



Krisplan mot ohälsa

Sammanfattning

I betänkandet behandlar utskottet tre motioner (kd, c och fp) om en krisplan mot ohälsan som väckts enligt 3 kap. 15 § riksdagsordningen med anledning av händelse av större vikt. Vidare behandlar utskottet två motionsyrkanden (m och mp) som väckts med anledning av vårpropositionen (prop. 2001/02:100).

I motionerna föreslås bl.a. att det införs en ny rehabiliteringsförsäkring alternativt ett nytt system för rehabilitering samt en rehabiliteringsgaranti innebärande i det ena fallet att passiva utbetalningar av sjukpenning byts mot rehabiliteringsersättning senast efter tre månaders sjukskrivning och i det andra fallet att ingen skall behöva vänta mer än en månad på rehabilitering sedan behov av en åtgärd konstaterats. Vidare föreslås utbildning i försäkringsmedicin för läkare liksom en fördjupad samverkan mellan försäkringskassa, företagsläkare och arbetsledning. Dessutom lämnas förslag om bl.a. förebyggande hälsoarbete och översyn av resurser och metoder i rehabiliteringsarbetet. Därtill föreslås att riksdagen skall besluta om finansiell samordning mellan försäkringskassan och bl.a. hälso- och sjukvården.

Enligt utskottet utgör de senaste årens utveckling inom ohälsoområdet en av de svåraste utmaningarna som de inom området verksamma myndigheterna ställts inför. Utskottet konstaterar dock att de aktiviteter och åtgärder som bedrivs inom ramen för regeringens s.k. elvapunkturprogram utgör ett gott underlag för att komma till rätta med den ökande sjukfrånvaron. I programmet ingår bl.a. en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och ett tydliggörande av arbetsgivarnas ansvar för ohälsan. Flertalet motionsyrkanden avstyrks med hänvisning härtill.

Såvitt gäller frågan om finansiell samordning föreslår utskottet att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört om riktlinjer för regeringens arbete med att ta fram förslag om finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Därmed tillstyrker utskottet i huvudsak de motionsyrkanden (m, kd, c och fp) som väckts i frågan.

I ärendet finns fyra reservationer och tre särskilda yttranden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut.....	3
Redogörelse för ärendet.....	5
Utskottets överväganden	6
Bakgrund	6
Krisplan mot ohälsan.....	12
Motioner	12
Utskottets beredning av ärendet.....	15
Utskottets ställningstagande	17
Reservationer.....	27
1. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkterna 1-4).....	27
2. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkt 1).....	37
3. Rehabilitering (punkt 3).....	38
4. Samverkan och finansiell samordning (punkt 5)	39
Särskilda yttranden.....	41
1. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkt 1).....	41
2. Rehabilitering (punkt 3).....	41
3. Samverkan och finansiell samordning (punkt 5)	42
Bilaga 1 Förteckning över behandlade förslag	44
Bilaga 2 Offentlig utfrågning om den ökande sjukfrånvaron	46

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m.

Riksdagen avslår motionerna 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del och 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del

Reservation 1 (m, kd, c, fp) - delvis
Reservation 2 (mp)

2. Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Riksdagen avslår motion 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del.

Reservation 1 (m, kd, c, fp) - delvis

3. Rehabilitering

Riksdagen avslår motionerna 2001/02:Sf34 yrkandena 2 och 3, 2001/02:Sf35 yrkandena 2–4, 2001/02:Sf36 yrkandena 1–5 och 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del.

Reservation 1 (m, kd, c, fp) - delvis
Reservation 3 (mp)

4. Förstidspensionärers återgång till arbetslivet

Riksdagen avslår motion 2001/02:Sf34 yrkande 4.

Reservation 1 (m, kd, c, fp) - delvis

5. Samverkan och finansiell samordning

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad utskottet anfört om riktlinjer för regeringens arbete med att ta fram förslag om finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Därmed bifaller riksdagen delvis motionerna 2001/02:Sf34 yrkande 1, 2001/02:Sf35 yrkande 1, 2001/02:Sf36 yrkande 6 och 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del.

Reservation 4 (s, v)

Stockholm den 4 juni 2002

På socialförsäkringsutskottets vägnar

Berit Andnor

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Berit Andnor (s), Bo Könberg (fp), Margit Gennser (m), Maud Björnemalm (s), Anita Jönsson (s), Ulla Hoffmann (v), Rose-Marie Frebran (kd), Gustaf von Essen (m), Mariann Ytterberg (s), Sven-Erik Sjöstrand (v), Cecilia Magnusson (m), Kerstin-Maria Stalin (mp), Birgitta Carlsson (c), Mona Berglund Nilsson (s), Göte Wahlström (s), Leif Carlson (m) och Désirée Pethrus Engström (kd).

Redogörelse för ärendet

Utskottet behandlar i detta betänkande tre motioner som väckts enligt 3 kap. 15 § riksdagsordningen. I betänkandet behandlas också två motionsyrkanden som väckts med anledning av vårpropositionen (prop. 2001/02:100). Förslagen i motionerna återges i *bilaga 1*.

Utskottet har under beredningen av ärendet inhämtat kompletterande information av statssekreteraren i Socialdepartementet Agneta Karlsson och generaldirektören vid Arbetsmiljöverket, tillika projektledare för de s.k. trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Vidare har utskottet den 23 maj 2002 hållit en offentlig utfrågning om den ökande sjukfrånvaron med företrädare för Riksförsäkringsverket, Sveriges Läkarförbund och Svenskt Näringsliv. I utfrågningen deltog även ledamöter i social- och arbetsmarknadsutskotten liksom företrädare för ett flertal myndigheter och organisationer. En utskrift från utfrågningen återfinns i *bilaga 2*.

Utskottets överväganden

Bakgrund

Utveckling av sjukfrånvaron m.m.

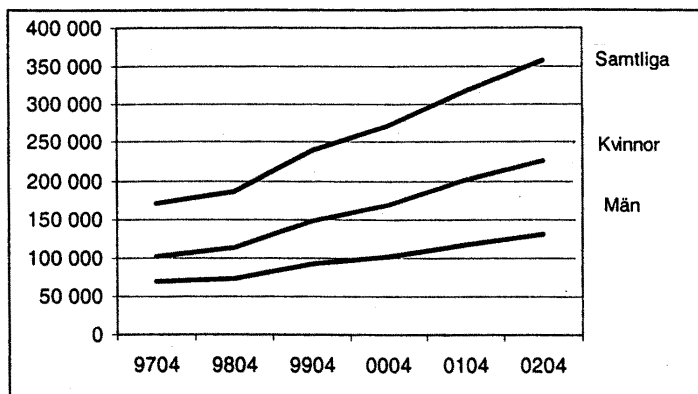
Enligt Riksförsäkringsverkets (RFV) budgetunderlag för åren 2003–2005 ökade antalet långa sjukfall (365 dagar eller mer) med ca 19 000 mellan åren 1999 och 2000, vilket innebär en ökning med 27 %. Mellan åren 2000 och 2001 var ökningen av antalet långa sjukfall ca 22 000, vilket motsvarar en ökning på 24 %. För sjukfall kortare än ett år uppgick ökningen mellan 1999 och 2000 till 20 % och mellan 2000 och 2001 till 9 %. Antalet nybeviljade förtidspensioner eller sjukbidrag ökade med 16 % till drygt 55 000 under 2001 jämfört med 2000.

Av RFV:s statistikuppgifter avseende sjukfrånvaron i april 2002 framgår att 353 000 personer erhöll ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning eller rehabiliteringsersättning under april 2002. Antalet personer med ersättning var i april 2002 18 500 fler än i december 2001 och 38 500 fler än i april 2001, en ökning med 12 %. Ökningstakten, som för kvinnor tidigare legat på en betydligt högre nivå än männens, är nu i stort sett lika hög för kvinnor som för män. Antalet sjukskrivna ökar för närvarande i en lägre takt än tidigare, men samtidigt blir sjukskrivningarna allt längre. Av de personer som var sjukskrivna i slutet av februari 2002 hade 117 500 varit sjukskrivna i mer än ett år, vilket var 20 000 fler än i februari 2001, en ökning med 21 %.

Även antalet nybeviljade förtidspensioner fortsätter att öka. Under perioden januari–april 2002 beviljades ca 22 000 personer förtidspension, vilket är en ökning med ca 23 % jämfört med motsvarande period förra året. I april 2002 var antalet personer med förtidspension eller sjukbidrag 464 000, varav 57 % kvinnor. Av dessa hade 353 000 hel förtidspension eller sjukbidrag.

Utgifterna för sjukförsäkringen och förtidspensioneringen ökar också. Under perioden januari–april 2002 uppgick utgifterna för sjukpenning till 13,6 miljarder kronor och för förtidspension eller sjukbidrag till 14,6 miljarder kronor. Jämfört med motsvarande period förra året ökade utgifterna för sjukpenning med 17 % och för förtidspension eller sjukbidrag med 8 %.

Antal individer som under april månad 1997–2002 erhållit sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller arbetsskadeersättning



Källa: Riksförsäkringsverket

Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH-utredningen, har i sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) gjort en analys av sjukfrånvaron. HpH-utredningen konstaterar att helårssjukfrånvaron varierar från 43 % till 314 % av förväntad nivå mellan olika kommuner i landet. Utvecklingen inom vissa yrkesområden är dessutom väsentligt sämre än inom andra. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden – vård, skola och omsorg. Det föreligger även stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun. På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branscher och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser och företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större.

För innevarande budgetår har till anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. anvisats 45 705 miljoner kronor. RFV har i budgetunderlaget för 2003–2005 föreslagit ett tilläggsanslag på 5 697 miljoner kronor för 2002. Enligt RFV:s prognos kommer utgiften för anslaget för 2002 att uppgå till 49 709 miljoner kronor. Regeringen har i vårpropositionen (prop. 2001/02:100) i tilläggsbudget föreslagit att anslaget 19:1 ökas med 2,5 miljarder kronor för 2002. Utskottet har i yttrande 2001/02:SfU8y till finansutskottet tillstyrkt förslaget. Finansutskottet har därefter i betänkande 2001/02:FiU21 tillstyrkt regeringens förslag om tilläggsbudget.

Socialförsäkringsadministrationen

För innevarande budgetår har till anslaget 19:8 Allmänna försäkringskassor anvisats 5 289 miljoner kronor. Av dessa medel har 100 miljoner kronor tillförts efter förslag av utskottet i betänkande 2001/02:SfU1. Genom ett sådant tillskott ansåg utskottet att förutsättningar skapas för försäkringskas-

sorna både att höja ambitionsnivån vad gäller kvaliteten och effektiviteten i handläggningen och att bättre hantera det stora antalet långa sjukfall.

RFV har i budgetunderlaget för 2003–2005 framhållit att resurserna inom socialförsäkringens administration inte är i nivå med de krav som ställs på administrationen. Försäkringskassans möjligheter att bromsa utvecklingen av sjukskrivningarna är begränsade eftersom inflödet i sjukförsäkringen bestäms av externa faktorer. Ärendevolymerna beräknas öka fram till 2003, till stor del på grund av allt längre sjukskrivningstider som delvis uppstår genom försäkringskassornas resursbehov. För att få ned denna mängd ärenden behövs enligt RFV ett tillfälligt resurstillskott. RFV föreslår även att resurser tillfälligt tillförs försäkringskassorna för att kunna göra en engångsinsats med de sjukfall som är över ett år. Totalt innebär detta en insats på 650 miljoner kronor under 2003–2004, varav 250 miljoner kronor avser 2003.

I en skrivelse den 5 maj 2002 till socialförsäkringsministern från flertalet försäkringskassor och Försäkringskassaförbundet anförts att försäkringskassorna kan minska samhällets kostnader för sjukfrånvaron om de ges tillräckliga resurser för att arbeta aktivt mot den ökade ohälsan i samhället.

Regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa i arbetslivet

Regeringen har i budgetpropositionen för 2002 presenterat ett åtgärdsprogram, det s.k. elvapunktsprogrammet. Åtgärderna ingår i en sammanhållen strategisk satsning för förbättrade arbetsvillkor och hälsa i arbetslivet. Programmet omfattar åtgärder för att förebygga ohälsa i arbetslivet, rehabilitera dem som drabbats samt vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården. Syftet är att sätta individen i centrum och att göra arbetsgivarens ansvar för hälsan tydligare. Programmet innefattar följande punkter.

1. Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet. Regeringen har påbörjat ett arbete med att formulera övergripande mål för ökad hälsa i arbetslivet. För att få ett tillräckligt genomslag i praktiken är det av central betydelse att arbetsmarknadens parter medverkar i målformuleringen.

2. Treparsamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Treparsamtalen syftar till att skapa en samsyn samt att samordna insatserna i strategin för att motverka ohälsa i arbete. Samtalen avser såväl förebyggande arbete som rehabilitering.

3. Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att förebygga ohälsa. Regeringen överväger olika sätt att med hjälp av ekonomiska drivkrafter få arbetsgivare att ta ett större ansvar för arbetsvillkoren och att integrera det förebyggande och rehabiliterande arbetet i verksamheten.

4. Utveckling av arbetsmiljöarbetet. Ett uppdrag har lämnats till Arbetsmiljöverket att utreda hur arbetsmiljöcertifiering av privata och offentliga arbetsgivares verksamheter kan utvecklas till att bli en faktor som bidrar till ökad hälsa i arbetslivet.

5. Hälsobokslut. Särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemet kommer att införas inom den offentliga sektorn. Detta kommer att baseras på en redovisning av de anställdas hälsoläge hos den enskilde offentliga arbetsgivaren.

Förutsättningarna för att till stånd motsvarande redovisning även i privata verksamheter skall undersökas.

6. Försök att minska ohälsan inom den offentliga sektorn. Särskilda försök genomförs hos några hos de offentliga arbetsgivarna i syfte att förebygga och minska sjukfrånvaron.

7. Förnyelse av rehabilitering – individen i centrum. I december 2001 fick RFV och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

8. Justeringar av gällande lagstiftning för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet. Regeringen överväger att skärpa reglerna om arbetsgivarens skyldighet att medverka i rehabiliteringsarbetet. Detta innebär att arbetsgivarna alltid skall lämna underlag och yttrande från företagshälsovården den 60:e dagen i en sjukperiod.

9. Formerna för sjukskrivningsprocessen. Mönstret för sjukskrivningar visar betydande geografiska variationer. Kunskapen om detta behöver förbättras. RFV har fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen närmare klargöra omfattningen av problemen och följderna för försäkringskostnaderna.

10. Förbättrad statistik och forskning på ohälsoområdet. Kunskaperna om sjukskrivningens orsaker, samband och konsekvenser behöver förbättras. Det finns därför behov av mer utvecklad forskning och statistik. Regeringen beslutade i januari 2002 om direktiv till en särskild utredare som skall granska detta.

11. Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården innebär att 9 miljarder kronor tillförs hälso- och sjukvården under perioden 2001–2004. Landstingen kommer dessutom att under perioden 2002–2004 tillföras sammanlagt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i hälso- och sjukvården.

Samverkan och finansiell samordning

I syfte att skapa drivkrafter inom systemen för socialförsäkring och hälso- och sjukvård för ett bättre utnyttjande av de gemensamma resurserna bedrevs under åren 1993–1997 med stöd av lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård sådan försöksverksamhet på lokal nivå inom fem försöksområden (Finsam). För att pröva möjligheterna till en effektivare användning av tillgängliga resurser får enligt lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst, om regeringen medger det, en försäkringskassa, ett landsting och en kommun som har kommit överens om det bedriva sådan försöksverksamhet (Socsam). Sistnämnda försöksverksamhet, som är begränsad till högst tio försöksområden, startade den 1 juli 1994 och skall avslutas senast vid utgången av 2002. Utskottet har erfarit att regeringen avser att föreslå att Socsamförsöken förlängs med ett år. Därtill har en försäkringskassa sedan den 1 januari 1998 möjlighet att träffa överenskommelse med kommun,

landsting och länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser (Frisam).

Med anledning av en motion om permanent finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården, socialförsäkringen och socialtjänsten togs frågan upp för behandling i socialutskottet under hösten 2000 (se bet. 2000/01:SoU5). På förslag av socialutskottet och efter en överenskommelse i det utskottet mellan representanter för s, c, fp och mp begärde riksdagen att regeringen skyndsamt skulle återkomma med förslag om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och socialförsäkringen i syfte att underlätta samarbete för att åstadkomma ökad hälsa och minskade sjukskrivningar. Socialutskottet ansåg att bättre samordning mellan hälso- och sjukvården, socialförsäkringen och socialtjänsten kan bidra till bättre hälsa och innebära att systemen fungerar mer effektivt. Samtidigt får medborgaren en bättre vård och samhällets totala kostnader hålls nere.

Regeringen återkom därefter i budgetpropositionen för 2002 med förslag om att 200 miljoner kronor av Dagmarmedlen skulle få användas för finansiell samordning, varav 100 miljoner kronor avsåg anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. Regeringen, som avsåg att återkomma beträffande den finansiella samordningens närmare utformning, förklarade sig beredd att i tilläggsbudget under 2002 eller i budgetpropositionen för 2003 pröva om ytterligare medel skulle göras tillgängliga för denna verksamhet.

Inför behandlingen av budgetpropositionen för 2002 fick socialförsäkringsutskottet muntlig information av företrädare för RFV om resultatet av den utvärdering om Socsam som skulle överlämnas till regeringen senare samma höst. I betänkande 2001/02:SfU1 konstaterade utskottet att riksdagen redan hade tagit ställning för en finansiell samordning som skall omfatta tre parter. För att en samordning skall kunna ge erforderligt stöd åt enskilda individer med sammansatta problem borde den dock enligt utskottet även omfatta arbetsmarknadsmyndigheterna. Med hänsyn härtill ansåg utskottet att regeringen under våren 2002 skulle återkomma till riksdagen med förslag om en finansiell samordning som omfattar socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Enligt utskottet skall denna möjlighet till samordning vara permanent och rikstäckande och utformas med utgångspunkt från bestämmelserna i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Riksdagens tidigare begäran om en finansiell samordning mellan tre parter skall således kompletteras så att det blir möjligt även för arbetsmarknadsmyndigheterna att ingå i en sådan samverkan. Motioner med yrkande om finansiell samordning mellan försäkringskassa och landsting avstyrktes därmed. Utskottet påpekade samtidigt att de möjligheter till samverkan som bedrivs inom ramen för Frisam skall fortsätta att gälla. Däremot fann utskottet inte skäl att föreslå att medel skulle avsättas av anslaget 19:1 för finansiell samordning. Riksdagen gav därefter som sin mening regeringen till känna vad utskottet anfört (rskr. 2001/02:84).

Av RFV:s och Socialstyrelsens i november 2001 avlämnade slutrapport (Finansiell samordning 2001:1) framgår bl.a. att Socsamförsöken har underlättat gemensamma lösningar över sektorsgränserna. Personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden har särskilt uppmärksammats i genomförda aktiviteter, vilka möjliggjorts genom resursförstärkningar som finansierats bl.a. genom sjukpenninganslaget. Resursförstärkningen har framför allt gått till socialtjänsten. Insatserna har haft en gynnsam effekt på kostnaderna för socialbidrag och sjukpenning samt på utvecklingen av långa sjukfall. Däremot är det enligt rapporten osäkert om de totala kostnaderna påverkats positivt. Insatserna har upplevts som positiva av de deltagande individerna samtidigt som försöksverksamheten utgjort ett tydligt stöd för personalen. I första hand är det dock enbart de som arbetat med Socsamaktiviteter som anser att samverkan över sektorsgränserna har förbättrats. Om Socsam skall tillämpas i hela landet krävs enligt rapporten förändringar av Socsamlagstiftningen som bl.a. reglerar länsarbetsnämndens medverkan samt ställningstagande till frågan om hur sjukpenninganslaget kan användas.

I november 2001 avlämnades även en rapport med utvärdering av Frisamverksamheten. Utvärderingen har gjorts av Socialstyrelsen i samarbete med RFV, Arbetsmiljöverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Utvärderingen visar att välfärdssystemet fungerar dåligt för människor med långvarigt behov av offentlig försörjning. I rapporten uppskattas att det finns behov av samarbete för ca 300 000 människor i arbetsför ålder som har kontakt med minst två av verksamheterna försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst. De försök som gjorts med frivillig samverkan visar positiva resultat både för den enskilde individen och för samhället, och har givit ökat handlingsutrymme åt välfärdsorganisationerna. För att nå längre krävs dock enligt rapporten förändringar bl.a. i form av en lokal arena för gemensam prioritering av stödinsatser, en gemensam politisk nämnd på lokal nivå, särskilda resurser för lokala samverkansgrupper och en individuell handlingsplan för den enskilde.

Även Finsamförsöken har utvärderats. RFV och Socialstyrelsen har i sin slutrapport (Finansiell samordning 1997:1) framhållit att man genom Finsam introducerade en ny typ av ekonomisk drivkraft innebärande att en ökad medvetenhet om socialförsäkringskostnader och deras samband med sjukvårdens kostnader leder till att resurserna används mer effektivt. Den finansiella ramen för de tre försöksåren uppgick till 12,7 miljarder kronor, varav 2,5 miljarder kronor från socialförsäkringen. Upp till 10 % av socialförsäkringens medel kunde disponeras för särskilda insatser. Härigenom finansierades insatser för 39 miljoner kronor, t.ex. inköp av medicinsk utrustning. Finsamförsöken gav en ekonomisk besparing i socialförsäkringen på 154 miljoner kronor under perioden 1993–1995 i de fem försöksområdena. Resultatet utgör skillnaden mellan kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning och de beräknade kostnaderna som skulle ha uppstått om försöket inte bedrivits. Försökets fulla effekt, som uppskattas ha uppnåtts under år 1995 (år 3), beräknas motsvara en besparing på 9 %. Det ekonomiska resultatet har dock

varierat mellan de olika områdena. Fyra av fem områden uppvisade klara överskott medan det femte hade ett litet underskott. Att det gick sämre i ett av områdena förklaras av att det området hade delvis annorlunda förutsättningar. Sjukfrånvaron mätt som ohälsotalet minskade i försöksområdena med 2,5 procentenheter mellan 1992 och 1995. Under samma period ökade ohälsotalet i landet med 2,1 procentenheter. Finsams målgrupp bereddes i viss mån extra utrymme i vården, men enligt rapporten skedde detta inte på bekostnad av andra patientgrupper. Enligt rapporten har det inte varit möjligt att studera kostnadsutvecklingen inom den del av hälso- och sjukvården som berörts av försöket. Utskottet har erfarit att en kompletterande utvärdering av hela försöksperioden (1993–1997) visar ett ekonomiskt resultat som sammantaget för perioden uppgick till ca 309 miljoner kronor.

Krisplan mot ohälsan

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bör som sin mening ge regeringen till känna vad utskottet anfört om riktlinjer för regeringens arbete med att ta fram förslag om finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna. Därmed bifalls delvis motioner av Moderaterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet och Folkpartiet.

Riksdagen bör vidare avslå motionsyrkanden bl.a. om

- en ny rehabiliteringsförsäkring,
- försäkringskassornas situation,
- rehabiliteringsgaranti,
- förtidspensionärens återgång till arbetslivet,
- ny åtgärdsplan mot den ökande sjukfrånvaron och
- förebyggande hälsoarbete.

Jämför reservationerna nr 1 (m, kd, c och fp), 2 och 3 (mp) samt 4 (s och v).

Motioner

Kristdemokraterna

Alf Svensson m.fl. (kd) begär i motion Sf36 yrkande 1 beslut om en ny rehabiliteringsförsäkring. Motionärerna anser att de förslag som lämnats av den särskilda utredaren Gerhard Larsson i slutbetänkandet Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78) bör genomföras. Förslagen innebär en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring med en ökad försäkringsmässighet, en förstärkt förebyggande roll och en offentlig huvudaktör liksom en rätt till rehabiliteringsstöd. I samma motion yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om situationen vid försäkringskassorna. Motionärerna framhåller att de kraftiga neddragningar som försäkringskassorna har fått vidkännas under senare år innebär att de inte längre kan arbeta aktivt med rehabilitering. Försäkringskas-

sorna bör därför tillföras mer resurser. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om särskilda resultatenheter inom försäkringskassan som arbetar med rehabilitering. Enligt motionärerna skall den viktiga rehabiliteringen inte behöva stå tillbaka för sjukpenningutbetalningar. Genom att inrätta särskilda resultatenheter för rehabilitering kan t.ex. personal inte utan vidare föras från en enhet till en annan. I yrkandena 4 och 5 begär motionärerna att regeringen dels påbörjar det nödvändiga lagstiftningsarbetet för den nya rehabiliteringsförsäkringen, dels tillsätter en organisationskommitté med ansvar för genomförandet. I yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om finansiell samordning. En stark försäkringsgivare enligt den föreslagna modellen med en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring kan bli en bra samordningspart som tillsammans med övriga aktörer kan hitta effektiva samverkansmodeller utifrån lokala förutsättningar. Samordning av rehabiliteringsinsatser måste dock finnas på plats om finansiell samordning skall kunna fylla en reell funktion. Den finansiella samordningen bör lösas i särskild ordning, varför det är mycket angeläget att regeringen i höst återkommer till riksdagen med en proposition härom.

Centerpartiet

Agne Hansson m.fl. (c) begär i motion Sf35 yrkande 1 beslut om permanent finansiell samordning av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och socialförsäkringen för att underlätta samarbetet och åstadkomma ökad hälsa och minskade sjukskrivningar. Motionärerna hänvisar till att riksdagen tidigare begärt att regeringen skall återkomma till riksdagen med förslag härom. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att växla passivt stöd mot rehabiliteringsersättning senast efter tre månaders sjukskrivning (rehabiliteringsgaranti). I samma motion yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att förlänga gränsen för rehabiliteringsersättning. Motionärerna anser att den nuvarande ettårsgränsen bör tas bort. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om en individuell behandlingsplan för rehabilitering genom lagfästa rättigheter. Rehabiliteringsinsatserna skall enligt motionärerna inte vara beroende av ålder, kön, funktionshinder eller bostadsort. Vidare är det viktigt att den enskilde ges inflytande över rehabiliteringsprocessen.

Folkpartiet

Lars Leijonborg m.fl. (fp) begär i motion Sf34 yrkande 1 beslut om finansiell samordning mellan försäkringskassa och bl.a. sjukvård, i huvudsak enligt de av riksdagen tidigare antagna principerna för den s.k. Finsamverksamheten. Enligt motionärerna innebär det en ekonomisk ram upp till 10 % av varje områdes kostnader för sjukpenning och rehabiliteringsersättning, dvs. en ram på 4–5 miljarder kronor per år. Ramen skall kunna användas lokalt för åtgärder som försäkringskassa och landsting enas om och som kan minska statens kostnader genom kortare väntetider och minskade sjukskrivningar. En sådan finansiell samordning möjliggör både viktiga vårdsatsningar och främjar nödvändig dialog mellan aktörerna i rehabiliteringsprocessen. Motionärerna hänvisar till uppgörelsen i socialutskottet mellan s, c, fp och mp under hösten

2000 och till riksdagens beställning av en proposition till våren 2002. I yrkande 2 begärs förslag om nytt system för rehabilitering. Väntan på vård och rehabilitering måste förkortas drastiskt och en ”kontrollstation” införas efter två månaders sjukskrivning då ställning tas till om patienten behöver rehabilitering. Vidare bör försäkringspengar få användas friare, t.ex. till projekt med företagshälsovården och delfinansiering av särskilda utredningscentrum för snabb hantering av rehabiliteringsfall. Resurser som tillförs skall enligt motionärerna kunna användas för att handla upp rehabiliteringsinsatser och för att påskynda försäkringskassornas utredningar. I samma motion yrkande 3 begärs förslag om rehabiliteringsgaranti. Ingen skall behöva vänta i mer än en månad på att rehabilitering kommer i gång efter det att behovet konstaterats. Vidare bör en annan läkare än den sjukskrivande ta ställning till om rehabiliteringsinsatser skall sättas in och den enskilde vara skyldig att delta i rehabilitering för att inte riskera att få reducerad ersättning. I yrkande 4 begärs förslag som möjliggör för förtidspensionärer att återgå till arbetslivet. När den av regeringen prövade modellen med vilande förtidspension i stort sett misslyckats måste andra metoder prövas. En fortsatt utredning av vad som kan göras för att uppmuntra redan förtidspensionerade att återgå i arbete bör därför tillsättas. Därtill anser motionärerna att flera förslag i Ds 2002:10 Riv hindren för äldre i arbetslivet förtjänar att prövas i positiv anda.

Moderaterna

Bo Lundgren m.fl. (m) begär i motion Fi36 yrkande 3 en kraftfull åtgärdsplan mot den ökande sjukfrånvaron. Motionärerna anser att det krävs förändringar inom sjukvården, försäkringskassorna och sjukförsäkringen. Även förändringar av läkarnas arbete krävs. Bland annat bör en nationell vårdgaranti införas som tillförs drygt 3,5 miljarder kronor och försäkringskassorna tillförs fem miljarder kronor för sjukvård. Dessa medel, som skall kunna användas av den enskilde patienten, kommer att leda till radikalt minskade väntetider och därmed en minskning av sjukfrånvaron. Försäkringskassorna bör dessutom få köpa specialistvård utanför landstingssektorn för att minska väntetider samt få ytterligare en miljard kronor för att höja kvaliteten i verksamheten och komma till rätta med de kö- och flaskhalsproblem som den ökande sjukfrånvaron har skapat. Därtill krävs en medicinskt genomtänkt användning av sjukskrivningen. I dag bestäms behovet av och längden på sjukskrivning ofta av patientens önskemål, inte av medicinska överväganden. Det krävs vidare att läkarna får utbildning i försäkringsmedicin så att sjukskrivningen blir mer motiverad från både medicinsk synpunkt och kostnadsynpunkt. Dessutom bör en fördjupad samverkan komma till stånd mellan försäkringskassa, företagsläkare och arbetsledning.

Miljöpartiet

Matz Hammarström m.fl. (mp) begär i motion Fi41 yrkande 1 ett tillkännagivande om ytterligare insatser för ökad hälsa i arbetslivet i form av livsstilsför-

ändringar, förebyggande hälsoarbete och en översyn av resurser och metoder i rehabiliteringsarbetet. Motionärerna anser bl.a. att det behövs en väl fungerande företagshälsovård och att samhället bör premiera individens egna förebyggande insatser, t.ex. genom att införa en avdragsrätt för utgifter för motion. Därtill krävs mer personal till försäkringskassorna och att försäkringskassornas IT-system finansieras centralt. För närvarande måste försäkringskassorna skära ner på personal för att finansiera datasystemet. Dessutom måste alternativa behandlingsmetoder, t.ex. terapeutiska samtal och motion på recept, erbjudas framför allt de sjukskrivna samt en rätt till rehabilitering och omskolning vid behov införas.

Utskottets beredning av ärendet

Utskottet har som ett led i beredningen av ärendet den 16 maj 2002 erhållit information av statssekreteraren i Socialdepartementet, Agneta Karlsson, som uppgav bl.a. följande. Regeringen har anlagt ett brett perspektiv på ohälsoproblema som innefattar inte bara elvapunksprogrammet utan också frågor om arbetstidsförkortning, kompetenskonto och en förlängning av föräldrapenningen. Den ökande sjukfrånvaron är mycket oroande men det står numera klart att regering och riksdag inte ensamma kan lösa problemet. Lösningen finns i första hand ute på arbetsplatserna. De av regeringen initierade trepartssamtalen är därför mycket viktiga. Regeringen har nu tillgång till ett brett beslutsunderlag i form av olika utredningar. Såvitt gäller rehabiliteringsfrågorna avser regeringen att återkomma till riksdagen med förslag i höst. När det gäller finansiell samordning har det förhållandet att arbetsmarknadsmyndigheterna skall ingå i den finansiella samordningen, enligt riksdagens beställning från hösten 2001, komplicerat lagstiftningsarbetet. Regeringen arbetar dock med frågan med sikte på att lägga en proposition till riksdagen i höst.

Utskottet har vid sammanträde den 21 maj 2002 erhållit information av Arbetsmiljöverkets generaldirektör Kenth Pettersson, tillika projektledare för de pågående s.k. trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Dessa samtal, som förs med ca 150 representanter för parterna, syftar till att komma fram till ett åtagande från parterna i en utvidgad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Såvitt gäller arbetsmiljöfrågorna anförde Kenth Pettersson följande. I dag finns ett bra system för arbetsmiljöarbetet, s.k. systematiskt arbetsmiljöarbete. Om företagsledningen prioriterar arbetsmiljöarbetet mår de anställda bra. Detta visar sig i Arbetsmiljöverkets inspektionsarbete. I en tredjedel av företagen fungerar arbetsmiljöarbetet på ett bra sätt. 63 % av arbetsgivarna och 80 % av skyddsombuden medger att de har otillräckliga kunskaper om arbetsmiljöfrågor. En betydande informationssatsning skulle vara ett verksamt medel för att få till stånd ett fungerande arbetsmiljöarbete också bland övriga företag. När det gäller trepartssamtalen framkom att parterna hittills har haft förberedande samtal bl.a. om rehabilitering, ekonomiska drivkrafter, företagshälsovårdsfrågor och betydelsen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Parterna är överens om att det systematiska arbetsmiljöarbetet är viktigt. På de enskilda arbetsplatserna vet man i regel hur

problemen skall lösas. Enligt arbetsgivarparten är det dock inte bara arbetsplatsen som spelar roll. Arbetsplatsen kan bidra med satsningar på livsstilsfrågor, t.ex. genom att tillhandahålla friskvård och rökavvänjningskurser. När det gäller rehabilitering är det förenat med stora svårigheter att få tillbaka de långtidssjukskrivna. För att förhindra passivitet behövs snabba insatser och någon form av aktivitet under sjukskrivningen. En lösning kan vara lönebidrag för att öka viljan hos arbetsgivare att få tillbaka den anställda i arbete. Företagshälsovården är enligt parterna viktig men man ser problem med att snabbt få till stånd en utbyggnad av företagshälsovården. Det krävs både metodutveckling och utbildning av läkare och skyddsingenjörer. Går man för snabbt fram finns risk att man skapar problem för primärvården. När det gäller lednings- och organisationsfrågor behövs både utbildning och opinionsbildning. Eftersom det inte finns någon enkel förklaring till den ökande sjukfrånvaron kommer det att krävas många åtgärder och ta tid innan man når resultat. Enligt Kenth Pettersson är det endast genom systematiskt arbetsmiljöarbete och ändrade attityder hos sjukskrivande läkare som resultat snabbt kan uppnås. Bland annat finns det skäl att diskutera om sjukskrivning alltid är rätt medicin. För att få till stånd en sådan ändring i attityder krävs opinionsbildning. Enligt Kenth Pettersson är ambitionen att lägga konkreta förslag till regeringen inför höstens budgetbehandling.

Vidare har utskottet hållit en offentlig utfrågning den 23 maj 2002 (en utskrift från utfrågningen återfinns i bilaga 2). Vid utfrågningen framhöll RFV:s generaldirektör att sjukfrånvaron aldrig har varit högre än i dag och att den fortsätter att öka. Även om ökningstakten vad gäller nya sjukfall har avtagit något blir sjukfallen allt längre. Någon minskning kan sannolikt inte förväntas under de närmaste åren. Trots alla utredningar är orsakerna till den höga sjukfrånvaron ännu inte helt klarlagda. Det finns dock tecken på att värderingar och attityder ändrats i så måtto att människor söker sjukdom som en lösning på påfrestningar i livet. Det man däremot känner väl till är att variationerna i sjukskrivningsmönstret är betydande. Det är en mycket stor geografisk spridning inte bara mellan län och landsdelar utan också mellan och t.o.m. inom kommuner. Sjukfrånvaron är vidare olika inom olika sektorer och på olika arbetsplatser. Enligt RFV behövs ett resurstillskott för att försäkringskassorna skall kunna få möjlighet att ta itu med de långa sjukfallen. För att i grunden komma till rätta med problemen med sjukfrånvaron krävs dock att rehabilitering sätts in i ett tidigt skede.

Läkarförbundet påpekade att trots att medellivslängden fortsätter att öka blir allt fler sjuka eller i vart fall borta från arbetet. Det finns många förklaringar till den ökande sjukfrånvaron, bl.a. att kvinnor födda på 1940-talet har yrkesarbetat i betydligt större utsträckning än tidigare generationers kvinnor och att tempot i arbetslivet har ökat. Däremot är det svårt att förklara varför sjukskrivningen ser så olika ut i olika delar av landet. Ett av problemen som läkaren ställs inför är att det i många fall handlar om diffusa diagnoser och att man inte vet vilken behandlingsmetod som är den rätta. Läkarförbundet påpekade att sjukskrivning som åtgärd ofta är behäftad med "biverkningar". Efter

tre–fyra månaders sjukskrivning är det svårt att få patienten tillbaka i arbete. Förutom att läkarna måste få mer tid för sina patienter bör det sättas upp mål för sjukfrånvarons minskning samt hälso- och sjukvården ges mer resurser bl.a. i form av mer personal. Vidare bör utbildningen i försäkringsmedicin förbättras, samverkan ske mellan försäkringskassa och hälso- och sjukvården samt företagshälsovården byggas ut.

Svenskt Näringsliv presenterade en av Temo nyligen genomförd opinionsundersökning om attityder till sjukskrivning bland 2 000 anställda och arbetsgivare inom privat och offentlig sektor. Undersökningen visar bl.a. att drygt 90 % av de anställda trivs på arbetet. Arbetsgivaren har ansvar för en god arbetsmiljö och för att stödja friskvårdsinsatser bland de anställda. Inom avtalsförsäkringarna, som administreras av AFA, avsätts medel både till information, forskning och till olika projekt. AFA ägs av Svenskt Näringsliv, LO och PTK. Under senare år har 100–200 miljoner kronor per år avsatts för olika projekt. Bland annat bedrivs försök i några företag i syftet att finna lämpliga lösningar som kan användas även av andra företag. Vidare har 50 miljoner kronor avsatts för att stimulera rehabiliteringsverksamheten. Sistnämnda medel används i samarbete med försäkringskassan för att täcka halva kostnaden för rehabiliteringsåtgärder för enskilda individer. Arbetsplatsen är inte den enda orsaken till den ökande sjukfrånvaron. Andra faktorer som spelar roll är t.ex. kost och motion. För att komma till rätta med problemen måste mål sättas upp. Ett mål kan vara att minska sjukfrånvaron till t.ex. 1996–1997 års nivå. Därtill måste bl.a. kravet på arbetsoförmåga för rätt till sjukpenning återupprättas och den försäkrades ansvar betonas, t.ex. genom självrisker i sjukförsäkringen.

Utskottets ställningstagande

Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m.

De aktuella motionerna har väckts mot bakgrund av den dramatiska ökningen av sjukfrånvaron. Utskottet anser att de senaste årens utveckling inom ohälsområdet kan sägas vara en av de svåraste utmaningarna som de inom området verksamma myndigheterna ställts inför. Utskottet har vid flera tillfällen uttryckt sin stora oro över utvecklingen av sjukfrånvaron, senast i yttrande 2001/02:SfU8y till finansutskottet över regeringens förslag till tilläggsbudget för 2002. Dessvärre kan utskottet konstatera att sjukfrånvaron alltjämt ökar, även om ökningstakten har avtagit. Orsakerna till den kraftigt ökande sjukfrånvaron är komplex, vilket även framkom vid utskottets utfrågning den 23 maj 2002, och kan sannolikt sökas både i arbetslivet och utanför. Någon enkel lösning på problemet står därför inte att finna. Snarare handlar det om att få till stånd en bred satsning på flera olika områden där åtgärder för bättre arbetsmiljö, inklusive inflytande på arbetsplatsen för de anställda, tydligare arbetsgivaransvar och en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är viktiga komponenter. Andra komponenter kan vara att få till stånd en ändring av läkarnas sjukskrivningsmönster, satsningar på en utbyggnad av företagshälsovården och förebyggande arbete i form av folkhälsoarbete och frisk-

vård. Enligt utskottet kräver sjukfrånvarons komplexitet både ett brett perspektiv på frågan och krafttag från alla berörda parter såsom arbetsgivare, sjukskrivande läkare, försäkringskassan och andra aktörer verksamma på området.

När det gäller arbetsgivarens ansvar har HpH-utredningen i sitt slutbetänkande SOU 2002:5 konstaterat att det råder ett starkt samband mellan arbetsplatsförhållanden och anställdas sjukfrånvaro. Arbetsplatsen är enligt utredningen den viktigaste och kanske ofta den enda arenan för effektiva förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att minska sjukfrånvaron, oavsett hur sjukdomen orsakats. Enligt utskottet är det uppenbart att ett stort antal sjukdomar har litet eller inget samband alls med arbetslivet och att sociala faktorer, familjeförhållanden och ekonomi i mer eller mindre grad påverkar hälsan hos den enskilde individen. Även levnadsvanor såsom kost, motion, tobaks- och alkoholbruk har betydelse för människors välbefinnande. Här har individen ett eget ansvar för att motverka sjuklighet och sjukfrånvaro. Även om orsakerna till den ökande sjukfrånvaron således inte bara kan sökas på arbetsplatsen delar utskottet HpH-utredningens bedömning av arbetsplatsens stora betydelse för att få ner sjukfrånvaron.

Som redovisas nedan anser utskottet att läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen är betydelsefull och att den måste klargöras. Utskottet återkommer till frågan i följande avsnitt.

För att komma till rätta med problemen med den ökande sjukfrånvaron har regeringen under hösten 2001 presenterat ett brett åtgärdsprogram, elvapunktsprogrammet, som syftar till att sätta den försäkrade i centrum och att göra arbetsgivarens ansvar för ohälsan tydligare. Programmet omfattar åtgärder för att förebygga ohälsa i arbetslivet, rehabilitera dem som drabbats samt vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det betonas samtidigt att det är särskilt viktigt att i en strategi för hälsa i arbetslivet uppmärksamma kvinnors hälsa. Eftersom problemen med långa sjukskrivningar är särskilt stora bland anställda i den offentliga sektorn, där en stor del av de anställda utgörs av kvinnor, innefattar programmet också försök att minska ohälsan hos några av de stora offentliga arbetsgivarna. Även formerna för sjukskrivningsprocessen ingår som en del i regeringens elvapunktsprogram. Av vårpropositionen framgår att arbetet med elvapunktsprogrammet fortsätter, att det vid behov kommer att förändras samt att regeringen har för avsikt att lämna förslag till riksdagen i höst.

Flera utredningar och uppdrag har påbörjats inom ramen för elvapunktsprogrammet. Bland annat har RFV i beslut den 14 mars 2002 fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen närmare klargöra omfattningen av de geografiska variationerna i sjukskrivningsmönstret och följderna härav för försäkringskostnaderna. Av utredningsuppdraget framgår bl.a. att det finns stora regionala skillnader som inte kan förklaras genom modeller som enbart vill se sjukfrånvaron som något som orsakas genom individers olika beteenden. De regionala skillnaderna kan inte heller förklaras genom skillnader i ålder eller näringsstruktur. Det kan vidare antas att formerna för behandlande läkares

och försäkringsläkares medverkan i sjukskrivningsprocessen varierar över landet liksom att de stora regionala skillnaderna i sjukfrånvaron även kan indikera att regeltolkningar och tillämpningar skiljer sig åt. Det är därför av stor vikt att kunskaperna ytterligare ökar om de bakomliggande orsakerna till det fortsatt stora antalet långtidssjukskrivningar bl.a. med syfte att arbetsgivares och samhällets förebyggande åtgärder och rehabiliteringsinsatser skall kunna göras effektivare. En delredovisning av uppdraget skall lämnas senast den 30 september 2002. Uppdraget skall slutredovisas senast den 15 februari 2003.

Särskilda försök genomförs för närvarande hos några av de stora offentliga arbetsgivarna i syfte att förebygga och minska sjukfrånvaron. För detta ändamål har 50 miljoner kronor avsatts för 2001 och 20 miljoner kronor för 2002. Vidare har en utredning (dir. 2002:4) tillsatts för att lämna förslag om förbättrad statistik och forskning på ohälsoområdet. Därtill kommer att regeringen som redan nämnts har inlett trepartssamtal med arbetsmarknadens parter i syfte att komma fram till ett åtagande från parterna i en utvidgad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. En första avstämning av arbetet skall göras i slutet på juni 2002.

Utskottets uppfattning i fråga om problemens komplexitet har bekräftats bl.a. av vad som framkom vid utfrågningen den 23 maj 2002. Återigen framfördes uppfattningen att det inte finns någon enkel och snabb lösning och att det kommer att ta tid innan problemen med den ökande sjukfrånvaron är bemästrade. Det breda åtgärdsprogram som regeringen initierat med tonvikt framför allt på arbetslivet har emellertid enligt utskottets mening förutsättningar för att ge resultat. Utskottet vill samtidigt framhålla företagshälsovårdens betydelse. En utbyggd företagshälsovård kan bli en viktig resurs i arbetet med att få ned sjukfrånvaron. Eftersom människors levnadsvillkor och levnadsvanor bidrar till sjuklighet och sjukfrånvaro är det angeläget att även lyfta fram det viktiga folkhälsoarbetet. Utskottet, som delar motionärernas uppfattning om behovet av åtgärder, anser dock att regeringens elvapunktsprogram och det arbete som bedrivs inom ramen för detta utgör ett gott underlag för att komma till rätta med problemen. Med hänsyn härtill saknas det enligt utskottet nu skäl att föreslå riksdagen att ta initiativ till ytterligare åtgärder.

När det gäller frågan om försäkringskassornas resurser förutsätter utskottet att regeringen i det kommande budgetarbetet noga analyserar kassornas behov, särskilt i ljuset av den alltjämt ökande sjukfrånvaron. Utskottet noterar att RFV i budgetunderlaget har påtalat behovet av ytterligare resurser.

Utskottet avstyrker med det anförda motion Fi36 yrkande 3 (delvis). I den mån motion Fi41 yrkande 1 (delvis) inte kan anses tillgodosedd med vad utskottet anfört avstyrks motionsyrkandet i fråga.

Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivande läkare bär ett stort ansvar bl.a. när han eller hon utfärdar läkarintyg för sjukskrivning. Enligt utskottet har läkaren en avgörande betydelse inte bara i förhållande till sina patienter utan också för utvecklingen av socialförsäkringens kostnader. Enligt utskottet innebär det både en grannliga uppgift och ett stort samhällsekonomiskt ansvar att t.ex. utfärda ett läkarutlåtande för förtidspension. Dessutom torde det i flertalet fall inte vara till gagn vare sig för den enskilde patienten eller för samhällsekonomin att under långa perioder slentrianmässigt utfärda intyg för sjukskrivning utan att sätta in aktiva vård- och behandlingsinsatser. Eftersom läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen är betydelsefull måste den enligt utskottets mening klargöras. Bland annat är det angeläget att det görs klart att t.ex. möjligheterna till partiell sjukskrivning alltid bör övervägas liksom alternativ till sjukskrivning, t.ex. i form av en tids omplacering.

Såvitt gäller frågan om utbildning av läkare i försäkringsmedicin anser utskottet att det närmast är självklart att läkaren har goda kunskaper i bl.a. försäkringsmedicin. Utskottet konstaterar att HpH-utredningen har föreslagit att sjukvården skall säkerställa att berörd personal erhåller erforderlig kompetens i försäkringsmedicin. Enligt utredningen är kunskaperna om sambanden mellan sjukskrivning, arbetsplats och alternativa åtgärder till sjukskrivning hos sjukvårdens personal och inte minst hos den behandlande läkaren bristfälliga. Utredningen anser att en förbättrad utbildning och vidareutbildning är ytterst angelägen och att ämnet "sjukskrivning som terapi" bör ingå i all grundläggande utbildning av läkare och sjukvårdspersonal. Vidare bör det vara landstingens ansvar att se till att vidareutbildning erbjuds i alla delar av landet. Vidareutbildning i försäkringsmedicin bör enligt utredningen vara obligatorisk för alla läkare som utfärdar läkarintyg för sjukskrivning.

Eftersom HpH-utredningens förslag för närvarande är föremål för beredning inom Regeringskansliet anser utskottet att det i nuläget inte är påkallat med någon åtgärd från riksdagens sida. Utskottet vill i sammanhanget erinra om att försök inom försäkringskassan i Södermanlands län har visat att utbildning i försäkringsmedicin snabbt kan ge positiv effekt på sjukskrivningstalen. I den mån motion Fi36 yrkande 3 i den del som avser läkares sjukskrivning och utbildning i försäkringsmedicin inte är tillgodosedd avstyrks yrkandet med vad utskottet anfört.

Utskottet vill tillägga att en hearing i Socialdepartementets regi nyligen har hållits om utbildning i försäkringsmedicin. Hearingen handlade såväl om utbildningen i försäkringsmedicin under läkarnas grund- och vidareutbildning som om den fortbildning som sker av yrkesverksamma, intygsskrivande läkare. Syftet med hearingen var att få en bild av vilken utbildning som bedrivs i dag samt att diskutera hur utbildningen kan utökas och förbättras.

Rehabilitering

Det förhållandet att så många människor är långtidssjukskrivna och i åtskilliga fall förtidspensionerade innebär inte bara mänskligt lidande utan också omfattande kostnader för samhället. Detta leder i sin tur till att andra angelägna reformer måste stå tillbaka. Det är inte heller rimligt att så många människor ställs utanför arbetsmarknaden under långa perioder eller, om förtidspension blir aktuellt, under resten av sina annars förvärvsaktiva liv. I många fall finns det säkert en restarbetsförmåga som skulle kunna tas tillvara om det fanns möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering och/eller arbeten anpassade till personer med begränsad arbetsförmåga. I de fall en rehabilitering kommer till stånd sker det i alltför många fall först efter flera månaders sjukskrivning. En längre tids sjukskrivning riskerar dock att leda till sådan passivitet hos den sjukskrivne att den både förstärker ohälsan och leder till att sjukskrivningen förlängs och rehabilitering därmed försvåras. Än svårare är det att bryta den passivitet som en förtidspensionering kan innebära. Även i dessa fall är det viktigt med rehabilitering för att ta till vara den restarbetsförmåga som kan finnas.

För att undvika sjukskrivningens passiviserande verkan är det viktigt att arbetslivsinriktad rehabilitering sätts in i ett tidigt skede. Detta är också tanken bakom de nuvarande reglerna om rehabilitering i AFL, enligt vilka arbetsgivaren har ett förstahandsansvar vad gäller personer med anställning. Bestämmelserna innebär att en arbetsgivare, om det inte framstår som obehövt, skall påbörja en rehabiliteringsutredning när den anställde till följd av sjukdom varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd. Detsamma gäller när den anställdes arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder. Rehabiliteringsarbetet hos försäkringskassorna, som i ett nästa steg har att upprätta en rehabiliteringsplan för den som behöver en rehabiliteringsåtgärd, har inte fungerat på avsett sätt. Försäkringskassorna har till följd av den ökande sjukfrånvaron varit tvungna att prioritera passiva sjukpenningutbetalningar framför andra arbetsuppgifter.

Som nämnts har flera utredningar och uppdrag påbörjats inom ramen för elvapunksprogrammet. Bland annat har RFV och AMS i beslut den 13 december 2001 fått i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I uppdraget ingår att RFV och AMS skall genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Vidare skall RFV inom ramen för en pilotverksamhet utveckla en metod för tidig, fördjupad bedömning av den enskildes arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Arbetet skall bedrivas under 2002–2004 och de metoder, arbetssätt m.m. som visar sig verkningsfulla skall senast vid utgången av 2004 tillämpas fullt ut i hela landet. Senast den 28 februari 2005 skall en slutredovisning lämnas.

Vidare har den tidigare nämnda HpH-utredningen överlämnat sitt slutbetänkande SOU 2002:5. I enlighet med direktiven till HpH-utredningen har en del av underlaget vid utarbetandet av handlingsplanen utgjorts av förslag från Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Sistnämnda utred-

ning har i betänkandet Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78) föreslagit en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som innebär en offentlig modell med bl.a. en offentlig huvudaktör (en ny statlig myndighet), en kraftfullare försäkring via en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring och stärkta förebyggande insatser. HpH-utredningen har med utgångspunkt från dessa förslag diskuterat olika aktörers ansvar för rehabilitering och föreslagit tydligare ansvarsgränser samt en tydligare samordnarroll för försäkringskassan genom att en obligatorisk rehabiliteringsplan skall upprättas och en personlig koordinator utses i varje fall med ansvar för beslut och samordning av åtgärder under sjukperioden.

Andra förslag från HpH-utredningen är att den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett rehabiliteringsunderlag som arbetsgivaren skall upprätta, att ett yttrande från företagshälsovården skall ingå i rehabiliteringsunderlaget, att detta underlag skall lämnas till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för sjukansökan eller dagen för den försäkrades begäran samt att arbetsgivaren skall vara skyldig att genomföra och finansiera de åtgärder som enligt rehabiliteringsplanen arbetsgivaren skall svara för. Utredningen har också föreslagit att arbetsgivare, oavsett arbetsförhållandena, skall svara för att företagshälsovård finns att tillgå såvitt det inte föreligger synnerliga skäl emot det och att försäkringskassan skall upprätta rehabiliteringsunderlag för en försäkrad som inte har någon arbetsgivare. Dessutom har utredningen lämnat en rad förslag som innefattar bl.a. mål och ansvarsområden för berörda aktörer, obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron, särskilda insatser på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro, begränsning av sjukpenningperioden till ett år och en förlängning av sjuklöneperioden. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utskottet anser självklart att en samordnad rehabilitering som sätts in tidigt och är individanpassad är ett mycket viktigt redskap i arbetet med att minska sjukfrånvaron. Utskottet har full förståelse för den otålighet som motionerna i fråga ger uttryck för. Utskottet anser emellertid att arbetet måste få ta ytterligare viss tid så att resultatet blir bra. Utskottet förutser också att det kommer att fordras resurstillskott, i varje fall under den nödvändiga processen att förvandla passiva sjukpenningutbetalningar till aktiva åtgärder. Bland annat kommer försäkringskassorna att behöva både fler rehabiliteringshandläggare och tillräckligt utrymme för att arbeta med de långa sjukfallen. I dagsläget är det dock inte möjligt att ta ställning till försäkringskassornas behov av ytterligare resurser för rehabiliteringsverksamheten. Med hänsyn till att det pågår ett omfattande arbete bl.a. med att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen anser utskottet att resultatet av detta arbete bör avvaktas. Därmed saknas anledning att nu ta ställning till t.ex. införandet av en ny rehabiliteringsförsäkring, ett nytt system för rehabilitering eller till längden av den period för vilken rehabiliteringsersättning skall utges.

Utskottet anser att motionerna Sf36 yrkandena 1 och 2, Sf34 yrkande 2 och Fi41 yrkande 1 (delvis) får anses tillgodosedda med vad utskottet anfört.

Motionerna Sf36 yrkandena 3–5, Sf35 yrkandena 2–4 och Sf34 yrkande 3 avstyrks med hänvisning till det anförda.

Förtidspensionärers återgång till arbetslivet

Som redovisats ovan ökar antalet förtidspensioner och sjukbidrag. Dessvärre finns det få tecken som tyder på att antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag kommer att minska. Som nämnts anser utskottet att det är viktigt med rehabilitering också av personer som redan uppbär förtidspension eller sjukbidrag. Även den restarbetsförmåga som en förtidspensionär kan ha bör enligt utskottet tas till vara. Av det skälet infördes fr.o.m. den 1 januari 2000 möjligheten till vilande förtidspension. Reglerna syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv och innebär bl.a. följande. En försäkrad som uppburit förtidspension under minst ett år får behålla förtidspensionen under högst tre månader under en tolv månadersperiod, samtidigt som han eller hon prövar att arbeta. Om den försäkrade därefter fortsätter att arbeta skall förtidspensionen förklaras vilande under den tid som återstår av denna tolv månadersperiod. Efter de första tolv månaderna av förvärsarbete skall den försäkrade kunna ha förtidspensionen vilande under ytterligare 24 kalendermånader. Om den försäkrade under denna tid anmäler att han eller hon önskar få tillbaka pensionen kan pensionen efter prövning minskas eller dras in om utredning visar att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt. När beslutet om vilande förtidspension löper ut skall den fortsatta rätten till förtidspension prövas på samma sätt.

Emellertid är det färre förtidspensionärer än förväntat som har utnyttjat möjligheten att pröva på att förvärsarbeta utan att förlora pensionen. Mycket talar för att informationen om denna möjlighet inte varit tillräcklig, t.ex. till följd av att försäkringskassorna varit tvungna att prioritera andra arbetsuppgifter. Eftersom det är angeläget att personer med förtidspension uppmärksammas på möjligheterna till vilande förtidspension har RFV fått i uppdrag att genomföra särskilda insatser med syfte att informera om möjligheten till vilande förtidspension. I en rapport till regeringen den 26 februari 2002 har RFV lämnat en första översiktlig redogörelse för genomförda och planerade informationsinsatser. Av rapporten framgår att sammanlagt 1 952 personer fick sina pensioner vilandeförklarade mellan den 1 januari 2000 och den 31 december 2001, varav 602 personer återfått sin förtidspension. Utskottet beklagar att möjligheterna till vilande förtidspension inte har utnyttjats i någon nämnvärd utsträckning men hyser förhoppningar om att informationsinsatsningen kommer att leda till att fler förtidspensionärer får denna möjlighet.

Utskottet vill även peka på att personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag enligt lagen (1998:1755) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels förtidspension eller sjukbidrag skall beredas möjlighet att få en anställning motsvarande en fjärdedels arbetsförmåga. Enligt utskottet är det viktigt att också personer med en relativt ringa restarbetsförmåga får möjlighet att utnyttja denna för förvärsarbete.

För den som efter att ha uppburit förtidspension ställer sig till arbetsmarknadens förfogande, dock utan att få förtidspensionen vilandeförklarad, kan dock problem uppstå om personen i fråga inte omedelbart kommer in på arbetsmarknaden. Reglerna inom arbetsmarknadsområdet är inte anpassade till den situation som en förtidspensionär kan komma att ställas inför vid återgång, helt eller delvis, till arbetsmarknaden när han eller hon väntar på att få ett arbete eller en arbetsmarknadsåtgärd. HpH-utredningen har emellertid i SOU 2002:5 föreslagit att arbetsmarknadspolitikens ansvarsområde vidgas i syfte att skapa en kompletterande arbetsmarknad för människor med begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom. Utredningen har sammanfattningsvis anfört att det är ytterst angeläget att regeringen vidtar åtgärder för att skapa en arbetsmarknadspolitik som i ökad utsträckning inriktas på att stödja personer med begränsad arbetsförmåga att ta del av arbetslivet. Vidare har utredningen föreslagit att en ny form av rehabiliteringsbidrag övervägs till arbetsgivare som anställer personer med begränsad arbetsförmåga. Sistnämnda förslag tar sikte på personer som uppburit sjukpenning under en längre tid.

En arbetsgrupp inom Näringsdepartementet, den s.k. Seniorgruppen, har i kartläggningen och diskussionsunderlaget Riv hindren för äldre i arbetslivet (Ds 2002:10) föreslagit bl.a. en ökad satsning på rehabiliteringsinsatser för förtidspensionärer. Eftersom det inte är rimligt att så många döms ut från en plats i arbetslivet för återstoden av livet måste enligt Seniorgruppen systemet göras om så att den arbetsförmåga som finns hos många av de pensionerade tas till vara. Även formerna för förtidspensionering måste omprövas samtidigt som omfattande insatser måste till i form av rehabilitering m.m. Seniorgruppen har föreslagit att rapporten i sin helhet överlämnas till de av regeringen initierade trepartssamtalen för fortsatta överväganden.

Som utskottet ser det är det i första hand åtgärder för att minska antalet långtidssjukskrivna som behöver vidtas. En kraftig ökning av antalet långtidssjukskrivna leder, om inget görs, ofrånkomligen till en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (sjuk- och aktivitetsersättning fr.o.m. 2003). Regeringens elvapunksprogram med bl.a. en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör, i varje fall på sikt, kunna få positiva effekter också på förtidspensionsområdet. Detsamma gäller enligt utskottet RFV:s satsning på information om möjligheten till vilande förtidspension. Utskottet anser att resultatet av informationssatsningen liksom av regeringens arbete med åtgärdsprogrammet och beredning av HpH-utredningens förslag bör avvaktas och avstyrker därmed motion Sf34 yrkande 4.

Utskottet noterar att ett nytt sjukersättningssystem träder i kraft den 1 januari 2003 som innebär att förtidspension och sjukbidrag ersätts av aktivitetsersättning och sjukersättning. De nya förmånerna skall kunna utges till personer som drabbats av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Både sjukersättning och aktivitetsersättning skall kunna utges i form av en inkomstrelaterad ersättning och ett grundskydd i form av garantiersättning. Reglerna om vilande förtidspension har överförts till det

nya systemet och kommer således att gälla även för sjuk- och aktivitetsersättning.

Samverkan och finansiell samordning

Som redovisats ovan har Kristdemokraterna, Centerpartiet och Folkpartiet yrkanden om finansiell samordning. Kristdemokraterna begär i motion Sf36 yrkande 6 ett tillkännagivande om finansiell samordning. Centerpartiet (Sf35 yrkande 1) och Folkpartiet (Sf34 yrkande 1) begär beslut om finansiell samordning mellan bl.a. hälso- och sjukvården och socialförsäkringen. Slutligen har Moderaterna ett yrkande (Fi36 yrkande 3) som i viss mån tar sikte på samma sak, nämligen att försäkringskassan skall få ytterligare medel för att köpa vård.

Frågan om finansiell samordning mellan olika samverkande parter har fått allt större betydelse de senaste åren. Bakgrunden är att samhällets resurser måste utnyttjas mer effektivt för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av stöd, särskilt när det är fråga om personer med sammansatta problem. Om problembilden inte ryms inom en enda myndighets ram kan det leda till en rundgång mellan olika myndigheter. Det är därför angeläget att samarbete mellan alla berörda myndigheter kommer till stånd vid rehabilitering av personer med behov av stödsatser från flera aktörer.

Som redovisats i det föregående har lokal försöksverksamhet med finansiell samordning genomförts dels i form av Finsamförsöken under åren 1993–1997, dels i form av de nu pågående Socsamförsöken. Riksdagen har vid två tillfällen (hösten 2000 respektive hösten 2001) beslutat att regeringen skall återkomma till riksdagen med förslag om finansiell samordning. Vid sistnämnda tillfälle begärde riksdagen att regeringen skulle återkomma med förslag under våren 2002. Så har emellertid inte skett.

I 2002 års vårproposition sägs att frågan om finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna för närvarande bereds och att den kommer att utgöra en integrerad del av den politik mot ohälsa som regeringen återkommer med i höst. Detta har därefter bekräftats av Socialdepartementet.

Utskottet kan konstatera att regeringen inte i enlighet med riksdagens tillkännagivande kommer att lämna förslag under våren. Regeringen har således två gånger i rad inte agerat i enlighet med riksdagens tillkännagivande. Utskottet beklagar detta, vilket utskottet också gjort i yttrande 2001/02:SfU6y till konstitutionsutskottet över regeringens skrivelse 2001/02:75.

Utskottet anser att frågan om införande av finansiell samordning i hela landet är mycket angelägen och inte längre kan anstå. Samhällets samlade resurser måste kunna användas på ett bättre sätt än hittills för att motverka sjukskrivning och åstadkomma ökad hälsa. Den synnerligen allvarliga situationen gör att denna möjlighet till friare användning av resurserna från olika områden måste möjliggöras. Det är naturligtvis angeläget att det även efter införandet sker ett fortsatt utredningsarbete. Utskottet föreslår i syfte att både

påskynda regeringens arbete och ange inriktningen härför att följande riktlinjer skall gälla för arbetet.

1. Lagen om finansiell samordning skall träda i kraft den 1 januari 2003.

2. Finansiell samordning skall omfatta försäkringskassa, landsting, socialtjänst och arbetsmarknadsmyndigheter. Samordning skall kunna ske mellan samtliga parter eller mellan de parter som kommer överens om det. Vilka som skall ingå i den finansiella samordningen och vilka satsningar som skall göras avgörs genom lokala överenskommelser.

3. Lagen skall medge att försäkringskassan för finansiell samordning får disponera upp till 10 % av de för området beräknade kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

4. För hälso- och sjukvårdens del skall självklart de medicinska prioriteringarna ske på samma sätt som hittills.

5. Överskott och underskott skall fördelas mellan de samverkande parterna.

6. En ny jämförelsenorm skall tas fram och ersätta den metod med kontrollkommuner som användes i Finsamförsöken 1993–1997 och i de sedan 1994 pågående Socsamförsöken.

7. RFV och Socialstyrelsen skall ges i uppdrag att följa upp och utvärdera resultaten särskilt med avseende på prestationer, prioriteringar och eventuella undanträngningseffekter. Myndigheterna skall lämna en årlig rapport.

Utskottet vill tillägga att villkoren för användande av medel under berörda anslag på statsbudgeten behöver anpassas till den nya lagen om finansiell samordning. Detta gäller även anslag inom det arbetsmarknadspolitiska området. När det gäller försäkringskassorna skall inriktningen vara att en försäkringskassa för finansiell samordning utan särskild prövning får disponera upp till 5 % av de för området beräknade kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Efter särskilt beslut av regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, skall en försäkringskassa få disponera upp till 10 % av nämnda kostnader. RFV skall således kunna bemyndigas att medge en försäkringskassa att få disponera medel upp till denna nivå. När det gäller anslagen på statsbudgeten för 2003 får såväl anslagets storlek som villkoren för medelsanvändningen beslutas inom ramen för riksdagens budgetbehandling i höst.

Enligt utskottets mening medför den finansiella samordningen inga ökade offentliga kostnader. RFV:s och Socialstyrelsens utvärdering 1997 av Finsamförsöken visar på ett överskott redan det första året. I tre av försöksområdena uppvisades dessutom överskott under samtliga tre försöksår.

Utskottet anser att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad utskottet nu anfört om riktlinjer för arbetet med att ta fram förslag om finansiell samordning. Med det anförda tillstyrker utskottet i huvudsak motionerna Sf35 yrkande 1, Sf34 yrkande 1, Sf36 yrkande 6 och Fi36 yrkande 3 (delvis).

Reservationer

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

1. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkterna 1-4)

av Bo Könberg (fp), Margit Gennser (m), Rose-Marie Frebran (kd), Gustaf von Essen (m), Cecilia Magnusson (m), Birgitta Carlsson (c), Leif Carlson (m) och Désirée Pethrus Engström (kd).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 1 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 1 i denna del. Därmed bifaller riksdagen motion 2001/02:Fif36 yrkande 3 i denna del och avslår motion 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del.

Vi anser att utskottets förslag under punkt 2 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 1 i denna del. Därmed bifaller riksdagen motion 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del.

Vi anser att utskottets förslag under punkt 3 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 1 i denna del. Därmed bifaller riksdagen delvis motionerna 2001/02:Sf34 yrkandena 2 och 3, 2001/02:Sf35 yrkandena 2-4 och 2001/02:Sf36 yrkandena 1-5 och avslår motion 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del.

Vi anser att utskottets förslag under punkt 4 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som framförs i reservation 1 i denna del. Därmed bifaller riksdagen delvis motion 2001/02:Sf34 yrkande 4.

Ställningstagande

Mål för lägre sjukskrivning och förtidspensionering

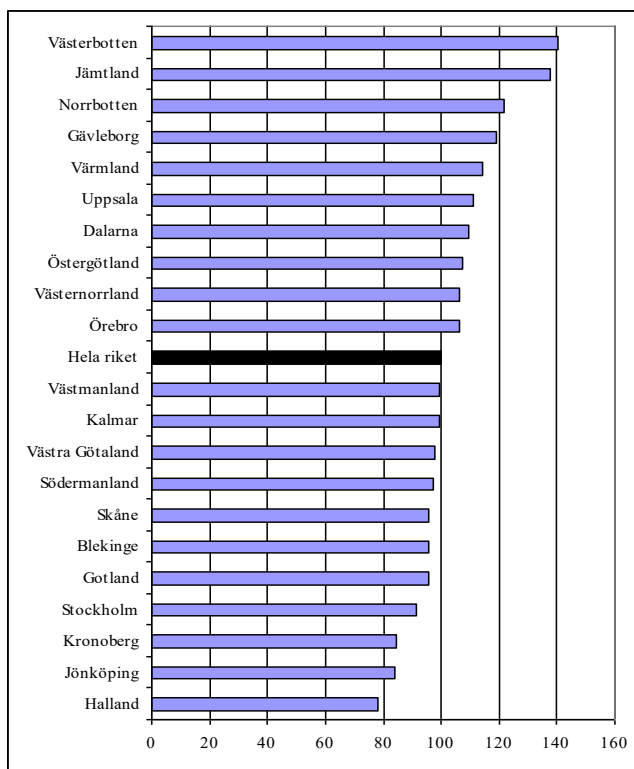
Nuvarande utveckling av sjukskrivningar och förtidspensioneringar är inte förenlig med en långsiktigt trygg grund för välfärdssystemen. Antalet sjukdagar har ökat från 58 miljoner 1998 till 102 miljoner 2001 och fortsätter att öka. Att människor i arbetsför ålder faktiskt arbetar är av mycket stor betydelse för möjligheterna att upprätthålla ekonomisk stabilitet i socialförsäkringarna och en skattebas som kan bära upp sjukvård, pensioner, utbildning och allt annat som tillhör ett modernt välfärdssamhälle.

En ytterligare aspekt på sjukskrivningarna är de regionala skillnaderna. I nedanstående diagram visas sjuktalet (antalet för året ersatta sjukdagar med hel eller partiell sjukpenning per sjukpenningförsäkrad) i de olika försäkringskassorna. För att underlätta en jämförelse kring hur stora de procentuella skillnaderna är mellan länen har sjuktalen indexerats mot riksgenomsnittet. Sjuktalet för riket uppgick till 24,4 %. Av diagrammet framgår t.ex. att sjuktalet i Västerbotten och Jämtland låg ca 40 % högre än riksgenomsnittet år 2001, eller således kring 34 % totalt sett ($1,4 \times 24,4$).

De socialdemokratiskt styrda länen i norra Sverige är de som har högst sjukfrånvaro, samtidigt som de också har den högsta arbetslösheten (se tabellen nedan). Samtliga storstadslän, där stressen och tempot i och kring arbetslivet normalt kan väntas vara som högst, låg under genomsnittet för sjuktalet. Stockholm låg 10 % under riksgenomsnittet. Arbetslivsinstitutet pekade nyligen i en undersökning på sambandet mellan arbete och sjukskrivning: arbetslösa tenderar att vara mer sjukskrivna än de som har ett arbete. Arbetet i sig kan alltså enligt denna studie sägas ha en hälsobringande effekt.

Skillnader i sjuktal, fördelat per län år 2001.

Index: Riket = 100



Källa: Riksförsäkringsverket

Anm. År 2001 uppgick sjuktalet för riket till 24,4 %.

Det är, trots genomförda utredningar, oklart hur mycket av de senaste årens ökning av sjukdagarna som beror på ett försämrat folkhälsoläge och hur mycket som beror på en ökad belastning på sjukförsäkringen även om hälsoläget i sig inte försämrats. Detta kan hänga samman med att man utnyttjar de olika försäkringssystemen och att kostnaderna då flyttas mellan systemen. Klart är dock att de mycket långa sjukskrivningstiderna ofta bidrar till att förvärra sjuklighet och försvåra rehabilitering och återinträde i yrkesarbete. Det behövs tydliga mål för en återgång till mer normala förhållanden när det gäller antalet sjukskrivningar och dessas varaktighet. Det är angeläget att mål utformas på så sätt att det kan nås genom en verklig förbättring av läget – och inte genom att sjuklighet döljs i andra socialförsäkringssystem eller genom att kostnaden bokförs hos arbetsgivarna i stället för i socialförsäkringarna.

Vi anser att målet bör vara att antalet långa sjukskrivningar och nyttillkommande förtidspensioneringar skall plana ut under nästa år och inom ytterligare fyra år vara tillbaka till genomsnittet för 1996–98.

De ökade sjukskrivningarnas orsaker

Den nu beskrivna utvecklingen kan inte förklaras med en orsak utan kräver analyser av en rad komplexa orsakssammanhang.

De faktorer som brukar nämnas är arbetsmiljöfaktorer, arbetsmarknads-läge, ersättningsnivåer på angränsande försäkringsområden, demografiska faktorer, attityder hos patienter och läkare, försäkringskassans effektivitet som ”grindvakt”, arbetsbelastningen på försäkringskassan, avtalspensionernas utformning, arbetsmarknadens struktur i olika geografiska områden etc.

Regeringen har uppmärksammat de orsaker som återfinns i arbetslivet men inte varit handlingskraftig nog att göra någonting åt problemen.

Att som regeringen lägga tyngdpunkten på arbetslivet är ensidigt. Faktorer utanför arbetslivet kan vara minst lika viktiga. Näringslivet har under en lång tid arbetat med att förbättra arbetsmiljön med gott resultat. Framför allt har antalet arbetsolyckor minskat dramatiskt.

I fortsättningen granskas de olika orsakerna var för sig samtidigt som ambitionen är att relatera effekterna av de olika orsakerna till varandra.

Utbildning av läkarna m.m.

Att i lagstiftningen utforma klara, entydiga kriterier för vilka tillstånd som skapar en rättighet vad gäller sjukskrivning är mycket svårt om inte omöjligt.

I grunden är det den enskilde som på subjektiva grunder avgör om han eller hon har så mycket arbetsförmåga att han eller hon t.o.m. ibland trots svår sjukdom väljer att arbeta. Vad som leder till sjukskrivningar hänger ofta samman med förväntningar, attityder och levnadsstandard i vid bemärkelse (som också kommer till uttryck i ersättningsnivåerna i försäkringen) i stället för arbetsförmågan. Samtidigt vet vi att sjukskrivning – framför allt passiv sjukskrivning – skadar den enskildes möjligheter att komma tillbaka till job-

bet. Ett års sjukskrivning innebär en mycket liten chans att gå tillbaka till arbetslivet.

Återgång till arbete vid sjukskrivning

Sjukskrivningsdag	Andel som helt återgår i arbete
15–29	36 %
30–59	31 %
60–89	21 %
90–119	13 %
120–149	14 %
150–179	8 %
180–209	8 %
210–239	5 %
240–269	3 %
270–299	4 %
300–329	4 %
330–359	4 %

Källa: Riksförsäkringsverket

Läkarna, som är de som utfärdar sjukskrivningsintyg bär ett stort ansvar. Av denna anledning bör så snart som möjligt läkarna genomgå en praktisk utbildning i försäkringsmedicin. Framgångsrika utbildningsmodeller har redan prövats i Södermanlands och Västmanlands läns försäkringskasseområden. Sjukskrivningstalen minskade avsevärt. Om behovet och nyttan av utbildning i försäkringsmedicin var representanter för Arbetsmiljöverket, Svenskt Näringsliv, Läkarförbundet m.fl. eniga om vid socialförsäkringsutskottets utfrågningar.

Den snabbaste åtgärden att minska inflödet till försäkringen är att snarast dra i gång utbildningsverksamhet för i första hand AT-läkarna men också för ST-läkarna och inte minst för privatpraktikerna. Utbildningsmodellen finns. Kostnaderna för en sådan verksamhet med rikstäckande omfattning bör inte överstiga 50 miljoner kronor. Samtidigt som effekterna minskar inflödet i försäkringen, minskar försäkringstiden och belastningen på kassorna. Detta leder i sin tur till att trycket på kassorna bör minska och då ökar möjligheterna att reducera behandlingstiderna för de fall som fordrar kvalificerade åtgärder från kassornas sida.

Regeringens senfärdighet i denna fråga är beklagansvärd. Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH-utredningen, har i slutbetänkande SOU 2002:5 analyserat sjukfrånvaron. HpH-utredningens analys – som regeringen hänvisar till – att en sådan utbildning borde ske i landstingens regi har stora brister. Landstingen står i denna fråga inför en målkonflikt och har inte incitamenten att begränsa sjukskrivningarna.

Vi föreslår att Riksförsäkringsverket (RFV) och försäkringskassorna får uppgiften att organisera utbildningen i försäkringsmedicin.

Vidare kan nuvarande regler för utfärdande av sjukintyg ifrågasättas. Det borde t.ex. vara självklart att förlängning av sjukskrivning per telefon, utan att patienten träffar läkare, normalt inte skall få förekomma.

Det är dessutom tveksamt om läkare som uppehåller mycket korta vikariat, och därför bara har en tillfällig kontakt med patienterna, skall kunna inleda eller förlänga sjukskrivningar med så många dagar som andra läkare.

Företagshälsovårdens särskilda förutsättningar att bedöma samband med arbetsmiljön och att medverka till rehabilitering bör beaktas vid den översyn som behövs av hur sjukskrivning skall gå till och hur länge läkare i olika roller skall ha befogenhet att sjukskriva. Det innebär dock inte att företagshälsovården kan eller bör ges någon ensamrätt att sjukskriva.

Utgångspunkten på något längre sikt bör vara att vid sjukfall som överstiger 28 dagar som regel en annan läkare än den som först sjukskrev skall ta ställning till frågan om längre sjukskrivning och lämplig behandling och rehabilitering.

Vad vi nu anfört om utbildning i försäkringsmedicin och läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Företagsläkarorganisationen

Den omorganisation av företagshälsovården som genomfördes för ett decennium sedan har inte varit helt lyckad. Avståndet mellan företagsläkarna och företagen har alltför ofta blivit "för långt".

Tidigare hade företagsläkarna också möjlighet att ge sjukvårdande behandling på samma villkor som läkarna inom landstingen. Företagsläkaren såg tidigt eventuella missförhållanden inom både den fysiska och psykiska arbetsmiljön i företaget/förvaltningen. Beslutsvägarna var ofta kortare och på så sätt kunde dålig arbetsmiljö rättas till.

Med en försiktig utbyggnad av företagshälsovården kan dessutom en rad positiva effekter uppkomma. Vårdcentralerna skulle kunna avlastas samtidigt som konkurrensen om personal inte skulle bli störande.

Om företagshälsovården får tillbaka en del av sina tidigare grundläggande uppgifter skulle detta kunna innebära en effektivisering av arbetsgivarnas systematiska arbetsmiljöarbete.

Försäkringsläkarna

Försäkringsläkarnas roll bör tydliggöras, något som också var riksdagens syfte med det beslut som 1994 fattades om försäkringsläkarna. Försäkringsläkarna bör ha mer likvärdiga arbetsförhållanden inom de olika försäkringskassorna, och det bör senast inom ett par år finnas klara riktlinjer om vilka krav på utbildning m.m. som bör ställas på en försäkringsläkare. En utökning av denna resurs och en stärkt ställning för försäkringsläkarna i prövningen av längre sjukfall bör övervägas i samband med utformningen av en rehabiliteringsgaranti.

Vi efterlyser riktlinjer för vilka krav på utbildning m.m. som bör ställas på försäkringsläkarna.

Nationell vårdgaranti

Moderaterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet och Folkpartiet är överens om att införa en nationell vårdgaranti fr.o.m. den 1 januari 2003.

Den nationella vårdgarantin innebär att alla har en uttalad rätt att få vård inom senast tre månader efter det att behovet fastslagits. Den nationella vårdgarantin skall omfatta alla medicinskt motiverade behandlingar och vara fullt genomförd inom två år. Vi föreslår att kravet på att hälso- och sjukvården enligt nedan angivna normer skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen.

Vårdgarantin innebär: kontakt garanteras med vårdcentral/primärvården samma dag som kontakten tas, besök hos distrikts- eller husläkare senast inom fem dagar efter att kontakten tagits (då vårdgarantin är fullt genomförd inom 48 timmar), besök hos annan specialist inom två månader och behandling inom tre månader efter det att beslut om sådan fattats. När inte det "egna sjukhuset" kan ge vård i tid skall patienten erbjudas vård efter eget val inom det egna landstinget, i ett annat landsting eller hos en annan vårdgivare.

På detta sätt kommer såväl behandling som rehabilitering att ske snabbare än i dag, vilket har stor betydelse för möjligheten att återgå till arbetet.

Vi anser att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om en nationell vårdgaranti.

Ökad administrativ effektivitet

En bättre försäkringsmedicinsk utbildning kan, som redan påpekats, öka den administrativa effektiviteten inom försäkringskassorna. Men det finns även andra åtgärder som bör vidtas i detta syfte.

En jämförelse över landet visar att de s.k. riksmålen uppnås av försäkringskassorna i mycket olika grad. Kassor med dåliga resultat bör få hjälp att finna nya arbetsmetoder. Ett sätt är att vissa mindre uppgiftsområden handhas av en (eller ett fåtal) kassor. Ett annat sätt är att de mer framgångsrika kassorna används av de mindre framgångsrika för att komma ur en ofta svår och frustrerande situation. På längre sikt kan digitaliserade rutiner med uppgiftslämning via IT revolutionera arbetssituationen på försäkringskassorna. Detta kommer att leda till att en rad arbetsmoment faller bort eller effektiviseras. Den nu beskrivna specialiseringen av arbetet inom försäkringskassorna kommer också att underlätta övergången till verkligt moderna IT-system.

Ett bättre utnyttjande av försäkringskassornas kunskaper bör således kunna ske genom en genomtänkt arbetsfördelning mellan kassorna samt att de kassor som kännetecknas av god måluppfyllelse vad gäller riksmålen används för att underlätta förbättringar i kassor med låg måluppfyllelse. RFV har tagit initiativ i denna riktning. Initiativen bör uppmuntras och stöttas. På så sätt kan försäkringskassorna öka sin effektivitet utan stora omfattande omorganiseringar, vilket vore olyckligt i nuvarande akuta krisläge.

För att höja verksamhetens kvalitet och komma till rätta med de flaskhalsar och köproblem som den ökande sjukskrivningen har skapat behöver försäkringskassorna få ytterligare medel. RFV har i budgetunderlaget för 2003–2005 föreslagit att resurser tillfälligt tillförs försäkringskassorna för att bl.a. kunna göra en engångsinsats med de sjukfall som är över ett år. Totalt innebär detta en insats på 650 miljoner kronor under 2003–2004, varav 250 miljoner kronor avser 2003.

Dessutom behöver försäkringskassorna arbeta med att höja kompetensen på rehabiliteringsområdet så att arbetet sker med så hög kvalitet och effektivitet som möjligt.

För närvarande har sjukskrivningen bland de offentligt anställda varit betydligt högre än på den privata arbetsmarknaden med undantag för den statliga sektorn, dock ej försäkringskassorna. Vidare har sjukskrivningen i Norrland varit betydligt högre än i de södra delarna av landet.

Orsakerna till dessa förhållanden är många. Personalens ålder är sannolikt genomsnittligt högre inom den kommunala och landstingskommunala sektorn. Den kommunala sektorns behov av omstrukturering och rationaliseringar under det senaste decenniet har av många upplevts som påfrestande.

Ett sätt att avlasta försäkringskassorna skulle kunna vara att pröva egeninträde inom sjukförsäkringen i några kommuner, landsting och eventuellt vissa större företag. Andra förslag som kan leda till samma effekter vore att arbetsgivare respektive trafikförsäkringen svarade för försäkringen för arbetsolycksfall respektive för trafikolycksfall.

Att effektiviseringen av försäkringskassornas administration skulle skapa en avsevärt förbättrad handläggning av sjukfallen finns det klara indikationer på från RFV:s tillsynsverksamhet. Av rapporter om tillsynen framgår det att antalet förtidspensioner/sjukbidrag och långa sjukskrivningar påtagligt skulle kunna minska. För att uppnå sådana positiva effekter är det viktigt att försäkringsunderlaget är så fullständigt som möjligt från början. I alltför många fall förhåller det sig inte så och detta innebär att de åtgärder som borde ha vidtagits fördröjts och att resultatet i slutändan blir förtidspension/sjukbidrag.

En bedömning av RFV tyder på att antalet förtidspensioner/sjukbidrag med en tidig, snabbare och mer precis handläggning hade kunnat minska med ca 6 000 fjärde kvartalet 2000. Detta skulle innebära en minskning, försiktigt räknat, av antalet förtidspensioner/sjukbidrag med i storleksordningen 20 000 per år. Givetvis måste den här typen av skattningar tas med försiktighet men siffrorna visar dock vilka betydande effekter en förändring av försäkringskassornas administration kan ge.

Vad vi nu anfört om försäkringskassornas situation bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Rehabilitering

Nu pågående utveckling med oförändrad eller minskande rehabiliteringsverksamhet hos försäkringskassorna trots tilltagande långtidssjukskrivning kan inte accepteras. Många tecken tyder på att sjukförsäkringen i allmänhet och

rehabiliteringen i synnerhet håller på att brytas sönder av ett ökat antal ärenden, där i många fall vare sig vården eller försäkringskassorna bidrar till tillfrisknande och återgång i arbetet på det sätt som borde vara möjligt.

Detta understryker behovet av att hälso- och sjukvård samt försäkringskassor och andra aktörer arbetar så att man underlättar varandras arbetsuppgifter. En finansiell samordning och en nationell vårdgaranti är angelägna för att skapa förutsättningar för att man lokalt samarbetar om att ta itu med sådana förhållanden som ger upphov till onödigt långa sjukskrivningstider, fördröjd behandling och utebliven rehabilitering.

I flera av motionerna förespråkas en kraftigare satsning på rehabilitering. Sjukförsäkringen måste fungera som en rehabiliteringsinriktad försäkring. Det skall inte längre få vara vanligt med långvarig sjukskrivning med föga av behandling och rehabilitering. En sådan förstärkning av rehabiliteringen kan, som framgår av några av motionerna, beskrivas som en rehabiliteringsgaranti eller som en omvandling av försäkringen till en rehabiliteringsförsäkring. Det avgörande är här inte den organisatoriska formen, utan att det för alla långtidssjukskrivna sker en verklig prövning av rehabiliteringsbehovet och av lämpligheten av fortsatt sjukskrivning.

Vi föreslår att en rehabiliteringsutredning skall starta senast den 29:e dagen av frånvaro från arbetet på grund av sjukdom.

Där så är medicinskt relevant skall också, senast vid denna tidpunkt, övergång kunna ske från "passiv" sjukskrivning till rehabiliteringsersättning. Den senare skall vara förenad med krav på deltagande i rehabiliteringsåtgärder, den som vägrar delta i ordinerad rehabilitering skall erhålla sänkt ersättning. Tiden med rehabiliteringsersättningen skall också kunna förlängas jämfört med nuvarande regler.

Regeringen bör så snart som möjligt lägga fram förslag i enlighet med vad vi nu anfört.

Förtidspensionärers återgång i arbetslivet

Vi anser att det bör utredas vad som kan göras för att uppmuntra personer som uppbär förtidspension att återgå till arbetslivet. En viktig fråga är om och i så fall på vilka villkor en beviljad förtidspension skall kunna omprövas. Möjligheten till vilande förtidspension, dvs. att förtidspensionerade på goda villkor skall kunna pröva att återgå till arbetslivet, har inte slagit så väl ut. Med hänsyn härtill anser vi att regeringen bör låta utreda även andra åtgärder för hur förtidspensionärer skall kunna förmås att återgå i arbete, helt eller delvis.

Flera av de förslag som utredaren Bengt K Å Johansson nyligen presenterade (Ds 2002:10), som syftar till att förmå fler äldre att ta del i arbetslivet, förtjänar att prövas i positiv anda. Förslagen skulle sannolikt ha en positiv effekt också när det gäller att förmå förtidspensionerade att återgå i arbete.

Arbetsmiljöarbetet

I dag finns redan lagstiftning som ger god vägledning för hur arbetsmiljöarbetet bör bedrivas ute på arbetsplatserna. Reglerna om systematiskt arbetsmiljöarbete reglerar hur arbetsgivare skall arbeta med skyddsronder, utföra enkätundersökningar bland personalen för att undersöka arbetsmiljön och på årsbasis ta fram sjukfrånvarostatistik och utifrån detta göra handlingsplaner. Om detta inte görs kan Arbetsmiljöinspektionen vid kontroll utdöma ett föreläggande för arbetsgivarna. Vidare stipulerar jämställdhetslagen att arbetsgivare årligen skall göra jämställdhetsplaner utifrån sammanställningar på området. Det innebär bl.a. att arbetsgivarna skall underlätta för de anställda att förena förvärvsarbete och föräldraskap. Enligt lag har arbetsgivaren en sådan skyldighet.

Det finns således redan lagstiftning för hur det förebyggande arbetet skall bedrivas. Ansträngningar bör således från alla parter vara att lägga tonvikt på att se till att utveckla arbetsmiljöarbetet ute på arbetsplatserna i enlighet med nuvarande lagstiftning samt följa upp att lagstiftningen på området efterföljs.

I dag finns det möjlighet för arbetsgivare att göra skatteavdrag för förebyggande verksamhet och rehabilitering. Denna möjlighet är inte alltid känd av arbetsgivarna. Med bättre information skulle denna möjlighet kunna komma att utnyttjas av fler arbetsgivare.

Folkhälsofrågor och friskvård

För att en förbättring när det gäller ohälsotalen skall kunna uppnås, och förutsättningarna för välfärd varaktigt bevaras, krävs åtgärder på många andra områden än själva sjukförsäkringen och dess förhållande till sjukvård och arbetsliv. Såväl individens situation i arbetslivet som villkoren för barnfamiljer och en rad folkhälsofrågor av olika slag har stor inverkan på hälsoläget i framtiden.

Det förebyggande folkhälsoarbetet kan, om det har rätt inriktning, ha stor betydelse för att motverka en ökad sjukskrivning av personer i arbetsför ålder. Riksdagen har ännu inte fått ta ställning till den proposition om folkhälsofrågor som regeringen aviserat till i vår.

Arbetslivet – och möjligheterna till arbete för dem som varit utestängda från arbetsmarknaden – har självfallet stor betydelse för hälsoutvecklingen. Det systematiska arbetsmiljöarbetet har lång tradition i Sverige och har under åren gett goda resultat. Men trots denna långa tradition och de myndighetsresurser och andra resurser som finns hos staten och hos arbetsmarknadens parter finns nu nya problem med arbetslivsrelaterad ohälsa och sjukskrivningar. Arbetet måste mot denna bakgrund med större effekt inriktas på de hälsorisker, vad gäller bl.a. psykisk ohälsa, som nu lämnar stora spår i antalet sjukdagar.

Det är samtidigt viktigt att inte ensidigt inrikta sig på arbetslivets betydelse för sjukskrivningarna, så att andra betydelsefulla folkhälsofrågor försummas. Vi vill här särskilt peka på arbetet med att informera om hälsoeffekterna av

bruket av alkohol, narkotika och tobak eftersom många sjukskrivningar beror på deras skadeverkningar. Vi vill även betona vikten av en ökad satsning på idrott och rörelse i skolan för att förebygga framtida folkhälsoproblem.

Till det förebyggande folkhälsoarbetet hör inte minst friskvård i olika former, där både skola och arbetsliv kan bidra till att människor genom motion och idrott minskar risken för sjukdom. Skillnaderna mellan olika delar av arbetsmarknaden är i dag stora när det gäller arbetsgivares förutsättningar att medverka till att anställda genom att delta i friskvård av olika slag minskar risken för sjuklighet.

Möjlighet att byta arbetsgivare

För arbetstrivsel är det viktigt att arbetstagare och arbetsgivare passar samman. Under friare arbetsmarknadsförhållanden under 1950- och 1960-talen var inte problemet arbetslöshet och hög sjukskrivning utan snarare företagens ”problem med hoppjerkor”, dvs. personer som bytte jobb ofta.

Den koncentration till ett fåtal arbetsgivare som framför allt finns inom vård, omsorg och skola skapar totalt sett sämre arbetsförhållanden än om olika former av företag och organisationer fick konkurrera om både arbetskraft och konsumenter. En större mångfald skulle med all sannolikhet minska missnöje och frustration som i sin tur lätt leder till sjukskrivningar.

Exempel på en sådan utveckling kan man finna på föreskole- och skolområdet. Förskolor och skolor med olika pedagogisk inriktning och personalpolitik ökar chanserna för harmoniska arbetsförhållanden eftersom lärare och andra personalkategorier lättare finner för dem stimulerande arbetsförhållanden. Att säga nej till olika skoltyper är olyckligt i en rad hänseenden, inte minst för att en likriktning lätt skapar missnöje med arbetsmiljön. Det är dessutom dyrt att vara bakåtsträvande i detta hänseende, eftersom inte obetydliga kostnader uppkommer genom missnöje med arbetsmiljö som t.o.m. kan utvecklas till psykiska problem och sjukskrivning.

Arbetsförmedlingarna bör inta en positiv inställning till att hjälpa anställda som är sjukskrivna och som önskar byta arbetsplats. I dag anser de sig endast vara skyldiga att arbeta med arbetslösa. Detta skulle minska de s.k. inlåsningseffekterna på arbetsmarknaden. De försök som i dag bedrivs, via exempelvis arbetslivstjänster, med s.k. arbetsgivarringar där man ”byter personal” bör uppmuntras att öka i omfattning – allt för att öka den frivilliga rörligheten på arbetsmarknaden och minska risken för att anställda väljer sjukskrivning när de inte trivs på jobbet.

De fyra borgerliga riksdagspartierna har tidigare väckt en motion om individuella kompetenskonton som syftar till att underlätta eget sparande för kompetensutveckling. Systemet skulle bl.a. göra det lättare att byta jobb och därmed leda till större arbetsmotivation och trivsel och i förlängningen även till lägre sjukskrivningar.

Avtalsförsäkringar

Långtidssjukskrivning och förtidspension i åldrarna 55-plus kan delvis hänga samman med de kostnader som avtalsförsäkringarna leder till för äldre arbetskraft.

Avtalsförsäkringarna på tjänstemannaområdet är fortfarande åtminstone delvis förmånsbaserade. Detta innebär att en löneökning med 1 000 kr i månaden för en person i 55-årsåldern kan leda till en ökad kostnad för arbetsgivaren på mellan 60 000 och 120 000 kr beroende på vilket avtalsområde det handlar om. Att nyanställa äldre arbetskraft kan på likartat sätt bli mycket dyrbart för arbetsgivaren.

Det är uppenbart att det kommer att ta relativt lång tid innan de förmånsbaserade försäkringssystemen har övergetts, vilket innebär att det nu påtalade problemet kommer att finnas kvar under förhållandevis lång tid. Ett okonventionellt sätt att hjälpa den enskilde och arbetsgivaren att komma till rätta med problemet vore att de avtalslutande parterna successivt kunde acceptera att den enskilde vid lönehöjning får pensionsrätt motsvarande de genomsnittliga belopp som gäller de grupper som helt gått över till avgiftsbaserad pension. Detta är dock inte i enlighet med svensk tradition, som bygger på att avtalsparterna själv löser problem av detta slag. Det bör dock poängteras att staten är en viktig intressent på grund av den belastning som ett tidigt utträde från arbetslivet innebär. Den nu berörda frågan skulle lösas enklast genom en successiv övergång till avgiftsbaserade pensionssystem även inom avtalsförsäkringarna.

Vad vi ovan anfört om utbildning i försäkringsmedicin och läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen (förslag till riksdagsbeslut punkt 2), nationell vårdgaranti (förslag till riksdagsbeslut punkt 1), rehabilitering (förslag till riksdagsbeslut punkt 3), försäkringskassornas situation (förslag till riksdagsbeslut punkt 1) och förtidspensionärers återgång till arbetslivet (förslag till riksdagsbeslut punkt 4) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

2. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkt 1)

av Kerstin-Maria Stalin (mp).

Förslag till riksdagsbeslut

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

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservation 2. Därmed bifaller riksdagen motion 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del och avslår motion 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del.

Ställningstagande

De skenande sjukskrivningstalen kan ses som ett tecken på ett samhälle i olag. Sjukdomar kommer alltid att finnas, men med ökad kunskap om förebyggande vård, medicinanvändning och sjukvårdsinsatser borde trenden gå åt

rätt håll. Så är emellertid inte fallet, vilket antyder att det tillkommit ett arbetsrelaterat, och kanske också samhällsrelaterat, hälsoproblem. Det är detta nya folkhälsoproblem som hälsoarbetet nu främst bör inriktas på.

För att få stopp på nyrekryteringen av sjukskrivna och förtidspensionerade måste det till satsningar på det förebyggande hälsoarbetet. Vidare har en välfungerande företagshälsovård en viktig funktion att fylla. Samhället bör också premiera individens egna insatser, t.ex. genom att medge avdragsrätt för t.ex. utgifter för motion. Fokus behöver också sättas på matens koppling till hälsa, och på motion och rörelse. Att remittera en person till motion kan vara väl så effektivt som annan rehabilitering. Livsstilsfrågornas och det egna förhållningssättets betydelse för hälsan är viktigast, men måste understödjas från arbetslivet och samhället.

Den enskilt viktigaste åtgärden för att skapa en bättre balans i livet är dock en arbetstidsförkortning. En arbetstidsreform är en frihets-, jämlikhets/jämställdhets- och folkhälsoreform, och den insats som på sikt kan göra mest för att vända ohälsotrenden och därigenom säkra framtidens arbetsutbud.

Ett annat förhållande som också bör påtalas är att försäkringskassornas resurser har blivit alltmer begränsade i takt med att sjukskrivningstalen ökat. Till viss del beror det på det omfattande datasystem som försäkringskassorna tvingats finansiera, detta trots att datasystemet ännu inte har inneburit någon som helst lättnad i ärendehantering. Samtidigt ökar antalet sjukpenningärenden liksom rehabiliteringsbehoven. För att skapa möjlighet för större rehabiliteringsinsatser framöver krävs både mer personal till försäkringskassan och att IT-systemet finansieras centralt.

Vad nu anförts bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

3. Rehabilitering (punkt 3)

av Kerstin-Maria Stalin (mp).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att utskottets förslag under punkt 3 borde ha följande lydelse: Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförts i reservation 3. Därmed bifaller riksdagen motion 2001/02:Fi41 yrkande 1 i denna del och avslår motionerna 2001/02:Sf34 yrkandena 2 och 3, 2001/02:Sf35 yrkandena 2–4 och 2001/02:Sf36 yrkandena 1–5.

Ställningstagande

Sjukfrånvaron har ökat dramatiskt under senare år och för närvarande finns det inga tecken på att den kommer att avta under de närmaste åren. Även om nyrekryteringen av sjukskrivna bryts genom att livsstilsfrågorna uppmärksammas och arbets- och samhällslivet görs mer humant kommer det alltid att behövas rehabiliteringsinsatser för dem som redan är sjukskrivna. Problemet är dock att försäkringskassorna inte har vare sig tid eller resurser för rehabiliteringsarbetet utan får ägna merparten av tiden till löpande sjukpenningutbe-

talningar. Därtill har långtidssjukskrivningarna bland de anställda i försäkringskassorna ökat med mer än 40 % de senaste två åren.

För att komma till rätta med den ökande ohälsan är det utomordentligt viktigt att den försäkrade blir sjukskriven till rätt form av vård eller rehabilitering, inte bara sjukskriven från arbetet. Det har visat sig att längre sjukskrivningar till inaktivitet i sig är sjukdomsalstrande. Enligt vår mening måste det införas en rätt till rehabilitering som utgår från den enskildes behov. Försäkringskassans roll blir att ge stöd och motivation. Även om försäkringskassorna måste utöva viss kontroll bör det införas en rätt till rehabilitering med den enskilde som navigatör.

Vidare måste synen på vad vård och rehabilitering är breddas, liksom den roll den enskilde får spela i val av rehabilitering. Att byta arbetsplats, funktion, eller t.o.m. yrkesinriktning kan vara en del av lösningen på sjukskrivningsproblematiken. Därför behövs ett trygghetssystem som även ger rätt till omskolning vid behov.

Ett synsätt präglad av rehabilitering genom omskolning och arbetsbyte skulle också underlätta för förtidspensionärer att på deltid eller heltid återvända till arbetslivet.

Vad nu anförts bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4. Samverkan och finansiell samordning (punkt 5)

av Berit Andnor (s), Maud Björnemalm (s), Anita Jönsson (s), Ulla Hoffmann (v), Mariann Ytterberg (s), Sven-Erik Sjöstrand (v), Mona Berglund Nilsson (s) och Göte Wahlström (s).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att utskottets förslag under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår motionerna 2001/02:Sf34 yrkande 1, 2001/02:Sf35 yrkande 1, 2001/02:Sf36 yrkande 6 och 2001/02:Fi36 yrkande 3 i denna del.

Ställningstagande

Finansiell samordning mellan olika samverkande parter har på senare år genomförts i form av försöksverksamhet på lokal nivå. I Finsamförsöken bedrevs finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården under åren 1993–1997. Sedan 1994 bedrivs finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, Socsamförsöken. Riksdagen har hösten 2001 beslutat att regeringen under våren 2002 skall återkomma till riksdagen med förslag om en permanent finansiell samordning mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna.

Av 2002 års vårproposition, som utgör ett resultat av samarbetet mellan regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet, framgår att frågan om finansiell samordning i enlighet med riksdagens beslut hösten 2001 för närvarande bereds och att den kommer att utgöra en integrerad del av den politik mot

ohälsa som regeringen återkommer med i höst. Socialdepartementet har uppgivit att en proposition i frågan planeras att bli avlämnad i anslutning till budgetpropositionen i höst. Vi har erfarit att i avvaktan på genomförandet av den nationella lagstiftningen kan nya samverkansprojekt efter särskild prövning och beslut av regeringen komma att starta.

Vi beklagar att regeringen ännu inte har kunnat lägga fram förslag om finansiell samordning, men eftersom lagstiftningsarbetet är komplicerat har vi förståelse för att arbetet därmed tar tid. Genom beslutet hösten 2001 har riksdagen slagit fast att finansiell samordning skall kunna omfatta fyra samverkande parter, att möjligheten till finansiell samordning skall vara permanent och rikstäckande och utformas med utgångspunkt från bestämmelserna i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med hänsyn härtill och då frågan om finansiell samordning bereds med inriktningen att ett förslag skall kunna föreläggas riksdagen i anslutning till höstens budgetproposition anser vi att riksdagen inte bör komma med ytterligare preciseringar i frågan. Något tillkännagivande från riksdagens sida är därför inte påkallat.

Särskilda yttranden

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

1. Den ökande sjukfrånvaron och åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet m.m. (punkt 1)

av Bo Könberg (fp), Margit Gennser (m), Rose-Marie Frebran (kd), Gustaf von Essen (m), Cecilia Magnusson (m), Birgitta Carlsson (c), Leif Carlson (m) och Désirée Pethrus Engström (kd).

Om man lägger samman ”den effektiva arbetstiden” för förvärvsarbete och för nödvändigt hemarbete – vård av barn, nödvändiga hushållsgöromål etc. – har inte minst barnfamiljerna en mycket lång sammanlagd ”arbetstid”. Detta kan vara en förklaring till den ökade ”stressen” och därav ökad sjukskrivning. Detta gäller inte minst relativt unga kvinnor med höga ambitioner att både lyckas i sin yrkeskarriär och klara av barn och hushåll, även om männen i dag deltar betydligt mer i hushållsarbetet än tidigare.

Att ett hushåll har stora svårigheter att kunna engagera hemservice på den ”vita marknaden” är ett tecken på en skattelagstiftning som inte följt med sin tid. Serviceyrken är viktiga och hit hör helt naturligt privat hemservice. Att ha en olämplig beskattning när det gäller hemservice innebär att vi inte tillvaratar de möjligheter till arbetsfördelning som vi vet ökar den totala välfärden i samhället. En förändring av beskattningen på detta område skulle sannolikt bidra till att bryta trenden med allt fler unga välutbildade sjukskrivna kvinnor.

De fyra borgerliga partierna har i riksdagen tidigare lagt fram förslag om sänkt skatt på hushållstjänster.

En annan fråga som har betydelse är skattereglerna vad gäller företagens tillhandahållande av friskvård. Eftersom friskvård minskar risken för sjuklighet skulle, om skattereglerna för friskvård görs mer generösa för såväl företag som anställda, detta kunna påverka ohälsan på ett positivt sätt. Det kan dessutom ifrågasättas om skattereglerna på denna punkt är neutrala mellan stora och små företag.

2. Rehabilitering (punkt 3)

av Rose-Marie Frebran och Désirée Pethrus Engström (båda kd).

I den gemensamma reservationen (m, kd, c, fp) har vi framhållit vikten av att det vidtas åtgärder för att förbättra rehabiliteringen av framför allt de långtidssjukskrivna.

Kristdemokraterna har under lång tid framhållit rehabiliteringens avgörande roll för att få människor tillbaka i arbete. Vi anser att de förslag som lämnats av Gerhard Larsson i utredningsbetänkandet Rehabilitering till arbete

– en reform med individen i centrum (SOU 2000:78) bör genomföras med det snaraste. Förslaget innebär en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring med betoning på aktiv rehabilitering i stället för passiv sjukskrivning, som är det normala med nuvarande ordning.

För att få till stånd en kraftfullare och sammanhållen rehabiliteringsförsäkring med aktiva och tidiga insatser i syfte att få den sjukskrivne tillbaka till arbete så snart som möjligt måste regionala och lokala skillnader i försäkringsutfall minskas och en ökad professionalisering av arbetsuppgiften åstadkommas. Därtill krävs en ökad försäkringsmässighet jämfört med nuvarande system, samtidigt som försäkringens förebyggande roll måste förstärkas. Den nya, förstärkta rehabiliteringsförsäkringen skall innehålla en rätt till rehabiliteringsstöd, mer kraftfulla medel för aktiva insatser och ges en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten. Dessutom måste individen sättas i centrum. En förutsättning för lyckad rehabilitering är individens engagemang och medverkan. Kristdemokraterna anser därför att individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter gentemot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer.

3. Samverkan och finansiell samordning (punkt 5)

av Margit Gennser, Gustaf von Essen, Cecilia Magnusson och Leif Carlsson (alla m).

Det synnerligen allvarliga läge som sjukförsäkringen befinner sig i med underskott och med skenande kostnader som utgör ett hot mot samhällsekonomin gör att vi ställt oss bakom förslaget om finansiell samordning. Denna typ av finansiell samordning kan förväntas ha påtagliga önskvärda ekonomiska effekter. Vi vill dock understryka att det finns vissa principiella invändningar som kan resas mot denna typ av samordning liksom praktiska risker vid tillämpningen. Detta gör att vi ser denna lösning endast motiverad utifrån det prekära läget och att man snarast bör utreda formerna för en långsiktig lösning på problemet med finansiell samordning.

Sjukförsäkringen som ger de enskilda rätt till sjukpenning vid arbetsoförmåga skall enligt förslaget kunna överföras och omvandlas till åtgärdspengar i bl.a. sjukvården. Detta är i sig principiellt otillfredsställande och kan särskilt i ett läge med underskott i sjukförsäkringen ifrågasättas. Besparingar genom minskade sjukpenningutgifter har en eftersläpning i förhållande till en initial resursöverföring.

Vi vill också understryka risken för att undanträngningseffekter i vården kan bli följden. Det är särskilt barn och äldre som kan riskera att prioriteras ned om inte mycket noggrann observans på denna risk upprätthålls.

Vi vill att försäkringskassan skall kunna samarbeta med andra landsting än landstinget inom det egna kassaområdet och med vårdgivare, privata eller utländska, om det ligger i patientens intresse. Den finansiella samordningen får inte bli ett hinder för detta.

En bred finansiell samordning av samhällets resurser inom sjukvård, rehabilitering och näraliggande områden i vid mening är i högsta grad önskvärd.

Det är därför nödvändigt att den frågan snarast löses på ett sådant sätt att de beskrivna svårigheterna kan elimineras.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Motioner väckta med anledning av vårpropositionen

2001/02:Fi36 av Bo Lundgren m.fl. (m):

3. Riksdagen begär att regeringen snarast återkommer till riksdagen med en kraftfull åtgärdsplan mot den ökande sjukfrånvaron, i enlighet med vad som anförs i motionen.

2001/02:Fi41 av Matz Hammarström m.fl. (mp):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ytterligare insatser för ökad hälsa i arbetslivet; behovet av livsstilsförändringar, förebyggande hälsoarbete och en översyn av resurser och metoder i rehabiliteringsarbetet.

Motioner väckta enligt 3 kap. 15 § RO med anledning av händelse av större vikt

2001/02:Sf34 av Lars Leijonborg m.fl. (fp):

1. Riksdagen beslutar om lag om finansiell samordning mellan försäkringskassa och bl.a. sjukvård, i huvudsak i enlighet med de av riksdagen tidigare antagna principerna för den s.k. Finsamverksamheten.
2. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag om nytt system för rehabilitering i enlighet med vad som anförs i motionen.
3. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag om rehabiliteringsgaranti i enlighet med vad som anförs i motionen.
4. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med förslag som möjliggör för förtidspensionärer att återgå till arbetslivet.

2001/02:Sf35 av Agne Hansson m.fl. (c):

1. Riksdagen beslutar om permanent finansiell samordning av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och socialförsäkringen för att underlätta samarbetet och åstadkomma ökad hälsa och minskade sjukskrivningar.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att växla passivt stöd mot rehabiliteringsersättning senast efter tre månaders sjukskrivning.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att förlänga gränsen för rehabiliteringsersättning.

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en individuell behandlingsplan för rehabilitering, genom lagfästa rättigheter.

2001/02:Sf36 av Alf Svensson m.fl. (kd):

1. Riksdagen beslutar att införa en ny rehabiliteringsförsäkring i enlighet med vad som anförs i motionen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om situationen vid försäkringskassorna.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om särskilda resultatenheter inom försäkringskassan som arbetar med rehabilitering.
4. Riksdagen begär att regeringen påbörjar det nödvändiga lagstiftningsarbetet för den nya rehabiliteringsförsäkringen i enlighet med vad som anförs i motionen.
5. Riksdagen begär att regeringen tillsätter en organisationskommitté med ansvar för genomförandet av den nya rehabiliteringsförsäkringen i enlighet med vad som anförs i motionen.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om finansiell samordning.

BILAGA 2

Offentlig utfrågning om den ökande sjukfrånvaron

Datum: tisdagen den 23 maj 2002

Tid : 09.00–12.00

Lokal: förstakammarsalen

Program:

Inledning

Socialförsäkringsutskottets ordförande Berit Andnor

Sjukfrånvarons utveckling och kostnader m.m.

Anna Hedborg, generaldirektör, Riksförsäkringsverket

Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Anders Milton, vd, Sveriges läkarförbund

Arbetsplatsens betydelse och arbetsgivarens ansvar för ohälsa

Alf Eckerhall, direktör, Svenskt Näringsliv

Socialförsäkringsutskottets ledamöter ställde därefter frågor till inbjudna myndigheter och organisationer

Även social- och arbetsmarknadsutskottens ledamöter var inbjudna och gavs tillfälle att ställa frågor.

Inledning

Berit Andnor (s), ordföranden: Välkomna till denna utfrågning om den ökande sjukfrånvaron som socialförsäkringsutskottet bjuder in till. Jag välkomnar särskilt de företrädare för myndigheter och organisationer som är här i dag. Jag uppskattar oerhört att ni hade möjlighet att komma hit med så kort varsel. Vi tycker alla att det är ett mycket intressant ämne som vi nu har framför oss. Vi har tre timmar till vårt förfogande för att diskutera.

Jag hälsar också arbetsmarknadsutskottet och socialutskottet välkomna. De deltar i denna utfrågning och har möjlighet att delta i diskussionen.

Den ökande sjukfrånvaron är oroande. Det gäller särskilt de långtidssjukskrivna. Det finns stora variationer mellan branscher och mellan enskilda arbetsplatser. Mönstret skiljer sig också mellan män och kvinnor. Det finns även geografiska variationer.

Den ökning som vi nu ser av de sjukskrivna innebär på sikt en ökning av de förtidspensionerade. Detta är naturligtvis oerhört oroande. Bakom detta finns många olika förklaringar och orsakssamband. Det gör det till ett kom-

plext problem. Det innebär att de åtgärder som bör vidtas också bör varieras. Det bör vara ett brett spektrum av åtgärder.

För att motverka denna utveckling beslutade riksdagen före jul om ett elvapunktsprogram som innehåller en rad olika åtgärder som syftar till att få effekt både på kort och lång sikt. En del av punkterna i elvapunktsprogrammet är i gång, bl.a. de trepartssamtal som pågår. Det gäller också de särskilda uppdrag som har lämnats, bl.a. till Riksförsäkringsverket och AMS, för att hitta nya metoder för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En rad andra åtgärder är på gång.

Den oro som vi nu känner delas av alla partier i riksdagen. Det är bakgrunden till att vi just nu i socialförsäkringsutskottet behandlar tre motioner som är lämnade av Folkpartiet, Centerpartiet och Kristdemokraterna, där det ställs krav på en krisplan mot ohälsan. I detta beredningsarbete har vi också i utskottet fått ta emot en del motionskrav från Moderaterna och Miljöpartiet som rör samma område.

Vi började vårt beredningsarbete förra veckan med att diskutera det arbete som pågår i Regeringskansliet. Vi diskuterade med statssekreterare Agneta Karlsson och tjänstemän från departementet. Vi hade i tisdags en intern utfrågning i socialförsäkringsutskottet, arbetsmarknadsutskottet och socialutskottet med Kent Pettersson, generaldirektör på Arbetsmiljöverket, som också leder trepartssamtalen.

Vi fortsätter beredningsarbetet i dag med denna offentliga utfrågning. Vi har bjudit in en rad olika myndigheter och organisationer. En del av er ska nu få tillfälle att inleda denna utfrågning. Vi har tyckt att det vore bra om alla ni tre som nu får möjlighet att säga någonting gör det direkt efter varandra. Därefter gör vi det möjligt för utskottets ledamöter att ställa frågor och komma med synpunkter. I den diskussionen är också ni andra välkomna som är inbjudna till dagens utfrågning.

Vi börjar med att lyssna till Anna Hedborg, generaldirektör på Riksförsäkringsverket. Hon kommer att hålla sig till sjukfrånvarons utveckling och kostnader och kanske en del annat också. Vi får se vad det blir. Varsågod, Anna. Ordet är ditt.

Sjukfrånvarons utveckling och kostnader m.m.

Anna Hedborg: Tack så mycket. Tack för inbjudan att komma hit och diskutera detta stora ämne som ständigt upptar oss och kanske ibland också förvirrar oss i fråga om vad som egentligen händer.

(Bild 1) Sjukfrånvaron har aldrig varit högre än nu. Vi vet att den varierar över tiden. Den minskade under hela 90-talet. Vi diskuterade dessförinnan mycket om sjukfrånvaro, kanske mera om korttidsfrånvaro än långtidsfrånvaro. Men kurvan som visar långtidsfrånvaron visar att den aldrig någonsin legat på sådana nivåer som den gör nu. Den fortsätter att öka med explosionsartad hastighet såsom den har gjort från bottenläget 1997, när det plötsligt inträffade en vändning som sedan har fått denna utveckling.

Det har gjorts många utredningar på vägen. Trots att mycken möda har lagts vid frågan kan man inte säga att det är fullständigt utrett vad det är som har hänt sedan 1997, vad det var som hände just då eller vad det är som gör att kraften i utvecklingen består med oförminskad styrka.

Vi vet väldigt mycket mer om hur sjukfrånvaron ser ut, vem som är frånvarande, av vilken anledning, hur länge osv. Men själva de grundläggande orsakerna är inte riktigt klara och tydliga. Det kanske är så att man får betrakta det som gott att ingen har försökt sig på den väldigt enkla förklaringen. Den finns helt enkelt inte, skulle jag vilja hävda. Detta är en ansamling av samhällsproblem som nu tar sig uttryck i ökningen av sjukfrånvaron.

Vi vet en hel del om hur sjukfrånvaron ser ut. Det mest tydliga är det som Berit Andnor också nämnde, att det är en sådan enorm spridning. Det ser så olika ut, vilket i sig är en väldigt intressant iakttagelse. Det måste betyda någonting.

(Bild 2) Den bild som jag visar här visar på spridningen mellan olika sektorer i samhället. Den visar hur det ser ut i förhållande till vad man skulle kunna förvänta sig utifrån hur många som är sysselsatta i olika sektorer och utifrån deras ålder. 100 år vad man kan förvänta sig. Det som ligger under är låg frånvaro. Det som ligger över 100 år hög frånvaro. Ni ser att den kommunala sektorn har en väldigt hög frånvaro liksom landstingen medan staten och egenföretagare ligger på ungefär förväntad frånvaro. Den privata sektorn ligger lite lägre.

(Bild 3) Den geografiska spridningen är väldigt stor. Vi känner igen mönstret att sjukfrånvaron är mycket större i norr än vad den är i söder. Det som är förbluffande är hur stor spridningen är också inom olika landsdelar. Inom samma län kan man få våldsamma skillnader. Mittlinjen på diagrammet här visar vad som är förväntat genomsnitt. Om vi tittar på Norrbotten – vi vet att Norrbotten är ett frånvarolän – ser vi att det finns kommuner inom Norrbottens län som har 45 % mindre frånvaro än förväntat samtidigt som det finns de som har mer än dubbelt så hög frånvaro som genomsnittet. Det är en mycket stor spridning, inte bara mellan län och landsdelar utan också mellan kommuner. Spridningen är enormt stor t.o.m. inom kommuner.

(Bild 4) Om man ser på sjukfrånvaron på arbetsplatser i den privata sektorn är det också där en mycket stor spridning. I 25 % av arbetsplatserna – det handlar här om arbetsplatser med mer än 100 anställda, alltså stora arbetsplatser – är sjukfrånvaron mindre än hälften av genomsnittet medan hälften av dessa arbetsplatser står för betydligt högre frånvaro än andra arbetsplatser. Så ser det ut också i den kommunala sektorn, där man genomsnittligt sett har en mycket högre frånvaro än i den privata sektorn. Det finns kommunala arbetsplatser som har en frånvaro långt under den förväntade.

Den slutsats man måste dra av dessa siffror är ändå att arbetsplatsen spelar en väldigt stor roll för sjukfrånvaron. Det är inte samma sak som att säga att det är arbetsplatsen som orsakar all frånvaro. Det betyder att i det samlade komplex där människor reagerar med sjukdom eller hälsa spelar arbetsplatsen en väldigt avgörande roll. Den kan fungera som ett styrkebälte som hjälper

människor att hålla sig friska, eller i varje fall inte bli sjukskrivna även om de är sjuka. Den kan också vara en påfrestning i sig själv som skärper kraven på människor så att sjukdom leder till sjukskrivning i högre grad. Det är av avgörande betydelse att hitta vad man kan göra på arbetsplatserna. Arbetsplatserna är det ställe där man kan göra någonting förebyggande och reagera på den situation människor står inför, att bli sjukskrivna eller inte sjukskrivna eller lite sjukskrivna.

Man kan inte i form av samhällsinsatser göra så mycket åt andra delar av människors liv. Men man kan kanske i högre grad komma åt det som är vår gemensamma tillvaro på arbetsplatserna. Det är viktigt. Man kan göra saker fysiskt. Man kan göra saker psykosocialt. Vi vet att det är betydelsefullt. Det är också viktigt därför att arbetsplatsen är ett ställe där man kan skapa värderingar och förväntningar.

Trots allt tror jag att man måste våga säga att någonting har hänt med värderingar och förväntningar. Därmed vill jag uttrycka att det nu har blivit naturligt att man söker sin sjukdom – alla människor är mer eller mindre sjuka och friska – som lösning på påfrestningar i tillvaron som i och för sig kan komma från väldigt många olika håll. De kan i kombination vara sådana att de utlöser sjukdom och sjukdomsreaktioner. Förväntningar från individens sida och från arbetsplatsens sida spelar in. Här vill jag återigen säga att arbetsplatsen är väldigt viktig. Får man vara lite sjuk på arbetsplatsen, eller är man inte välkommen om man inte är högpresterande varje dag? I den meningen tror jag att man kan säga att kunskapen hela tiden växer när vi tittar på hur viktig arbetsplatsen är för vad som kan komma att hända.

(Bild 5) Kommer sjukfrånvaron att kunna minska snabbt? Nej. Jag tror tyvärr att vi kan vara alldeles säkra på att det är en lång bromssträcka innan man kommer till lägre tal. Det finns över huvud taget ingenting i utvecklingen som antyder en minskning. Kostnaderna för sjukpenning ökar månad för månad på ett väldigt konsekvent sätt. Det som gör att man kan vara tämligen säker på att det är en mycket lång bromssträcka är att det bakom dessa siffror ligger ett ökat inflöde till sjuklighet. Ökningstakten har möjligen avtagit något, men ligger på en tidigare aldrig skådad nivå. Det som därtill händer är att sjukskrivningarna blir längre och längre. Bakom de väldigt många riktigt långa sjukskrivningarna – ungefär 120 000 människor har nu varit sjukskrivna i över ett år – pressar fler långa sjukskrivningar på i kön.

(Bild 6) Den bild jag nu visar ser rörig ut, men den anger att de riktigt långa sjukskrivningarna är de som ökar mest. De sjukskrivningar som varat i över två år betraktar vi som administrativa misslyckanden. Sjukskrivning i mer än två år är motiverat i några enstaka fall. Det kan gälla psykisk sjukdom där det spelar en väldig roll om man är sjukskriven eller går på sjukbidrag. Men i princip är det en situation som bör leda till rehabiliteringsinsatser och återgång till arbetet helt eller delvis eller en prövning av sjukbidrag och förtidspension.

Det sprids ibland en bild av att vi från Riksförsäkringsverket lättvindigt skulle gå ut och rekommendera förtidspensionering. Det gör vi naturligtvis

inte. Vad vi säger är att det är väldigt viktigt att människor får rätt ersättning. Vad dessa bilder visar är också att administrationen inte hinner göra vad den ska. Ju längre människor går sjukskrivna utan rehabilitering och insatser, desto mindre är sannolikheten för att de kommer tillbaka med hjälp av rehabilitering.

Det är otroligt viktigt att rehabilitering sätts in i rätt tid. Den sker i huvudsak av sjukvården, av arbetsförmedlingen, av de sociala myndigheterna och allra oftast av arbetsgivaren. Om alla fyra misslyckas återstår i själva verket inte så väldigt mycket. Inte många av de fall där man misslyckas kommer tillbaka. Det är trots allt inte där den stora striden kan tas. Helst ska man vidta åtgärder innan personen har blivit sjuk eller väldigt snabbt efter det att han har blivit sjuk. Det kan ske på arbetsplatsen eller så fort som möjligt via sjukvården. Det kan också handla om insatser från socialtjänst eller arbetsförmedling. Då har den sjukskrivne naturligtvis mycket bättre chanser.

Vi kan vara relativt övertygade om att den lagstiftning vi nu har och det sätt att bedöma människors arbetsförmåga som finns kommer att leda till fortsatt ökat antal långa sjukskrivningar och förtidspensioner. Det finns inget skäl att hymla om det. Då är det naturligtvis ännu viktigare att man gör något framför allt på inflödessidan, men också att man kan göra det som ska göras för alla de människor som i dag är sjukskrivna.

(Bild 7) Vi gör prognoser om vad som kommer att hända. Vi har för närvarande ingen som helst anledning att revidera dessa prognoser och justera dem nedåt. De visar på en fortsatt kraftig ökning av såväl antalet förtidspensioner som sjukpenningkostnaderna under ganska många år framöver. Det är en kombination av förväntade kostnadsökningar till följd av demografi och åldersfördelning och det faktum att utvecklingen ser ut som den gör för närvarande.

Det är ingen alltför optimistisk bild jag lämnar, men jag tycker att jag måste tala om vad jag faktiskt tror och ingenting annat.

Vi gör ganska mycket nu. På alla fronter sker det mycket kring dessa frågor. Vi på vår kant har tillsammans med arbetsförmedlingen fått en del uppdrag, som redan har nämnts. Vi har kontakter med läkarförbund, näringsliv m.m. för att försöka skärpa arbetsmetoderna när det gäller vad som kan göras med människor som redan är sjuka eller långtidssjuka. Jag tror ändå att jag måste sluta med att säga att det absolut viktigaste som kan ske trots allt måste ske någon annanstans.

Ordföranden: Tack för det, Anna. Då går vi snabbt vidare till läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen, något som diskuteras från och till. Välkommen, Anders Milton – vd för Sveriges läkarförbund. Ordet är ditt. Varsågod!

Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen

Anders Milton: Tack så mycket, fru ordförande. Jag tänker beröra några av de aspekter som gäller läkarkåren. Läkarförbundet har skrivit ett remissvar till

departementet gällande Rydhs utredning, så det jag kommer att säga finns där mera utförligt och mera välformulerat.

Informationen om vår hälsa är delvis motsägelsefull. Å ena sidan fortsätter medellivslängden att öka. De som blir äldre upplever sig i många fall som friskare högre upp i åldrarna. Å andra sidan är vi sjukare eller i vilket fall mer borta från jobbet på grund av ohälsa. Frågan är hur det går ihop. Dessutom har vi stora regionala och kulturella skillnader i ohälsotalen. Vad beror de på? Beror den ökning vi har sett på en reellt ökad sjuklighet och en högre sjuklighetsnivå inom vissa områden och i vissa kommuner, som Anna tog upp, eller är det en skillnad i hur vi ser på vår roll i relation till arbetsplatsen, arbetslivet och socialförsäkringssystemen?

Man brukar säga att det finns många orsaker till ökningarna. Det kan vara att vi har ett snabbare tempo. Inte minst i den landstings- och primärkommunala sektorn upplever många att man har dragit ned. Det har blivit trängre i organisationen. Det har blivit snabbare tempo och slimmade organisationer. De kvinnliga 40-talisterna, som nu har dubbelarbetat i ett helt liv – de har skött hemmet och familjen och dessutom arbetat inte sällan inom vård, omsorg och skola – när en ålder då de känner att besvären tar ut sin rätt. Frågan är om detta förklarar ökningen och de regionala skillnaderna.

Låt mig säga några ord om de nya diagnoserna, t.ex. utmattningsdepression eller utbrändhet. Vi har tidigare haft fibromyalgi. Vi har haft elöverkänslighet. Vi har haft amalgamöverkänslighet, som ni i riksdagen väl känner till. Det är ett antal diagnoser med oklara och diffusa symtom, där patienten har reella subjektiva besvär. Patienten kommer till doktorn och säger så här: Jag orkar inte längre gå till jobbet. Jag klarar inte av min arbetsplats. Jag har svårt att sova. Jag klarar inte av att gå dit. Jag orkar inte se på chefen.

Patienten beskriver detta och ställer då i praktiken diagnosen själv. I detta fall är han utmattningsdeprimerad. Patienten vill vara hemma. Frågan är vad läkaren som tar emot patienten ska göra. Det är en diffus symtomflora. Det finns inget självklart av oss känt orsakssamband. Det betyder att det inte heller finns någon klar behandling. Det finns ingen evidensbaserad medicin som man kan luta sig emot. Vad är då rätt behandling? För det första: Vilken är diagnosen? För det andra: Vad ska vi behandla?

Det vi normalt i dag gör på patientens begäran är att vi sjukskriver. Det är det patienten vill. Om man ska få doktorn att göra någonting annat måste man ge den enskilde läkaren andra möjligheter att sitta ned och diskutera med patienten. Vi måste också hitta andra terapiformer.

Vi vet samtidigt att biverkningarna av en lång fullständig sjukskrivning är utomordentligt stora. Sjukskriver man någon tre fyra månader är risken mycket stor att han aldrig kommer tillbaka till jobbet. Antagligen skulle vi i stället ordinera närvaro på jobbet två fikaraster per dag, om personen bor så att han kan besöka sin arbetsplats, så att han inte förlorar den sociala kontakten med sitt arbete och så att han inte definierar sig själv eller blir definierad som någon som är utanför.

Vi måste från vår sida fundera över diagnosen, behandlingen och biverkningen av sjukskrivningen. Vi måste naturligtvis också inom läkarkåren fundera över varför det ser så olika ut i olika kommuner och landsändar. Hur kommer det sig att vi använder sjukskrivningsinstrumentet så olika i olika delar av landet? Jag har inget bra svar, men det är uppenbart att vi behöver lära oss mer om behandlingarna och också ta reda på hur vi påverkas av de kulturella förväntningar som finns i den lokala miljön, för att se att vi arbetar på rätt sätt.

Vad ska vi i övrigt göra för något? Vi tror att samhället och vi alla måste sätta upp ett mål för hur vi ska minska sjukligheten och ohälsan. Anna Hedborg har naturligtvis rätt när hon säger att vi inte ser att trenden bryts – möjligen ser vi att ökningstakten ha avtagit. Men om vi ska lyckas med detta måste vi sätta upp ett mål: på tre till fem års sikt måste man få ned kurvan och halvera sjukligheten.

Det finns naturligtvis inga enkla lösningar. Vi tror att man antagligen måste lägga mer resurser i hälso- och sjukvården för rehabiliterande verksamhet. I andra sammanhang har ju vi i Läkarförbundet tagit upp detta. Vi tror att man måste lyfta nivån i hälso- och sjukvården med mera resurser. Det innebär både mera sjuksköterskor, arbetsterapeuter, psykologer, läkare osv., men också rent fysiska resurser. Det måste finnas rum och sängar att ta in folk i. Vi tycker också att det ska finnas en samordning mellan försäkringsverksamheten och hälso- och sjukvården, alltså något slags Finsamprojekt.

Vi tror också att det är viktigt att man bygger ut företagshälsovården. I dag finns det ungefär 600 företagsläkare. Om man ska göra det som utredaren vill krävs det åtminstone 1 000. Det finns en flaskhals när det gäller utbildningen av företagsläkare. Här har myndigheterna inte riktigt hittat en väg fram. Där behövs det mer resurser, så att man kan utbilda företagsläkare. Om de ska fungera på ett bra sätt måste de också ha ett vårdavtal. De måste kunna se patienter som patienter. Vi tror att de måste ha ett vårdavtal som är likformigt över riket. Det måste finnas en mall för hur det ska se ut.

Vi måste också fundera mera över organisationens roll för ohälsan. Återigen delar jag Anna Hedborgs uppfattning. På arbetsplatsen tillbringar vi normalt sett en tredjedel av dygnet under de dagar man arbetar. Resten av tiden trivs vi eller vantrivs vi med vårt övriga liv, som ju naturligtvis också påverkar hälsan. Men arbetsplatsen är den plats där man kan åtgärda det, för det är där vi träffas, det är där vi finns. Det betyder inte att man ska lägga hela bördan på arbetsgivaren, men man måste ändå utnyttja tillfället så att man har folk där. Vi måste också lära oss av de siffror som vi ser och som rör vård, omsorg och skola – dvs. där kommuner och landsting har problem i dag. Vi bör dra erfarenheter av dagens ohälsa så att man kan ändra organisationen så att den blir mindre skadlig.

Vi tror också att det är bra om man har ett personalekonomiskt bokslut, dvs. att man anger hur sjukalet ser ut. Om det ligger över en viss nivå får man rapportera det till vederbörlig myndighet. På de större arbetsplatserna bör man titta på yrkesgrupp, kön och sub-arbetsplats.

Vi på vår sida måste försöka se hur vi bättre ska behandla de diffusa diagnoserna. Vi måste bli bättre på att ställa diagnos. Det behövs ökad forskning och ökad satsning på att ta reda på vad man ska göra för någonting. Vi måste också ha en bättre utbildning i försäkringsmedicin för läkarkåren. Med den olika praxis som vi ser över landet finns det utrymme för förbättringar.

Återigen vill jag säga att jag tror att företagshälsovården och företagsläkarna och den sektor de representerar har en mycket stor betydelse. Det är viktigt att man får resurser till företagshälsovården, liksom resurser till den egentliga, klassiska hälso- och sjukvården.

Ordföranden: Tack, Anders Milton, för denna inledning till den diskussion vi ska ha. Nu går vi vidare till nästa inledare. Det är Alf Eckerhall från Svenskt Näringsliv som ska beröra arbetsplatsens betydelse och arbetsgivarens ansvar för ohälsan. Varsågod!

Arbetsplatsens betydelse och arbetsgivarens ansvar för ohälsa

Alf Eckerhall: Tack för att jag har fått komma hit. Jag ska prata lite över denna rubrik plus lite annat. Sedan är jag naturligtvis beredd att svara på frågor.

Anna Hedborg redovisade numerären i alla siffror. Det finns en fråga till som är mycket intressant, nämligen hur vi använder våra pengar. Om man summerar kostnaderna för inkomstersättningen kommer man ganska långt. Sjuklönen går väl i väg upp mot 20 miljarder kronor, och sjukpenning och rehabiliteringspenning närmar sig väl 50 miljarder. Förtidspensionen är 50 miljarder, på väg mot att om något år bli 60 eller 65, enligt vad Riksförsäkringsverket har sagt. Livräntor och arbetsskadeförsäkringen kostar också flera miljarder, 6–7 miljarder kanske. Till detta kommer också avtalade ersättningar som arbetsmarknadens parter har sinsemellan. Dessa ligger på ungefär 20 miljarder – jag har inte räknat ut det exakt.

Sammantaget innebär det att vi är uppe på ungefär 160 miljarder kronor. Det är väldigt mycket pengar. Ingen tror väl att man kan komma ned i noll, men man kan använda en del av pengarna på alternativa sätt. Till det hela kommer givetvis en massa andra kostnader i form av störningar i produktion, vikarier, vård osv. Det bör vi också tänka på när vi diskuterar detta.

Jag blev lite förvånad när jag såg att i lagrummet 3 kap. 15 § riksdagsordningen återopades om ”händelse av större vikt”. Jag trodde att det skulle gälla en plötsligt inträffad händelse. De som har följt den här frågan vet att detta inte är något som har inträffat just nu, utan det har pågått under lång tid. Det visade Anna Hedborg, det har Jan Rydh visat också, och de flesta är nog medvetna om det. Detta har pågått under flera år. Men alltnog, det är bra att det diskuteras.

De här frågorna diskuteras inte minst i spalterna, massmedierna. Den ena vet alltid bättre än den andra, och så håller man fast vid sin egen uppfattning. Svenskt Näringsliv har låtit Temo göra en undersökning. Jag vill gärna dela med mig av resultaten av den. Det blev en ganska fyllig undersökning på

drygt 40 sidor. Jag kan meddela det glädjande budskapet att drygt 90 % trivs bra på jobbet. Det gäller alla sektorer. Det gäller medlemmar i både LO och TCO, så det finns ingen skillnad därvidlag. Av medierna kan man ibland få uppfattningen att det skulle vara stor vantrivsel i arbetslivet, men denna siffra visar på något annat.

Jag tänkte visa ett par bilder ur utredningen för att locka till ytterligare läsning. Undersökningen är så fyllig att jag vill locka er till att läsa själva. Jag vill visa några bilder, för en bild säger mer än tusen ord.

(Bild 8) Jag tittade på SCB:s hemsida i går och fann de här siffrorna. Allt är inte lika. På den privata sidan, som svarar för ungefär 66 % av sysselsättningen, redovisar SCB 4,6. Om man jämför talen med varandra och inte med något annat så räcker det, tror jag. På den kommunala sidan, som svarar för ungefär 22 % är siffran 6,7, och det är ju väldig skillnad. För den landstingskommunala sektorn är siffran 5,7 och för den statliga är siffran 3,7. Allt sammanvägt är siffran 5 %.

(Bild 9) Här har jag en bild som visar en jämförelse mellan de nordiska länderna. Sedan drygt 20 år tillbaka mäter vi varje kvartal hur arbetstiden används. Då frågar man också om det har förekommit sjukfrånvaro. Det finns också en del annat: övertid osv. Den här bilden visar sjukfrånvaron. Det är den norska arbetsgivareföreningen som har gjort sammanställningen. Här återfinner ni 1988, då vi låg väldigt högt. Som Anna Hedborg sade ligger vi ännu högre i dag än 1988.

Om ni ser på den här bilden finner ni att Annas bild inte stämmer med hur det ser ut på den privata sidan. Dessa siffror avser alltså bara den privata sidan. Jag måste också säga att den inte är strikt vetenskaplig. För Sveriges vidkommande grundar den sig på ett underlag bestående av 220 000 anställda i privata företag. Det är ganska mycket.

Här ser ni den svenska kurvan, som låg högst under ganska många år. Sedan vidtogs åtgärder, och det här visar att ändringar i regelsystem har inverkan på frånvaron. Så småningom kom vi ned i en normal nordisk nivå. Många tyckte att vi låg för lågt här. Dåvarande biträdande socialministern Klingvall menade att vi låg på tok för lågt när det gällde sjukfrånvaro. Därför höjdes ersättningen till 80 % den 1 januari 1998. Jag uppfattade det som att den höjningen nog skedde för att det var valår det året, men det anfördes inte som skäl. Man anförde att det var för att få upp sjukfrånvaron. Det lyckades också över hövan. Vi har nu höjt oss över Finland och Danmark. Norge ligger kvar på en relativt hög nivå. I Norge har man en hundraprocentig ersättning från första dagen under hela första året.

(Bild 10) Om vi ser till bara den svenska redovisningen är det fjärde kvartalet 2001 det senaste. Här ser ni hela serien från 1985 och framåt. Där återfinner vi 1988 med rekordhög frånvaro. Det var verkligen besvärligt då. Det fordrades överanställningar på 10–20 eller kanske 30 % i företagen för att produktionen skulle kunna hållas i gång. Sedan kom åtstramningarna, självrisk och sjuklöneperiod osv., och 1996–97 fick vi låga tal. Det är möjligt att Klingvall hade rätt i att talen var för låga, men de behöver inte återställas eller

gå förbi den här nivån, utan man kan finna något annat. Om man ska ha ett mål skulle man kunna ha målet 1996–97 års nivå eller välja ett annat år – 1998 eller 1995 – och försöka återgå till den nivå man hade då.

(Bild 11) Här ser ni en bild som jag har hämtat ur Temoundersökningen. Vi lät Temo ställa en massa frågor. Bland annat ställdes frågan: Om man inte är sjuk men mår dåligt på grund av olika orsaker – ansåg då den anställde eller arbetsgivarrepresentanten att det var rätt eller fel att sjukskriva sig? Här ser ni ett urval av frågor. Svaret på dem borde ha gett siffran noll i båda kolumnerna, men så blev det inte. Här kanske det påverkades av Uppsaladiskussionen – försäkringskassan i Uppsala tog sig före att påpeka något som vad jag förstår var riktigt och i enlighet med regelsystemen. Förr i tiden betraktades graviditet i stor utsträckning som friskhet och inte som sjukdom.

Ser vi till de andra frågorna är siffrorna påfallande höga. Det här ska spegla sanningen, för Temo gör inget annat än att försöka hålla sig till vetenskaplig metod på det här området. Nu finns det många som inte gillar detta utan vill hugga huvudet av budbäraren. Okej, då får man väl göra det, men då har man inte förstått riktigt hur det ligger till.

(Bild 12) Jag vill visa en bild till. Man ställde frågan: Vilken betydelse tror du att olika åtgärder har för att minska sjukfrånvaron? Här finns en hel karta över åtgärder. Det var 2 000 som tillfrågades, varav 500 var arbetsgivare eller arbetsgivarföreträdare. Högst i topp ligger bättre arbetsmiljö. Det beror kanske på att det är riktigt att man alltid ska sträva efter bättre arbetsmiljö, men det finns också en del annat, t.ex. friskvård för de anställda. Då kommer vi in på det som är rubriken för mitt anförande, nämligen arbetsgivarnas ansvar.

Arbetsgivarens ansvar är naturligtvis en god arbetsmiljö, men det är också ett ansvar som man självmant har tagit på sig för friskvård under annan tid, alltså under fritid. Man ger stimulanser för att de anställda ska vårda sin hälsa. Det finns dock vissa begränsningar i skattereglerna som hindrar denna verksamhet. Vi har i vårt remissyttrande skrivit om detta. Vi tycker att det finns anledning för statsmakterna att överväga att se över de här reglerna.

(Bild 13) På den här bilden finns några konkreta förslag. Det finns ytterligare förslag i vårt yttrande. Vi menar att det är viktigt att angripa de stora ohälsosfaktorer. Man bör inte enbart se till arbetsplatsen. Arbetsplatsen är viktig, arbetsmiljön är viktig, och det är viktigt att man följer Arbetsmiljöverkets föreskrifter och gällande lagstiftning. Men det är också viktigt med kost och motion, t.ex. motionen i skolan. I spalterna kan man läsa att den obligatoriska skolgymnastiken i praktiken inte är obligatorisk. Det är ett stort bortfall i deltagandet. Det skulle ha kommit en folkhälsoproposition. Jag känner inte till orsaken till att den inte har kommit än, men det finns nog anledning att ta upp sådana här frågor i den.

Trafiken är en stor fråga. Det har talats om nollvision, men det går nästan åt andra hållet ibland. Det räcker inte med att säga saker. Man måste också vidta vissa konkreta åtgärder.

Vi tror också, med hänsyn till vad Temoundersökningen visade, att man måste återupprätta grundkravet för sjukskrivning. Det knyter an till vad Anders Milton var inne på. Grundkravet är arbetsförmåga till följd av sjukdom. Sjuka kan vi väl alla vara mer eller mindre, men kravet gäller *arbetsförmåga* till följd av sjukdom. Arbetsförmågan kan vara mer eller mindre nedsatt. Den är sällan 100 % eller 0 %.

Vi tycker också att det finns skäl att betona den försäkrades ansvar. Det betonas inte särskilt mycket i de utredningar som har gjorts under senare år. Vi tycker att det finns anledning att gå tillbaka till 1997 års självrisk. Vi har noterat att partier har frånfällt sina tidigare ståndpunkter när det gäller självrisk. Jag kan inte förstå det på annat sätt än att det handlar om att det är valår i år igen.

Det finns, eller ska finnas, en karensdag i sjukförsäkringen. Den har till stora delar eroderat. Det är angeläget att den är äkta. Utskottets vice ordförande var ansvarig för att införa den, och vi påpekade då att det är nödvändig att tillämpa en äkta karensdag, för annars kommer den att erodera på det sätt som har skett. Man lovade då att regeringen skulle följa detta och vidta åtgärder. Det har inte skett någonting på den punkten. Det finns anledning att pröva det, om inte annat så av rättviseskäl.

Det finns anledning att öka försäkringsmässigheten och bryta ut vissa delar – trafikolyckorna och arbetsplatsolyckorna – ur den allmänna försäkringen och lyfta fram principen om rätt kostnadsföring. Man ska inte gömma kostnaderna under mattan i avgifter som inte går att påverka.

Vi har många gånger pekat på försäkringskassans organisation. Man måste släppa nostalgin inför försäkringskassan och det gamla mönster som den är byggd efter. Det har gjorts en utredning som kan ligga till grund för en ändring, så att man gör om försäkringskassan till en normal myndighet. Man har diskuterat mycket på rehabiliteringssidan, och det sker ofta en förhandling som är tidsödande mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Vi har föreslagit att man drar en klar gräns, så att det inte behöver bli långa diskussioner utan att man kommer till skott så snart som möjligt. Det är viktigt att åtgärderna sätts in och att man inte väntar.

Även när det gäller sjukvården – det finns de som kan det området bättre – måste man nog också effektivisera. När det gäller läkarnas utbildning instämmer jag i vad Anders Milton har sagt. Man har gjort försök i Försäkringskassan i Sörmland. De som har hållit på med det menar att varje använd krona ger hundra tillbaka. Även om siffran är mindre finns det ändå skäl att försöka tillämpa ett sådant system.

Den sista punkten hör egentligen inte hit, men den är i alla fall relevant. Det finns 200 000 småföretag som inte kan budgetera rätt, utan dagligen lever med risken att få en mycket hög kostnad för sjuklönen. Den frågan har prövats här i riksdagen, med ett avslag som följd. Vi tycker att det finns anledning att pröva den igen och genomföra det förslag som utreddes 1997.

Ordföranden: Tack för detta. Ni ska ha tack alla tre som har inlett den här utfrågningen. Jag lämnar nu ordet fritt för utskottets ledamöter. Jag tänkte att vi kunde ta tre-fyra frågor åt gången. Den som känner sig anmodad att svara noterar det, så får de ordet.

Bo Könberg: Tack för att den här hearingen har kunnat bli av. Bakgrunden är, som ordföranden inledningsvis nämnde, att det har väckts motioner av bl.a. Folkpartiet med hänvisning till ”händelse av större vikt”. Alf Eckerhall snudade vid det, och man kan diskutera vad det innebär i det här sammanhanget. Denna utveckling har pågått nästan sedan sommaren 1997. För vår del åberopade vi när vi väckte motionen både den hemska utveckling som äger rum månad för månad och det faktum att riksdagen har bestämt om förslag om s.k. finansiell samordning under våren. Det har inte kommit. Inte heller den folkhälsoproposition som regeringen själv hade utlovat under våren har kommit. Om jag ska gissa vad som kan vara anledningen till talmannens godkännande av motionen är det att alla dessa tre företeelser sammanföll.

Det väcks förstås mängder av frågor under dessa intressanta genomgångar. Jag ber om ursäkt för att jag har så många, men jag tänkte att jag skulle passa på tillfället att ställa dem.

Först vill jag ställa några frågor till Anna Hedborg. I våras framförde Riksförsäkringsverket synpunkter på behovet av tilläggsanslag för innevarande år. Man äskade ett stort antal miljarder, antagligen baserat på prognosen för innevarande år och vad man trodde skulle fortsätta hända med sjukskrivningarna. Regeringen har i vårbudgeten anslagit ett avsevärt mindre belopp. Min fråga är då: Gäller fortfarande den bedömning som verket gjorde för några månader sedan? Kommer man alltså även efter regeringens tilläggsanslag i vårbudgeten att överskrida budgeten?

Jag gissar att svaret på den frågan är ja, med tanke på de siffror som visades och som tydde på att verket tror att den utveckling som har pågått i fem år kommer att pågå i fem år till. Det framgår av de siffror vi såg för år 2007.

Min andra fråga till Anna Hedborg gäller rehabiliteringssiffrorna. När vi i Folkpartiet tittar på dem verkar det som om det inte är någon ökning av rehabiliteringsinsatserna. Vi har försökt att se hur många av dem som varit sjukskrivna länge som fick hjälp i fjol i jämförelse med året före. Det verkar som om det står still, helt enkelt. Har vi förstått detta rätt? Finns det i så fall någon god förklaring till denna utveckling?

Min tredje och för denna omgång sista fråga till Anna Hedborg gäller försäkringskassornas resurser och personal. Har Anna Hedborg några synpunkter på om den nuvarande personalen räcker till eller om det behövs mer personal vid försäkringskassorna?

Jag har ett par frågor till Anders Milton. Han tog ju upp en tankegång som har framförts tidigare, nämligen att vi skulle använda de gemensamma resurserna på ett effektivare sätt genom något slags finansiell samordning mellan de pengar som går till passiv sjukskrivning och de som går till sjukvårdsinsatser. Även andra har varit inne på det. Exempelvis talade Socialstyrelsen om ”finansieringsbroar” för ett tag sedan. Detta låter väldigt klokt, tycker nog de

flesta. Jag vill fråga Anders Milton: Kan ni se några problem med detta? Är det något som man från utskottets sida behöver tänka på när man diskuterar den här frågan nästa vecka?

Jag har ytterligare en fråga till Anders Milton. Det gäller läkarnas sjukskrivningsrätt. Det har diskuterats huruvida den som t.ex. är springvikarie skulle ha rätt att sjukskriva hur länge som helst eller om det skulle krävas någon form av mer stabil kontakt mellan läkaren och patienten för att man skulle få göra sjukskrivningar. Det har också diskuterats om man efter en sjukskrivning på fyra eller sex veckor skulle kräva någon form av *second opinion* eller om det skulle förbli som det är nu.

När det gäller vad Alf Eckerhall vill jag säga att jag inte känner igen Folkpartiet i beskrivningen att vi skulle ha frånfallit några ståndpunkter om försäkringsmässighet och nivåer. Vi kan väl återkomma till det i något annat sammanhang. Vi har ansett att en karensdag på 80-procentsnivån har varit lagom, och det har vi tyckt under hela 1990-talet.

Alf Eckerhall representerar ju Svenskt Näringsliv. All statistik vi har tyder på att det är mindre illa i privat sektor än i kommunal sektor. Jag skulle gärna vilja höra om det finns några erfarenheter från den privata sidan som går att överföra till den kommunala sidan.

Min sista fråga till Alf Eckerhall gäller inflytandet. Många av oss tror ändå att det spelar rätt stor roll vilket inflytande man har på arbetsplatsen, över arbetssituationen, arbetsschemat osv. Det vore intressant att höra några synpunkter på det.

Cecilia Magnusson (m): Jag instämmer med Bo Könberg i att det skulle vara intressant att få höra den kommunala, landstingskommunala och statliga sidans syn på detta. Vi har nu fått höra Anders Milton. Är det någon som kan kommentera det?

Jag har två frågor till Ana Hedborg. Den första gäller rehabiliteringen. Vi fick ju diskutera detta med Kent Pettersson häromdagen. Han var inte särskilt positiv och verkade inte tro på rehabiliteringsinsatser. Jag skulle vilja höra om man kan se hur stor andel som är sjukvårdsinsatser och hur stor andel de andra insatserna är för dem som är eller ska bli föremål för rehabilitering. Har ni siffror på detta? Det har påverkar ju också vad man behöver satsa på.

Den andra frågan tangerar det som är övriga delar inom Riksförsäkringsverkets och försäkringskassans verksamhet. Hur påverkas de andra verksamheterna med den här utvecklingen? Bo Könberg nämnde personalen, men det är också intressant att se hur själva verksamheten ser ut.

Till sist har jag en fråga till Anders Milton om läkarna och sjukskrivningen. Det har talats om att patienter i princip sjukskriver sig själva. Förutom utbildning, vad finns det för åtgärder som man kan vidta för att det ska bli läkarna som sjukskriver och inte patienterna själva?

Anna Hedborg: Först beträffande frågan om tilläggsanslag i år: Vi har ännu inte ändrat vår prognos. Vi tror att det kommer att krävas ytterligare pengar, men det har ju även tidigare år varit så att vi har kommit igen i slutet på året eftersom vi på sluttampen måste bli väldigt precisa. Så precis är man natur-

ligtvis inte i det här skedet. Men det är fortfarande vår bestämda uppfattning att det sannolikt kommer att gå åt mera pengar.

När det gäller rehabsiffrorna – märk väl i försäkringskassorna – tycker jag att det är väldigt viktigt att gång på gång påpeka att den viktigaste rehabiliteringen faktiskt sker hos andra. Vad försäkringskassorna gör är att försöka samordna i huvudsak andras insatser. De försöker skapa ordentliga försäkringsmedicinska utredningar som klargör vad som måste ske för att en individ ska kunna återgå i arbete. Men själva rehabiliteringen sker faktiskt framför allt i sjukvård, på arbetsplats eller i arbetsmarknadspolitiska insatser.

Hur många är då föremål för samordnad rehabilitering i försäkringskassorna? De siffrorna har legat nästan exakt stilla trots det ökade antalet sjukskrivna. Det är naturligtvis ett uttryck för bristande resurser i försäkringskassorna.

Det är klart att man för närvarande är inne i en ond spiral när det gäller resurserna i försäkringskassorna. Man har den stora gruppen redan sjukskrivna som tar i anspråk resurser i form av administration för ren utbetalning, vilket i sig när man är sjukskriven förutsätter läkarintyg, nya bedömningar, nya inkomstprövningar osv., något som prioriterar sig självt. Människor måste kunna överleva. Det kommer alltså i praktiken först, och de rehabiliteringssamordnande insatserna kommer därefter. Det visar sig också att de djupare bedömningar som man behöver göra inte hinner göras innan man exempelvis går över till sjukbidrag osv.

Detta säger också något om den tredje frågan, om resurser och personal. Det är naturligtvis så att man på försäkringskassorna är pressad just när det gäller det som kan kallas ett växande berg av administration som man har framför sig när man har väldigt många sjukfall. Vi har i budgetunderlaget för nästa år föreslagit att man skulle kunna få en möjlighet att verkligen gå igenom och avarbeta de långa sjukfallen, genomföra en ordentlig bedömning av vad som skulle kunna göras. I vissa fall kommer det att leda till att man faktiskt förtidspensionerar dem som ska förtidspensioneras – inga andra. Det skulle behövas under en period för att man skulle komma i kapp. Vi tror för vår del ganska mycket på den modellen att man får en sorts prestationsrelaterad ersättning för att faktiskt göra de här insatserna.

Jag kommer här in på Cecilia Magnussons fråga om vad som händer i andra delar av verksamheten. Framför allt kanske det trots allt är inom sjukhanteringen som sjukskrivningarna pressar ut rehabiliteringssamordningen, men det är klart att det också spiller över på annan verksamhet. Man är helt enkelt väldigt pressad i organisationen.

Jag tror att det är viktigt att man får en möjlighet att komma ut ur den här situationen. Det är kanske viktigare nästa år än i år eftersom man också måste preparera sig för en sådan insats. Man måste ett tag i förväg veta att man får göra den, så att man kan planera för den. Naturligtvis är man pressad, och ett uttryck för det är också en ökad sjukfrånvaro i försäkringskassorna.

Jag har varit inne på Cecilia Magnussons fråga om vad som är sjukvård och vad som är försäkringskasserehabilitering. Det är klart att det är mycket

väsentligare för rehabiliteringen av sjuka människor att sjukvården gör rätt saker, men vi har inga siffror på vilka belopp som krävs eller ens vilka belopp som i dag används för de grupper som är sjukskrivna. Det vet vi inte.

Vi tror egentligen inte att långa köer i sjukvården är någon större fråga. HPH-utredningen gjorde en genomgång av detta. Om jag minns rätt var det 3 % av ökningen som hänförde sig till kösituationen i sjukvården, så det är nog inte problemet. Däremot är säkerligen det som Anders Milton talar om, alltså själva sättet att arbeta med långtidssjukskrivna människor, sjukvårdens stora problem.

Anders Milton: Bo Könbergs första fråga var: Finns det problem med finansiell samordning? Ja, potentiellt finns det definitivt sådana. Risken är att de som är i arbetsför ålder skulle gå förbi dem som inte är i arbetsför ålder när det gäller att få vård och behandling i sjukvården. Det var därför som vi från Läkarförbundets sida var utomordentligt skeptiska till de FINSAM-försök som gjordes i början på 90-talet. Vi har sedan sett att resultaten inte var sådana.

Det som görs när man får pengar via socialförsäkringssystemet är att man får en tydligare incitamentsstruktur inom hälso- och sjukvården. Den klinik eller enhet som gör saker får pengar för det. På något sätt verkar det som om det får gränser att suddas ut och som om kuggarna går i varandra på ett annat sätt. Det är inte så att folk i övrigt sitter och latar sig utan det är bara så att man koncentrerar sig på det man måste göra just för tillfället och inte gör det där andra som i och för sig också är viktigt men som måste vänta.

Erfarenheterna från de här försöken är att det i princip inte var några problem med att äldre skulle bli förbigångna, vilket har varit oron från vår sida. Vi tror att finansiell samordning är bra. Man måste naturligtvis följa den, så att inte de äldre eller för den delen barnen – men det är i första hand fråga om de äldre – blir förfördelade. Så har det inte blivit, men det är viktigt att det inte heller i framtiden blir så.

När det sedan gäller rätt att sjukskriva, att man ska ha en stabil läkarkontakt osv. vill jag säga att den viktiga frågan är att de som bedriver hälso- och sjukvård, i första hand landstingskommuner, rekryterar, utvecklar och bibehåller sin personal. Det är förutsättningen. Om man inte kan göra det är man ingen bra arbetsgivare. Speciellt om man av riksdagen har givits rätten att bestämma om man ska få göra det själv eller om någon annan ska få tillfälle att etablera sig, blir det extra viktigt att man faktiskt kan rekrytera, utveckla och bibehålla personalen. Kan man inte det är det något som är fel. Jag tror alltså att det i första hand är det som man måste göra. Det är viktigare än att fundera över tillfälliga läkare.

Inte heller vi tror att det går att bygga upp sjukvården på stafettläkare. Däremot måste man kunna använda konsulter inom sjukvården, som man kan göra i all annan verksamhet vid toppar i arbetsbelastningen, som tillfälliga vikarier osv. Man kan dock inte bygga upp en vårdcentral eller en sjukhusklinik på tillfälliga läkare. Det går visserligen, men det är inte bra. Det är därför viktigt att de som äger sjukvården, dvs. landstingen, tar detta på allvar. Det

gör de naturligtvis i och för sig, men de borde bli mer framgångsrika i detta arbete.

När det sedan gäller frågan hur man ska göra i stället tror jag att det är viktigt att det finns en tidsgräns för försäkringskassan. En rehabiliteringsplan måste finnas. Vi skriver också i vårt remissvar att vi tror att det är bra att man ger arbetsgivaren incitament. För det första säger vi att vi tror att man kan ha 60 dagars arbetsgivarinträde. För det andra säger vi att man får försäkra vården för småföretagare osv. men att man då i stället ska ge arbetsgivaren möjlighet att, om man har satt i gång en rehabilitering efter 28 dagar, låta den andra månaden i stället betalas via försäkringskassan. Man har då ett incitament för att komma i gång med en snabb rehabilitering. Vi tror att det vore bra.

I och för sig tror vi också att man skulle kunna överväga att ge incitament till hälso- och sjukvården. Man kan tänka sig att ta 10 % av sjukskrivningskostnaderna, ungefär 5 miljarder kronor, ge de pengarna till hälso- och sjukvården och sedan säga att ni i stället får betala var tionde sjukskrivningsdag. Sjukskriver ni mindre blir det pengar över, och sjukskriver ni mer tas det ur sjukvårdsbudgeten. Man skulle inom den sektorn då börja fundera mera över hur man gör.

Cecilia Magnusson frågade om patienterna sjukskriver sig själva. Det gör de naturligtvis inte. Läkaren skriver det intyg som går till försäkringskassan, men vissa diagnoser är av sådan art att det finns väldigt få objektiva fynd. Man kan inte ta några laboratorieprover, röntga patienten eller på något annat sätt undersöka denne inuti eller utifrån och hitta någonting som styrker att patientens historia är rätt eller fel. Det är anamnesen, sjukhistorien, som berättar om patienten har den här diagnosen.

Till skillnad från många klassiska diagnoser, även komplicerade sådana, där det finns kriterier för när man exempelvis har en viss typ av cancer finns det i de här diagnoserna inte några riktigt bra kriterier för när man har sjukdomen i fråga. Det är diffust, och dessutom har man inte någon bra behandling.

Som jag sade tror jag att det kan vara bättre med deltidssjukskrivningar. Jag tror att det i Norge har varit så att man kunnat ordinera närvaro på jobbet med full lön, varvid kassan står för lönen. Jag tror att detta inte har slagit så väl ut i Norge, och det är kanske inte just så som man ska göra, men tanken att man på något sätt ska ha en kontakt med sin arbetsplats tror jag är viktig. Man bör också tidigt komma i gång med en rehabilitering, så att den enskilda människan socialt sett inte definierar sig själv som inte tillhörande arbetsmarknaden. Den anställda bör ha kontakt för sin egen del, och arbetskamraterna bör också definiera den här personen som en som tillhör dem, som en som är med i arbetskraften och ska komma tillbaka. Alltså: en tidig rehabilitering och inte hel sjukskrivning.

Alf Eckerhall: Bo Könberg frågade mig om erfarenheter som man kan få från privata företag och om inflytande. Sjukfråvaron under 80-talet var ju, som vi har sett på bilder, tämligen besvärande, inte minst i privata företag. Det var

till stor del det som låg till grund för att dåvarande SAF drev linjen om en sjuklöneperiod. Man kan säga att den argumentationen påbörjades 1981, och den kom starkt tillbaka under slutet av 80-talet när vi såg de höga siffrorna.

Tanken var att stimulera företagen att vidta olika åtgärder. Sjuklöneperioden satt hårt inne. Den genomfördes först 1992, men erfarenheterna av den talar för att det blev en beteendeförändring. För att generalisera lite kan jag säga att man tidigare anmälde på morgonen eller fram på förmiddagen till telefonväxeln att man var sjuk, men efter den här åtgärden utgick påbud om att man vid sjukdom i stället så fort som möjligt skulle anmäla sig till sin närmaste chef. Många företag införde också som punkt nummer två att närmaste chef efter ett antal dagar skulle ta kontakt med den anställde för att höra efter hur han eller hon mådde och om det var något som man kunde hjälpa till med.

Detta hade bl.a. till följd att man kände sig behövd, och det ledde till en beteendeförändring. Andra inslag, som i och för sig kom tidigare, i slutet på 70-talet och på 80-talet, var att man bildade egna riskbolag. Man tyckte att försäkringspremierna var för höga och kanske att risktänkandet på företaget var för dåligt, och man tog då över en väldigt stor självrisk i ett sådant här bolag, som man själv ägde. Vidare hade man återförsäkring på det för att klara stora skador.

Det här bolaget – låt mig kalla det så – hade en enda uppgift, nämligen att ta hand om risker. Risker var det roligaste som de visste, och de kunde gälla brand, vatten eller vad som helst. Jag vet att många längtade efter att få ta hand om även sjukrisker och olycksfallsrisker. Verksamheten bedrevs på det sättet, naturligtvis inte för att öka riskerna utan för att så mycket som möjligt minska riskerna. Det blev ett risktänkande som sipprade genom företaget till den sist anställde, och det stimulerades på olika sätt genom information. Det blev kanske också belöningar till dem som hade varit lyckosamma i sitt risktänkande.

Jag tycker att det ska bli intressant att se vad som nu händer i Gävle och i Sundsvall, där man har följt samma linje. Jag är inte helt insatt i detta utan jag har bara i tidningarna sett att man har bildat ett gemensamt bolag för att ta hand om risker. Det här är sådant som påverkar tänkandet.

Ett annat tänkande som vi har sett under alla tider som vi har mätt gäller skillnaden mellan små och stora företag. Denna visar sig också i SCB:s mätningar. SCB anger att de företag som har färre än 20 anställda har i genomsnitt hälften av den sjukfrånvaro som de som har fler än 20 anställda har. Detta har vi sett under alla år. Vi gjorde i början på 80-talet en noggrann undersökning, och resultatet var att små företag har subventionerat stora företag. Man kan i dag också påstå att privata företag subventionerar övriga delar av arbetsmarknaden. Sjuklöneperioden för små företag var i de flesta fall väldigt bra, men den medförde en hög risk, och man vet inte förrän i efterhand hur det har blivit.

Det är fortfarande i dag ett mycket stort obehag att det är på det viset. Jag vill ännu en gång understryka att det verkligen är anmärkningsvärt att stats-

makterna, kanske i synnerhet den första statsmakten, inte har rättat till detta. När vi argumenterade på 80-talet var ett av villkoren inte bara att man skulle sänka arbetsgivaravgiften i motsvarande mån utan också att man skulle ha en återförsäkring för små företag. Den som i dag finns räcker inte till. Det är utrett och fastställt att den som finns i försäkringskassan är för dålig. Det är bara 5 000 företag av de 200 000 som är med där.

Det som gäller inflytandet osv. rymmer många frågor. Som jag nämnde gäller det en god arbetsmiljö rent generellt och enligt lag och bestämmelser i övrigt från Arbetsmiljöverket, men också att arbetsplatsen görs attraktiv, vilket kan ske på olika sätt, naturligtvis bl.a. genom inflytande. Men det gäller också en hel massa annat: att man känner sig behövd och kanske att det finns möjligheter till friskvård, som jag nämnde. Många företag driver projekt för att uppmärksamma sjukfrånvaron, och de drivs som regel i samråd med de anställda. Det är ett inflytande så gott som något, och det är väldigt viktigt. Alla måste vara med på vagnen.

Inflytande är naturligtvis viktigt, men det är också viktigt att det finns ett gott ledarskap, som kan ta hand om detta, och en god arbetsledning. Alla de här bitarna måste fogas samman till en helhet.

Ordföranden: Jag ber er återta de platser som ni har så att vi kan fortsätta utfrågningen. Vi har ju begränsad tid till vårt förfogande – vi ska sluta kl. 12. Det är många som har begärt ordet, och det är också viktigt att ge utrymme för övriga inbjudna här i dag som inte har haft möjlighet att säga något till oss direkt. Jag kommer därför att ge också dem ordet. Detta gör att jag uppmanar er alla att fatta er kort och koncist i de frågor som ni ställer och svar som ni ger.

Désirée Pethrus Engström (kd): Som många har sagt här är detta ett komplext problem. Det finns inga enkla lösningar när det gäller hur vi ska komma fram till minskade sjukskrivningar, som ändå måste vara det som är riksdagens uppdrag. Det gäller att minska både kostnaderna för samhällsekonomin och lidandet för den enskilde individen som inte får hjälp och stöd i sin situation.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet måste naturligtvis fungera oerhört bra för att förebygga sjukdom. Arbetsgivaren har naturligtvis ett begränsat ansvar för individens utveckling och för de förändringar som sker i en människas hälsostatus. Därför behövs det bra företagshälsovård och bättre utbildning för läkare.

Sedan har vi också den del som jag inte tycker fungerar, nämligen rehabiliteringsorganisationen. Man skulle kunna säga att rehabiliteringsverksamheten mer eller mindre har kollapsat, och frågan är vad man ska göra för att den också ska fungera som en del i stöttepelaren när det gäller hur man förebygger framför allt långtidssjukskrivningarna, som så småningom oftast resulterar i förtidspension.

Jag har först en fråga till Anders Milton. Du tyckte att man skulle ordinera närvaro på jobbet. Det tror jag är bra i många fall, men samtidigt är det svårt att ordinera närvaro på jobbet när man vantrivs där. Mer resurser till hälso- och sjukvården hjälper inte heller mycket om man vantrivs på jobbet. Då har

arbetsgivaren naturligtvis en viktig funktion när det gäller att titta på om det finns några andra arbetsuppgifter som den här personen kan ha.

Jag tror också på dialogen med försäkringskassan om alternativa åtgärder; man får fråga sig om det finns någonting annat som personen behöver någon annanstans. Jag skulle vilja fråga vilken dialog du anser att läkarna i dag för med försäkringskassorna för att hitta alternativ till sjukskrivningar.

Det viktigaste, sade Anna Hedborg, måste ske någon annanstans. Då blev jag lite orolig – vadå någon annanstans? Det kändes som en lite passiv hållning, och det var oroväckande. Vem har då ansvaret för samordningen av rehabiliteringen och för att den inte fungerar i dag?

Läkarintyg och regionala skillnader diskuteras mycket. Är de läkarintyg som kommer in bra underlag? Det finns alltså stora skillnader i sjukskrivningsmönstren. De underlag som kommer in till försäkringskassorna är som sagt bara underlag, och sedan är det egentligen upp till försäkringskassan att bedöma om de är realistiska. Då måste man samtala med individen och titta på vilken sjukskrivningsorsaken är och om det finns någonting annat som man kan göra än att sjukskriva. Vilka möjligheter har försäkringskassan i dag att följa upp relevansen av sjukintygen? Det är en fråga till Anna Hedborg.

Hans Andersson (v): Först vill jag säga att jag är glad över att inledarna har visat på en komplex bild och komplexa sammanhang. Det finns inte några enkla lösningar – det finns för mycket i debatten av det.

När det gäller frågan från Alf Eckerhall om huruvida det finns någon särskild händelse som har utlöst detta så tror jag inte att det finns det i förfluten tid. Men den 15 september inträffar en händelse av betydelse för politiska partier, vilket brukar utlösa åtminstone motionsbehov.

Jag har dock några synpunkter av lite mer kritisk art. Jag är inte överraskad över vad ni sade, utan det stämmer mycket väl med vad jag menar. Men jag har några fall som jag vill ta upp. När det gäller de variationer som vi har så vill jag inte veta att de finns – det vet jag sedan flera år – utan varför de finns. Som Anna Hedborg pekade på är det groteska skillnader som finns geografiskt. Jag har sökt en förklaring till skillnaderna mellan Norrland och södra Sverige och mellan dem som har jobbat i skogen, i gruvor osv., dvs. branschsämsigt. Men det går inte! Jag kan i och för sig hitta etniska skillnader, dvs. delar av Stockholm och Göteborg som har höga sjukskrivningstal på grund av grupper av invandrare som har svårigheter osv. Men så länge jag inte vet varför det skiljer sig åt från geografisk synpunkt med en faktor 2–3–4 så är det ju totalt mörker när jag ska leta efter orsaker och lösningar. Detta skulle jag vilja veta något om. Hur är det med forskning och studier på det här området? Har ni något mer att säga än att det finns skillnader?

Det är på samma sätt när det gäller arbetsplatser. Det finns arbetsplatser av samma storlek och i samma bransch som håller på med nästan samma sak som skiljer sig åt med en faktor 2–3. Inga förklaringar kommer från dem som handhar frågorna.

Alf Eckerhall nämnde skillnaden mellan privat och offentligt. Men när jag har försökt titta på det och standardiserat för kön och demografi så ser jag inte

så stora skillnader. Ska jag också ta hänsyn till att den privata sektorn har avtalspensionerat bort – ett annat missbruk av systemen – väldigt många i den ålder där man drabbas av högre grad av sjukdom så blir resultatet än mindre skillnader. Även där skulle jag vilja se mycket bättre studier av dem som sitter på statistik och är initierade.

Nästa punkt rör framför allt Anders Milton. Det är naturligtvis förskräckligt när läkaren inte vet vad som är problemet: diagnos oklar och behandling oklar. Då återstår sjukskrivning, som egentligen inte har med medicin att göra utan som är en koppling mellan den medicinska arenan och ett helt annat system. Jag menar som lekman att det delvis har spårat ur. Diagnoserna är inte reella i många fall. Du antydde också det, och du antydde även kulturella skillnader. Men läkare arbetar ju efter vetenskap och beprövad erfarenhet, och vi har ju inte någon särskild vetenskap i Ångermanland eller någon särskilt beprövad erfarenhet som vi ska ta hänsyn till i Norrbotten eller Kista. Det krävs mer, och jag är förvånad över att inte läkarprofessionen har gjort mycket mer av studier och tagit upp detta som ett stort problem, även etniskt, från er synpunkt. Jag efterlyser också utvärderingar av behandlingsmetoder, dvs. mer systematik och professionalitet. Det jag ofta får höra från experter är ungefär det som jag själv ligger och funderar på hemma i sängen – och jag funderar på många kloka ting men inte så att jag skulle prestera någonting på symposier av det.

Det gäller också arbetsplatserna. Jag tror i alla fall att företagshälsovården, som någon nämnde, var någonting som låg emellan arbetet och behandlingssfären. Jag tror att det var oerhört viktigt, och det hade ju också en medicinsk profession inbyggd. Systematiskt arbetsmiljöarbete är oerhört viktigt, men det är också den kontinuerliga uppföljningen av människor socialt, medicinskt och på annat sätt. I Fors bruk som ligger hemma i Dalarna, i Avesta, har man lyckats mycket bra – fast i och för sig har man också där avtalspensionerat bort en del människor. Det är inte så konstiga åtgärder det handlar om, utan mycket *common sense*.

Slutligen vill jag säga något till Alf Eckerhall. I den statistik som du visar från norskt håll kunde jag inte se att det var åtskilt när det gäller sjukskrivningslängd osv., utan det var en hopblandning av kort- och långtidssjukskrivningar. Då får man fel siffror och ingen insikt alls. Det måste man titta på.

Jag är också mycket tveksam till att ersättningsnivåer har någonting att göra med att vi har en stegrad sjukskrivningsnivå efter 1997. Jag menar att det är att söka på helt fel ställe, även om Svenskt Näringsliv ofta söker där.

I den långa listan från Svenskt Näringsliv saknade jag framför allt någonting som utgick från arbetsplatsens strategi. Där tror jag, precis som Hedborg, att lösningen ligger. Du hänvisade i och för sig till Arbetsmiljöverkets föreskrifter, men dessa ska ju implementeras, och det är där det stora felet ligger. Det är inte lag och föreskrifter som är fel utan det är huvudsakligen implementeringen, utbildningen, engagemanget och strategin.

Jag hade fler synpunkter, men jag tror att jag har bränt den tid som jag har fått tillstånd till.

Lennart Klockar (s): Fru ordförande! Jag har redan fått svar på en del av mina frågor. Men jag tänkte ta upp det som man nämnde först här om att det ser olika ut i länen. Åtminstone när man nämner Norrbotten så vet man att det finns kommuner som har låg sjukfrånvaro. Där kan man se på kontinuiteten. Jag delar Anders Miltons uppfattning om att det inte går att bedriva någon vårdcentral med stafettläkare. Kontinuiteten har alltså en oerhört stor betydelse.

Anders pratade om det här med arbetsplatsen, som andra också har berört. Jag uttrycker det som aktiv sjukskrivning. Tolkar jag dig rätt om jag tror att du menar att ni inte kan föreskriva motion eller besök på arbetsplatsen, delta-gande i samrådsverksamhet eller annat? Jag tycker att det vore rimligt.

Den andra delen när det gäller sjukskrivningarna är detta: Varför är det så förvånansvärt få sjukfall som slutar med en deltidssjukskrivning? Man är alltså helt arbetsoförmögen en dag och helt frisk nästa dag! Det borde rimligt-vis vara så att man ska öka det hela. Vad kan man från Läkarförbundet göra för att öka deltidssjukskrivningarna? Jag tror att detta är positivt för närvaron på arbetet sedan. Man kommer tillbaka fortare.

Jag tänkte på en sak när Alf Eckerhall visade en bild av hur sjukfrånvaron har gått ned i näringslivet. Sjukfrånvaron bör gå ned i samband med det som vi hade i samband med Arbetslivsfonden. Det bedrevs olika verksamheter ute på företagen som gav goda resultat. Kan det vara en del i den minskade ohälsan att Arbetslivsfonden fanns?

Nästa fråga på det temat blir: Skulle det vara värt att införa något liknande system som det som Arbetslivsfonden innebar för att komma till rätta med ohälsan?

När du talar om att 90 % trivs i arbetet tycker jag att det är oerhört goda förutsättningar. Samtidigt visar du bilden av att man skulle kunna förbättra arbetsmiljön för 77 %. Jag får inte riktigt de två sakerna att gå ihop. Det är så många som trivs, men samtidigt behöver man åtgärda arbetsmiljön för 77 %. Kan du utveckla det på något sätt? Det kanske inte gäller den fysiska miljön, utan den psykosociala arbetsmiljön. Och vad har ni för inställning till ökat ansvar och ökade befogenheter? Du nämnde det här med inflytande osv., men jag tolkade dig så att du var lite tveksam till det. En följdfråga till den som jag ställde till Anders gäller deltidssjukskrivningarna. Hur ser man från näringslivet på en ökad deltidssjukskrivning?

Anna Hedborg: Jag fick frågor från Désirée om hur det egentligen står till med självförtroendet i administrationen. Det kan nog i och för sig behöva utvecklas en professionell hållning till denna process, och det håller vi också på med. Det pågår ett utvecklingsarbete på den punkten som är viktigt och som kan göra nytta. Men det som jag tillät mig att uttrycka med detta om att det viktigaste måste ske någon annanstans är det faktum att försäkringskassan visst har en väldigt viktig roll när det gäller att se till att det finns planer för vad som ska ske. Försäkringskassan ska försöka puffa på samarbetspartner av olika slag så att de gör sin insats. Men de stora rehabiliteringsinsatserna för människor sker ändå på arbetsplatsen, i sjukvården, av arbetsförmedlingen

eller socialtjänsten. Det gäller de tunga, stora, svåra och professionellt krävande rehabiliteringsinsatserna för människor.

Jag tycker att det kan finnas anledning att peka på de studier som har gjorts av vad som är effektivt vid längre sjukskrivningar och de lite vagare diagnoserna. När vi gör utvärderingssatsningar på det området – och det har vi försökt göra – så är det väldigt svårt att hitta några riktigt effektiva metoder utom detta att det som sker på arbetsplatsen är viktigt. Det är viktigt att man gör någonting på arbetsplatsen, att man får byta arbete eller i vissa fall får byta arbetsplats. Det finns studier som visar att den absolut mest kraftfulla åtgärden för många av de långtidssjukskrivna, som verkligen leder till återgång i arbete, är att man kan få byta arbete. Det säger kanske någonting om att vi kan behöva föra ett resonemang om arbetsmarknadspolitikens möjligheter i sammanhanget. De facto är det inte så att arbetsmarknadspolitiken har en uppgift i dag när det gäller att hjälpa människor som har ett arbete till ett nytt arbete. Man har varken den uppgiften eller resurserna för den. Men vi vet att det är en oerhört viktig möjlighet att arbeta med detta.

Det är naturligtvis viktigt att försäkringskassorna kan och har tid och möjligheter att göra sin del av arbetet, som bl.a. handlar om att säkerställa att det finns en plan för återgång om det är möjligt.

Anders Milton: Låt mig anknyta till vad Anna Hedborg sade till Désirée Pethrus Engström. När det gäller närvaron på arbetsplatsen är det naturligtvis riktigt att alla inte vill gå tillbaka till den arbetsplats där de har varit. Bl.a. därför tror vi att det är viktigt att man ger större makt till den enskilde. Det kan vara ett kompetenssparande som innebär att man kan vidareutbilda sig själv utifrån sina egna önskemål. Vi har i andra sammanhang från SACO:s sida sagt att man också skulle kunna tänka sig att ordna anställningsskyddet på ett annat sätt än i dag. I dag är det ju knutet till en arbetsgivare, men det skulle kunna vara knutet till arbetsmarknaden, så att man kan byta arbetsgivare utan att man förlorar sin senioritet.

Du ställde också en fråga om vår dialog med försäkringskassan. Man kan säga att den dialogen naturligtvis färgas av att försäkringskassans anställda medarbetare har för mycket att göra som det är nu. Det ropas en del från läkarhåll, men man får inte alltid svar – eller så tar det tid innan man får svar. Vi tror att dialogen skulle kunna bli bättre, om man uttrycker sig positivt. Det finns utrymme för förbättringar. Som vi skriver i vårt remissvar tror vi också att *en* statlig myndighet vore en bättre organisationsform för försäkringskassorna än den man har i dag.

Hans Andersson frågar varför vi vet så lite. Det är helt enkelt för att det inte finns någon bra statistik. Det är ett av problemen på området. Jag vill inte säga att det är en följd av försäkringskassesystemets organisation, men i vilket fall som helst så är det på det här sättet. Ni har ingen bra statistik till ert förfogande, och vi har det inte heller. Jag är inte heller utan vidare säker på att RFV har det. De körningar som görs är i princip manuella körningar, där man tar fram det hela och tittar på sjukligheten. Det är helt enkelt undermålig

statistik. Vi brukar inte alltid efterfråga stora register från Läkarförbundet, men i det här fallet behövs det förbättringar.

Man frågar också varför vi inte har gjort mer. Vi är tagna på sängen av det här, precis som alla andra. Ohälsotalet har ju i princip fördubblats de senaste fem åren, och det har ingen kunnat förutse. Vi är beredda att göra mer, men vi erkänner även i detta fall att vi hade kunnat göra mer tidigare. Jag visar ödmjukhet här.

Lennart Klockare undrar om vi kan sjukskriva på deltid osv. Självfallet – det borde vi göra mer. Där behövs en dialog med företagshälsovården och med arbetsgivaren för att försöka få den individ som det handlar om att få vara på sin arbetsplats på deltid. Vi bör även förskriva motion, bättre kost osv., säger han. Det är ju en sak som den enskilde måste avgöra själv – om han eller hon vill motionera eller äta bättre. I vilket fall som helst är det vår uppgift att försöka ge information om detta.

Inom läkarkåren har vi satt i gång en diskussion just för att se hur vi sjukskriver, på vilket sätt vi gör det och varför vi har de stora skillnader som finns. Vad kan vi göra för att lära oss av varandra och använda detta instrument på ett bättre sätt än vad vi har gjort hittills? Vi har satt i gång med detta, men vi är inte klara.

Alf Eckerhall: När det gäller skillnader mellan kommuner och län så är jag övertygad om att en stor del av skillnaderna beror på att man helt enkelt tillämpar lokal praxis. Vi har föreslagit från vårt håll att man borde ge försäkringskassorna ett ordentligt lyft så att försäkringskassorna själva får bestämma. I försäkringsbolagen bestämmer man själv, och i normala myndigheter bestämmer man också. Men i försäkringskassorna är det folk utifrån som kommer in och ska sitta och bestämma i socialförsäkringsnämnderna och som i övrigt inte har någon anknytning till försäkringskassan. Denna fråga är utredd, och förslag har lagts fram.

Jag tror att det är nödvändigt att statsmakterna sätter ned foten och ser till att det blir enhetlighet. Själv är jag övertygad om att en stor del av siffrorna i sjukförsäkringen används för annat ändamål, t.ex. arbetslöshet, på vissa håll. Det är alltså arbetslöshetsförsäkring, och det är det inte meningen att det ska vara, utan det ska vara arbetsförmåga.

Det är inte rimligt att det är så stora skillnader som det är mellan kommuner, försäkringskassor och län. Tar man ett län så ser man att det är så sammansatt att skillnaderna inom olika branscher jämnar ut varandra. Då borde det inte vara så stor skillnad mellan de nordligaste länen och Halland, tidigare Skaraborg och Kronoberg. Det måste finnas en rimlighetsgräns någonstans. Men gör man ingenting så kommer det att fortsätta på det här viset, och den lokala praxisen kommer att finnas kvar. Ärendena överklagas inte heller, utan det är i princip bara avslagsärendena som överklagas. Visserligen finns det en möjlighet för kassorna och för Riksförsäkringsverket, men det sker ytterst sällan. Med hänsyn till ett rimlighetsantagande så tror jag att det finns sådana förklaringar till skillnaderna.

När det gäller kort- och långtidssjukskrivningar så har vi ett digert material – men jag överskred nog ändå talartiden på tio minuter. Jag är beredd att berätta vidare om detta, men kanske inte just nu, för då blir vi sittande här. Jag visar gärna siffror på kort och på lång sjukskrivning för utskottet och för Hans om intresse finns för detta. Det är en riktig iakttagelse att det är lite klumpigt att slå ihop alltihop, men jag ansåg att jag hade skäl till det med hänsyn till tiden.

Jag är inte helt uppdaterad när det gäller Arbetslivsfonden, men jag har för mig att man inte drog några sådana slutsatser av den som att den skulle ha påverkat sjukskrivningarna. Alla var med och betalade till den, men sedan var det väl i huvudsak större företag som tog hand om pengarna. De små företagen hade inte tid att driva projekt.

Jag har svårt att se att det skulle vara någon framgångsväg.

Jag kan nämna att vi inom avtalsförsäkringarna sätter av ganska stora belopp på det här området. AFA-försäkringarna ägs tillsammans av Svenskt näringsliv och LO, och PTK är med på ett litet hörn när det gäller trygghetsförsäkringen. Där, och i övrigt på avtalsförsäkringssidan, sätter vi av drygt 150 miljoner kronor varje år till information. Det är alltså väldigt många som får information om försäkringarna, såväl socialförsäkringarna som de avtalade försäkringarna. Där kommer också frågor in som vi har varit inne på här i övrigt, t.ex. rehabilitering. Med så mycket pengar når man ganska långt.

Dessutom sätter vi av rätt mycket pengar till forskning och olika projekt. Under de senaste åren har det gått 100 à 200 miljoner kronor per år från AFA till olika projekt. Bl.a. drivs försök i några företag där meningen är att man ska finna lämpliga lösningar som kan användas på bred front av andra företag. Det pågår alltså väldigt mycket och sker stora insatser på det här området.

Jag kan också nämna att vi har avsatt 50 miljoner kronor till att stimulera rehabiliteringsverksamheten. Man tyckte nog att den gick lite trögt från försäkringskassans sida, och de här pengarna ger möjlighet att täcka halva kostnaden för en rehabiliteringsåtgärd. Det har varit lite på försök, men jag tror att det har fallit väl ut. Det sker också under medverkan av försäkringskassan. Man kan säga att vi åker snålskjuts på försäkringskassan, men vi stöder också försäkringskassans verksamhet. Pengarna går alltså till enskilda rehabiliteringar.

När det slutligen gäller det här med 93 % och 77 % tycker jag inte att jag ska sitta och tolka det. Jag överlämnar gärna den här TEMO-undersökningen till utskottets ledamöter, och sedan tycker jag att ni har minst lika stora förutsättningar som jag att dra era slutsatser själva. Men jag anser nog att 93 % och 77 % inte behöver stå i motsatsställning. När det gäller arbetsmiljön är det väl känt att svensk arbetsmiljö ligger väldigt väl till i internationell jämförelse. Enligt Eurostat, dvs. statistiken för EU-länderna, ligger vi väldigt lågt när det gäller arbetsolycksfall och olycksfall som leder till dödsfall. Det, menar jag, visar att arbetsmiljön i svenska företag i genomsnitt är förhållandevis bra. Dödsfallskurvan från 1950 fram till nu går nästan som en skidbacke, från 500–600 per år ned till i storleksordningen 45. Det är naturligtvis sorgligt det

också, men det är en väldig minskning. Man får nog säga att det är ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete.

När det i övrigt gäller det som Hans Andersson var inne på tycker jag nog att jag var tillräckligt mångordig i svaret till Bo Könberg. Jag får hänvisa till vad jag svarade honom.

Kerstin-Maria Stalin (mp): Jag begärde ordet när Anders Milton hade sagt att läkarna sjukskriver därför att det är vad patienten vill. Då kände jag: Det där är lite för enkelt. Ibland tror jag att patienten kan tro att detta är det enda som finns att ta till. Ofta kan läkarna också ha så kort om tid – de jobbar i moduler osv. – att de inte hinner föra ett riktigt bra resonemang. Med en dialog där skulle man kunna komma fram till att det kanske inte behövs någon sjukskrivning alls eller en väldigt kort.

När Anna Hedborg talade om en ond spiral i försäkringskassorna hade jag redan begärt ordet. Jag är förresten hemskt glad att vi pratar mycket om försäkringskassorna. Försäkringskassorna har ju måst spara mycket och dra in personal bl.a. på grund av det stora nya datorsystem som är på gång, utvecklingsprogrammet. Det bidrar väldigt mycket till den onda spiralen. Jag skulle vilja höra lite om hur det står till med detta och vad man tänker göra åt det.

Birgitta Carlsson (c): Många av de frågor jag hade från början har jag fått svar på. Jag ska ända lyfta några, bl.a. det här med större satsningar på friskvård. Anna Hedborg nämnde i början hur viktigt det var att man satsade innan människor blev sjuka, och vi pratade om finansiell samordning och andra typer av samordningar när folk väl är sjuka. Finns det ingen möjlighet att samordna verksamheten för att verkligen få fler arbetsplatser att satsa på friskvård? På de arbetsplatser där man har satsat på friskvård har ju sjukskrivningarna sjunkit ganska rejält. Det finns flera försök som visar på detta. Det känns väldigt viktigt att göra det.

Sedan var det intressant att lyssna när Anders Milton tog upp det här med elöverkänslighet och amalgamförgiftning. Det är annars områden som det nästan har varit hysch-hysch omkring. Det har varit tveksamheter kring betydelsen av detta, och många som har drabbats av just de här åkommorna har ifrågasatts. Därför känns det bra när läkarrepresentanten tar upp frågan i det här sammanhanget. Många människor har mått väldigt dåligt av att inte bli trodda när de haft den här typen av problem, både elöverkänslighet och amalgamförgiftning. Det känns bra att detta kommer upp på tapeten.

Men hur kan vi jobba för att få fler att satsa på friskvård?

Margit Gennser (m): Vi såg allihop att det hände någonting 1998. Vi behöver inte diskutera vad som hände, för det vet ni. Men vad som inte har påpekats är att vi just då också kom in i en högkonjunktur. En högkonjunktur, tillsammans med lite bättre ekonomiska villkor när man känner sig arbetsoförmögen, leder naturligtvis till helt andra förväntningar. Vi hade haft en ganska jämn utveckling från första hälften av 90-talet, och sedan gick sjukskrivningarna kraftigt upp. Detta ledde i sin tur till en chock för systemet, där man alltså fick flaskhalsar. Man fick mer och mer sjukskrivningar och skulle betala ut mer pengar, och det ledde naturligtvis till att ärenden låg längre. Ligger ären-

den längre och väntar blir folk sjukskrivna längre. Vi vet också att om vi inte tar itu med problemen snabbt så får vi mycket svårare att få folk tillbaka till arbetet.

Då är min fråga, som jag i första hand ställer till Alf Eckerhall och Anders Milton: Vilka tre åtgärder skulle ni råda utskottet att föreslå för att få ett snabbt genomslag på sjukskrivningseffekterna och därmed få ned inflödet? Får man ned inflödet får man sannolikt resurser över att även kunna ta bättre itu med de mer långsiktiga fallen.

Den andra frågan följer upp vad Kenth Pettersson från Arbetsmiljöverket sade. Risker när man går in och ska lösa upp den här typen av köer vid flaskhalsproblem är att man ger alltför mycket pengar på en gång. Då skapar man nämligen nya flaskhalsar. Vi ska komma ihåg att pengar inte löser alla problem. Vi har också problem på bl.a. personalresurssidan. Hur skulle ni vilja se infasningen av de olika åtgärderna?

Sedan har jag en fråga till Anna Hedborg. Försäkringskassorna har i förhållande till genomsnittet 50 % för hög sjukskrivning. Vilka snabba åtgärder ska Riksförsäkringsverket – eller försäkringskassorna egentligen, för Riksförsäkringsverket har ingen orderrätt gentemot försäkringskassorna – vidta för att klara ut detta? Går det verkligen att anställa folk när så många i personalen är sjukskrivna? Hur klarar man då introduktionen?

Margareta Cederfeldt (m): Min första fråga är till Anna Hedborg. Precis som sagts här tidigare är det en paradox att vi lever allt längre samtidigt som sjukskrivningstalen ökar. Jag kan inte få den ekvationen att gå ihop. Du visade statistik som visade hur sjukskrivningstalen varierar inom län och kommuner, och då undrar jag: Har Riksförsäkringsverket gjort ytterligare studier för att se vilka andra variabler som är av betydelse för variationerna?

Jag vill också ta upp en annan fråga. Vi har den senaste tiden fått nya uppgifter som visar att en ny grupp som blir alltmer sjukskriven är yngre personer, framför allt män under 30 år. Jag skulle vilja höra Anna Hedborgs kommentarer kring detta.

Till Anders Milton vill jag ställa en fråga som delvis redan har berörts. Den handlar om läkarnas sjukskrivningar. Jag skulle vilja ha en redogörelse för hur Läkarförbundet arbetar för att få större konsensus när det gäller läkarnas sjukskrivningar.

Anders Milton: Jag börjar med Margareta Cederfeldts fråga. Vi har samman kallat ett möte med representanter för de specialiteter som sjukskriver mest – allmänmedicin, företagshälsovård, ortopedi, psykiatri och några till – dit vi också hade bjudit in Jan Rydh. Där diskuterade vi hur vi nu ska gå vidare för att internt i kåren komma överens om hur vi bäst ska sköta våra patienter. Uppenbarligen skulle vi kunna göra någonting annat än det vi gör i dag som antagligen vore bättre för patienterna. Att den underliggande sjukligheten skulle ha ökat så påtagligt är, som vi sade från början, svårt att se. Ohälsan kan ha ökat i meningens relationen till arbetsplatsen, men när det gäller hur vi ska behandla detta har vi inte riktigt hittat lösningen än.

Jag går sedan tillbaka till Kerstin-Maria Stalins fråga om att man sjukskriver bara därför att patienten vill det. Riktigt så enkelt är det naturligtvis inte. När patienten kommer och har reella, subjektiva besvär och säger att han eller hon inte orkar gå till jobbet – det kan vara en utmattningsdepression, eller någonting annat som är svårt att objektifiera men som ändå finns där – är det kort om tid. Patienten har de här besvären och vill bli sjukskriven. Om vi då inte har något bra alternativ – det finns kanske ingen företagshälsovård, man har ingen pågående rehabverksamhet, det är svårt med kassans verksamhet osv. – ja, då blir det lätt sjukskrivning, även om vi borde veta bättre. Vi borde övertyga patienten om att det för hans eller hennes skull är bättre med någonting annat än hel sjukskrivning.

Men man ska också komma ihåg en sak: Om man vägrar att sjukskriva en patient, eller vägrar att sjukskriva på det sätt som patienten vill, kan patienten för det första gå till någon annan och för det andra gå till medierna. Det är alltid lätt att i medierna framställa den stackars eländige patienten och den stygge doktorn som sitter där och vägrar ge patienten det han eller hon tycker sig ha rätt till. Det är alltså en komplex situation. Därför är det viktigt att vi arbetar med den på ett mer generellt plan, så att vi också får upp ett medvetande bland våra patienter om de här besvären.

Margit Gennser frågade om tre åtgärder för att få ned inflödet. Först tror jag att man måste sätta upp ett mål om att man faktiskt ska få ned det. Sedan tror jag att man måste arbeta över hela orgeln, så att säga. Det är en stor orgel, detta. Företagshälsovården måste få bättre resurser och byggas ut, och även hälso- och sjukvården. Désirée Pethrus Engström tyckte att det här med sjukvården kanske inte var lika viktigt, men många av dessa patienter ska rehabiliteras medicinskt och då behövs det alltså resurser i sjukvården. Slutligen tror jag att det samarbete som nu håller på att inledas mellan Riksförsäkringsverket, arbetsgivarsidan, Försäkringskassaförbundet, läkarkåren och andra intressenter för att se vad vi gemensamt kan göra är oerhört viktigt, dvs. att man får en gemensam uppfattning om vilken väg man ska gå. Vet vi bara vilket målet är och att de andra delar målet, ja, då kommer var och en av oss att bidra med de delar vi kan. Det gäller att få alla att sjunga efter samma partitur.

Anna Hedborg: Kerstin-Maria Stalin frågade hur det var med datorsystemens kostnader och neddragningsbehoven på grund av dem. Själva grundidén med datorsystemen är faktiskt att de ska spara pengar. Problemet är väl snarast att vi inte har gjort detta tidigare. Det betyder å andra sidan att det inte är så stora neddragningar i försäkringskassorna på grund av att det hittills har kostat mycket. Naturligtvis måste de här datasystemen betalas, men de ska till för att arbetet ska underlättas. På det bör man gå plus, annars har vi gjort fel. Förhoppningsvis kommer det också att visa sig.

Resursproblemet har ju att göra med att volymerna i inflödet har ökat så otroligt. Där skulle jag vilja anknyta till Margit Gennsers fråga om vad man ska göra åt sjukfrånvaron i försäkringskassorna. Det är ju egentligen en fråga för varje försäkringskassa. De har själva arbetsgivaransvaret och inser också att det är en trovärdighetsfråga att man kan göra någonting åt sin egen sjuk-

frånvaro. De genomför också många insatser och program. Det finns faktiskt försäkringskassor som har lyckats vända trenden, även om det är många som fortfarande har en ökning. Också där spelar naturligtvis resursfrågorna en roll. Försäkringskassorna sysslar med människovårdande insatser, människor som kommer till dem, och när de känner att de inte räcker till är det självklart en arbetsmiljöproblematik. Det är också en bidragande orsak till själva ökningen i sjukfrånvaro där den finns – men inte den enda, och det finns försäkringskassor som t.o.m. minskar sin sjukfrånvaro. Också i det sammanhanget är det precis som på alla andra arbetsplatser: Hur man hanterar en svår situation spelar också roll, och det kan man bara göra där och lokalt. Men det är klart att kringvillkoren blir tuffare när man känner att man inte räcker till att göra allt det man egentligen vill, kan och bör göra. Just detta att man har en flaskhalsproblematik, dvs. att man måste kunna ta sig igenom den extra stora mängden fall på ett rimligt sätt för att komma ut på andra sidan, tror jag också ligger i den här frågan.

Sedan gällde det möjligheten att agera för friskvårdsinsatser. Jo, det ligger väl i det förebyggande arbete som försäkringskassan skulle kunna ägna sig åt, framför allt i samverkan med arbetsgivarna. Nu tror jag att detta tillhör den typ av arbetsuppgifter som kommer på efterkälken i den situation man befinner sig i. Det är ju så med förebyggande arbete: När det akuta pressar på riskerar de frågorna alltid att få mindre tyngd. Kanske handlar det trots allt mest om arbetsgivarna själva. Det finns ändå ganska mycket aktivitet på det området hos många arbetsgivare. Även den allmänna debatten kan spela en roll där.

Det frågades också om variationsförklaringar. Den absolut största förklaringsfaktorn i fråga om sjukskrivningar kan sägas vara ålder. Långtidssjukskriven blir man i medelåldern, och det är där nästan alla de långa fallen finns. Det är förstås väldigt oroande när yngre människor blir sjukskrivna. Nu är ökningstalen bland de yngre stora men från en väldigt liten bas. De yngre långtidssjukskrivna männen är 8 000. Det är visserligen en ökning, men det är inte en stor del av de 300 000 sjukskrivna. Det faktum att vi nu blir väldigt många i medelåldern bidrar ju till problemet men förklarar det inte eftersom ökningen är större än ökningen i ålderstillväxt. Kön är en annan förklaringsfaktor. Det är mycket vanligare att kvinnor är sjukskrivna. Det handlar också om utbildningsinsatser och arbetsförhållanden. Dessa är de stora förklaringsfaktorer som man kan få fram på ett enkelt sätt. I övrigt tycks den enskilda arbetsplatsens faktiska förhållanden vara väldigt avgörande, men de är svåra att bestämma.

Jag kan hålla med Hans Andersson: Vi skulle också vilja ha mycket bättre studier. Vi försöker och vi håller på. Vi gör nu en stor djupstudie över långtidssjukskrivningar som jag tror kommer att kunna beskriva människors egna upplevelser på ett nytt och intressant sätt. Vi har också ett regeringsuppdrag, att försöka hitta förklaringar till de regionala variationerna i sjukskrivning. Det arbetet har vi just påbörjat, så jag kan inte redogöra för det.

Alf Eckerhall: Margit Gennser ville ha tre konkreta förslag. Även om jag har haft gott om betänketid är jag nog inte beredd att lämna det. Jag har dock synpunkter ändå utöver det jag har sagt och skulle vilja göra en viss viktning utifrån punkt 1, grundkravet i AFL, punkt 2, ansvaret, och kanske något i övrigt.

Jag håller med om att man bör ha ett mål, som Anders var inne på. Om man nu inte tycker att 96–97 % är tilltalande kan man ta t.ex. 95–98 %, ta snittet på det och säga: Detta har vi tidigare haft och visat under en lång period, och då borde det vara möjligt att åter uppnå det – dvs. inte uppnå uppåt utan nedåt. Det är väl bra, så att man vet vart man ska.

När det gäller grundkravet hade jag med på min bild att återupprätta grundkravet i AFL om sjukskrivning och förtidspension. Men det räcker inte att säga det, utan då kommer de andra åtgärderna in. Ni måste alltså undanröja den lokala praxis som finns. Här har en statlig utredning visat klart och tydligt hur man kan göra, så jag får hänvisa till den. Den kan dock inte genomföras omedelbart. Vad som kan genomföras omedelbart är insatser på läkarsidan. Tala med försäkringskassan i Södermanland och ta intryck av idéer därifrån! Det kanske finns också på andra håll i landet. Den verksamheten kan börja på måndag – inte över hela landet på en gång, men man kan påbörja den. Det behöver kanske inte vara riksdagsbeslut på det. Jag tycker att Försäkringskassaförbundet kunde ha tagit initiativ till och drivit en sådan verksamhet. Naturligtvis måste landstingen vara med på det. Här måste också försäkringskassan ha ett annat tänkande i övrigt.

När det gäller ansvaret har jag redan talat ganska mycket om arbetsgivarernas ansvar. På den punkten hoppas jag att det inte är någon tveksamhet. Det finns klara regler för det. Men det är inte nog med de reglerna, utan sedan är det viktigt att försöka skapa en attraktiv arbetsplats. Jag har varit inne på detta med friskvårdsutrymmet, och där borde det vara möjligt för riksdagen att redan till den 1 juli vidga möjligheterna till friskvårdsinsatser. De pengar som används där ger väldigt mycket i utbyte. Det är ofta belopp som är små men som ger väldigt mycket på olika sätt – i insatser, på omhändertagandesidan, på förebyggandesidan osv. Det är ingen stor kostnad.

Men som Jan Rydh har påpekat räcker det inte med arbetsgivarernas ansvar, utan man måste också titta på den försäkrades ansvar. Jag pekade också på de självrisker som fanns 1997 och på en hel karensdag, med adress särskilt till Bo Könberg som då var ansvarig, och att man återställer den hela karenstiden. Från vår organisations sida har vi inte efterlyst långa karenstider. Jag vet att det förekommer i motionerna, men vi tycker att det som var avsikten 1993 borde man genomföra och se till att det gäller, om inte annat av rättviseskäl. Det är lätt att göra en ändring på detta också. Det kostar ingenting.

Den fråga jag hade satt upp sist var högkostnadsskyddet. Jag tror att det kan ha stor betydelse för små företag som står inför att kanske anställa ytterligare någon eller några. Då kan man undanröja viss tveksamhet. Det kostar heller inte mycket. Enligt den modell som utredningsmannen Ingvar Söderström utredde kostade det högst 300 miljoner kronor. I dag kanske det kostar

ytterligare lite. Jämfört med 40–50 miljarder är det mindre än felräkningspengar, men man skulle få ut väldigt mycket av det. Det kan genomföras utan ytterligare tidsutdräkt.

Jag hoppas att så mycket som möjligt av detta dyker upp i riksdagstrycket.

Rose-Marie Frebran (kd): Jag har först ett par frågor till Anna Hedborg. Med tanke på den bekymmersamma situation som vi befinner oss i sade du i din inledning någonting i stil med att detta kommer att fortsätta med den lagstiftning som vi har. Jag skulle gärna vilja att du utvecklade det. Vad är det i så fall för lagstiftningsförändring som du skulle vilja se?

Vi är ganska övertygade om att det behövs en ny rehabiliteringsförsäkring, och jag beklagar att det inte finns någon enighet alls i den frågan. Jag vill då fråga Anna Hedborg om detta med att under en lång period avarbeta de långa sjukfallen. Vad är det – som du ser det – som krävs för att ni från försäkringskassorna skulle kunna göra det? Vad krävs det av regering och riksdag? Det är inte acceptabelt att detta inte görs.

Sedan har jag en fråga om möjligheterna att lokalt ta tag i problemen. Det finns en väldigt intressant artikel i Dagens Nyheter av i dag av försäkringsläkaren Bo Hallqvist i Norrbotten. I artikeln påstås det att man i Övertorneå har det minsta antalet långa sjukskrivningar i hela landet – jag vet inte om det är sant, men så påstås det. Hur jobbar man då? Jo, man har ett lokalt samverkansråd mellan fyra aktörer. Försäkringsläkaren uttrycker det så här: Där samtalar vi om de fall som spelar ut oss mot varandra, och vi kommer överens i 19 av 20 fall.

Är detta ett ovanligt sätt att arbeta? Hur jobbar man inom försäkringskassorna för att sprida goda exempel och för att lära av varandra?

Sven-Erik Sjöstrand (v): Jag har två frågor. Den första frågan rör sig om arbetsmiljö, och den riktar jag till Alf Eckerhall.

Du nämnde att 77 % av de anställda och över 60 % av arbetsgivarna ser bättre arbetsmiljö som en viktig fråga. Så är det säkert. När jag har varit ute på olika industrier har jag upptäckt att arbetsmiljön har varit oerhört viktig. Samtidigt vet vi att ca 60 % av arbetsgivarna och 80 % av skyddsombuden tycker att de har otillräckliga kunskaper om arbetsmiljöfrågor.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs på ett bra sätt, och det är infört på ungefär en tredjedel av arbetsplatserna, vilket är alltför få. Internt arbetsmiljöarbete borde fungera på alla arbetsplatser runtom i Sverige. Då vill jag fråga: Vad avser Svenskt näringsliv att göra för att förbättra attityderna och få i gång ett mer fungerande och systematiskt arbetsmiljöarbete? Behöver Svenskt näringsliv några ytterligare resurser från samhället? Hur är det med samarbetet med de övriga intresseorganisationerna?

Min andra fråga riktar sig till Anders Milton. Det gäller detta med diffusa symtom och med att patienterna själva ställer diagnoser. Är det inte nödvändigt för läkare att patienten har möjlighet att berätta om sin situation? Det tror jag i alla fall.

Jag har också märkt att värderingarna i och kraven på arbetslivet har förändrats, vilket också är positivt. Vi vet att belastningsskadorna fortfarande

utgör den största sjukdomsgruppen, även om vi diskuterar utarmningsdiagnoser och utbrändhetsdiagnoser. Då undrar jag: Har Anders Milton erfarenhet av detta med inlåsningseffekter? Jag har stött på en del äldre i arbetslivet med värk och utarmningsdiagnoser. De har problem, för de vet inte vad de ska göra. Det finns inget alternativ. De håller på att gå i väggen, och då blir det ju sjukskrivningar.

Ett alternativ är utbildning och att man kan få prova andra arbeten. Det gäller alltså att hitta andra verktyg.

Sonja Fransson (s): Jag vill ställa en fråga som handlar om attityder i arbetslivet. Alf Eckerhall sade att vi under 1996 och 1997 hade den lägsta sjukfrånvaron. Samtidigt rådde den högsta arbetslöshet som vi har haft under väldigt lång tid. Att arbetslöshet kopplat till låg sjukfrånvaro och hög sysselsättning kopplat till hög sjukfrånvaro hänger ihop vet vi sedan 80-talet och tidigare.

Jag har en fråga till Anna Hedborg. Det finns en naturlig koppling som är betydligt högre i dag, vilket vi också är medvetna om. Men hur tittar ni på detta med ålder, sysselsättning och attityder? Har det gjorts någon undersökning? Under 90-talets höga arbetslöshet var det väldigt många människor som var rädda för att sjukskriva sig. De tog semester, de tog med sig jobbet hem, därför att de som hade jobb slet dygnet runt. Vi sade att det kommer att leda till en sjukskrivningsboom i framtiden. Hur har de attityderna hängt med? Är det så att man känner att man för att vara en bra arbetskraft ska jobba på söndagar, på kvällar och på övertid? Förs det en diskussion om eller har det gjorts någon analys av vilka krav som ställs på arbetsplatsen?

Jag undrar också om Socialdepartementet eller någon annan tittar på den frågan.

Anna Hedborg: Till Rose-Marie Frebran vill jag säga att jag nog uttryckte mig olovligt snabbt. När det gäller den lagstiftning som finns menade jag i all enkelhet att ett problem med den stora gruppen som man inte riktigt hinner hantera är att man inte hinner med att göra de utredningar som krävs för att se t.ex. vilka som ska vara förtidspensionerade, och då menar jag inte de som inte skulle vara förtidspensionerade. För att systemet ska fungera är det viktigt att människor har rätt ersättning. Det var det jag menade.

Vi har lämnat förslag till vad som skulle behöva göras. Vi tror att man under nästa år med 250 miljoner kronor och året därpå med 400 miljoner kronor skulle kunna orka med att avarbeta den extra gruppen. Att vi inte begär mera pengar snabbare beror på att man måste ladda för den här typen av åtgärder. Som någon annan här sade är det inte bara en fråga om pengar, utan det är också fråga om att planera och rekrytera.

Frågan om vad man gör när det gäller samverkansinsatser vill jag lämna över till Rolf Lindberg. Han är direktör för Blekingekassan och dessutom ordförande i den grupp som arbetar med den här typen av utvecklingsfrågor hos oss.

Vi vet ännu inte så väldigt mycket om attityder. Men den typen av frågor finns med i den stora studien som jag berättade att vi har dragit i gång. Vi kommer alltså förhoppningsvis att veta lite mera längre fram.

Rolf Lindberg: Som Anna sade har vi påbörjat ett ganska intensivt utvecklingsarbete. Det är både RFV och kassorna som driver det tillsammans. Vi startade upp i slutet av förra året. Där har vi genomfört en mängd olika aktiviteter. Vi har bl.a. inventerat samverkansarbetet och undersökt hur det ser ut i olika delar av landet. Vi har konstaterat att det skiljer sig. Men jag kan också utifrån kommunperspektivet i lilla Blekinge konstatera att det även skiljer sig mellan kommunerna där.

Där det fungerar handlar det väldigt mycket om att man som personer – alltså företrädare för olika myndigheter och organisationer – hittar ett samspel på det lokala planet. Vi har här kommit fram till att vi alla äger det här problemet. Men för att komma till rätta med det som är det grundläggande tror jag att det är viktigt att man utser någon som ska föra dialogerna mellan myndighetsföreträdare, mellan försäkringssystem, med läkare, med arbetsplatser osv.

Som företrädare för kassorna känner jag att vi har ett samordningsansvar när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, men det skulle behöva utvidgas – om det nu är försäkringskassorna som ska driva processen på den regionala och lokala nivån – till att omfatta hela samverkansarbetet.

Därmed inte sagt att vi ska sätta oss på några höga hästar. Vi har ju påbörjat – och Anders Milton har också vittnat lite om det – ett arbete på central nivå när det gäller att föra en dialog med läkare om det gemensamma problemet att få fram en problembild och föreslå åtgärder som vi tillsammans ska genomföra. Jag tror att samverkansarbetet i stort behöver intensifieras även på det lokala och regionala planet.

Vi har prioriterat att jobba med utvalda läkargrupper, och vi kommer i höst att föra en dialog med dessa och med vissa större arbetsgivare där vi ser en hög sjukfrånvaro. I planeringen ligger också att under nästa år ta tag i samverkansarbetet i stort. Ska vi orka med det – och det har också Anna Hedborg varit inne på – vill jag hänvisa till budgetunderlaget, om jag får uttrycka mig så. Det krävs en resurstillsförsel om vi ska mäta med att ta det här steget fullt ut plus kanske en kraftigare markering av vårt uppdrag inom detta område. Det skulle jag också möta med tillförsikt.

Alf Eckerhall: När det gäller Sjöstrands fråga känner jag till Arbetsmiljöverkets undersökning och svaren från arbetsgivare och skyddsombud. Svaren var kanske lite förvånande. Arbetsmiljöområdet är det område där samarbetet har varit flitigast, manifesterat genom Arbetarskydds nämnden som numera heter Prevent och som förresten fyller 60 år den 11 juni.

Arbetarskydds nämnden ägdes från början av SAF och LO. Senare har också PTK tillkommit, så nu består den av tre parter. Nämnden har utfört ett omfattande arbete. Den har ägnat sig åt utbildning och produktion av informationsmaterial. Jag kan inte den exakta siffran, men man har producerat uppemot en miljon utbildningspaket för skyddsombud.

Förbundsparterna har också ett flitigt samarbete på arbetsmiljöområdet och driver bl.a. flera gemensamma projekt. Avsikten med dessa projekt är att komma till rätta med problem inom olika branscher och att hitta lösningar så

att så många som möjligt kan använda sig av dem. Sedan finns det också ett omfattande arbete på lokalplanet, inte minst inom skyddskommittéerna.

När det var storkonflikt 1980 och 1981 fortsatte arbetsmiljösamverkan som om ingenting hade skett, vilket i och för sig var lite konstigt. Men samarbetet är mycket gott på arbetsmiljöområdet.

Det finns inte några särskilda önskemål på stat och myndigheter, utan vi tycker att vi klarar det här ganska bra. Vi är också med på ett hörn på myndighetssidan och har där möjligheter att få information osv.

Det var en väldigt låg siffra som redovisades av skyddsombuden angående värdering av egen kvalifikation. Ofta sker utbildningen av skyddsombud tillsammans med arbetsledare, och det sker ofta i förbundsanpassad utbildning. Man kan ta en del av Prevents allmänna utbildning och sedan lägga till en förbundsanpassad utbildning.

Naturligtvis blir det aldrig så fulländat att det inte finns önskemål om mera. Det är väl naturligt och kanske också ett friskhetstecken.

Jag vill också ta upp rehabfrågan. Jag har läst Kristdemokraternas motion om att man i stort sett vill gå på Gerhard Larssons förslag. Vi var med på ett hörn i den utredningen, och vi har yttrat oss över den. Vi tyckte att det system som han föreslog var alltför omständligt.

Det talades om två parallella organisationer. Jag har noterat att ni inte föreslår en särskild myndighet men att det ändå ska göras en separation av ansvar. Vi har talat för en geografisk avgränsning vid staketet, och det som är inom området – arbetsplatsen – ska arbetsgivaren vara ansvarig för medan det som ligger utanför staketet – dvs. externa åtgärder såsom omskolning, vårdinsatser osv. – ska försäkringskassan vara ansvarig för. Vi har prövat med 400 miljoner–

1 miljard, och skulle det visa sig att pengarna inte räcker kan man nog frigöra ytterligare medel inom sjukförsäkringen.

Men att införa en ny försäkring för detta har jag svårt att inse vitsen med. Det blir väl bara krångligt och kräver mera administration. Vi vill ha kvar nuvarande system med en klar avgränsning, som kan träda i kraft den 1 juli, eftersom det inte kostar särskilt mycket. Det rör sig inte om så mycket nya pengar, utan det gäller att klara ut ansvarsgränsen.

Anders Milton: Rose-Marie Frebran frågade om försäkringskassan och försäkringsläkarna. För 5–7 år sedan fick försäkringskassan pengar för att anställa fler försäkringsläkare. Resultatet var väl lite blandat. Alla kassor använde inte dessa pengar därför att de tyckte att de inte behövde fler försäkringsläkare. De tyckte att de redan hade tillräckligt många.

Enligt den information som vi får från de läkare som är verksamma som försäkringsläkare tycker de att de i många fall har för lite tid för att diskutera med behandlande läkare, dvs. att bygga upp en dialog. Vi tror alltså att det skulle behövas fler försäkringsläkare.

Sven-Erik Sjöstrands fråga handlade om inlåsningseffekter. Om jag förstod det rätt frågade han: Är det svårt för arbetskraft som har kommit upp i 50-årsåldern att byta jobb? Svaret på den frågan är i stort sett ja. Om man har

jobbat i 30 år och varit anställd hos en arbetsgivare under en längre tid och byter arbetsgivare hamnar man sist i kön, om det händer någonting hos den nya arbetsgivaren. Även om man tjänar in LAS-poängen snabbare är man ändå sist i kön.

Därför tror vi att det vore bättre att bygga upp anställningsskyddet mot en försäkring och inte mot en enskild arbetsgivare, så att man tar med sig försäkringskyddet när man byter arbetsgivare. Sedan kan man använda det för att få stöd, om man råkar ut för arbetslöshet. Då kan man använda det uppbyggda skyddet för individuellt kompetenshöjande.

Man kan utbilda sig och byta arbetsgivare, arbete och arbetsuppgifter. På det sättet kan man få det lite roligare på jobbet. Man kan ju vara legitimt trött på sina arbetskamrater och sitt jobb. Det händer ju.

Lena Tell: Sjukvården har ju en viktig roll i det här avseendet. Jag vill kort inleda med att säga att det har aldrig funnits fler anställda läkare och sjuksköterskor. Ungdomar söker sig till arbeten inom hälso- och sjukvård. Dessa högskoleutbildningar är de mest attraktiva. Antalet utbildningsplatser utökas nu, de har utökats under de senaste åren och de kommer att utökas. Antalet läkare kommer att öka med ett par hundra, antalet sjuksköterskor med över tusen och antalet psykologer med drygt hundra.

Samtidigt får vi en ökad rekrytering av personer från andra länder både inom EU och utanför EU. Det gäller kanske i första hand läkare, men även andra yrkesgrupper. Personalomsättningen är normal, ja, t.o.m. låg inom vissa områden. I det avseendet ter sig bilden alltså ganska ljus.

Det som är oroväckande och som tas på största allvar hos våra medlemmar är att sjukfrånvaron ökar på ett oacceptabelt sätt. Det gäller alltså – och detta är den stora utmaningen – att ta hand om den anställda personal som finns och den personal som anställs.

Det här kan göras på många sätt, och vi har hört ett antal olika exempel på det. Tiden går, men jag skulle vilja lyfta fram två saker som vi ser som väsentliga framöver. Det ena är forskningen. Vi måste få mer kunskaper för att kunna bota. Vi måste vet vilka orsakerna är till att sjukfrånvaron ökar. Vi har pratat om att det finns kulturella skillnader och om att det sker förändringar i attityder. Det är den ena delen.

Den andra delen är att vi inte är tillräckligt kunniga om hur rehabilitering ska gå till. Vad behövs det för åtgärder för att människor ska komma tillbaka till arbetet? Här görs det stora insatser i dag från kommuner, från landsting och från parterna på arbetsmarknaden tillsammans med AFA i ett flerårigt projekt just för att diagnoserna ska kunna göras tydliga och för att man ska kunna förbättra åtgärderna för att komma till rätta med detta. Det satsas alltså flera hundra miljoner för att förbättra dessa kunskaper.

Sedan gäller det också att förebygga för att vi inte ska få fler långtidssjuk-skrivna. Det rör sig om en stor satsning, och vi kommer att jobba mycket tillsammans med parterna för att sprida kunskaper och information på området.

Även statistiken berörs. Det finns ett behov av att kunna göra bättre jämförelser än vad man kan göra i dag. Det behövs standardiseringar för att man ska kunna förbättra kunskaper om hur det i realiteten är.

Ett annat område som jag själv har följt under de senaste dagarna gäller deltidssjukskrivningarna. Där ser jag att förändringar har skett under de senaste åren. Av de sjukskrivna inom landstinget utgörs i dag 40 % av deltidssjukskrivna. Det är bra och glädjande siffror. Då har man en fot kvar i arbetslivet.

Jag skulle vilja se sådana siffror och jämförelser även på den privata sidan. Jag har frågat LO, och där ligger man betydligt lägre än de siffror som jag ger er här. Detta är viktigt.

Det är forskningen och olikheter i bakgrund som gör att vi kanske ser en statistik i dag där det behövs en balans mellan sektorerna.

Jag har med mig några exempel på statistik som vi i landstingen har tagit fram över nyckeltal, och nyckeltal är någonting som vi kommer att jobba vidare med.

Rolf Lindberg: Vad behöver vi göra? I diskussionen här har nämnts att det behövs ett övergripande mål, ett mål som formuleras ganska handlingsinriktat och som är nedbrytbart och kan omsättas. Det är viktigt att det spänner över samtliga politiska områden som omfattas av det här problemet så att man kan bryta ned det och få en samsyn på myndighetsövergripande nivå. Det är det första som jag tror att man måste göra.

Sedan var jag inne på det här med förtydligandet av att någon ska föra processen när det gäller samverkan. Vad behöver göras? Där behövs ett förtydligande. Är det kassorna som ska göra det får de göra det. Annars får man välja någon annan som ska hantera detta.

Den tredje saken som jag skulle vilja ta upp nämns på olika håll. När det gäller individnivån i rehabiliteringsarbetet behövs det någon form av koordinatorroll. Också den skulle jag vilja att man förtydligade och utvecklade. Jag tror att det är nödvändigt för att vi ska orka möta individerna på det sätt som de har rätt att kräva.

Jag vill egentligen gå så långt – även om det inte går att få en exakt formulering i dag – att jag tycker att man ska uttrycka någon form av rehabiliteringsgaranti kopplad till individen. Den ska i varje fall innehålla ett erbjudande om att alla ska få eventuella rehabiliteringsbehov utredda.

Den fjärde punkten gäller detta med läkare och utbildning. Det behövs ett långsiktigt arbete för att man ska höja insikten om sjukskrivningsprocessen och dess konsekvenser. Eftersom det rör sig om så stora konsekvenser för enskilda individer och om så stora pengar tycker jag att man i alla fall bör överväga att koppla rätten att sjukskriva till någon form av utbildning som definieras. Det är åtminstone värt att tänka igenom.

Sedan tror jag att man ska fundera över hur – om jag får använda ett tråkigt uttryck – försäkringsvillkoren uppfattas i dag. Vilket förhållningssätt har vi som medborgare i landet till sjukförsäkringen? Jag tror att man borde dra i gång en ganska stor folkbildningsaktivitet på ett eller annat sätt. Kanske man

får börja redan i skolan. Ungdomar som kommer ut på arbetsmarknaden i dag har en annan syn på de offentliga välfärdssystemen än vad vi lite äldre har. Då är frågan: Vilken syn vill vi ska gälla? Det bör man kanske diskutera.

Jag vill avsluta med att säga att kassornas situation har belysts på många sätt, och jag är glad över hur den har beskrivits. Vi har tillsammans med RFV beskrivit den i budgetunderlaget. Det krävs insatser för att hantera situationen. Framför allt är jag personligen mycket bekymrad över de 120 000 personerna som i dag är sjukskrivna mer än ett år. Det behövs en engångsinsats innebärande att det görs en ordentlig medicinsk utredning kring dessa personer och en bedömning av deras eventuella behov av hjälp för att återgå till arbetsmarknaden eller av deras rätt till rätt ersättningsförmåner. Ur ett etiskt och demokratiskt perspektiv är en sådan satsning otroligt viktig.

Elisabet Sundén Ingeström: (Bild 14) Jag tänkte lägga på en overheadbild. Vi har hos Arbetsgivarverket gjort en körning av sjukfrånvarosiffrorna under 1999 och då fullföljt det arbete som påbörjades i Rydhs undersökning.

Åldersnormerat, utifrån att åldrarna och även könsfördelningen är väldigt olika i de olika arbetsmarknadssektorerna, ser man av bilden att många av skillnaderna mellan de olika arbetsmarknadssektorerna försvinner.

Jag ville visa denna bild därför att det är viktigt att se att det inte är olika arbetsgivares sätt att hantera saker och ting som avgör merparten av skillnaderna i sjukfrånvaron. Det handlar väldigt mycket om ålder och kön.

Om man vidtar åtgärder separat hos de arbetsgivare som har hög sjukfrånvaro innebär det sannolikt att man kommer att sätta åt de arbetsgivare som har äldre och kvinnor anställda i sin verksamhet.

Vi på Arbetsgivarverket har tittat på vad vi kan göra. Det har sagts här i dag att det finns mycket som ligger utanför arbetsgivarens domäner, särskilt när det gäller långtidssjukfrånvaro. Vid den vanliga sjukfrånvaron tror vi att det är arbetsglädje som är den absolut viktigaste faktorn för att man ska trivas på sin arbetsplats.

Vad ger då arbetsglädje? Jo, det är att man jobbar i en viktig och effektiv verksamhet, att man har en bra fysisk arbetsmiljö, att man har inflytande och delaktighet i verksamheten, inflytande på sina arbetstider, möjlighet att förena arbete och familj samt arbete och åldrande och möjlighet att hantera förändringar. Man kan i en del undersökningar se att det är den oerhörda press som uppkommer vid förändringar som människor inte kan hantera.

På Arbetsgivarverket har vi den förmånen både att vara en central part och att få sluta avtal, och vi har gjort vad vi kan på avtalssidan. Man kan tycka vad man tycker om delpensionsavtalet, men vi hoppas ändå att det ska göra någonting för att förena arbete med åldrande.

Jag tror att vi i stort har de instrument som behövs. Det behövs inte mer av regler utan vi måste fortsätta vårt arbete på arbetsplatsnivå.

Ordföranden: Jag tycker att det är en mycket bra, intressant och givande debatt som vi har haft i dag. Det är bara att beklaga att vi inte kan fortsätta. Ledamöter som har begärt ordet får inte möjlighet att ställa sina frågor. Jag vill ändå tacka dem som har medverkat i dag och som har möjliggjort en

mycket bra diskussion på detta mycket omfattande och mycket problematiska område. Väldigt många olika aspekter på det har lyfts fram. Denna utfrågning gör att vi i utskottet styrks i den uppfattning som vi har haft att detta är oerhört komplext och att det inte finns några enkla lösningar. Det är mycket frustrerande för oss som politiker. Vi vill helst hitta någonting som ger effekt väldigt snabbt, så att vi kan visa oss väldigt kraftfulla.

Låt mig anknyta till det som Anders Milton sade, att han i dag var så ödmjuk. Jag har noterat att den ödmjukheten finns på många håll. Jag tror att det är rätt inställning i detta sammanhang. Det här är faktiskt svårt. Det finns inga enkla lösningar, och vi vet inte riktigt säkert vilka exakta åtgärder som vi ska vidta. En del vet vi, men inte allt. Det handlar om att arbeta vidare.

Tack, alla ni som har varit här i dag! Vi fortsätter vårt beredningsarbete i socialförsäkringsutskottet. Utfrågningen är nu avslutad.

Bild 1 och 2

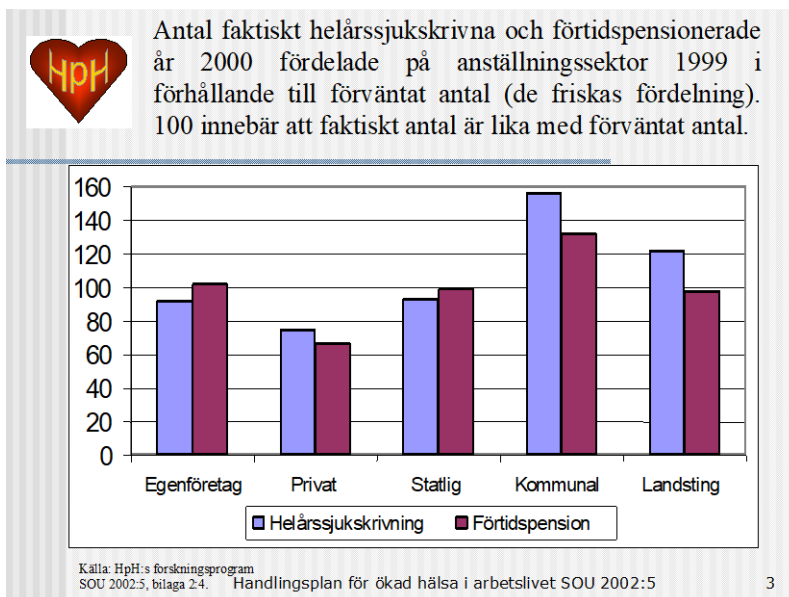
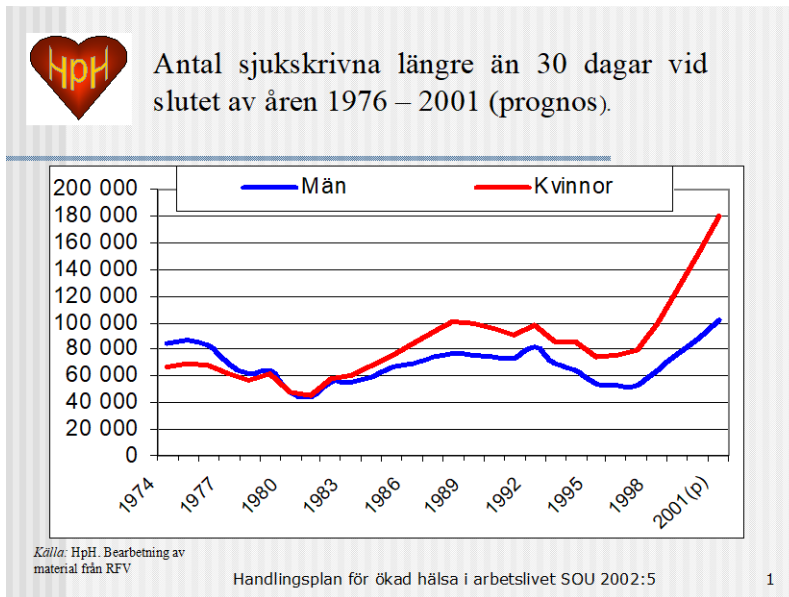


Bild 3 och 4

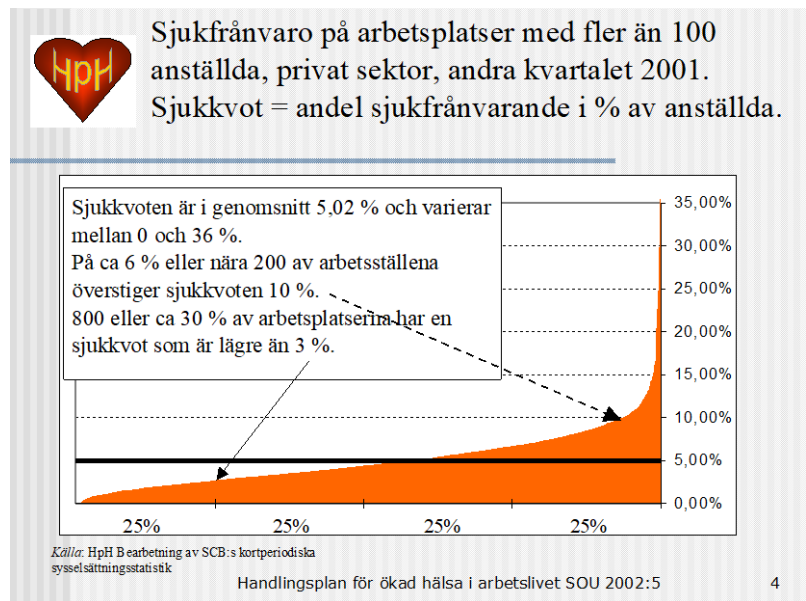
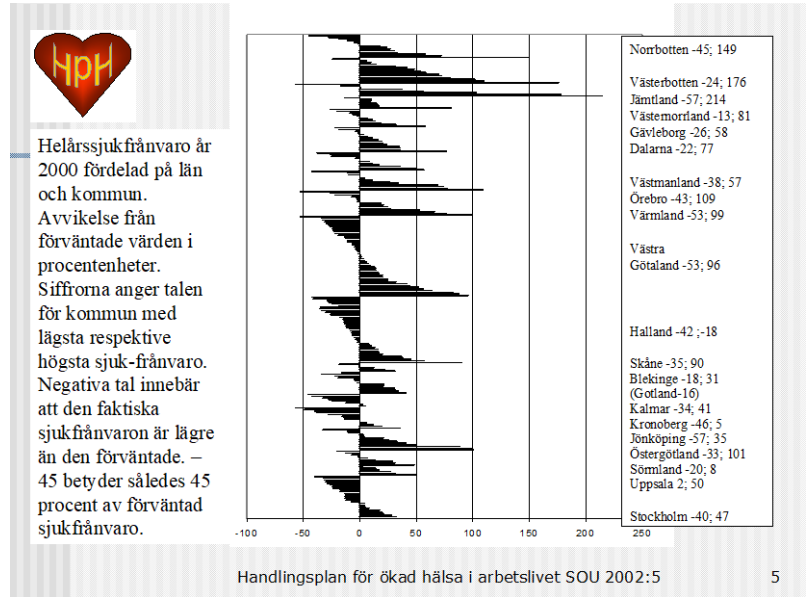
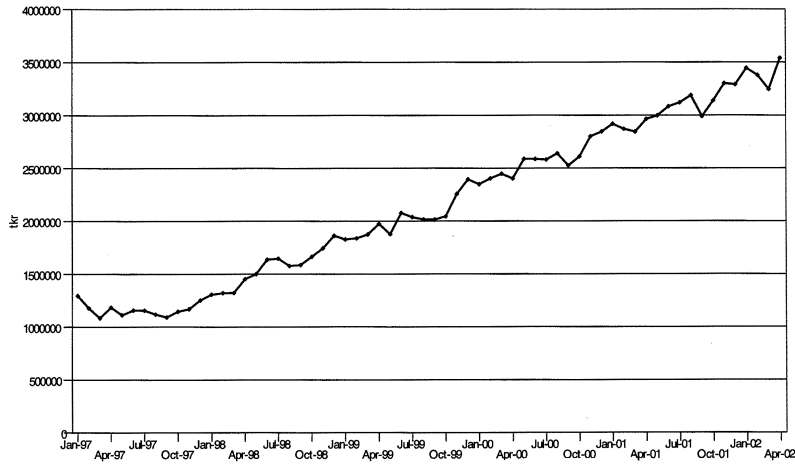


Bild 5 och 6

Utgiften för sjukpenning, månadsvärden



Antal pågående fall i olika längdklasser 199612

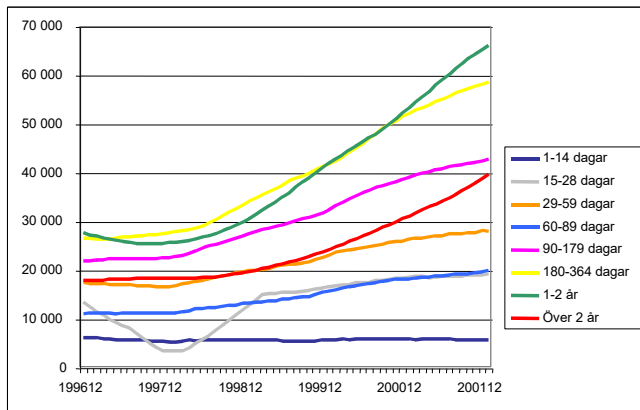
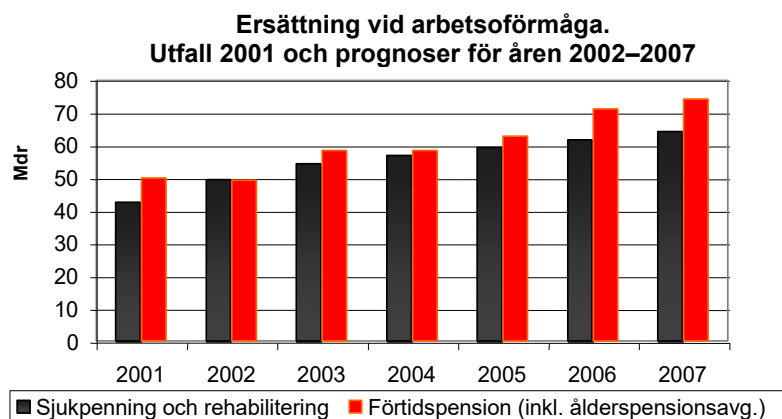


Bild 7 och 8



Sjukfrånvaro 1:a kvartalet 2002

<i>Sektor (storlek)</i>	<i>Procent</i>
Privat (66 %)	4,6
Kommunal (22 %)	6,7
Landstingskommunal (6 %)	5,7
Statlig (5,5 %)	3,7
<i>Totalt</i>	<i>5,0</i>

Källa: SCB 2002-05-21 Nr 2002:122

AEI1330



Bild 9 och 10

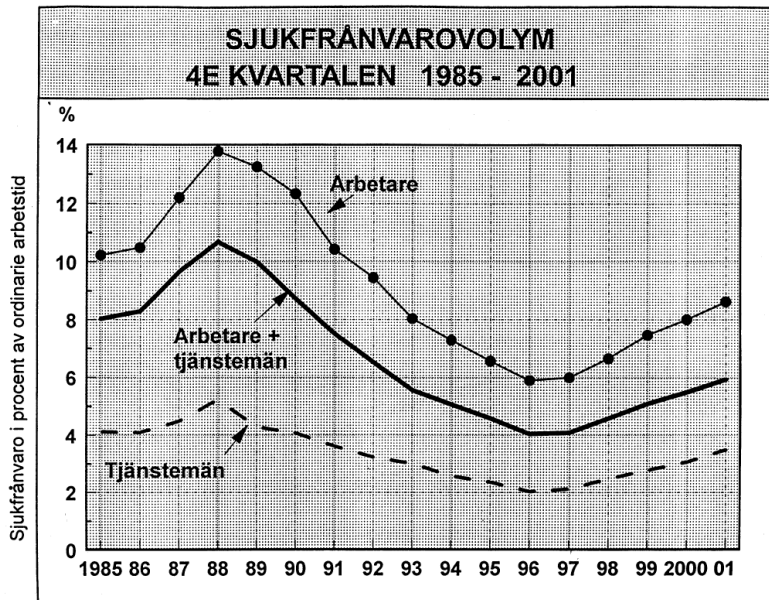
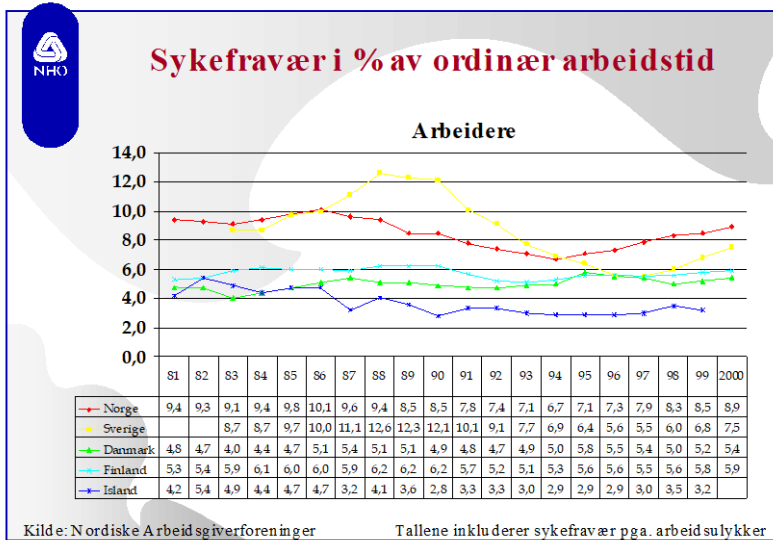


Bild 11 och 12

Om man inte är sjuk men mår dåligt

Hur ser då arbetsgivarna på följande: *Om man inte är sjuk, men mår dåligt på grund av att (se situationer nedan), tycker du då att det är rätt eller fel att sjukskriva sig? Är det helt rätt, i stort sett rätt, tveksamt eller fel?*

Situation	Rätt	Rätt
	Anställda	Företagsled
• man är gravid	77 %	74%
• man har problem i familjen	48 %	34 %
• arbetsmiljön är dålig	44 %	33%
• det är stressigt på jobbet	41 %	30%
• man vantrivs med jobbet	22 %	14%
• man har en dålig chef	21 %	22%
• man är trött för att man haft för mycket att göra på fritiden	4 %	5 %

Vi börjar här med en redovisning av den fråga som ställdes till både anställda och arbetsgivare: *Vilken betydelse tror du att följande åtgärder skulle ha för att minska sjukfrånvaron?*

	Stor betydelse	
	Anställda	Arbetsgivare
• Bättre arbetsmiljö	77%	63%
• Mer friskvård för de anställda	71%	60%
• Bättre företagshälsovård	60%	45%
• Bättre och mer tillgänglig sjukvård	46%	46%
• Fler karensdagar	40%	40%
• Högre löner	37%	13%
• Hårdare kontroll av de sjukskrivna	34%	26%
• Lägre sjukpenning	30%	30%
• Snabbare handläggning hos försäkringskassan	26%	32%
• Avskaffa karensdagen	24%	19%
• Högre sjukpenning	13%	6%
• Lättare att sjukskriva sig	10%	7%

Bild 13 och 14

Viktiga punkter i handlingsplan

- Angrip de stora ohälsfaktorerna
- Återupprätta grundkravet för sjukskrivning
- Betona den försäkrades ansvar - 1997 års självrisk
- Öka försäkringsmässigheten
- Gör försäkringskassan till en normal myndighet
- Avgränsa arbetsgivarens rehabiliteringsansvar
- Effektivisera sjukvården
- Ge läkarna utbildning i sjukskrivning
- Inför högkostnadsskydd för de 200 000 minsta företagen

AE02043

