder fram till ett behov av en ny försäkring

– *rehabiliteringsförsäkringen* – som ersätter dagens sjuk- och förtidspensionsförsäkring. Den nya försäkringen innehåller rätt till rehabiliteringsstöd, mer kraftfulla medel för aktiva insatser och får en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten.

Vid val av organisation som huvudansvarig för rehabilitering till arbete har jag övervägt olika alternativ. Jag har vid mitt övervägande låtit ett antal kriterier eller utgångspunkter ligga till grund för min bedömning. Vilket sätt att organisera administrationen skulle sedan bäst kunna möta dessa kriterier eller utgångspunkter?

En viktig och avgörande utgångspunkt för reformen är att sätta individen i centrum för rehabilitering till arbete. Ett annat kriterium är att åstadkomma nödvändig samordning av alla de insatser som kan vara aktuella i en rehabiliteringsprocess och därmed komma bort från eventuella revirtänkanden. Vidare måste det skapas en större enhetlighet i landet och de regionala/lokala skillnaderna måste minska. Detta gäller inom såväl utbud av resurser som behov av ekonomiskt stöd. Exempelvis måste nuvarande skillnader i ohälsotal mellan olika regioner minska och inte öka som under den senaste 10-årsperioden. Hur kan en ökad professionalisering av rehabilitering till arbete bäst åstadkommas? En ökad försäkringsmässighet i systemet är ytterligare ett viktigt kriterium vid val av organisation. Det kommer också behövas en bra fältorganisation som kan arbeta aktivt med att driva och utveckla verksamheten med rehabilitering till arbete på det lokala planet (kommunen, arbetsplatsen) men också på den regionala och centrala nivån. På det lokala planet, ute på arbetsplatserna måste det förebyggande arbetet få ett genomslag. Hur detta arbete bäst kan stärkas och utvecklas utgör ett annat kriterium.

För att åstadkomma detta krävs dock ett antal aktiviteter/förändringar som i korthet kan sammanfattas på följande sätt.

För det första måste enligt min uppfattning en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring skapas. Nuvarande sjukförsäkring har trots ett särskilt kapitel om rehabilitering inte fått ett tillräckligt genomslag för rehabiliteringens roll och betydelse för individen och för samhällsekonomin.

Förtidspensionsförsäkringen och sjukförsäkringen kan alltmer betraktas som två kommunicerande kärl. En misslyckad eller sen rehabilitering har stor risk att sluta med förtidspension. En lyckad rehabiliteringsinsats å andra sidan kan minska trycket på förtidspensionsförsäkringen. Att fortsätta betrakta dessa försäkringar som separata enheter riskerar bara att skapa övervältringsproblem. Båda försäkringarna måste betraktas som en helhet tillsammans med ett kraftigare stöd för

rehabilitering. Dessa båda försäkringar bör därför föras samman i en ny rehabiliteringsförsäkring.

Den bör i första hand omfatta nuvarande sjuk- och rehabiliteringsersättning, medel för köp av rehabiliteringstjänster, bidrag till arbetshjälpmedel, delar av nuvarande sk Dagmarmedel, sjukbidrag och förtidspensioner, avgifter till det nya ålderspensionssystemet samt kostnader för administration. Jag har övervägt om inte också den närliggande arbetsskadeförsäkringen borde ingå i en ny rehabiliteringsförsäkring. Det finns flera skäl som talar för det t.ex. att innan frågan om arbetsskada är avgjord kommer rehabiliteringen behandlas i den nya rehabiliteringsförsäkringen. Jag har ändå stannat för att vid detta första steg mot en ny rehabiliteringsförsäkring inte föreslå en total integrering av arbetsskadeförsäkringen. I ett andra steg bör detta dock övervägas.

För det andra ska försäkringsgivaren ha ett tydligt huvuduppdrag att korta pågående sjukskrivningar men också att minska behovet av sjukskrivningar. Detta sker på i huvudsak två sätt. Dels genom en tidig, aktiv och mer sammanhållen rehabilitering dels genom tidiga och aktiva insatser i syfte att minska onödiga sjukskrivningsperioder (väntetider mm).

För det tredje ska försäkringsgivaren ha en aktiv roll i det förebyggande arbetet. Huvudansvaret för förebyggande insatser bör även fortsättningsvis åvila arbetsgivaren men den offentliga försäkringsgivaren har en viktig informations- och upplysningsroll i det förebyggande arbetet.

För det fjärde måste en ökad grad av försäkringsmässighet skapas i den nya rehabiliteringsförsäkringen. Detta kan lämpligen ske i två steg där en fiktiv fond skapas i ett första steg och en mer fullständig försäkringsmässighet åstadkoms i steg två med en från statsbudgeten helt frikopplad fond.

För det femte måste området med rehabilitering till arbete professionaliseras. Det innebär att utbildningskraven för de som ska arbeta med den nya försäkringen kommer att vara högt ställda. Jag utgår ifrån att högskoleutbildning alternativt någon form av certifiering måste vara en i grunden klar målsättning. Metodutveckling, uppföljning och utvärdering inom området rehabilitering till arbete blir en viktig del. I kapitel 19 utvecklas kopplingen mellan forskning och utbildning samt hur den satsning som bör göras kan genomföras i några olika steg.

För det sjätte måste den nya försäkringen ha en roll i att bevaka och se till att utbudet av resurser inom rehabilitering till arbete utvecklas. Det innebär löpande bevakning av såväl kommunernas, hälso- sjukvårdens, arbetsmarknadsmyndigheternas som rehabiliteringsproducenternas aktiviteter och utbud av resurser inom detta område över hela landet.

För det sjunde måste medel i försäkringen tillskapas för att skynda på olika insatser (behandlingar, vård) när väntetider eller andra hinder medför ”onödiga” samlade kostnader.

15.2 En offentlig huvudaktör

Utredningens förslag: En offentlig aktör ges huvudansvar för samordning av rehabilitering till arbete. Den offentliga huvudaktören får ekonomiskt och administrativt ansvar för en stor del av de resurser som idag används inom detta område.

Jag har i kapitel 12 tidigare redovisat skäl för rollfördelningen mellan individ – det offentliga – arbetsgivarna och därvid menat att en offentlig modell just nu är lämpligast i Sverige.

För att åstadkomma den förändring inom en offentlig modell av nuvarande arbetslivsriktad rehabilitering, som jag menar är nödvändig, måste det offentliga åtagandet samordnas och bli tydligare än idag. Ett samhällsekonomiskt synsätt måste utvecklas inom detta område dvs. det är viktigt att se på den totala effekten över olika ”kassakistor” att en sjukskriven person snabbast möjligt kan återgå i arbete. Därför krävs en huvudaktör som är direkt samordningsansvarig mot regering och riksdag för detta politikområde. De fyra parallella sektorer inom den offentliga sidan med delvis olika primära mål och skilda ”kassor” motverkar det samhällsekonomiska synsätt som enligt min uppfattning måste präglade denna verksamhet. Den samhällsekonomiska studie som vi låtit genomföra (jfr kap. 6) visar också den ekonomiska kraft som kan frigöras från en effektivare rehabilitering och därmed korta sjukskrivningstider utan att de totala kostnaderna ökar för samhället. Snarare gör vi en besparing, samtidigt som individens välfärd ökar. Alldeles för få samhällsekonomiska analyser för att mäta effekter av satsningar på rehabilitering har gjorts. Det är viktigt att tydliggöra att en kostnad hos en sektor (ex. sjukvårdshuvudmannen för rehabilitering, behandling) vägs upp av oftast större besparingar hos en annan sektor (socialförsäkringen).

Som enskilda skattebetalare bidrar vi alla med resurser till olika statliga och kommunala verksamheter på detta område. Vi är inte i speciellt hög grad intresserade av hur mycket pengar som går till vilken kassakista. Däremot har vi höga förväntningar på att det offentliga åtagandet, att motprestationen – rehabilitering till arbete – fungerar när vi behöver hjälp.

På många håll utvecklas nu en samverkan mellan de olika samhällssektorerna på den offentliga sidan men enligt min uppfattning går denna utveckling för sakta och vilar i alltför hög grad på frivillig grund. Detta riskerar snarare att öka de regionala och lokala olikheter vi kunnat redovisa i utredningens kartläggning (kap. 3). Att det sektoriserade ansvaret inte fungerat särskilt väl med hittillsvarande lagstiftning och tillämpning är kanske det starkaste motivet för att ge en huvudaktör ett klart samordningsansvar för rehabilitering till arbete.

Vid remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria framkom att det finns ett stort stöd för en offentlig huvudaktör. En klar majoritet av remissinstanserna förordade modell 2 eller 3 och endast några få remissinstanser förordade en utveckling av modell 1. Med modell 3 skulle en ökad tydlighet med ekonomiska incitament för det förebyggande arbetet ha kunnat skapas. Trots att flera remissinstanser uttryckt en positiv syn på förslaget att förskjuta ansvaret för nuvarande arbetslivsinriktad rehabilitering till arbetsgivaren avstår jag från att lägga ett sådant förslag. Mitt samlade intryck, som jag redan redovisat i kapitel 12 är att det idag finns en stor uppslutning för en nyordning med en offentlig huvudaktör. Såväl företrädare för myndigheter som arbetstagarorganisationer och andra intresseorganisationer har tydligt givit uttryck för detta. Jag har därför valt att nedan utveckla varför och hur en offentlig huvudaktör skulle kunna utveckla denna för samhället viktiga fråga.

Genom att tydliggöra att en offentlig aktör har huvudansvar för samordning av rehabilitering till arbete bör samhällets resurser för detta område på sikt komma att effektiviseras och användas bättre än idag. Den offentliga huvudaktören skulle få ekonomiskt och administrativt ansvar för en stor del av de resurser som idag används inom detta område.

15.3 Försäkringsgivarens uppdrag/uppgifter

Utredningens förslag: För att syftet med reformen skall uppnås, dvs. färre och kortare sjukfall, får försäkringsgivaren en större och tydligare roll. Denne skall dels skynda på insatser vid ”ordinär” sjukskrivning, dels aktivt driva rehabilitering till arbete när sådant behov finns. Detta innebär ett kraftfullare genomslag av arbetslinjen.

Försäkringsgivaren får fem huvuduppgifter.

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

Mot denna bakgrund vill jag ge försäkringsgivaren fem huvuduppgifter som jag utvecklar närmare i det följande.

15.3.1 Beräkna och betala ut ersättning

Utredningens förslag: Enligt den första huvuduppgiften skall försäkringsgivaren beräkna och betala ut ersättning till individen för dels inkomstförlust enligt de regler som riksdagen bestämt, dels andra ersättningar och bidrag som kan vara aktuella i det enskilda fallet.

Den första uppgiften för försäkringsgivaren är att beräkna och betala ut ersättning till individen för dels inkomstförlust, dels andra ersättningar och bidrag som kan vara aktuella i det enskilda fallet.

Ersättning för inkomstförlust omfattar enligt mitt förslag till en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag och förtidspension. Ersättningen bör självfallet betalas ut enligt de regler och nivåer som riksdagen har bestämt.

När det gäller övriga ersättningar och bidrag som kan vara aktuella avser jag bl.a. det särskilda bidraget som kan utgå för merkostnader i samband med individens rehabilitering till arbete (jfr kap. 9.2). Ett annat exempel är bidrag till arbetshjälpmedel (jfr kap. 11.2).

Individen skall på samma sätt som i dag ha möjlighet att kunna överklaga försäkringsgivarens beslut om ersättning.

15.3.2 Ansvara för rehabiliteringsutredningen

Utredningens förslag: Den andra huvuduppgiften för försäkringsgivaren innebär att ansvara för att en rehabiliteringsutredning görs efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om individen själv begär det.

I den nya rehabiliteringsförsäkringen kommer rehabiliteringsutredningen att ha en central roll. Detta av fler skäl. Ett viktigt skäl redogör jag för i kapitel 13 där jag föreslår att den sjukskrivne individen skall få en lagfäst rättighet till rehabiliteringsstöd, vilket bl.a. innebär en rätt till oberoende rehabiliteringsutredning.

Rehabiliteringsutredningen kommer också att ha en central betydelse när det gäller att avgöra vem av de sjukskrivna individer som är i behov av sammansatta insatser, dvs. rehabilitering till arbete. Det är ju i regel i samband med utredningen som behovet först kommer att visa sig. I kapitel 3 har jag bedömt att det finns ett sådant behov hos uppskattningsvis ca 100 000 av dagens långtidssjukskrivna individer.

Samtidigt har utredningen kunnat konstatera att det nuvarande ansvarsförhållande fungerar dåligt. Arbetsgivarna – som fick ansvaret i samband med rehabiliteringsreformen 1991/92 – gör inte rehabiliteringsutredningar för sina anställda i den utsträckning som det var tänkt.

Utredningen har därför övervägt att flytta över ansvaret till försäkringsgivaren. Självfallet är jag medveten om att förslaget kan uppfattas som kontroversiellt. Trots de brister som framkommit finns det ju ändå starka motiv för att arbetsgivaren även i fortsättningen skall ha detta ansvaret. Ett viktigt sådant skäl är att många sjukskrivna även fortsättningsvis är beroende av olika insatser på arbetsplatsen för att "komma igen". Det kan vara allt från anpassning av arbetsplatsen till förändring av arbetstider och arbetsuppgifter. Åtgärder som arbetsgivaren i dag har ansvaret för och som jag inte avser att ändra i en ny reform. Dessutom finns det flera arbetsgivare som har byggt upp både kompetens och bra rutiner för detta.

Trots dessa skäl anser jag vid en samlad bedömning att fördelarna överväger för att låta försäkringsgivaren ta över ansvaret för denna fråga. Detta av fler skäl. För det första att reformen 1991/92 inte har fungerat fullt ut, endast en av fyra anställda som har rätt till rehabiliteringsutredning får en sådan. Ett annat viktigt skäl är att individen nu får en lagstadgad rätt till sådan utredning. Vidare kan det i vissa fall vara känsligt att arbetsgivaren utreder, speciellt med tanke på det växande antalet individer med stressrelaterade besvär. Många kanske inte hellre

skall tillbaka till den gamla arbetsplatsen vilket försvagar motivet för att den tidigare arbetsgivaren ska ha utredningsansvaret. Alltfler personer i arbetslivet – för närvarande nästan var fjärde – har dessutom inte en traditionell arbetsgivare som kan göra utredningen. Slutligen finns det också ett stort stöd bland remissinstanserna för att ansvaret flyttas över till försäkringsgivaren.

Utredningen föreslår således att försäkringsgivaren får som en andra huvuduppgift att ansvara för rehabiliteringsutredningen. Även om majoriteten av remissinstanserna var positiva kunde jag också notera att flera instanser befarade att ett sådant förslag skulle försämra det förebyggande arbetet på arbetsplatserna liksom företagshälsovårdens roll i sammanhanget. Jag vill därför göra följande förtydligande. Att försäkringsgivaren ansvarar för utredningen innebär enligt mitt förslag inte att denne också faktiskt måste göra utredningen. Försäkringsgivaren kan mycket väl bestämma att det faktiska utförandet skall göras av annan, t.ex. arbetsgivaren, företagshälsovården eller primärvården. Vid en sådan ordning uppstår det flera fördelar. Dels involveras de arbetsgivare som både vill och har kompetens att göra utredningen, dels finns det förutsättningar för att företagshälsovårdens betydelse ökar i den nya rehabiliteringsförsäkringen. Även primärvårdens betydelse ökar.

En sådan här överlåtelse bör göras genom en skriftlig överenskommelse mellan försäkringsgivaren och den som får i uppgift att göra utredningen. Först bör dock individen ha samtyckt. Som jag påpekat kan det ju i vissa situationer vara känsligt att arbetsgivaren utreder. För att undvika detta föreslår jag att försäkringsgivaren inhämtar individens samtycke om en överlåtelse blir aktuell.

Det är också rimligt att den som gör en sådan utredning får ersättning för detta av försäkringsgivaren. En överenskommelse får träffas mellan försäkringsgivaren och den som skall utföra utredningen om lämplig summa. Summan bör dock inte överstiga vad det annars hade kostat försäkringsgivaren att låta göra utredningen.

Jag vill också än en gång poängtera att det är försäkringsgivarens ansvar att rehabiliteringsutredningen görs, oavsett vilka överenskommelser som görs med annan. Utredningarna bör givetvis också hålla en professionell hög klass, oavsett om det är försäkringsgivaren eller annan expertresurs som utför dem. Oavsett vem som gör utredningen skall vidare arbetsgivaren bistå med relevant information och också vidta anpassningsåtgärder på arbetsplatsen när det är motiverat.

När skall då en rehabiliteringsutredning göras? Här har remissinstanser lite olika synpunkter. Några instanser anser att det är för tidigt att göra sådan utredning efter fyra veckors sjukskrivning medan åter andra anser att det är för sent. Vid en avvägning har jag stannat vid att föreslå att rehabiliteringsutredningen bör göras efter fyra veckors sjuk-

skrivning eller tidigare om individen själv begär det. Som påpekats kommer individens eventuella behov av rehabilitering att i regel visa sig för försäkringsgivaren i samband med rehabiliteringsutredningen. Här vill jag dock påpeka att det självfallet inte är så att samtliga behov av sådan rehabilitering visar sig redan efter fyra veckor. En sjukskrivning som från början är okomplicerad, t.ex. väntan på en medicinsk behandling, kan ju under resans gång förvandlas från en enkel till en komplex process. Behandlingen eller operationen kanske misslyckas eller så kan det komma till andra faktorer, t.ex. missbruksproblem, som komplicerar sjukskrivningen och i förlängningen medför att individen behöver sammansatta insatser för att komma tillbaka till arbetslivet. Ett sådant behov kanske inte uppstår förrän efter en längre tids sjukskrivning. Därför anser jag att det är viktigt att försäkringsgivaren fortlöpande reviderar en gjord rehabiliteringsutredning.

Jag har övervägt om en sådan revidering bör göras med visst tidsintervall. Risken finns dock att det är just revideringen som fokuseras och att insatserna blir alltför situationsbundna. Vid långvariga sjukskrivningar skulle dessutom sådana täta omprövningsperioder kanske upplevas som onödiga och kränkande för individen i stället för att utgöra ett stöd. Det skulle också belasta försäkringsgivarens administration i onödan. En sådan revidering bör i stället göras när det har uppkommit nya omständigheter i det aktuella fallet. Revidering bör också göras när den enskilde individen, behandlande läkare eller arbetsgivaren begär det.

I ett stort antal fall kommer, precis som nu, rehabiliteringsutredningen att bara bestå av ett konstaterande att rehabilitering till arbete inte är aktuellt, t.ex. vid blindtarmsoperation, graviditetskomplikation, benbrott och andra liknande tillstånd där sjukskrivningen är motiverad av tillfällig och övergående nedsatt arbetsförmåga. Försäkringsgivaren skall ändå inom given tidsram ta ställning till rehabiliteringsbehov samt informera individen om gällande regler (rättigheter och skyldigheter). Den närmare redogörelsen om rehabiliteringsutredningens innehåll och omfattning redogörs för i avsnitt 13.2 om individens rätt till rehabiliteringsstöd.

Även om arbetsgivaren således inte längre ansvarar för rehabiliteringsutredningen är det ändå viktigt att betona arbetsgivarens ansvar att medverka till att lämna nödvändiga uppgifter och information till försäkringsgivaren samt att även i övrigt bistå för att underlätta utredningen.

15.3.3 Åter i tidigare arbete eller likvärdigt arbete

Utredningens förslag: Den tredje huvuduppgiften innebär att försäkringsgivaren aktivt skall verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete eller – om detta inte är möjligt – i likvärdigt arbete.

Om den sjukskrivne individen saknar anställning skall försäkringsgivaren i stället se till att individen uppnår arbetsförmåga.

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

Försäkringsgivare får i den nya reformen en aktiv och pådrivande roll vid sjukskrivningar. Försäkringsgivaren har att samordna och driva på fortsatt stöd och insatser tills den sjukskrivne kan återgå i arbete. Detta innebär som tidigare påpekats att skynda på insatser vid ordinära sjukskrivningar, dvs. det stora flertalet. Utredningen uppskattar emellertid att ca 100 000 individer är i behov av sammansatta insatser för att komma åter i arbete. Försäkringsgivaren bör enligt mina förslag i dessa fall aktivt driva rehabiliteringen till arbete.

Huvudsyftet med insatserna är att individen, i förekommande fall, skall komma åter i arbete hos sin tidigare arbetsgivare. I majoriteten av sjukfall sker detta förmodligen också. Detta gäller dock inte i alla situationer, i vissa fall kan detta vara omöjligt. Det tidigare arbetet är kanske den direkta orsaken till ohälsan och sjukskrivningen hos individen. I sådana situationer bör försäkringsgivaren enligt min mening i stället medverka till att individen får likvärdigt arbete hos sin tidigare arbetsgivare eller – om detta inte är möjligt – likvärdigt arbete hos annan arbetsgivare. Innan prövningen görs mot annan arbetsgivare skall det först ha konstaterats att en återgång till den tidigare arbetsgivaren riskerar att leda till fortsatta hälsoproblem för individen. Ett sådant här konstaterande skall vidare göras med beaktande av gällande arbetsrättslagstiftning.

Vid remissbehandlingen kunde jag notera att en majoritet av instanserna delade min uppfattning att försäkringsgivarens ansvar skulle utvidgas till likvärdigt arbete, även om många efterfrågade en närmare definition av begreppet. Vad innebär då begreppet likvärdigt arbete? Vid införandet av ett nytt begrepp är det enligt min mening viktigt att definitionen av begreppet i största möjliga utsträckning sammanfaller med eventuellt redan existerande begrepp. Som exempel kan nämnas

att regeringen föreslår i sin proposition 1999/2000:143 om ändringar i jämställdhetslagen m.m. att en definition av begreppet likvärdigt arbete förs in i jämställdhetslagen. Regeringen använder i sin proposition kriterier som kunskap och färdigheter (eller förmåga), ansträngning (eller arbetsinsats), ansvar och arbetsförhållanden för att beskriva begreppet likvärdigt arbete. Dessa kriterier är accepterade på svensk arbetsmarknad som nyckelord för att fånga upp arbetets krav och natur och har också använts av Arbetsdomstolen för att definiera likvärdigt arbete. Kriterierna bör därför också utgöra utgångspunkten i detta sammanhanget.

Mot denna bakgrund gör jag följande bedömning. Ett arbete är likvärdigt med ett annat arbete om det utifrån en sammantagen bedömning av de krav arbetet ställer samt dess natur kan anses ha lika värde som det andra arbetet. Bedömningen av de krav som arbetet ställer skall göras med beaktande av kriterier såsom kunskap och färdigheter, ansvar och ansträngning. Vid bedömning av arbetets natur skall särskilt arbetsförhållanden beaktas. Av kriterierna speglar *arbetsförhållanden* arbetets natur, medan de andra syftar på kraven i arbetet

Det ligger i sakens natur och är närmast självklart mot bakgrund av den mångfacetterade arbetsmarknaden att en sådan definition måste vara allmänt avfattad. Det viktiga är att definitionen klargör att det är själva arbetet, dess krav och natur, och inte den individ som utför arbetet, som är det centrala i begreppet likvärdigt arbete.

Förslaget att försäkringsgivarens ansvar skall sträcka sig tills den sjukskrivne erhåller ett likvärdigt arbete får också konsekvenser för de nuvarande kriterierna för rätt till sjukpenning, rehabiliteringspenning och förtidspension, den så kallade steg-för-steg-modellen. I avsnitt 9.1 har jag närmare redogjort för denna modell som bl.a. innebär att bedömning av en persons arbetsförmåga skall göras stegvis. I första hand skall arbetsförmågan relateras till det tidigare arbetet och därefter till ett annat arbete hos den nuvarande arbetsgivaren (steg 1–4). Om det saknas möjlighet till annat arbete hos arbetsgivaren eller om ett sådant arbete kräver alltför långvariga rehabiliteringsinsatser prövas arbetsförmågan mot arbetsmarknaden i övrigt, närmare bestämt normalt förekommande arbete (steg 5–6). Det förslag som jag nu lämnar om likvärdigt arbete innebär alltså att försäkringens ansvar utvidgas.

Gränsen likvärdigt arbete skall inte bara gälla sjukskrivna som har arbete utan också egenföretagare. Jag har i avsnitt 14.2 poängterat att egenföretagare i den nya rehabiliteringsförsäkringen skall jämföras – så långt det är möjligt – med arbetstagare vid prövning av rätten till rehabiliteringsinsatser. Det innebär, såvitt avser försäkringsgivarens tredje huvuduppgift, att denne skall verka för att egenföretagaren i första hand skall komma åter i arbete i sin egen näringsverksamhet. Om

detta inte är möjligt, t.ex. om en bagare drabbas av mjölallergi, skall försäkringsgivaren aktivt verka för att rusta den sjukskrivne egenföretagaren till ett nytt arbete. Ibland kanske det krävs kompletterande utbildning eller liknande. Egenföretagaren kan däremot inte räkna med att försäkringen skall hjälpa till med finansiering för att starta ett nytt företag. Så långt anser jag inte att försäkringens ansvar skall sträcka sig.

När det gäller frågan hur långt försäkringsgivarens ansvar skall sträcka sig för sjukskrivna som saknar anställning har jag noterat att flera remissinstanser efterfrågar samma ansvar som för anställda. Jag är emellertid inte beredd att utöka försäkringsgivarens ansvar så långt utan anser att det är rimligt att arbetsmarknadsorganen tar över ansvaret för de arbetslösa så snart dessa har uppnått arbetsförmåga. I annat fall skulle försäkringsgivaren ta över en huvuduppgift från en annan huvudman som har både kunnande, organisation och medel för att stödja arbetslösa till arbete.

Hur långt skall försäkringsgivarens ansvar sträcka sig när det gäller att vara aktiv och pådrivande vid sjukdom och rehabilitering till arbete? En naturlig avgränsning i detta avseende är att det skall vara fråga om rimliga insatser. Vid en avvägning av vad som skall anses som rimliga insatser bör kostnaderna för aktiva insatser sättas i relation till kostnader för sjukskrivning. Här syftar jag inte på sektor för sektor inom den offentliga sidan, som i regel gällt hittills, utan på ett synsätt tvärs över berörda huvudmannagränser, dvs. de ”fyra kassakistorna” och helst också för eventuell arbetsgivare och individen. Som visats i kapitel 6 finns det en mycket stor ekonomisk potential i att “bara” se på de samlade ekonomiska konsekvenserna inom den offentliga sidan.

Detta innebär att försäkringsgivaren vid sidan av att tillgodose det mänskliga behovet av att individen kan komma åter i arbete, också skall beakta vad en fortsatt passiv ersättning innebär ekonomiskt sett jämfört med kostnader för snabbare aktiva insatser. Utifrån vad en sådan översiktlig bedömning ger vid handen förväntas försäkringsgivaren driva att aktiva insatser snarast kommer till stånd där det är motiverat. Om sådana insatser inte kommer till stånd hos den i samhället som normalt har att stå för och finansiera dessa insatser, anser jag att försäkringsgivaren, i sista hand, bör få överväga om denne själv skall finansiera sådana insatser. En medverkan av försäkringsgivaren till att individen får likvärdigt arbete hos annan arbetsgivare eller egenföretagare kan därför bl.a. medföra att försäkringsgivaren blir skyldig att finansiera eventuell kompletterande utbildning som behövs för att individen skall kunna erhålla ett någorlunda likvärdigt arbete hos en ny arbetsgivare. Detta bör gälla under förutsättning att ansvaret inte ligger på någon annan huvudman.

Försäkringsgivaren bör årligen offentligt redovisa huruvida denne har fått överta ansvaret för en specifik insats från annan huvudman. Redovisningen bör dels avse vilken huvudman som i första hand ansvarar för insatsen, dels försäkringsgivarens kostnad för vidtagen insats.

Längre fram i detta kapitel – avsnitt 15.5 – föreslår jag att försäkringsgivaren ges möjlighet att i en treårig försöksverksamhet och under vissa omständigheter köpa enklare vård- och behandlingstjänster som annars åligger landsting/primärkommun.

När det gäller avvägning av vad som skall anses som rimliga insatser bör vidare sådana metoder komma ifråga som bygger på dokumenterad effekt för den aktuella sjukdomen/olyckan. Detta är enligt min mening självklart mot bakgrund av att insatserna finansieras med allmänna medel. Det får emellertid inte tolkas så att det hämmar att nya metoder utvecklas, inte minst för det allt tydligare behovet av metoder för stressrelaterade sjukdomstillstånd. Detsamma gäller för metodupplägg för grupper av psykiskt funktionshindrade och med missbruksproblematik. I vart fall måste rejält utrymme finnas för detta inledningsvis eftersom forskning och utvärdering inom området är mycket begränsat. Jag utgår från att sådant utvecklingsarbete koordineras genom den nya metod och utvecklingsenheten.

15.3.4 Uppföljningsansvar

Utredningens förslag: Som en fjärde huvuduppgift får försäkringsgivaren ett uppföljningsansvar så att uppnådda positiva effekter kan vidmakthållas.

Försäkringsgivaren bör som en fjärde huvuduppgift också ha ett uppföljningsansvar, vilket innebär att försäkringsgivaren efter en viss tid bör följa upp om en återgång i arbete fungerar och om uppnådda positiva hälsoeffekter kan antas bli bestående. Om dessa effekter inte förväntas bli bestående bör försäkringsgivaren initiera motåtgärder. Dessa diskuteras i första hand med individen och dennes eventuella arbetsgivare. Om det behövs kan också experthjälp påkallas från t.ex. företagshälsovård, yrkesinspektion eller berörd facklig organisation.

15.3.5 Även arbeta med förebyggande insatser

Utredningens förslag: Den femte och sista huvuduppgiften innebär att försäkringsgivaren även skall arbeta med förebyggande insatser.

Huvudansvaret för förebyggande insatser bör även fortsättningsvis ligga på arbetsgivaren och arbetsplatsen. Detta poängteras bl.a. i kapitel 14. Emellertid anser jag att även det offentliga har ett ansvar för förebyggande insatser. Den starka koppling som finns mellan rehabilitering och förebyggande insatser gör det naturligt att försäkringsgivarens uppgifter kompletteras med en femte uppgift om att arbeta med förebyggande insatser, något som också flera remissinstanser har efterfrågat.

Försäkringsgivarens skyldighet att arbeta förebyggande – bl.a. genom information – utvecklar jag närmare längre fram i avsnitt 15.9.

15.3.6 Övriga huvudmän får inte mindre ansvar

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

Såsom redan påpekats innebär inte en större roll för försäkringsgivaren att övriga huvudmän får mindre ansvar. De skall även i fortsättningen tillhandahålla och bistå med de kompetenser och insatser som ligger i deras ansvarsområden. Exempelvis skall arbetsmarknadsorganen hjälpa till med nytt arbete, socialtjänsten med stöd vid missbruksproblem, sjukvården med vård och behandling, utbildningsorganen med utbildning osv. Försäkringsgivarens ansvar för att individen kommer åter i arbete innebär inte heller att arbetsgivaren fråntas sitt ansvar att t.ex. anpassa arbetsuppgifter för den anställda eller att pröva omplaceringsmöjligheter.

Försäkringsgivaren kommer däremot som tidigare nämnts att ges möjlighet att under vissa omständigheter köpa enklare vård- och behandlingstjänster som annars åligger landsting/primärkommun för att skynda på (jfr avsnitt 15.5).

Huvudregel är således övriga huvudmän inte får mindre ansvar. Däremot kan det uppkomma situationer när varken arbetsgivare eller organ inom den offentliga sidan kan anses vara skyldig att ordna eller

finansiera en erforderlig insats för att den sjukskrivne individen skall komma i arbete. I sådana fall bör det enligt min mening vara försäkringsgivarens uppgift att bekosta insatsen, om en sådan insats skulle möjliggöra att individen kan komma åter i arbete och att fortsatt sjukskrivning därmed kan undvikas. Självfallet kan det uppkomma situationer där sjukskrivningen är svår att bryta. I sådana fall får försäkringsgivaren pröva om individen är berättigad till förtidspension/sjukbidrag.

Försäkringsgivarens uppdrag – en sammanfattning

För att målet med den nya reformen skall uppnås är det enligt utredningens mening viktigt att försäkringsgivaren i framtiden får ansvar för dessa redovisade fem huvuduppgifter.

Vad som nu anförts om försäkringsgivarens uppgifter innebär sammanfattningsvis att denne vid behov initierar tidiga och snabba rehabiliteringsinsatser, oavsett om det krävs enstaka insatser eller breda och sammansatta insatser från olika discipliner och huvudmän. Försäkringsgivaren bör därför relativt nära i tiden efter att denne börjat betala ut ersättning till individen (dvs. efter arbetsgivarperioden) se till att en rehabiliteringsutredningen görs samt informera sig om den sjukskrivne individen får den vård och behandling som han eller hon behöver för att återgå i arbete. Om så inte är fallet bör försäkringsgivaren se till att individen får det stöd och de insatser från olika aktörer som rimligen krävs för att individen skall komma åter i sitt arbete eller likvärdigt arbete (eller uppnå arbetsförmåga). Försäkringsgivaren skall också arbeta med förebyggande insatser och får i slutändan ett uppföljningsansvar.

I kapitel 12 har jag utvecklat närmare hur försäkringsgivaren bör bedriva sitt arbete med bl.a. en koordinator.

15.4 Individuella köp av rehabiliteringstjänster

Utredningens förslag: Individuella köp av utredning för rehabilitering till arbete och aktiva insatser blir en möjlighet inom den nya rehabiliteringsförsäkringen. Ökade möjligheter ges att skynda på insatser när exempelvis långa väntetider hindrar. Det närmare beloppet avgörs inom försäkringen men beräknas initialt motivera ca 1 300 miljoner kr/år. I dessa medel ingår även kostnaden för den nya rättigheten till rehabiliteringsutredning.

Sedan 1992 års reforms införande har försäkringskassan haft särskilda medel att köpa rehabiliteringstjänster för. Avsikten med dessa medel har varit att dels kunna köpa utredningar av förutsättningar för rehabilitering dels för de direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång till förvärvsarbete och där annan huvudman enligt lag inte har att svara för insatsen ifråga. Dessa medel är budgetprövade och anslås över statsbudgeten. Beloppen har varierat mellan 500 miljoner kr och ca 725 miljoner kr det senaste året. Dessa medel skall numera täcka ett antal olika kostnader. För budgetåret 2000 gäller följande:

- Köp av tjänst i form av utredningar
- Aktiva rehabiliteringsinsatser
- Arbetstekniska hjälpmedel
- Läkarutlåtanden och läkarundersökningar
- Bidrag till resor till och från arbete
- Samverkan mellan berörda myndigheter (prop. 1996/97:63)

Som framgår av kapitel 3 har mer än hälften av de köp av tjänster som genomfördes 1999 använts till köp av utredningar. En väl genomförd utredning är som jag tidigare beskrivit en viktig förutsättning för att rehabilitering till arbete ska bli framgångsrik. Utöver de utredningar som försäkringskassorna köper externt genomförs såväl enklare som mer omfattande utredningar av den personal som samordnar rehabiliteringsarbetet vid försäkringskassorna idag. Den kanske viktigaste delen av dessa medel är ändå de som kan användas för aktiva åtgärder.

Utredningen har genom kartläggningen och vid de olika seminarier och informationsträffar som genomförts under det gångna året fått bekräftat att det finns väsentliga rehabiliteringsinsatser som inte genomförs. Väntetider, bristande utbud och ibland snäva sektorsintressen försenar och försvårar rehabiliteringen. Min utgångspunkt har därför varit att ge försäkringsgivaren ett stort ansvar att mer aktivt

driva rehabilitering till arbete ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Jag vill därför ge försäkringsgivaren möjlighet att kunna köpa i princip alla typer av åtgärder som kan påskynda rehabilitering och därmed korta sjukskrivningstiderna och som inte enligt lag anses åligga annan huvudman. Sådana köp ska följa de etiska principerna och med beaktande av utredningens förslag till riktlinjer för prioriteringar enligt kapitel 16.

Jämfört med idag kommer ett väsentligt större utrymme för försäkringen ges för att kunna köpa mer omfattande insatser och en större volym till gagn för att korta sjukskrivningarna. Vägledande för dessa köp är att de ska utgå ifrån de etiska principerna och att insatser med dokumenterad effekt ska eftersträvas. Exempel på sådant som ändå givit en dokumenterad effekt är mer sammansatta insatser, arbetsutbildning och olika utbildningsinsatser (jfr kap. 5).

Utredningen anser det skäligt att försäkringsgivaren har att avgöra detta och att det inte ska vara någon särskild medelstilldelning över statsbudgeten för detta. Inom ramen för den avgift som tas ut för att finansiera kontantersättning och dessa insatser bör försäkringsgivaren kunna bestämma. Försäkringsgivaren har här att jämföra fördelningen aktiva – passiva insatser på sätt som de etiska principerna anger. Den kartläggning som utredningen låtit genomföra visar på många exempel med framförallt väntetider och bristande utbud lokalt som leder till onödigt långa passiva sjukskrivningar som belastar socialförsäkringen.

Den samhällsekonomiska studie utredningen låtit genomföra visar att en fördjupad rehabilitering är i regel samhällsekonomiskt lönsam. Möjligheten för försäkringsgivaren att genomföra en fördjupad och mer omfattande insats måste därför tillföras. Mitt förslag är att försäkringsgivaren inom ramen för den fond som försäkringen disponerar (jfr avsnitt 15.10) ges möjlighet att använda medel för köp av här beskrivna tjänster när det bedöms leda till snabbare återgång i arbetslivet. Detta under förutsättning att ansvaret för insatsen inte åligger annan huvudman enligt lag. Det ankommer på styrelsen för den nya försäkringsgivaren att avgöra detta belopps storlek och fördela det över landet. Självklart sker det inom ramen för fonderade medel, som byggts upp av den framtida försäkringsavgiften som riksdagen fastställer. Regeringen bör följa upp tillämpningen av den andel som försäkringsgivaren använder för köp av tjänster och utfärda närmare riktlinjer om så erfordras. För inledande år beräknar jag att försäkringen behöver avsätt 1 300 miljoner kr/år till mer fördjupade rehabiliteringsinsatser och till fler individer än som idag för stöd.

15.5 Enklare vård och behandlingstjänster kan köpas för att skynda på

Utredningens förslag: Försäkringsgivaren ges möjlighet att under en treårig försöksverksamhet inom ramen för ett tak av 300 miljoner kr/år köpa vård- och behandlingstjänster. Varje tjänst maximeras till 30 000 kr. En förutsättning är att insatsen ifråga förväntas leda till återgång i arbete tidigare än annars bedömts kunna ske

Behov av vård- och behandlingsinsatser tillgodoses och finansieras efter dagens regler av resp. berörd huvudman (landsting/kommun). Motsvarande gäller för arbetsförmedlingen. Utgångspunkten för denna reform är att nuvarande ansvar för detta kvarstår. Likaså har arbetsgivaren ansvar enligt arbetsmiljölagen för såväl förebyggande som anpassande och rehabiliterande insatser (jfr kap. 10).

Varje huvudman har att ta sitt ansvar och komplettera utbud av rehabiliteringsresurser i den mån det saknas. I kapitel 17 lämnar jag förslag till hur en sådan utbyggnad under en treårsperiod ytterligare kan stimuleras med stöd från rehabiliteringsförsäkringen.

Utöver detta stimulansbidrag förordar jag att försäkringsgivaren också får möjlighet att köpa enklare vård- och behandlingstjänster som annars åligger landsting/primärkommun. En förutsättning för köp av dessa slag är att åtgärden följer den uppgjorda rehabiliteringsplanen. Vidare att om åtgärden inte vidtogs skulle den bromsa upp rehabilitering till arbete, bidra till ökat lidande och ökade kostnader för försäkringen. Åtgärder av detta slag ska också bara kunna köpas efter fyra veckors sjukskrivning och där en förlängning av sjukskrivningen annars är uppenbar.

Utredningen har gjort en internationell jämförelse och där funnit att det finns försäkringsgivare som har denna möjlighet. Därför borde detta kunna vara en möjlig lösning även i Sverige. Jag kan dock samtidigt se en fara i att ge försäkringsgivaren en sådan vidgad möjlighet. En risk finns att landstings- och primärkommunerna inte i tillräcklig utsträckning kommer att anstränga sig för att bygga ut sitt utbud av resurser. Åtgärden riskerar minska drivkrafterna för utbyggnad av vård och behandlingsresurser.

Jag har dock fastnat för den modell som nyligen genomförts i Norge. Den har till att börja med bedrivits som försöksverksamhet och innan den permanentades varit föremål för särskild och fristående utvärdering och då bedömts som effektiv. Där har försäkringskassorna kunnat köpa hälso- och sjukvårdstjänster från såväl privata som offentliga vårdgivare. I praktiken har personer med behov av enklare hälso-

och sjukvård inom främst området rörelseorganens sjukdomar köpts loss från vårdköerna. Därvid har ledig kapacitet och skift vid t ex dagkirurgi använts.

Kostnaden per åtgärd har i genomsnitt legat på 6 000 kr per person och maximigränsen var 30 000 kr. En följd har varit att kötiderna minskade med mer än 50 dagar, i genomsnitt 23 procent. Samhällets kostnader minskade, för både hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Återgången till arbete ökade också dramatiskt och friskskrivningen ökade med 45 procent. Inga selektionseffekter av socioekonomisk karaktär har kunnat påvisas. Även kötiden för de som blev kvar i köerna minskade. En konsekvens av utvärderingen är att detta system nu etablerats i hela Norge enligt ett beslut sommaren 2000.

Ledig kapacitet kan på samma sätt som i Norge, tillkomma genom att nuvarande offentliga vårdinrättningar utnyttjas på icke schemalagd tid eller med extra personal. Det kan också ordnas genom köp hos privata vårdgivare, vars berörda kapacitet inte är upphandlad för att tillgodose vårdhuvudmannens ordinarie utbud. Meningen är inte att försäkringen ekonomiskt skall ta över vad som normalt ingår i landstingens och kommunernas skyldighet att tillhandahålla enligt hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen.

Att försäkringsgivaren ges denna vidgade möjlighet bygger helt på den samhällsekonomiska ansats som finns i mina förslag. Jag föreslår därför att försäkringsgivaren ges möjlighet att inom ramen för ett tak av 300 miljoner kr/år köpa vård- och behandlingstjänster. Varje tjänst maximeras till 30 000 kr.

Försäkringsgivaren ges således möjlighet att via rehabiliteringsförsäkringen att köpa individuella vård- och behandlingsinsatser när väntetiderna blir för långa. En förutsättning är att insatsen ifråga förväntas leda till återgång i arbete tidigare än annars bedömts kunna ske. Motivet till detta är "arbetslinjen" bland de etiska principerna och att prioriteringsgrunden "utbud av rehabiliteringsresurser lokalt ej får styra rehabiliteringen". Utifrån de fem föreslagna prioriteringsgrunderna för försäkringsgivaren menar jag att ett köp ska kunna ske.

Köp här begränsas till en treårsperiod och innan en ev. fortsättning kan komma ifråga bör systemet utvärderas. Min uppfattning är annars att tre år bör räcka och att huvudmännen under denna tid kunnat förstärka sina rehabiliteringsresurser så de bättre motsvarar en efterfrågan bland sjukskrivna. Ökade möjligheter att bygga ut dessa resurser med stöd från försäkringen föreslås i kapitel 17.

15.6 En ny central myndighet för rehabilitering till arbete skapas

Utredningens förslag: En helt ny statlig myndighet Rehabiliteringsstyrelsen inrättas för att leda och samordna arbetet med den nya rehabiliteringsförsäkringen.

Rehabilitering till arbete blir myndighetens huvuduppgift

På den centrala nivån finns idag fyra myndigheter inom den statliga sektorn (Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen och Arbetsarkivstyrelsen) och två intresseorganisationer för den kommunala sektorn (Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet) som verkar inom fältet rehabilitering till arbete. Under utredningens arbete kan jag knappast påstå att det bland ovan angivna organisationer eller myndigheter på den offentliga sidan finns en självskrivet central aktör för denna uppgift. Under den period som nuvarande reform funnits har samverkan mellan dessa organisationer och myndigheter varit bristfällig och i alltför hög grad tjänat ett sektors- och myndighetsperspektiv. Under en period i början av 1990-talet intog den tillfälligt inrättade Arbetslivsfonden delvis en sådan drivande roll som jag bl.a. anser måste till.

Från deluppgift till huvuduppgift

Rehabilitering till arbete utgör ingen kärnverksamhet hos någon av de centrala myndigheterna. För Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna utgör detta område drygt 20 procent av utgifterna för socialförsäkringen som helhet. Handläggning och utbetalning av ersättningar utgör kärnverksamheten. Åtgärder mot ohälsa är visserligen ett eget verksamhetsområde med egna mål men som jag ser det har Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna inte i tillräcklig utsträckning utvecklat denna verksamhet. Det är också en av orsakerna till att reformen 1992 inte fått fullt genomslag. Riksförsäkringsverket har emellertid idag ett samordningsansvar för denna verksamhet och har en väl fungerande utbetalningsfunktion genom RFV-data i Sundsvall. För Socialstyrelsen som har ett övergripande ansvar för socialtjänsten och hälso- och sjukvården utgör rehabilitering till arbete inte heller någon kärnverksamhet. Vård och behandling som utgör viktiga och tidiga inslag i rehabiliteringsprocessen är kärnverksamheten. Arbetsmarknadsstyrelsen har ett ansvar för arbetslösa och arbetshandikappade personers rehabilitering. Inte heller här utgör rehabilitering till arbete

någon kärnverksamhet. Inom verket pågår diskussioner om att ytterligare fokusera på nuvarande kärnverksamhet att förmedla arbeten till arbetssökande. Inom Arbetskyddsstyrelsen slutligen utgör anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering ett mindre delområde kopplat till det förebyggande arbetsmiljöarbetet som är kärnverksamheten.

Ingen av de båda intresseorganisationerna kan enligt min mening utgöra ett alternativ till huvudaktör inom detta område. Huvudskälet är förutom frågan om kärnverksamhet att de är intresseorganisationer på riksplanet för självständiga huvudmän inom två andra sektorer i offentlig regi som regering och riksdag därmed inte styr eller kan utkräva ansvar ifrån.

Som jag ser det finns ett antal motiv som talar för en helt ny central myndighet för området rehabilitering till arbete och den nya rehabiliteringsförsäkringen. Ett sådant motiv är att det nu behövs en kraftsamling för att minska den växande ohälsan och de allt längre sjukskrivningstiderna i landet. Den nuvarande ordningen efter reformen 1992 med delat ansvar mellan olika huvudmän/myndigheter m.m. har visat sig otillräcklig enligt utredningens kartläggning. Detta område, som jag konstaterat ovan, utgör inte heller någon kärnverksamhet hos någon av nuvarande centrala myndigheter. Detta trots att området rent ekonomiskt omsluter mer än 80 miljarder kr och är synnerligen betydelsefullt för hela samhällsekonomin. Ett annat motiv som talar för en ny central myndighet är att det nu krävs en tydlig fokusering på att minska obalansen mellan aktiva och passiva åtgärder, effektivisera området rehabilitering till arbete och minska de regionala skillnaderna. Jag tror också att det gynnar en positiv utveckling med en tydlig talesman för arbetet med att minska sjukfrånvaro och stärka rehabilitering till arbete i den allmänna debatten som en ledning för dessa frågor ger.

En ny myndighet med två huvuduppdrag inom detta område menar jag har bättre förutsättningar att motsvara detta behov än en ändring av befintlig myndighet som Riksförsäkringsverket.

De tre huvuduppgifterna är att nationellt samordna och leda den sektorsövergripande verksamheten rehabilitering till arbete och hela rehabiliteringsförsäkringen samt att ansvara för administrationen och utvecklingen av den försäkringsmässiga fond som bör byggas upp med avgifter från arbetsgivare och egna företagare. En ny myndighet, som jag nedan valt att kalla Rehabiliteringsstyrelsen, skulle på ett tydligare sätt och med större legitimitet (än någon av de nuvarande myndigheterna) kunna driva det nödvändiga samarbetet och den samverkan som krävs mellan de olika sektorerna. Den nya myndigheten bör därför ha hög kompetens inom ett antal strategiska områden. Exempelvis gäller detta inom området rehabilitering till arbete, försäkringsmedicin och juridik men också inom rehabiliteringsekonomi, försäkring, fondför-

valtning och uppföljning. Myndigheten ska arbeta med ett tvärsektoriskt perspektiv och ha individen i centrum. Jag tror att detta synsätt har lättare att få ett reellt genomslag om en ny myndighet inrättas än om ansvaret för den nya rehabiliteringsförsäkringen läggs på någon av nuvarande centrala myndigheter.

Mer om Rehabiliteringsstyrelsen

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

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

Den nya myndigheten bör som jag tidigare nämnt ha en mindre stab med kvalificerade tjänstemän inom olika för rehabilitering till arbete viktiga och strategiska områden (medicin, psykosociala frågor, juridik, ekonomi, statistik, utvärdering m.m.) liksom för frågor rörande administrationen av sjukersättning och morgondagens förtidspension. Det kommer härvid bli fråga om en viss uppdelning av nuvarande resurser på Riksförsäkringsverket i kombination med viss kompetensförstärkning.

Styrelsen för myndigheten bör ledas av en för ändamålet kompetent och kvalificerad styrelse. Rehabiliteringsstyrelsens generaldirektör är chef för myndigheten och arbetar direkt underställd fondens styrelse. Styrelsen utses av regeringen. I styrelsen bör lämpligen finnas repre-

sentanter för arbetsmarknadens parter, det offentliga åtagandet inom rehabilitering till arbete (hälso- sjukvård, socialtjänst, arbetsmarknad, arbetsmiljö m.fl.) och en obunden ordförande.

Rehabilitering till arbete är en verksamhet som berör alla delar av landet, alla län och kommuner. Den nya myndigheten kan enligt min mening därför placeras i något av de län som idag har de bästa förutsättningarna för att under de kommande åren klara ett sådant uppdrag.

Rehabiliteringsstyrelsen utnyttjar andra myndigheter i vissa frågor

Administrativt är det lämpligt att rehabiliteringsstyrelsen och Riksförsäkringsverket utnyttjar samma register över befolkningen och dess data vad gäller inkomst, boende beräkning av sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Praktiskt kan detta ordnas genom att Rehabiliteringsstyrelsen får dessa tjänster från Riksförsäkringsverket (RFV-Data). Jag kommer längre fram i ett senare avsnitt diskutera hur den fond som ska byggas upp kan förvaltas av Kammarkollegiet på uppdrag Rehabiliteringsstyrelsen. På motsvarande sätt som Kammarkollegiet förvaltar kapitalet kan exempelvis SCB på uppdrag av Rehabiliteringsstyrelsen svara för den löpande statistiken kring fonden, försäkringen och administrationen. SCB arbetar redan nu som uppdragsmyndighet och har via redan befintliga register över befolkningen tillgång till annan viktig information som har anknytning till detta område. Utöver att publicera löpande statistik kring sjukfrånvaron skulle SCB på uppdrag också kunna medverka med statistisk kompetens vid exempelvis uppföljning och utvärdering av särskilda projekt.

Genom avtal mellan Rehabiliteringsstyrelsen och exempelvis Riksförsäkringsverket (RFV-data) kan själva utbetalningsfunktionen säkras. Andra alternativ kan vara att köpa denna uppgift på marknaden. För en övervägande majoritet av de försäkrade skulle ytterligare samordning med de kollektivavtalade tilläggsförsäkringarna kunna åstadkommas med ett sådant alternativ.

15.7 En kraftigt förstärkt regional organisation

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

Beslut om förtidspension eller motsvarande görs av nuvarande socialförsäkringsnämnder. Nämnderna kan också avgöra vissa specifika individärenden med omfattande rehabiliteringsinsatser.

Fältarbetet på den lokala nivån där det reella arbetet med rehabilitering utförs är på motsvarande sätt sektoriserat och är därmed ej tillräckligt effektivt. Även här finns anledning att diskutera frågan om kärnverksamhet på motsvarande sätt och slutsatsen blir i stort den samma.

Yrkesinspektionen har som huvuduppdrag att inspektera och kontrollera arbetsmiljön på våra arbetsplatser. I detta ingår som en deluppgift att även bevaka arbetsplatsernas arbete med anpassning och rehabilitering. Något individinriktat arbete ligger dock inte för närvarande i yrkesinspektionens uppdrag.

För primärvården är rehabilitering till arbete bara en deluppgift men av stor betydelse. Behandlande läkare tillsammans med individen har ofta tidigt information om symptom och besvär som utgör eventuella arbetshinder. Inom primärvården har under senare tid också viss social kompetens byggts upp och verksamheten kännetecknas av hög kompetens och professionalism. De medicinska rehabiliteringsklinikerna kan också utgöra ett viktigt stöd för primärvården i dessa frågor. Ett problem med hälso- och sjukvården är att en ökad risk för medikalisering av rehabilitering till arbete finns med detta alternativ.

Arbetsförmedlingens huvuduppdrag är att förmedla arbete. Den yrkesinriktade rehabiliteringen är dock en viktig del i arbetsmarknadsmyndighetens uppdrag. Framförallt gäller det för gruppen funktionshindrade. Med rehabilitering till arbete som mål har arbetsförmedlingen en viktig uppgift i och med kunskaperna om hur arbetsmarknaden utvecklas finns. Jag har dock under utredningsarbetet erfarit att gruppen arbetslösa sjukskrivna haft vissa problem i samband med tolkning av ansvarsförhållanden mellan främst försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Kommunernas socialtjänst har idag ansvar för bl.a. rehabilitering av psykiskt funktionshindrade, personer med olika former av missbruk och andra sociala problem. Socialtjänsten har utredningsvana och en relativt hög utbildningsnivå. Jag har också noterat att det i vårt grannland Danmark är kommunen som ansvarar för sjukförsäkring inklusive rehabilitering. Min uppfattning är också att denna organisation i sitt arbete i hög utsträckning kännetecknas av att ha ett individperspektiv. Mot kommunen som fältorganisation för rehabiliteringsförsäkringen och huvudaktör för rehabilitering till arbete talar huvudmannaskapsfrågan (ansvaret fördelat på resp. primärkommun). Möjligen också de stora lokala skillnader som finns när det gäller just psykiskt funktionshindrades situation. Även arbetsplatsperspektivet som i uppgiften rehabilitering till arbete är central är till en del för avlägsen hos socialtjänsten.

Försäkringskassan är idag den myndighet på det lokala och regionala planet som ”samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs” för rehabiliteringsverksamheten enligt lagen om allmän försäkring. Inte heller här utgör detta arbete en kärnverksamhet. Trots att det nu pågår en del spännande utvecklingsarbete inom flera försäkringskassor finns fortfarande svagheter i kompetens hos delar av personalen. Även sättet att leda och samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på regional och lokal nivå kan förbättras. Under senare tid har de administrativa resurserna för detta arbete stadigt minskat trots att behoven ökat. Delvis hänger detta samman med hur riksdag och regering fördelar medel för administration men det är också en prioriterings och därmed ledningsfråga. Under utredningens gång har jag också fått intrycket att det finns en viss skillnad i synen på nuvarande arbetslivsinriktad rehabilitering mellan Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna vilket inte är bra. Riksförsäkringsverket har i sitt remissvar på diskussionspromemorian givit uttryck för nödvändigheten att tydliggöra gränser mellan de olika offentliga sektorerna. Försäkringskassorna har å sin sida argumenterat för ett utvidgat och utvecklat uppdrag med en offentlig huvudaktör.

Från deluppgift till huvuduppgift i fältorganisation

Det finns argument för att på den regionala och lokala nivån skapa en helt ny organisation under Rehabiliteringsstyrelsen och därmed få en statlig myndighet som täcker hela landet. Som jag ser det, är det väsentligt att detta uppdrag blir ett huvuduppdrag hos en regional organisation på riksplanet. Det kan emellertid bli svårt inom nuvarande

strukturer. Det finns därför argument som talar både för och emot att utnyttja någon av nuvarande strukturer.

Mot att låta försäkringskassan få detta uppdrag talar exempelvis enskilda individers totala beroende av sin försörjning av en och samma myndighet i livets olika skeden. Från det vi föds och får barnbidrag och föräldrapenning finns ett beroende av försäkringskassan. Drabbas vi av sjukdom senare blir vi beroende av samma försäkringskassa för rätt till sjukpenning och kanske förtidspension. När vi sedan lämnar arbetslivet och till slut får ålderspension är det åter försäkringskassan som administrerar. För en ny statlig myndighet på det lokala och regionala planet talar behovet att komma tillrätta med de oförsvarligt stora skillnaderna mellan olika regioner (ohälsotoalet, utbud). Här kan möjligen en ökad statlig styrning via en lokal statlig fältorganisation minska dessa skillnader. Frågan är om de förslag till etiska principer för vägledning är tillräckliga för att komma tillrätta med dessa stora olikheter mellan olika regioner. Genom att skapa en helt ny organisation skulle också den nödvändiga fokusering på rehabilitering till arbete, som jag tidigare pekat på, komma tillstånd.

Det som talar för att utnyttja någon av nuvarande organisationer är att reformen snabbare kan få ett genomslag. Att skapa en helt ny fältorganisation med rekrytering av flera tusen medarbetare är en omfattande och tidskrävande insats. Mycket av den kompetens som nu finns skulle också riskeras gå förlorad. Ytterligare något som talar för att utnyttja nuvarande organisation är möjligheten att bra ta tillvara den erfarenhet och kompetens som finns i nuvarande organisation lokalt och regionalt.

Efter att ha vägt olika för och nackdelar med att skapa en helt ny statligt styrd fältorganisation har jag stannat för att det mest tilltalande alternativet är att utnyttja en befintlig organisation för uppdraget.

Frågan är då vilken av nuvarande myndigheter som är bäst lämpad för det nya uppdraget att administrera rehabilitering till arbete? Jag har här kommit fram till att försäkringskassan ändå är den mest lämpliga organisationen att på uppdrag av rehabiliteringsstyrelsen svara för administrationen av rehabilitering till arbete. Försäkringskassorna har fortfarande en relativt väl utvecklad organisation med lokal förankring och på många håll pågår ett spännande utvecklingsarbete inom detta område. Vidare skulle det med detta alternativ bättre gå att ta tillvara de samordningsvinster som samtidig handläggning av arbetsskador, handikappersättning, vårdbidrag, bilstöd, och vissa förmåner inom föräldraförsäkringen (vård av tillfälligt sjukt barn) kan ge.

Ytterligare argument för försäkringskassan är att den redan har rehabiliteringshandläggare även om det krävs insatser för såväl kompetens som kvantitet. Den försäkringsmedicinska kompetensen har

också de senaste åren har förstärkts, vilket är positivt. Av den kartläggning utredningen gjort kring arbetsgivares behov av stöd i rehabiliteringsarbetet framkom också att försäkringskassan sågs som en naturlig part i detta arbete. På flera försäkringskassor har satsningar på att höja kompetensen bland den personal som arbetar med rehabilitering gjorts även om det enligt min uppfattning återstår mycket att göra på detta område. Ny kompetens behöver tillföras organisationen för att klara uppdraget så som jag formulerat det. Det individperspektiv som jag genomgående i förslaget till reform betonat måste få ett genomslag. Vidare måste ett samhällsekonomiskt synsätt prägla verksamheten. För att klara uppdraget krävs emellertid att det inom försäkringskassan inrättas någon form av resultatenhet för detta uppdrag.

En nackdel med det förslag jag lägger kan möjligen vara att försäkringskassan får två centrala uppdragsgivande myndigheter, Riksförsäkringsverket för handläggning och utbetalning av familjestöd och administration av det nya pensionssystemet och Rehabiliteringsstyrelsen för rehabilitering till arbete, sjukersättning och förtidspension. Nu aktuell verksamhet, den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, skiljer sig så pass mycket från övrig administration inom försäkringskassan att jag inte tror att detta kommer utgöra något hinder. En förutsättning är dock att tydlighet skapas kring detta uppdrag och dess förutsättningar. Jag återkommer med förslag till hur detta kan åstadkommas.

Resultatenhet inom försäkringskassan med särskilda avtal

Beslut om rätt till ersättning vid förebyggande insatser, sjukdom och förtidspension, aktiva insatser vid rehabilitering, rätt till rehabiliteringsutredning och mentor är myndighetsutövning och regleras i lagen om rehabiliteringsförsäkring. Beslut som individen ska ha rätt att överklaga eller få omprövade. Av bland annat dessa skäl anser jag det svårt att upphandla detta på motsvarande sätt som själva utbetalningen av ersättningen. Jag har tidigare redovisat olika argument för att utnyttja befintlig organisation och att jag kommit fram till att försäkringskassan är mest lämplig att sköta det administrativa uppdraget med rehabilitering till arbete.

Försäkringskassan är ett fristående offentlighetsorgan som leds av en förtroendevald styrelse. Ledamöterna utses av regeringen på förslag av de politiska partierna som finns representerade inom landstinget. Varje försäkringskassa är en egen myndighet och för närvarande finns 21 försäkringskassor i landet. Mitt förslag innebär att regeringen ger Rehabiliteringsstyrelsen som central myndighet ett uppdrag som

sedan ska utföras av 21 försäkringskassor genom en ny lag för rehabiliteringsförsäkring, föreskrifter och särskilda avtal.

Rehabiliteringsstyrelsen måste i syfte att skapa bättre förutsättningar för likabehandling över landet ha ett inflytande över hur detta arbete utförs. I syfte att åstadkomma en effektiv organisation regionalt föreslår jag att varje försäkringskassa genom fleråriga avtal med Rehabiliteringsstyrelsen inrättar särskilda resultatenheter för detta uppdrag. Administrativa kostnader och försäkringskostnader måste tydligt hållas åtskild övrig verksamhet inom försäkringskassan. Tillfälliga behov för insatser inom området familjestöd och nya ålderspensionssystemet kan inte finansieras med personal som "förs över" från resultatenheten för rehabilitering till arbete. I försäkringskassans ekonomisystem måste skapas en fristående resultatenhet med arbets- och delegeringsordning samt med erforderliga administrativa rutiner för rehabiliteringsförsäkringen.

Huvudsyftet med att inrätta en särskild resultatenhet på försäkringskassan är att dels skilja ekonomi men också för att få till stånd den nödvändiga utveckling och fokusering på verksamheten som jag tidigare beskrivit.

Försäkringskassans styrelse, som ytterst har det ekonomiska och administrativa ansvaret gentemot Rehabiliteringsstyrelsen, tecknar i ett särskilt avtal med Rehabiliteringsstyrelsen hur detta arbete administrativt ska utföras under en treårsperiod. Som grund för avtalet måste försäkringskassan göra en analys av situationen i den egna regionen och utifrån denna analys beskriva planerade insatser. Av avtalet bör vidare framgå hur arbetet ska bedrivas under de kommande åren och med vilka insatser. Försäkringskassan bör parallellt med arbetet att träffa avtal med Rehabiliteringsstyrelsen träffa särskilda överenskommelser med varje kommun, hälso- och sjukvården, länsarbetsnämnden och yrkesinspektionen om hur rehabilitering till arbete i regionen kan stärkas, samordnas och utvecklas i ett treårsperspektiv.

I nuvarande organisation arbetar ca 1 000 årsarbetare med mer aktivt rehabiliteringsarbete vid försäkringskassorna. Utöver detta arbetar ca 3 500 årsarbetare med administration och utbetalning av sjukpenning, rehabiliteringsersättning, arbetshjälpmedel och förtidspension. Jag har i avsnitt 12 beskrivit en utveckling av uppgiften och nuvarande roll till det jag kallar koordinator. Med mitt förslag till fördjupad och förstärkt rehabilitering till arbete har jag bedömt att nuvarande organisation behöver förstärkas med ca 800 personer främst koordinatörer och s.k. case manager. I detta antal ingår också en mindre förstärkning till den nya rehabiliteringsstyrelsen.

Förtroendemannainflytande

En annan fördel med att utnyttja försäkringskassan som huvudaktör är att den organisation som redan finns för förtroendemannainflytande inom andra delar av socialförsäkringen (arbetskadorna, vårdbidrag, handikapp- och assistansersättning m.fl.) kan utnyttjas. Jag har övervägt om det för den nya rehabiliteringsförsäkringen finns något behov av förtroendemannainflytande och då kommit fram till att det i samband med denna reform inte finns anledning att ifrågasätta nuvarande ordning. Denna fråga har också relativt nyligen prövats och riksdagen har nyligen beslutat att försäkringskassans styrelse har ansvar för inrättandet av socialförsäkringsnämnder inom geografiskt avgränsade områden. Socialförsäkringsnämnderna avgör idag ärenden om rätten till sjukbidrag, förtidspension, vilande förtidspension, arbetskada, vårdbidrag, handikappersättning mm. Nämndens uppgift är att avgöra ärenden med inslag av skönmässiga bedömningar och av stor ekonomisk betydelse för den enskilde utifrån gällande lagar och föreskrifter. Beslut om förtidspension eller motsvarande bör därför även fortsättningsvis göras av nuvarande organisation med socialförsäkringsnämnder. Det kan också finnas anledning för att i nämnden behandla vissa fall där mer omfattande insatser i tid eller kostnader är aktuella eller där förnyad utredning begärs av individen.

Avgränsning mot andra försäkringar

Den allmänna försäkringen har växt fram under lång tid och genom ett ständigt reformarbete utvecklats till ett komplext regelverk. De olika socialförsäkringarna är delvis integrerade i varandra och bildar tillsammans en relativt komplicerad och komplex helhet. Som exempel på detta kan nämnas att inkomstberäkning för sjukersättning ligger också till grund för exempelvis sjukpenning, föräldrapenning och vissa andra ersättningar. Arbetskadeförsäkringen är också i viss mån kopplad till lagen om allmän försäkring med olika samordningsbestämmelser. Förtidspensionssystemet har till helt nyligen varit integrerat med ålderspensionssystemet (ATP) och nuvarande bestämmelser om rehabilitering är integrerade med övriga bestämmelser i lagen om allmän försäkring.

Det kan därför skapa vissa problem när sjukförsäkringen, nuvarande förtidspensionssystem m.m. bryts ut och läggs under en ny myndighet, rehabiliteringsstyrelsen. Som redan nämnts kommer försäkringskassorna då få två myndigheter med normeringsrätt. Problemen med detta bör dock inte överdrivas. Pågående utveckling och lagstiftnings-

arbete inom socialförsäkringen underlättar den delning jag föreslår. Exempelvis kan det nya och reformerade ålderspensionssystemet ses som ett första steg till att delvis skapa en sammanhållen tydligt finansierad försäkring för de äldre. Integreringen med förtidspensionerna upphör därmed helt. Nyligen har två omfattande utredningar kring reformerade regler för beräkning av ersättning till vid långvarig ersättning av arbetsförmåga lagts fram inom regeringskansliet (Sjukersättning istället för förtidspension, Ds 2000:39 och Aktivitetsersättning, Ds 2000:40). Underlagen i dessa båda utredningar utgör en viktig grund för ett reformerat förtidspensionssystem.

Nya inkomstberäkningsprinciper har tagits fram i dessa båda förslag som passar in i mitt förslag till organisation. Den framtida utformningen bör enligt min mening leda till att förtidspensionen inte blir livsvarig utan regelbundet omprövas med hänsyn till hur hälsan och förmågan till arbete utvecklas. Här har också nya landvinningar beträffande såväl läkemedel som rehabiliteringsmetoder betydelse. Min bedömning är att de närmare avgränsningarna för organisation av Rehabiliteringsstyrelsen och de regionala/lokala försäkringskassorna med separata resultatenheter lämpligen klarläggs av en särskild organisationskommitté när riksdagens beslut fattats om en reform. Det kan även finnas skäl att till den nya rehabiliteringsstyrelsen knyta vissa andra socialförsäkringsersättningar som arbetsskadeförsäkring, handikappersättning, bilstöd m.fl. I ett första steg för att skapa en ny rehabiliteringsförsäkring bör dock enbart de grundläggande ersättningarna tas med.

15.8 En särskild metod och utvecklingsresurs tillkommer

Utredningens förslag: En från Rehabiliteringsstyrelsen fristående metod- och utvärderingsenhet inrättas som myndighet. Enheten får ansvar för utvärderingar samt för att studera och analysera lokala och regionala skillnader i sjukskrivningsfrekvens, ohälsotal m.m. Vidare ska enheten bedriva metodutveckling och kunskapsöverföring till administrationen inom området rehabilitering till arbete. En professur inom ämnesområdet leder det vetenskapliga arbetet. Enheten för metodutveckling och utvärdering leds av en egen styrelse med en egen direktör för den dagliga ledningen.

När det gäller forskning, utvärdering, uppföljning, metodutveckling och utbildning inom rehabiliteringsområdet är det mycket som behöver stärkas. Detta utvecklingsbehov kommer också att ta viss tid att tillgodose och det är därför viktigt att olika aktiviteter för att stärka området snarast möjligt kommer igång. Jag kommer i ett senare avsnitt närmare beskriva det forskningsbehov och den högskoleutbildning som under den närmaste perioden måste till för att reformen ska lyckas. Forskningen inom området rehabilitering till arbete måste enligt utredningens uppfattning stärkas och bli ett eget programområde inom forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. I bilaga 8 beskrivs också området och behoven av forskning närmare av Kerstin Ekberg, professor i arbetslivsinriktad rehabilitering vid Linköpings universitet.

Utöver den satsning på FoU som beskrivs i kapitel 19 och som är mer generell måste särskilda resurser avsättas från försäkringsgivaren som är direkt riktade för att svara på mer specifika behov. Det jag i första hand avser är behovet av att fortlöpande utvärdera reformen, något som enligt min mening inte gjorts på det sätt som avsågs vid genomförandet av reformen 1992. Att reformera området rehabilitering till arbete är en investering för framtiden. Det är därför i allra högsta grad angeläget att följa upp och utvärdera reformen för att tidigt kunna bedöma om arbetssätt, stödformer och regelverk är ändamålsenliga. I utredningens beskrivning av rehabilitering till arbete ingår som en tredje fas också att följa upp varje individ och dokumentera resultat. Denna dokumentation kommer att utgöra ett viktigt underlag för utvärdering och uppföljning av reformen och är helt ny jämfört med nuvarande situation.

Det finns också ett behov av att samla befintlig kunskap inom området, systematisera den för återföring till försäkringsgivaren och den personal som arbetar med rehabilitering till arbete. Metoder för rehabiliteringsarbete med sammansatta insatser måste utvecklas, prövas och utvärderas. Därför menar jag att metodutvecklingsfrågorna bör få en framskjuten och viktig roll i reformen.

Utöver behovet att utvärdera metoder inom rehabilitering till arbete har den kartläggning som utredningen genomfört visat på stora lokala och regionala skillnader i sjuk- och ohälsotal som behöver analyseras. Det behövs också medel för att utveckla och pröva nya verksamhetsformer för samverkan. På lokal nivå behövs stöd för att utveckla och implementera ett informationssystem för utvärdering och verksamhetsuppföljning.

Det finns vidare ett behov av att bevaka och se till att utbudet av resurser inom rehabilitering till arbete utvecklas. Det innebär löpande bevakning av såväl kommunernas, hälso- sjukvårdens, arbetsmark-

nadsmyndigheternas som rehabiliteringsproducenternas aktiviteter och utbud av resurser inom detta område över hela landet.

Avsikten med en riktad satsning är att de svenska myndigheterna ska kunna vända sig till metodenheten för konsultation m.m. Eftersatta områden är utvärderingar av samhällsekonomiska konsekvenser av alternativa rehabiliteringsstrategier och effekter på hälsa och livskvalitet på individ- och organisationsnivå. Detsamma gäller socioekonomiska konsekvenser till följd av sjukdom och rehabilitering liksom samhällsekonomisk uppföljning av rehabiliteringsreformen.

Trots att det i förslaget till den reform som regeringen lade fram 1992 fanns en ansats till att utvärdera, kan jag nu konstatera stora brister i det som gjorts. En förklaring till detta är att information om de enskilda individerna som fått rehabilitering inte systematiskt samlats in, registrerats och analyserats. Ett annat exempel på liknande brister är reformen med Arbetslivsfonden. Inte heller här samlades information in på ett sådant sätt och med sådan systematik att det ur forsknings- och utvärderingssynpunkt blev möjligt att dra några tydliga slutsatser om reformens eventuella effekter. Ytterligare en förklaring kan vara att utvärderingsuppdraget lades på RFV och försäkringskassorna att tillsammans utforma utvärderingen av den reform de fick ansvar för att genomföra.

Det är enligt min uppfattning inte tillräckligt eller kanske ens önskvärt att utvärdera sig själv. Jag anser därför att försäkringsgivaren bör finansiera en från försäkringens administration helt fristående enhet. Försäkringen bör bidra med resurser för uppbyggnad av en sådan ny enhet. Enhetens uppdrag utöver att utvärdera och bedriva metodutveckling inom området är att förse Rehabiliteringsstyrelsen och de regionala resultatenheterna med underlag för särskilda satsningar och prioriteringar. Utvärderingen gäller både reformen som sådan och vilket värde olika rehabiliteringsmetodiker har samt hur utbudet av resurser utvecklas. Den fristående metod- och utvärderingsenheten har vidare till uppgift att löpande analysera sjukskrivningens orsaker, utbredning, lokala och regionala skillnader. Likaså bör enheten utveckla metoder för samhällsekonomiska analyser. Effekter av rehabilitering till arbete för individ, organisation och samhälle bör också studeras och analyseras.

Enheten bör enligt min uppfattning placeras i en akademisk miljö med intresse för att utveckla dessa frågor. Enheten kan med fördel läggas utanför Stockholm. Verksamheten bör vidare ledas av en egen styrelse. I styrelsen för metodutvecklingsenheten bör ingå allmänföreträdare, någon forskningskompetent person samt representanter för berörda huvudmän för sjukvård, socialtjänst och arbetsmarknadsinsatser. Som rådgivare till enheten bör även ett vetenskapligt råd kny-

tas. Enhetens sammansättning bör vara så att den till stor del består av forsknings- och utvärderingskompetenta personer. En ny professur föreslås bli finansierad av försäkringen för att leda den vetenskapliga delen av verksamheten. I ett första steg föreslår jag att 30–35 tjänster inrättas för denna uppgift.

För att snabbt komma igång med utvecklingen av en ny metod-utvecklings- och utvärderingsenhet föreslår jag att någon av de miljöer som redan nu finns med kompetens inom området eller näraliggande. Jag ser här lämpligen en ort där någon högskola finns som har utbildningserfarenhet inom området. På så sätt kan viktiga dynamiska effekter uppnås mellan forskning, utvärdering och utbildning. Jag har i samband med en särskild kartläggning av var i landet det bedrivs en mer sammanhållen utbildning inom rehabiliteringsvetenskap kunnat konstatera att Mitthögskolan och Mälardalens högskola är de två högskolor som utvecklat egna program för detta (se vidare kap. 19)

Vid Mitthögskolan finns förutom ett bra utbildningsprogram också ett tvärvetenskapligt sammansatt nätverk för detta område. I Mitthögskolans område finns även centrum för socialförsäkringsforskning (CSF) och ett IT-centrum för dagens socialförsäkring (Sundsvall). Jag finner det mest lämpligt att placera metod och utvärderingsenheten mot denna bakgrund i området Sundsvall – Härnösand – Östersund.

15.9 Försäkringsorganisationen ska också förebygga

Det övergripande målet för det förebyggande arbetet är att minska inflödet till socialförsäkringssystemet och därmed minska kostnaderna och mänskligt lidande. Så sent som den 1 juli 1998 skrevs in i lagen om allmän försäkring att försäkringskassan skall ”vidta åtgärder för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna”. Hur detta arbete ska utföras finns dock inte närmare beskrivet varken av statsmakterna eller av RFV. Denna verksamhet är fortfarande mycket ojämn inom försäkringskassorna och på många ställen dåligt utvecklad. Utredningen kan konstatera att sedan detta skrevs in i lagen om allmän försäkring har sjukfrånvaron ökat dramatiskt.

Utredningen har under arbetets gång tagit del av olika pågående utvecklingsprojekt inom socialförsäkringen. Ett sådant projekt som knyter an till rehabilitering och förebyggande arbete är det s.k. EMIR-projektet (effekter m.m. inom rehabiliteringsområdet). Under 1999 bedrevs inom försäkringskassorna ett omfattande utvecklingsprojekt

med medverkan från samtliga försäkringskassor. Projektet syftade till att:

- ta fram gemensamma mått för att mäta utfall/effekter av försäkringskassornas rehabiliteringsarbete, identifiera relevanta bakgrundsvariabler för analysarbete samt föreslå definitioner av olika slags rehabiliteringsaktiviteter
- ta fram gemensamma metoder för hur effekter av försäkringskassornas förebyggande arbete bör beskrivas
- ta fram en gemensam metodik för att kvalitetssäkra de bedömningsunderlag försäkringskassorna skaffar för att bedöma rätten till ersättning och behov av rehabilitering.

De synpunkter och förslag som projektet lyfter fram kring såväl det förebyggande arbetet som mätning av effekter av olika insatser inom rehabiliteringen kan mycket väl ligga till grund för ett fortsatt utvecklingsarbete inom en ny rehabiliteringsförsäkring.

Helt klart är dock att försäkringen genom administration av sjukersättningar borde ha en alldeles unik information samlad om sjukfrånvaron som kan användas i förebyggande syfte. Det finns emellertid i dag inga enkla möjligheter att systematisera de mest grundläggande uppgifterna om sjukfrånvarons orsaker, fördelning på utbildning, branscher eller andra arbetsmiljörelaterade faktorer. Inte heller finns i de administrativa systemen uppgifter om vårdgivare, väntetider m.m. Detta försvårar en aktiv utveckling av det förebyggande arbetet. Även sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:72) pekar på denna brist. Jag vill här bara understryka att en systematisk och långsiktig informationssupplegning kring sjukfrånvaron, dess orsaker och utbredning är en grundförutsättning för att försäkringen ska kunna fullgöra sin roll i det förebyggande arbetet.

I kapitel 11 har jag berört de olika offentliga sektorernas mål, medel och ansvar inom den nuvarande arbetslivsinriktade rehabiliteringen. När det gäller just förebyggande insatser är det kanske främst landstingen via hälso- och sjukvården, staten genom Arbetarskyddsverket samt försäkringskassan som har ett mer direkt ansvar. Även kommunerna via socialtjänsten och staten genom arbetsmarknadsmyndigheterna har i viss mening ett ansvar för att förebygga ohälsa genom att organisera det sociala stödet i kommunen och en genom en effektiv arbetsförmedling. Jag har nedan främst inriktat mig på förebyggande arbete mer direkt kopplat till en ny rehabiliteringsförsäkring.

15.9.1 Information för att förebygga

Utredningens förslag: Försäkringsgivaren får skyldighet att arbeta förebyggande. Uppgifter om orsak till sjukfrånvaro, yrke, bransch, rehabilitering, kostnader mm registreras för uppföljning och förebyggande arbete.

Varje år avslutas mellan 300–400 000 sjukskrivningar som varat en månad eller längre. Det finns mycket värdefull information för det förebyggande arbetet i alla dessa sjukskrivningar. Det primära syftet med denna information är i första hand att reglera och administrera det ekonomiska stödet till den sjukskrivne samt ev. stödinsatser för rehabilitering till arbete. Idag tas denna information inte till vara på ett mer systematiskt sätt i ett förebyggande syfte. Vi kan därför inte följa utvecklingen av exempelvis nya typer av besvär som stress och utbrändhet utan vi måste förlita oss på enstaka urvalsundersökningar. Förändring över tid är i princip omöjlig att följa.

Redan idag finns omfattande information i varje sjukskrivning som uppgår till 28 dagar. För varje sådan sjukskrivning ska behandlande läkare lämna information om pågående och planerad behandling, rehabiliteringsåtgärder, prognos av återstående tid för sjukskrivning. Till sammans med uppgifter om arbetsförhållanden (arbetsplats, yrke, bransch) skulle den samlade kunskapen kunna utgöra ett viktigt underlag i det förebyggande arbetet. Att utöver detta även systematiskt samla information om olika aktiviteter kring rehabilitering till arbete (arbetsträning, omskolning, kostnader och effekter) är en förutsättning för att kunna följa upp den föreslagna reformen. Att sådan information inte samlats in på ett systematiskt sätt utgör ett av hindren för att kunna utvärdera nuvarande system.

Den enda uppgift som idag registreras utöver ålder, kön och förmån är den orsak som ligger till grund för beslut om sjukbidrag och förtidspension. Detta är enligt min uppfattning otillräckligt. Jag menar att uppgifter om orsak till sjukskrivningen, yrke, arbetsplats mm borde noteras i samband med varje sjukskrivning att användas i handläggningen samt i det förebyggande arbetet. Åtminstone när sjukskrivningen blivit så långvarig som en månad. Under kartläggningsarbetet har jag erfarit att dessa uppgifter systematiskt registreras för stora delar av arbetsmarknaden via de kollektivavtalade tilläggsförsäkringarna. Dessa uppgifter används också av de försäkringsbolag som administrerar de kompletterande kollektivavtalsbaserade försäkringarna. De används bl.a. i förebyggande syfte, forskning och utveckling kring

metoder inom rehabiliteringen. Någon fullständig bild via försäkringskassan eller Riksförsäkringsverket går dock inte att få.

Jag föreslår därför att försäkringsgivaren får en skyldighet att arbeta förebyggande i första hand genom information och rådgivning. Vidare föreslår jag att uppgifter om orsak till sjukfrånvaro, yrke, bransch, rehabilitering, kostnader m.m. registreras för uppföljning och förebyggande arbete.

15.9.2 Information från rehabiliterings- och arbetsskadeförsäkringarna tillsammans är förebyggande

Utredningens förslag: Arbetsplatser som avviker med hög sjukfrånvaro och omfattande rehabiliteringsbehov kontaktas för information och råd

Rehabiliteringsförsäkringen kommer genom en systematisk bearbetning av registrerade uppgifter kunna skaffa sig en uppfattning om vilka arbetsplatser, områden, grupper försäkrade mm som utgör riskgrupper för långvarig sjukskrivning och som har särskilda behov av rehabilitering. Genom att utveckla nuvarande samarbete med Arbetarskyddsverket i syfte att förstärka de förebyggande insatserna tror jag att antalet sjukskrivningar på sikt kommer kunna minska. Yrkesinspektionen har bl.a. genom informationssystemet för arbetsskador (ISA) information och kunskap om den arbetsrelaterade sjukfrånvaron. Tillsammans kan dessa båda informationskällor ge ett bra underlag för diskussioner med arbetsplatsen. Den kartläggning som genomförts inom ramen för FRISAM och som redovisats i kapitel 3 har också visat att ett mer utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Yrkesinspektionen haft en positiv inverkan på arbetsplatserna. Arbetsgivare som saminspekterats (Yrkesinspektionen och försäkringskassan gemensamt) har i större utsträckning anställt personer med funktionshinder än arbetsgivare som inspekterats på vanligt sätt eller inte inspekterats alls.

Mitt förslag är att i den nya rehabiliteringsförsäkringen skall försäkringsgivaren följa upp och redovisa utvecklingen av sjukskrivningsorsaker, inom olika branscher, riskgrupper mm. Detta bör kunna ske utan information om enskilda individer lämnas ut. Den nye försäkringsgivaren får ett lagfäst ansvar att med generella insatser arbeta förebyggande gentemot arbetsplatser för information och råd kring regler mm vid sjukfrånvaro och rehabilitering.

På flera försäkringskassor bedrivs redan idag ett visst förebyggande arbete som enligt min uppfattning måste utvecklas ytterligare. Ett exempel på mer systematiskt arbete utgör Försäkringskassan i Värmland där en särskild förebyggandegrupp inrättats. Gruppen har under en treårsperiod besökt ca 700 olika arbetsgivare för att sprida information om de tidiga insatser som kan göras på arbetsplatsen innan problem uppstått men också för att informera om gällande regler, stöd och hjälp när problem uppstår. Denna typ av förebyggande aktiviteter har också efterfrågats i den kartläggning som redovisats i kapitel 3. Med bl.a. detta som grund har jag tidigare i avsnitt 14.3 föreslagit en försöksverksamhet under 3 år i några län med rådgivare till företag (case-manager).

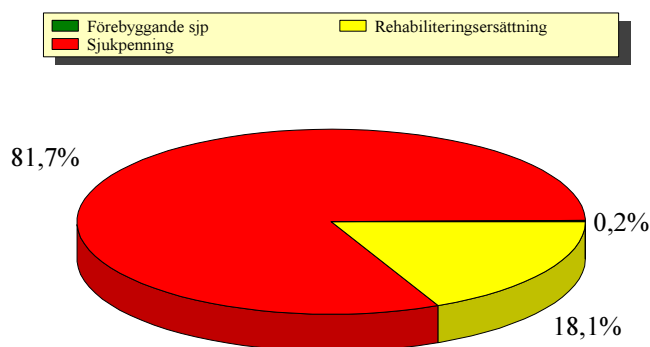
Mitt förslag är att arbetsplatser som avviker med hög sjukfrånvaro/omfattande rehabiliteringsbehov kontaktas av försäkringsgivaren för dialog kring vad som kan göras för att minska denna utveckling. Detta ska dock inte ske med förelägganden eller hot om sådana utan med konstruktiva råd. Vid behov kan – och om arbetsplatsen vill – andra experter kopplas in. Förebyggande sjukpenning enligt nedan kan också aktualiseras i vissa fall

15.9.3 Sjukpenning i förebyggande syfte vid dokumenterad effekt

Utredningens förslag: Kraven på rätt till sjukpenning i förebyggande syfte mildras och ökade möjligheter till behandling i förebyggande syfte möjliggörs

Jag har i kapitel 9 kortfattat redogjort för nuvarande regler i sjukförsäringen. Sjukpenning i förebyggande syfte utgör idag mindre än 0,1 procent av ohälsotalet och dagar med förtidspension utgör närmare 65 procent (1999). Även vid bortseende från förtidspension utgör sjukpenning i förebyggande syfte fortfarande en liten andel av de ersättningar som föregår sjukbidrag/förtidspension. 1999 utgjorde sjukpenning i förebyggande syfte endast 0,2 procent av samtliga dagar med sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förebyggande sjukpenning.

Figur 1. Andel dagar med sjukpenning i förebyggande syfte.



Ersättning i förebyggande syfte, för att undvika senare sjukdom eller försämring av sjukdom och långvarig sjukskrivning skulle kunna användas i högre utsträckning dels om reglerna blev mer kända dels om kriterierna ändrades något. Ett sätt att göra det på är att ersätta den markering som gjordes i förarbetena till nu gällande lagstiftning nämligen att bedömningen skulle vila på "vetenskap och beprövad erfarenhet". Genom att ersätta detta begrepp med krav på "dokumenterad effekt" skulle möjligheten att bevilja sjukpenning i förebyggande syfte kunna underlättas något.

Problemet med nuvarande lagstiftning är på samma sätt som inom rehabilitering till arbete att kunskaperna om olika förebyggande behandlingars bestående inverkan på att hindra sjukdom eller att minska sjukdomsrisk som också kan komma att nedsätta arbetsförmågan, är låg. Därmed riskeras att alltför få fall kommer ifråga för denna ersättningsform. Att använda begreppet "dokumenterad effekt" innebär inte lika höga krav på kunskap om samband men ställer krav på att olika behandlingar i förebyggande syfte systematiskt måste följas upp. På sikt bör kunskaperna kunna också kunna öka om vilka förebyggande insatser som har effekt genom att krav ställs på en mer systematisk uppföljning och utvärdering än vad som för närvarande sker.

Ett annat problem är vidare att hälso- och sjukvården i samband med ekonomiska begränsningar blivit mer restriktiva med att exempelvis godkänna att behandlingar utförs utanför det egna länet eller i annat land. Det kan gälla psoriatiker, reumatiker eller personer som drabbats av hjärtinfarkt. Här handlar det många gånger om återkommande insatser (reumatiker och psoriatiker) för att undvika långvariga sjukskrivningar. För hjärtpatienter kan det handla om mer omfattande ändringar

av livsstil som är otillräckligt utbyggd på hemorten. I dessa och även andra fall kan sjukpenning i förebyggande syfte utnyttjas. Vidare ska försäkringsgivaren kunna ersätta vissa merkostnader där det är uppenbart att insatsen skulle ha effekt. Vidare kan försäkringsgivaren lämna ersättning för merkostnader om vården inte finns tillgänglig i länet. Förutsättningen är dock att hemlandstinget står för själva vården/behandlingen.

Jag föreslår att kraven på rätt till sjukpenning i förebyggande syfte mildras och ökade möjligheter till behandling i förebyggande syfte möjliggörs. En viss ökning av sjukpenning i förebyggande syfte kommer temporärt att öka kostnaderna. Min bedömning är dock att denna vidgade möjlighet på motsvarande sätt kommer att minska behovet av sjukskrivning. Förslaget bedöms därför vara kostnadsneutralt.

15.9.4 Nationell utbildningsinsatsning

Utredningens förslag: Ett nationellt utbildningsprogram i förebyggande arbetsmiljöarbete genomförs

I syfte att ytterligare stärka det förebyggande arbetet föreslår jag att nyckelpersoner på arbetsplatser, myndigheter och hos försäkringsgivaren får möjlighet att genomgå en kortare orienterande utbildningsinsats inom området förebyggande arbetsmiljöarbete. Det hela bör läggas upp som en kampanj att stärka vad som kan göras i ett förebyggande perspektiv. Inriktningen bör vara arbetsplatsen och stöd/uppföljning från berörda myndigheter. Arbetslivets mjukare frågor bör utgöra ett viktigt inslag. Satsningen kan gälla för en treårsperiod och finansieras av försäkringsgivaren. Arbetslivsinstitutet tillsammans med landets yrkes- och miljömedicinska kliniker kan lämpligen medverka vid genomförandet av en sådan satsning. Utbildningen kan förslagsvis innehålla moment som stressteori, stressmodeller och mätmetoder utifrån såväl individ, arbetsorganisation som samhällsperspektiv. Betoningen skall ligga på arbetsorganisationsteori, metoder att identifiera stress samt primär prevention. I utbildningsprojektet skall kunskap om förebyggande arbetsmiljöinsatser (organisation, ledning) förmedlas snarare än kunskap om behandling av enskilda personer med problem. I denna utbildning bör vidare ingå information om gällande regler för företagshälsovård, anpassning och rehabilitering samt reglerna i kommunal-skattelagstiftningen om möjlighet att göra avdrag för kostnader i förebyggande och rehabiliterande syfte (se även avsnitt 10.5 och 14.1).

15.10 Försäkringens utgifter fondfinansieras

Utredningens förslag: Rehabiliteringsförsäkringens liksom styrelsens verksamhet finansieras med avgifter från arbetsgivare och egna företagare samt övergångsvis med statsbidrag från staten. Rehabiliteringsförsäkringen får en försäkringsmässig konstruktion och en fond för ersättningar från försäkringen skapas.

I ett första steg byggs en fiktiv fond för försäkringen upp. Efter en treårsperiod skapas en från statsbudgeten helt fristående fond för rehabilitering till arbete. Avgifterna får variera efter fondens utgifter och därmed förändringar i landets totala hälsoläge. Det är upp till riksdagen att årligen fastställa avgiften.

Kammarkollegiet ges i uppdrag att förvalta fondens medel

För att nå försäkringsmässighet i den nya rehabiliteringsförsäkringen måste en hög grad av överensstämmelse mellan försäkringens utgifter och inkomster åstadkommas.

Nuvarande sjukförsäkring, särskilda medel för rehabilitering (köp av tjänster, arbetshjälpmedel m.m.) och kostnaderna för förtidspension finansieras idag i sin helhet över statsbudgeten. Arbetsgivare och egna företagare bidrar genom särskilda avgifter till staten med finansiering av dessa försäkringar.

Avgiften till nuvarande försäkring (sjukförsäkringsavgiften) är en del av arbetsgivaravgiften. För år 2000 är sjukförsäkringsavgiften i form av arbetsgivaravgift 8,5 procent (för anställda) och motsvarande i form av egenavgift 9,23 procent (för egna företagare). Arbetsgivaravgifter betalas av arbetsgivare och egna företagare och beräknas på ett underlag som består av lön och andra skattepliktiga förmåner som en arbetsgivare utger till sina anställda. Egenavgifter betalas främst av den som bedriver näringsverksamhet och beräknas på ett underlag som består av inkomst av annat förvärvsarbete. Varje procentenhet i arbetsgivaravgiften ger för närvarande ca 8,7 miljarder (år 2000) till staten. Inkomster i form av egenavgifter och arbetsgivaravgifter till sjukförsäkringen beräknas tillsammans i år ge ca 73 miljarder till statsbudgeten.

Sjukförsäkringsavgifter förs till staten för finansiering av kostnader för sjukpenning, folkpension i form av förtidspension för personer som har rätt till tilläggspension i form av förtidspension, tilläggspension i form av förtidspension och rehabiliteringsersättning, allt enligt lagen om allmänförsäkring (1962:381). Sjukförsäkringsavgiften skall också finansiera Centrala studiestödsnämndens kostnader med anledning av att sådana studielån som belöper på studerandes sjukperiod enligt stu-

diestödslagen (1973:349) inte skall återbetalas, vissa av de allmänna försäkringskassornas förvaltningskostnader samt kostnader enligt lagen (19988:1465) om ersättning vid ledighet för närstående vård. Sjukförsäkringsavgiften är numera också avsedd att finansiera avgifter till det nya ålderspensionssystemet.

I mitt förslag till ny rehabiliteringsförsäkring ingår samtliga poster förutom ersättning vid vård av anhörig som ur kostnadssynpunkt utgör en mycket liten del av den totala kostnaden i sjukförsäkringen (ca 50 miljoner kr 2000)

Utgifterna för sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension mm inklusive ålderspensionsavgifter beräknas för 2000 uppgå till mer än 80 miljarder. Utöver detta tillkommer ca 2,5 miljarder eller ca 3 procent för administration av försäkringen.

Avgiften tillåts variera med hälsoläget

Rehabiliteringsförsäkringens kostnader föreslås bli finansierade via en generell arbetsgivaravgift, som skall vara tillräcklig över tiden. Den skall emellertid vara följsam till utvecklingen av sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser. Om avsedda effekter med utredningens samlade förslag realiserar så kommer kostnaderna, jämfört med ingångsläget nu, kunna sänkas. Det bör då återföras i sänkt avgift till rehabiliteringsförsäkringen. Försäkringen kommer genom den generella avgiften att variera för hela arbetsgivarkollektivet. En bättre och mer förebyggande ordning hade varit att låta avgiften variera per arbetsgivare enligt modell 3 i diskussionspromemorian. Jag fick dock inte tillräckligt stöd för detta i remissvaren. Istället tillåts avgiften variera över tid i förhållande till utvecklingen av hälso- och kostnadsläge.

För att helt täcka den nya rehabiliteringsförsäkringens kostnader skulle en avgift på drygt 9,5 procent behöva tas ut om försäkringen i sin helhet ska finansieras via arbetsgivaravgifter och egenavgifter. Detta är dock inte rimligt av flera skäl. Staten bör även fortsättningsvis lämna statsbidrag till rehabiliteringsförsäkringen. Bl.a. kan det motiveras med att förhållandevis många av de sjukskrivna idag saknar arbetsgivare. Vidare att ett antal personer skadas allvarligt tidigt i livet, redan som barn eller drabbas av svår sjukdom så att förvärvsarbete i praktiken blir omöjligt. Denna typ av risk bör enligt min mening fördelas på hela samhället varför ett statsbidrag kan motiveras för att finansiera denna del av förtidspensionskostnaderna. Många av dessa personer kan tidigare varit berättigade till vårdbidrag som enligt nuvarande regler omprövas till förtidspension vid 16 år.

Under den första treårsperioden efter det att den nya rehabiliteringsförsäkringen börjat gälla är det därför rimligt att via statsbidrag täcka vissa kostnader. Statsbidraget bör inledningsvis täcka kostnaden för den nya ålderspensionsavgiften samt för kostnader som framförallt faller på en de som drabbats av sjukdom tidigt i livet. Denna kostnad borde enligt mitt sett att se det även fortsättningsvis finansieras över statsbudgeten. Hur stor del av den totala kostnaden som detta utgör bör utredas i samband med att fonden övergår från att vara en fiktiv fond till en fristående fond utanför statsbudgeten.

Nuvarande nivå med en avgiftsfinansiering av kostnaderna till försäkringen som uppgår till ca 88 procent är dock enligt min uppfattning för låg. Ett riktmärke borde vara 95 procent.

Fristående fond i två steg

En ökad försäkringsmässighet för rehabiliteringsförsäkringen kan med fördel göras i två steg. I ett första steg bibehålls kopplingen till statsbudgeten och en fiktiv rehabiliteringsfond skapas. I ett andra steg skapas den mer fullständiga försäkringsmässigheten genom en från statsbudgeten helt frikopplad fond.

I det första steget redovisas inkomster och utgifter både i statsbudgeten och i den fiktiva fonden. I statsbudgeten bokförs löpande avgiftsinkomsterna på olika inkomstitlar (arbetsgivaravgift, egenavgift). Utgifterna för sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktiva insatser, köp av rehabiliteringstjänster, förtidspension och avgifter till ålderspension m.m. bokförs på olika utgiftsanslag.

Vid sidan av redovisningen i statsbudgeten görs bokföring i en fond som har tillgångar, skulder, kostnader och intäkter på vanligt sätt. Fondens intäkter utgörs av egenavgifter till försäkringen och arbetsgivaravgiften till rehabiliteringsförsäkringen. Fondens eller försäkringens kostnader utgörs av försäkrings- och administrationskostnader. Vid ett överskott ett år bokförs detta som kapital med motsvarande fordran på staten. Vid underskott blir det bokfört som en skuld till staten. Ränta kan beräknas både på skuld och tillgång. Genom detta förfarande kan fondens ställning bedömas som om den vore fristående. Den fiktiva fonden får som en viktig uppgift att hålla reda på försäkringens långsiktiga ställning som också utgör underlag för nödvändiga riksdagsbeslut kring avgifter mm. Redovisningen sker på ett sådant sätt som om den vore självständig. Ett första steg mot ökad försäkringsmässighet kan då åstadkommas. Efter en treårsperiod bör dock nästa steg tas till att åstadkomma en från statsbudgeten helt fristående fond.

Parallellt med att den fiktiva fonden med en mer försäkringsmässig redovisning byggs upp bör nästa steg förberedas. En från statsbudgeten skild rehabiliteringsfond skapas med en aktuariemässig försäkringsfonds uppbyggnad. Detta steg förutsätter att en viss buffert kan byggas upp genom särskilda avsättningar. Detta för att säkerställa rehabiliteringsförsäkringens likviditet vid kraftiga utgiftshöjningar. En sådan buffert är inte speciellt svårt att motivera då avgifterna till fonden blir tydliga och specialdestinerade. Dessa medel kan ju aldrig användas till skola, infrastruktur eller annat som kan vara angeläget ur statsmakernas utgångspunkt. Att utöver den uppbyggda bufferten tydligt redovisa försäkringens resultat ökar också möjligheten att kunna skapa en målstyrd och kostnadseffektiv försäkring. Fonden tvingas redovisa hur mycket som använts till försäkringsersättningar, administration, köp av aktiva insatser m.m. Med särskild avsättning till över- resp. underskott kommer inget extra tillskott från statsbudgeten behövas vid tillfälliga kostnadsökningar. Avsikten är att dessa ska täckas av bufferten. Förekommande kapitalöverskott i fonden kan förslagsvis förvaltas på uppdrag av Rehabiliteringsfonden. Kammarkollegiet förvaltar andra fristående fonder och skulle på motsvarande sätt kunna förvalta denna fond. Medlen bör placeras med tyngdpunkt på långsiktighet i obligationer och andra räntebärande papper med hög säkerhet. På detta sätt skiljs dessa medel från statsbudgeten och placeras öppet på kapitalmarknaden.

16 Lika möjligheter över landet och mellan olika grupper

En av hörnstenarna i den nya reformen är lika möjligheter över landet och mellan olika grupper av individer. För att åstadkomma detta föreslår utredningen att den framtida ordningen skall bygga på etiska principer och ha prioritetsgrunder som är samma för hela landet.

I detta kapitel anges inledningsvis vilka fem principer som bör ligga till grund för en etisk plattform för den nya rehabiliteringsförsäkringen och lämpligen också för den näraliggande arbetsskadeförsäkringen. Det görs också jämförelser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, verksamheter som normalt styrs av avvägningar med stark etisk innebörd.

Utifrån den etiska plattformen anges därefter vilka riktlinjer för prioriteringar som bör gälla inom rehabiliteringsförsäkringen när det gäller rehabilitering till arbete.

Kapitlet avslutas med fyra vägar att minska de regionala skillnaderna.

16.1 Etisk plattform för att vägleda

Utredningens förslag: en etisk plattform för den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen bör bygga på fem principer;

Principen om arbetslinjen betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande. Aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Principen om individens rätt till rehabiliteringsstöd innebär att alla individer har rätt till grundläggande utredning av rehabiliteringsbehov och rätt till mentor under rehabiliteringsprocessen.

Autonomi- och integritetsprincipen innebär att individen har rätt att själv bestämma över sitt liv så länge detta inte går ut över andras motsvarande rätt. Individen har rätt att bli behandlad som en självständig person och samråd skall ske mellan försäkringsgivare och den enskilde under hela rehabiliteringsprocessen.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val mellan olika insatser och åtgärder för rehabilitering till arbete bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad arbetsförmåga och ökad förmåga att försörja sig genom eget arbete.

Ingen av principerna är över- eller underordnande någon annan.

Vad innebär en etisk plattform och prioriteringar?

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

Varje gång det fattas beslut utifrån begränsade resurser av något slag görs en prioritering, ett val. I och med att man beslutar sig för att använda resurserna inom t.ex. socialförsäkringen till något speciellt ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat. En riktig prioritering utifrån givna resurser kan många gånger skapa ett mervärde. Ett exempel på detta kan vara den fördelning av medel till olika rehabiliteringsprojekt och projekt för att minska köer i vården som sker inom ramen för de så kallade Dagmaröverenskommelserna mellan försäkringskassan och landstinget. Utgångspunkten är att i decentraliserade former styra resurser till områden med eftersatta behov. Kortare köer till utredning och behandling kan minska kostnaderna i flera avseenden. Grundläggande för alla former av medvetna prioriteringar är emellertid att kunskapen är viktig om vad det är man prioriterar eller avstår från att prioritera.

Behövs det en etisk plattform inom socialförsäkringen?

Under de senaste åren har offentlig förvaltning genomgått stora förändringar när det gäller villkor och förutsättningar för verksamheten. Dessa förändringar i form av t.ex. nya styrformer, fortsatt delegering av beslut, minskade ekonomiska ramar och ökade servicekrav från medborgarna ställer helt nya krav på den handläggande tjänstemannen.

Individens egna krav på service, information och delaktighet under handläggning av ärenden har ökat. Kraven på helhetssyn i olika sammanhang och att få valuta för inbetalda skatter och avgifter har också förstärkts.

I takt med att ramlagstiftningen byggs ut ökar också utrymme för olika typer av värderingar och skönmässiga bedömningar av tjänstemannen. Ett annorlunda sätt att beskriva utvecklingen är att den gamla detaljreglerade "auktoritetsstaten" delvis övergivits till förmån för en "förhandlingsstat". Denna utveckling har medfört att behovet ökar av att tydliggöra vilka värderingar som bör genomsyra olika verksamheter.

Försäkringskassornas rehabiliteringsuppdrag – vilket regleras i 22 kapitlet lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) – är ett bra exempel på en lagstiftning som har stora inslag av förhandling och som är målstyrd. Handläggarna som arbetar med rehabilitering har att utgå ifrån en ramlagstiftning med stort utrymme för skönmässiga bedömningar. Till skillnad från t.ex. socialtjänsten och sjukvården finns det inom den nuvarande arbetslivsinriktade rehabiliteringen (eller socialförsäkringen) inte någon närmare vägledning för vilka kriterier och värderingar som skall ligga till grund för de olika besluten. Detta är enligt utredningens mening en stor brist i den statliga styrningen av verksamheten och bidrar till att rehabiliteringsreformen 1991/92 inte har fått fullt genomslag.

Avsaknaden av etisk vägledning kan också ha bidragit till vad utredningens kartläggning visar, nämligen att rehabiliteringsutbudet är ojämnt både beträffande olika sjukdomsgrupper/diagnoser och när det gäller den geografiska spridningen.

Utredningen anser att rehabiliteringsverksamheten är en så viktig verksamhet att den bör hållas samman av tydliga värderingar och inte bara av regler och mål. Därför är det nödvändigt med en diskussion om etik och prioriteringar inom socialförsäkringen i allmänhet och den föreslagna rehabiliteringen till arbete i synnerhet. Andra skäl som talar för detta är bl.a. den stora diskrepans som för närvarande finns mellan aktiva insatser kontra passiva kontantersättningar samt att aktiva rehabiliteringsinsatser kommer ifråga allt senare och sällan. Enligt min mening är det inte heller rimligt att individens möjligheter till rehabiliteringsinsatser från samhället skall vara beroende av sådana faktorer som var han eller hon bor, orsaken till sjukdomen, kön eller funktionshinder.

Socialförsäkringen har traditionellt sett haft en roll som en grundpelare i den svenska välfärdspolitiken. Att diskutera prioriteringar kan därför uppfattas som kontroversiellt. Faktum kvarstår dock att försäkringskassornas rehabiliteringshandläggare vid landets drygt 300 lokal-kontor varje dag ägnar sig åt bedömningar och val av åtgärder för ett

urval av personer utan att det finns en gemensam uttalad grund för dessa bedömningar. En etisk plattform för prioriteringar skulle enligt min uppfattning avsevärt underlätta försäkringsgivarens svåra arbete med att administrera rehabiliteringsverksamheten och inte minst gagna den enskilde individen. En sådan plattform skulle nämligen kunna utgöra grunden för att säkra centrala principer såsom en rättssäker och likvärdig tillämpning av socialförsäkringen.

Stort intresse och stöd bland remissinstanserna

Att det finns ett stort behov av att diskutera etik och prioriteringar kunde jag också notera vid remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria (jfr bilaga 4). Utredningens förslag om en etisk plattform och prioritetsgrunder för åstadkomma lika möjligheter över landet och mellan olika grupper var bland de förslag som fick det bredaste stödet från de 80-tal remissinstanser som har yttrat sig. Det påpekades bl.a. att en etisk plattform skulle utgöra ett värdefullt hjälpmedel för alla involverade i verksamheten samt att den utgör en god och humanistisk grund som sätter individen i centrum.

De föreslagna fem etiska principerna i diskussionspromemorian delas av övervägande majoriteten av remissinstanserna.

I det följande redogörs för vilka principer/värderingar som enligt utredningens mening bör ingå i en etisk plattform. Denna plattform bör vara tillämplig på den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen. De föreslagna principerna bygger i huvudsak på utredningens förslag i diskussionspromemorian med tillägg för justeringar som är föranledda av remissinstansernas synpunkter.

Ur dessa värderingar/principer föreslås i nästa avsnitt prioriteringsgrunder för den föreslagna rehabiliteringen till arbete.

Arbetslinjen som en grundläggande princip

Rehabiliteringsförsäkringen tar sin utgångspunkt i arbetslivet; målgruppen är de yrkesverksamma, i huvudsak åldersgruppen 16–64 år. Hela vår välfärd bygger på arbetslinjen. Alla i yrkesverksam ålder förväntas genom ett aktivt arbetsliv bidra till samhällsbygget och våra gemensamma trygghetssystem.

Arbetet som sådant har också stor betydelse för det allmänna välbefinnandet och hälsan. Det finns grundläggande arbetsrelaterade behov hos individen som tillfredsställs genom arbete. Begrepp som arbetsgemenskap, arbetstillfredsställelse, självkänsla, förmåga till egen för-

sörjning och oberoende är exempel på detta. Trots att delar av arbetslivet under lång tid bidragit med mycket av den ohälsa som nu är aktuell har arbete som sådant alltså även hälsobringande egenskaper.

Arbetslinjen har länge varit styrande för den svenska arbetsmarknadspolitiken. Den infördes också i socialförsäkringen men först i samband med rehabiliteringsreformen 1992; målet med den då införda arbetslivsinriktade rehabiliteringen var att skapa förutsättningar för den enskilde att kunna försörja sig genom eget arbete, men också att som aktiv medborgare genom skatt och avgifter bidra till den gemensamma välfärden. Arbetslinjen innebär också att aktiva insatser prioriteras framför passiva utbetalningar. En annan dimension av arbetslinjen är relaterad till samhället och utvecklingen av den allmänna välfärden.

Utgångspunkten för en etisk plattform bör mot bakgrund av vad som nu anförts spegla det faktum att försäkringen omfattar en yrkesverksam målgrupp med arbetsrelaterade behov. Arbetslinjen är därför enligt min mening en självklar utgångspunkt vid utformningen av en etisk plattform för prioriteringar inom den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen. Det kan naturligtvis diskuteras om arbetslinjen som sådan är en etisk princip på samma sätt som andra principer utredningen kommer att presentera. Vid remissbehandlingen har också ifrågasatts om arbetslinjen är trovärdig som en etisk princip. Jag har dock valt att ha med den som en självklar utgångspunkt i den plattform för etik och prioriteringar som föreslås. Utredningens definition av arbetslinjen är följande: *”betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande, aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete”*.

Människovärdesprincipen

Den svenska lagstiftningen genomsyras av en humanistisk människosyn och är utformad i överensstämmelse med internationella konventioner. Utgångspunkten är den svenska regeringsformen. I dess kapitel 1 återfinns de fundamentala bestämmelser om hur den svenska staten skall styras och i kapitel 2 är de medborgerliga rättigheterna definierade. I regeringsformens ”portalparagraf” anges t.ex. att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och rättighet. Detta överensstämmer också med den syn som kommer till uttryck i FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna. Av deklarationens första artikel framgår att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De är rustade med förnuft och samvete och bör handla mot varandra i anda av broderskap.

I FN-deklarationens andra artikel ges exempel på åtskillnader som inte är acceptabla i ett demokratiskt samhälle: "Ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning av nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt".

Den människosyn som omfattas av människovärdesprincipen kan sägas vila på allmänna övergripande värderingar som delas av de flesta i vårt samhälle. Ett humanistiskt förhållningssätt innebär att individen ses som en aktivt handlande, ansvarig social varelse som strävar efter att forma sina levnadsvillkor i enlighet med sina önskemål och behov men också att i ett demokratiskt sammanhang ta ansvar för helheten och andras bästa. Det innebär en direkt motsats till den deterministiska människosynen som innebär att människan styrs av faktorer som ödet, arvsyndens sina biologiska eller genetiska egenskaper eller av sina ekonomiska eller sociala villkor.

Flera remissinstanser har yttrat sig särskilt över människovärdesprincipen. Vissa anser att denna princip är så viktig att den bör överordnas andra principer medan det från ett annat håll påpekas att principen är så självklar att den inte bör vara med överhuvudtaget. Även om principen för vissa får anses vara självklar så är mitt intryck av de gångna åren – bl.a. med beaktande av statistik över vilka personer som fått rehabiliteringsinsatser – att det finns en underrepresentation eller olika behandling av t.ex. sjukskrivna kvinnor och personer med annan etnisk bakgrund. Det har i efterhand inte varit möjligt att helt finna orsaker till detta. Jag anser mot denna bakgrund att det finns ett stort värde att ha med människovärdesprincipen som en utgångspunkt för en etisk plattform. Utredningen har också övervägt om denna princip – tillsammans med arbetslinjen – skall vara överordnade de övriga principer men har stannat vid att ingen av principerna bör vara över- eller underordnade någon annan. Bl.a. skulle då diskussioner lätt kunna uppkomma om de "underordnade" principerna är av lägre dignitet i bemärkelsen att de kan åsidosättas i vissa fall, vilket jag inte vill se.

En etisk plattform inom den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen bör mot denna bakgrund enligt min mening bygga på denna grundläggande och självklara princip som jag definierar som följande: "*alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället*".

Principen om individens rätt till rehabiliteringsstöd

Utredningen har tidigare i diskussionspromemorian konstaterat att individen har litet inflytande över sin rehabilitering. Praktiska erfarenheter i samband med rehabilitering visar emellertid att individens egen

roll och egna möjligheter att påverka sin rehabilitering är av helt avgörande betydelse för resultatet. Förslagen i promemorian är därför baserade på att individen skall stå i centrum. Det föreslås t.ex. ett nytt vidare rehabiliteringsbegrepp – rehabilitering till arbete – vars syfte är att spegla övergången från ett sektorstänkande till ett individ- och processtänkande. Ett annat av huvudförslagen är att individen skall få en lagfäst rätt till rehabiliteringsstöd.

Rätten till rehabiliteringsstöd innebär enligt mina förslag dels en rätt för alla individer till grundläggande utredning av rehabiliteringsbehov efter en viss tid, dels en rätt till stöd under rehabiliteringsprocessen i form av en mentor. En annan sida av rätten till rehabiliteringsstöd är individens skyldighet att delta i rehabilitering för att på så sätt upprätthålla arbetslinjen och bidra till den allmänna välfärden.

Individens rätt till rehabiliteringsstöd bör få en framträdande plats även vid utformningen av en etisk plattform. Vid remissbehandlingen påpekade flera instanser att principen även borde omfatta rätten till aktiva insatser. Såsom framkommer av kapitel 13 anser jag emellertid att det för närvarande inte är möjligt att föreslå denna omfattning. Vi har än så länge för lite vetenskap och beprövad erfarenhet av olika rehabiliteringsmetoder. På längre sikt vill jag däremot förorda att statsmakten överväger att individens rätt även bör omfatta rätten till insatser.

Rätten till rehabiliteringsstöd definierar jag således enligt följande: *"alla individer har rätt till grundläggande utredning av rehabiliteringsbehov och rätt till mentor under rehabiliteringsprocessen"*.

Autonomiprincipen/integritetsprincipen

Människor som är sjukskrivna befinner sig ofta i en utsatt situation. Det blir därför särskilt viktigt att en sådan verksamhet som den inom min föreslagna rehabiliteringsförsäkring och angränsande arbetsskade-försäkring bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. Individen skall ha en självklar rätt att bestämma över sitt eget liv och att ha eget inflytande över sin situation och påverkan i den process som t.ex. rehabilitering till arbete utgör. Vad som nu har anförts kan härledas ur den fjärde principen som utredningen föreslår, nämligen autonomiprincipen/integritetsprincipen. Denna princip definieras inledningsvis enligt följande: *"individen har rätten att själv bestämma över sitt liv så länge detta inte går ut över andras motsvarande rätt. Individen har rätt att bli behandlad som en självständig person"*.

Respekten för den enskilde medför också att informera och samråda med honom eller henne under hela rehabiliteringsprocessen. Att på ett

tidigt stadium få kunskap om sin sjukdom, information om sjukdomens eller skadans inverkan på livssituationen, information om regler för rehabilitering och arbetsrättsliga frågor är av avgörande vikt för att individen skall kunna fatta ett långsiktigt beslut om sin arbets- eller livssituation. Därför anser utredningen att definitionen av principen även bör omfatta att *"samråd skall ske mellan försäkringsgivare och den enskilde under hela rehabiliteringsprocessen"*.

I likhet med vad som gäller för socialtjänsten och som återfinns i socialtjänstlagens inledande portalparagraf måste den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Detta innebär ingen ovillkorlig rätt för individen att bestämma över ersättningar och kostnader. Principen om självbestämmande innebär vidare en uttalad respekt för individens inflytande och påverkan i den process som t.ex. rehabilitering till arbete utgör.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Den femte principen handlar om kostnadseffektivitet. Denna princip relaterar utredningen till målen för den nya reformen som redogjorts för i kapitel 12, dvs. färre sjukfall och kortare sjukfall.

Principen om kostnadseffektivitet innebär enligt utredningens mening att valet av rehabiliteringsinsatser och åtgärder i hög utsträckning bör bygga på verksamheter med dokumenterade resultat. Detta bör öka kraven på mer systematiska utvärderingar av olika typer av rehabiliteringsinsatser där effekter av selektion och effekter av olika rehabiliteringsprogram kan hållas isär. Likaså måste forskningen förstärkas när det gäller rehabilitering till arbete. Det måste också ställas mycket höga krav på professionell kompetens inom verksamheten.

Utredningens definition av kostnadseffektivitetsprincipen är följande: *"vid val mellan olika insatser och åtgärder för rehabilitering till arbete bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad arbetsförmåga och ökad förmåga att försörja sig genom eget arbete"*.

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

Självklart kan det finnas skäl att överväga om den etiska plattformen skall bestå av fler principer. En princip jag har övervägt – och som också efterfrågats av en remissinstans – är hälso- och sjukvårdens

andra etiska princip, behovs- och solidaritetsprincipen, som innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Utredningen har emellertid valt att inte föreslå någon självständig princip med denna innebörd, utan anser att detta ryms i förslaget till människovärdesprincipen.

I samband med remissbehandlingen har det också föreslagits att en etisk plattform bör omfatta en rimlighetsprincip beträffande åtgärder och kostnader. Innebörden av en sådan princip anser jag ingår i den föreslagna kostnadseffektivitetsprincipen.

Etisk plattform för den nya rehabiliteringsförsäkringen och den närliggande arbetsskadeförsäkringen – en sammanfattning

Principen om arbetslinjen:

betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande
aktiva insatser prioriteras före passiva
utbetalningar i syfte att öka möjligheten
att försörja sig genom eget arbete,

människovärdesprincipen:

alla människor har lika värde och samma
rätt oberoende av personliga egenskaper
och funktioner i samhället,

principen om individens rätt till rehabiliteringsstöd:

alla individer har rätt till grundläggande
utredning av rehabiliteringsbehov och
rätt till mentor under rehabiliteringsprocessen,

autonomi- och integritetsprincipen:

individerna har rätten att själv bestämma över
sitt liv så länge det inte går ut över andras
motsvarande rätt. Individen har rätt att bli
behandlad som en självständig person och samråd
ska ske mellan försäkringsgivare och den
enskilde under hela rehabiliteringsprocessen,

kostnadseffektivitetsprincipen:

vid val mellan olika insatser och
åtgärder för rehabilitering till arbete
bör en rimlig relation eftersträvas
mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad
arbetsförmåga och ökad förmåga att
försörja sig genom eget arbete.

Utifrån denna plattform anges i nästa avsnitt riktlinjer för de prioriteringar som bör gälla inom rehabiliteringsförsäkringen för rehabilitering till arbete.

Vilka jämförelser finns det från andra system?

Socialtjänsten

Verksamheten inom kommunernas socialtjänst handlar ofta om avvägningar med stark etisk innebörd. Det ligger därför nära till hands att jämföra vilka värderingar som ligger till grund för den verksamheten. I socialtjänstlagens (1980:620) inledande ”portalparagraf” anges att verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Som en allmän riktlinje anges det vidare i lagen att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Det innebär att frivillighet och självbestämmande skall vara vägledande vid handläggningen av enskilda ärenden inom socialtjänsten. Frivilligheten skall gälla vid såväl vård- och behandlingsinsatser som andra av socialtjänsten förmedlade sociala insatser. I förarbetena betonas att socialtjänsten måste så långt möjligt i samråd med den enskilde klara ut om och hur ett fortsatt hjälpbehov skall kunna förebyggas. Verksamheten genomsyras således av principen om människors självbestämmande och integritet, vilket kan jämföras med utredningens förslag om autonomiprincip/integritetsprincip och rätt till rehabiliteringsstöd.

Hälso- och sjukvården

Det finns flera paralleller mellan sjukförsäkringens och hälso- och sjukvårdens uppgifter. Det är därför av intresse att även snegla på hur den etiska plattformen ser ut inom sjukvården. Rehabiliteringen till arbete börjar som regel med ohälsa i någon form där viktiga och många gånger avgörande länkar i vägen tillbaka utgörs av insatser inom sjukvården. Behovet av tidig och riktig diagnos är i båda fallen av avgörande betydelse för den fortsatta behandlingen/rehabiliteringen.

Sjukvårdens etiska plattform bygger på tre principer. Den första principen, människovärdesprincipen, innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Innebörden i denna princip är alltså identisk med mitt förslag.

Sjukvårdens andra princip är behovs- och solidaritetsprincipen som innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Utredningen har som tidigare anförts inte föreslagit någon självständig princip med denna innebörd, utan anser att detta ryms i förslaget till människovärdesprincipen.

Den tredje principen är kostnadseffektivitetsprincipen. Denna princip – som är underordnad de övriga två – innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder så bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Denna princip har således av naturliga skäl definierats på olika sätt. Trots likheter finns det ju ändå avgörande skillnader mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. En viktig sådan skillnad är att hälso- och sjukvården har hela befolkningen som målgrupp medan sjukförsäkringens målgrupp är de i yrkesverksam ålder, i huvudsak åldersgruppen 16–64 år.

16.2 Prioriteringar för att välja

Utredningens förslag: vid prioritering inom rehabiliteringsförsäkringen för rehabilitering till arbete bör följande vägledande principer gälla:

- *Jämlikhet* är utgångspunkten för prioritetsgrunder.
- *Individens motivation* kan utgöra en prioritetsgrund men bör inte ensamt styra om individen skall få rehabilitering och stöd.
- *Dokumenterad effekt* kan utgöra en prioritetsgrund.
- *Orsaken till sjukdom/olycksfall* får inte utgöra en prioritetsgrund.
- *Lokalt utbud av rehabilitering* får inte utgöra en prioritetsgrund.

Prioriteringar har en stark etisk innebörd

Som tidigare anförts görs det en prioritering, ett val, varje gång det fattas beslut utifrån begränsade resurser av något slag. Grundläggande för alla former av medvetna prioriteringar är att kunskapen om vad det är man prioriterar eller avstår från att prioritera, är viktig. Prioritering inom den framtida rehabiliteringen till arbete är tänkt i första hand utifrån en bristsituation och som en vägledning i vilken ordning olika grupper eller individer bör prioriteras. Prioriteringar kan också motiveras utifrån nödvändigheten att hushålla med gemensamma resurser och förväntningar på rättvis behandling.

Gemensamt för alla prioriteringar inom den nya rehabiliteringsförsäkringen och närliggande arbetsskadeförsäkringen är att de gäller sjuka, skadade och hjälpsökande människor. Prioriteringar får därmed en stark etisk innebörd. De väcker frågor om allas lika människovärde, solidaritet med den som är i ett utsatt läge och respekt för individen. De val och prioriteringar som ibland måste göras har stor betydelse för oss alla. Detta gäller även de val som måste göras inom rehabilitering till arbete. De prioriteringar vi gör måste göras på ett genomtänkt sätt. Det måste vara val som alla berörda kan stå för, val och prioriteringar som flertalet kan acceptera.

Inom socialförsäkringen är många tillstånd oklara och under utredning. Ibland kan utredningsfasen bli både omfattande och utdragen över tid. Detta förhållande skapar problem i samband med prioriteringar. Underlaget för beslut om prioritering när det gäller rehabilitering till arbete låter sig inte heller alltid fångas på ett enkelt sätt. I vissa fall kan behovet av rehabilitering vara tydligt och klart uttalat i nära anslutning till skadan eller sjukdomsdebuten. I andra fall växer behov och insikt om olika rehabiliteringsinsatser fram över tid. Därför kan det inte nog betonas vikten av att ha en grundlig utredning klar i det enskilda fallet innan en prioritering görs mellan olika individer. Detta är också en av anledningarna till att jag föreslår en lagstadgad rättighet för individen att få en rehabiliteringsutredning.

För att få lika möjligheter över landet och mellan olika grupper anser utredningen att det är nödvändigt att vissa vägledande principer gäller för hela landet vid prioritering inom rehabilitering till arbete. Varje rehabiliteringsfall är unikt och det ligger därför i sakens natur att det inte går att föreslå uttömmande sådana principer. Försäkringsgivaren kommer således även i fortsättningen att ställas inför svåra avvägningar, t.ex. om en person skall prioriteras för att han eller hon har mer ont, är sjukare eller riskerar kroniska besvär. Enligt min uppfattning får sådana fall lösas genom en grannlaga avvägning som sker i mötet mellan försäkringsgivaren och den enskilde individen. Vissa faktorer är emellertid av sådan dignitet att de bör lösas lika över hela landet. Dessa faktorer hänger dessutom intimt samman med utredningens föreslagna etiska principerna.

Mot denna bakgrund föreslår jag att följande vägledande principer bör gälla vid prioriteringar inom rehabiliteringen till arbete.

Jämlikhet är utgångspunkt för prioritetsgrunder

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

Inom socialförsäkringen har ålder tidigare haft en avgörande betydelse för vilka fall som blir föremål för rehabilitering både med avseende på specialregler och med avseende på den praktiska tillämpningen. Det nya pensionssystemet med en mer flexibel pensionsålder innebär att den tidigare 65-årsgränsen för ålderspension kommer att bli mer flytande.

Förutsättningarna för ”att komma igen i arbete” minskar naturligtvis i takt med att tidpunkten för ålderspension närmar sig. Detta av skäl som inte enbart har med kronologisk ålder att göra. Rehabilitering till arbete kan emellertid bli aktuell och samhällsekonomiskt lönsam även för äldre. Enbart ålder får därför inte utgöra grund för prioriteringar.

Individens motivation kan utgöra en prioritetsgrund

Individens egen bedömning av möjligheten till återgång i arbete och den egna viljan är enligt pågående forskning viktiga faktorer för resultatet av rehabiliteringen (jämför bilaga 8). I diskussionspromemorian föreslog utredningen därför att kunskaper om förhållanden som kan kopplas till individens motivation skulle kunna utgöra grund för prioriteringar.

Vid remissbehandlingen har emellertid flera remissinstanser motsatt sig att individens motivation skall utgöra en prioritetsgrund. Det anförs bl.a. att insatser för att hjälpa individen att bli motiverad utgör en viktig – för att inte säga oundgänglig – del av rehabiliteringsprocessen. Det påpekas också att motivation i hög grad är beroende av vid vilken tidpunkt en rehabiliteringsinsats kommer till stånd och karaktären av kontakten mellan individen och rehabiliteringsaktörer.

Dessa synpunkter föranleder mig att göra följande förtydligande. Självfallet påverkar olika faktorer människors förutsättningar att ta del av rehabilitering och arbete. Motivation är emellertid ändå av avgörande vikt för att den enskilde individen skall kunna tillgodogöra sig specifika insatser, t.ex. i form av utbildning. Motivation kan därför

enligt utredningen utgöra en prioritetsgrund men den bör inte ensam styra om individen skall få rehabilitering. Är individen inte motiverad bör försäkringsgivaren undersöka orsaken och – vid behov – sätta in motivationshöjande insatser. En viktig del i försäkringsgivarens arbete kommer därför att vara att skapa förutsättningar för motivation hos den enskilde. För att motivera människor måste fokus i utredningsarbetet ligga på individens rätt ur personens aktuella situation. Att individen inte vill eller kan ta ett arbete eller medverka i en specifik insats på grund av sin livssituation får alltså inte ensamt vara grund för att neka henne eller honom rehabilitering och stöd

Dokumenterad effekt kan utgöra en prioritetsgrund

Forskningen inom den nuvarande arbetslivsinriktade rehabiliteringen är outvecklad och otillräcklig i både systematik och omfattning. Det saknas tydliga svar på vilka effekter de metoder har som i dag tillämpas och det forskas mycket begränsat om metoder för att möta nya behov. Trots detta så har en flora av olika rehabiliteringsproducenter vuxit upp på marknaden under 1990-talet efter reformen.

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

Utredningen är medveten om att det kommer att ta viss tid innan kriteriet dokumenterad effekt kommer att vara till hjälp inför prioriteringar, något som också påpekas av remissinstanserna.

Vissa remissinstanser befarar att denna prioritetsgrund skall hindra individen och försäkringsgivaren att pröva nya metoder och alternativa behandlingsformer. Jag menar att nya metoder ständigt måste förbättras och utvecklas för att vi ska kunna åstadkomma en allt effektivare rehabilitering. Det bör dock ske med största möjliga omsorg om individen och kostnader. Det kan därför underlättas om nya metoder prövas efter tillstyrkan eller på initiativ av den nya metodutvecklingsenheten för försäkringen.

Orsaken till sjukdom/olycksfall får inte utgöra en prioritetsgrund

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

Lokalt utbud av rehabilitering får inte påverka

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

Utöver dessa vägledande riktlinjer för prioriteringar inom rehabilitering till arbete har jag också övervägt om de statsfinansiella kostnadsaspekterna bör få ett starkare genomslag i grunderna för prioriteringar för att reformens syfte och motiv skall kunna uppfyllas. Vid remissbehandlingen har t.ex. föreslagits att prioriteringar även bör ske utifrån de som har störst sannolikhet att återvända till den reguljära arbetsmarknaden. Detta skulle enligt min uppfattning komma att stå i strid med människovärdesprincipen och kan därför inte utgöra grund för prioritering. Även arbetslinjen bland de etiska principerna ger vägledning. Hela rehabiliteringsförsäkringen syftar till att öka möjligheten till arbete. Enligt min mening skulle en sådan föreslagen prioritering delvis kunna stå i strid med arbetslinjen eftersom det i inledningen av en rehabiliteringsfas är svårt att bedöma vem som kan återfå arbetsförmågan.

16.3 Fyra vägar att minska de regionala skillnaderna

Utredningens förslag: De redovisade etiska principer och prioriteringsgrunder som den framtida försäkringsgivaren har att rätta sig efter skapar förutsättningar för lika möjligheter över landet och mellan olika grupper.

Vidare bör utredningens förslag om att förstärka utbudet av resurser över landet medföra att de regionala skillnaderna minskar.

Den enhet som får ansvar för metodikutveckling och utvärdering inom den nya rehabiliteringsförsäkringen bör löpande analysera regionala skillnader. De ökade kunskaper bör – vid behov – föranleda olika regionala aktiviteter.

Större regioner för samverkan bör skapas där de olika regionala skillnaderna kan lyftas fram och förslag till åtgärder diskuteras. Sammanfattande ordförande för dessa större regioner bör vara någon oberoende person, t.ex. landshövdingen i något av de län som ingår i samverkansregionen.

I detta sammanhanget är det också angeläget att särskilt beröra de stora regionala skillnaderna som finns när det gäller sjukfrånvaron i landet. Såsom framgått av kapitel 3 är det idag stora skillnader mellan olika län när det gäller ersatta dagar vid sjukdom. Ohälsotalet, mätt i ersättningsdagar, skiljer sig mer än 60 procent mellan län med högst respektive lägst ohälsotal. Utredningen har konstaterat att dessa regionala skillnader bör kunna påverkas, främst genom följande fyra vägar.

En sätt att minska regionala skillnader är genom de nu redovisade etiska principer och prioriteringsgrunder som den framtida försäkringsgivaren har att rätta sig efter. Härigenom skapas förutsättningar för lika möjligheter över landet och mellan olika grupper.

Ett annat sätt att minska de regionala skillnader är genom ökat utbud av resurser över landet. Utredningens kartläggning visar nämligen att det finns brister i utbud av aktiva rehabiliteringsinsatser för stora grupper av långtidssjukskrivna. Bristerna visar sig bl.a. i utbud för psykiskt funktionshindrade och personer som är sjukskrivna för stressrelaterade besvär. De regionala och lokala skillnaderna är också stora. För att minska denna obalans lämnar jag i kapitel 19 flera förslag som bl.a. syftar till att förstärka utbudet av aktiva insatser över hela landet. Genom dessa förslag bör också de regionala skillnaderna minska.

Som en tredje väg att minska de nuvarande regionala skillnader är att skaffa sig ökade kunskaper om orsaker till dessa skillnader. Enligt min mening bör därför den enhet som får ansvar för metodikutveckling och utvärdering inom den nya rehabiliteringsförsäkringen också löpande analysera regionala skillnader inom sjukskrivning, rehabilitering och förtidspension. Härigenom ökas kunskaperna om skillnaderna och eventuella grunder för dessa skillnader. De ökade kunskaperna bör sedan – vid behov – föranleda olika regionala aktiviteter.

Slutligen anser jag att det behövs ett ökat utbyte mellan olika regioner och län för att åstadkomma en fördjupad analys om orsaker till regionala och lokala skillnader. Samtidigt kan en nödvändig kun-

skapsöverföring ske beträffande olika sätt att möta och påverka sjuk-skrivningar samt snabbare och effektivare rehabilitering. Utredningen anser därför att större regioner för samverkan bör skapas där de olika regionala skillnaderna kan lyftas fram och förslag till åtgärder diskuteras. Sammanställande ordförande för dessa större regioner bör enligt min mening vara någon oberoende person. Exempelvis skulle regeringen kunna utse att landshövdingen i ett län är en sådan samman-kallande ordförande för eget och några näraliggande län. I dessa större regioner bör mål kunna sättas upp för förbättringar. Den centrala metodutvecklingsenheten bör dessutom kunna ge underlag och följa upp ur ett riksperspektiv.