

Lars Markstedt

Utkast 30 maj 2003
Rev. den 17 juni 2003

Vad bör staten göra för att främja en effektiv produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering

En effektivitetsrevision

Förord

Den 15 januari 2003 beslöt Riksrevisionsverket att påbörja en granskning av den statliga produktionen av rehabiliteringstjänster. Granskningen har främst berört

- *Arbetslivstjänster*, som är en resultatenhet inom AMS
- *Resurs*, som är ett dotterbolag till Samhall AB
- *Försäkringsmedicinskt centrum*, som är en resultatenhet inom Försäkringskassan i Östergötlands län

För genomförande av projektet bildades en projektgrupp bestående av revisionsdirektör Hans Grohman och revisionsdirektör Lars Markstedt. Hans Grohman gick i pension den 1 mars 2003, men har på halvtid medverkat i projektet till och med mitten av maj 2003.

Projektgruppen har utarbetat bifogad rapport *Vad bör staten göra för att främja en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering?* I rapporten föreslås att Arbetslivstjänster och Försäkringsmedicinskt centrum ombildas till bolag och att Resurs avknoppas från Samhall AB. I rapporten diskuteras även ett antal förslag som syftar till att skapa bättre förutsättningar för statliga och privata företag att utveckla en effektiv rehabiliteringsverksamhet och att därmed bidra till att fler personer kommer i arbete.

Synpunkter från berörda statliga myndigheter och producenter inhämtades i mitten av maj 2003. Projektet skulle ha avslutats senast den 31 maj 2003. Eftersom granskningen berör verksamhetsformen och den därmed har direkta konsekvenser för personalen, har ett starkt önskemål från de reviderade organisationerna varit att den angivna tidsplanen skall hållas.

Riksrevisionsverkets verksamhet upphör den 1 juli 2003 och verksamheten övertas då av Riksrevisionen, som blir en myndighet under riksdagen. Ett arbete med att förbereda den nya myndigheten pågår. Detta har bidragit till att beslut om föreliggande rapport har dragit ut på tiden. Eftersom avslutningen av projektet har försenats och eftersom rapporten om arbetslivsinriktad rehabilitering inte bara berör de statliga producenterna, har projektgruppen föreslagit att rapporten innan maj månad utgång skulle ha skickas på remiss till alla berörda myndigheter och organisationer.

I rapporten refereras olika svenska och utländska studier om effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering och redovisas den granskning, som gjorts i detta projekt, av de statliga producenternas uppföljningssystem. Projektgruppens sammanfattande bedömning är att arbetslivsinriktad rehabilitering har god effekt.

Riksrevisionsverket har i yttranden över bl.a. Jan Rydhs betänkande *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5) kritiserat utredaren för att han har en överdriven tro på rehabiliteringens möjligheter. De kunskaper

som kommit fram i det nu aktuella projektet visar dock att det inte har funnits någon grund för denna kritik.

Riksrevisionsverket beslöt den 16 juni 2003 att lägga ned granskningen av den statliga produktionen av arbetslivsinriktad rehabilitering. Motiveringen var att rapporten *Vad bör staten göra för att främja en effektiv produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering* ”präglas/genomsyras av en grundsyn på rehabilitering och bolagisering av denna, och att denna grundsyn är – med ett milt uttryck – svagt underbyggd med fakta och empiriska data. De grundas i mycket stor utsträckning på andrahandsinformation och principiella resonemang/antaganden. - Ej revision – Går dessutom utanför uppdraget.”

På morgonen den 17 juni meddelades projektledaren Lars Markstedt av sin fackliga representant att Lars plötsligt hade satt upp på en lista över personer vid Riksrevisionsverket, som inte skall ges anställning i den nya Riksrevisionen. Som motiv för detta har angivits att föreliggande rapport samt Lars två senaste rapporter (*På väg mot Nollvisionen? - en granskning av Vägverkets sektoransvar för trafiksäkerheten* och *Utkontraktering och utförsäljning av verksamheter vid statliga myndigheter*) anses ha dålig kvalitet. Trots att de två sistnämnda rapporterna beslutats och skrivits på respektive godkänts av behöriga chefer på Riksrevisionsverket stoppades expedieringen/publiceringen i sista sekund.

Genom att de tre rapporterna har stoppats av Riksrevisionsverket blir rapportutkasten nu offentlig handling. Därmed kan de slutsatser och förslag om rehabilitering, trafiksäkerhet och utkontraktering, som diskuteras i rapporterna, bli föremål för en offentlig debatt. De tre rapporterna kan även ligga till grund för en diskussion om den statliga effektivitetsrevisionens inriktning och arbetssätt samt om vilket oberoende och integritet som statliga tjänstemän bör ha.

Stockholm den 17 juni 2003

Lars Markstedt
Revisionsdirektör

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	6
BAKGRUND OCH SYFTE.....	11
Kostnaden för sjukskrivningar och förtidspensioner ökar	11
1991 års rehabiliteringsreform har misslyckats	12
Aktörer inom rehabiliteringsområdet.....	13
Syfte och genomförande	14
KOSTNADER OCH EFFEKTER AV REHABILITERING	16
Arbetslivsinriktad rehabilitering; ett begrepp med oklar innebörd	16
Kostnaden för arbetslivsinriktad rehabilitering är fördelad på många händer	18
Försäkringskassorna	19
Arbetsgivarna	19
Arbetsförmedlingarna	20
Sjukvårdshuvudmännen	21
Kunskaperna om effekten av arbetslivsinriktad rehabilitering är ofullständiga.....	21
Socialförsäkringsadministrationens uppföljning är bristfällig.....	21
Sammanställningar av studier om effekter av rehabilitering	22
Förslag om att inrätta ett utvärderingsinstitut i Sverige	25
De flesta undersökningar visar att rehabilitering har en klart positiv effekt	25
STATLIGA PRODUCENTER AV REHABILITERINGSTJÄNSTER	28
Det finns många statliga producenter	28
Arbetslivstjänster	29
Historik	29
Mål och kunder.....	31
Tjänster	31
Ekonomi och organisation.....	32
Uppföljning	32
Framtidsplaner.....	34
Resurs	34
Historik	34
Mål och kunder.....	35
Ekonomi och organisation.....	36
Uppföljning	37
Framtidsplaner.....	37
Försäkringsmedicinskt centrum	38
Historik	38
Mål och kunder.....	39
Tjänster	40
Ekonomi och organisation.....	40
Uppföljning	42
Framtidsplaner.....	43

AF Rehabilitering	44
Historik	44
Mål och kunder.....	44
Tjänster	45
Ekonomi och organisation.....	46
Uppföljning	46
Framtiden	46

VÅRA IAKTTAGELSER OCH PRODUCENTERNAS SYNPUNKTER**48**

Det har utvecklats en marknad för rehabiliteringstjänster	48
Framväxten av rehabiliteringsföretag skedde oplanerat	48
Förslag om en ny struktur	49
Det finns idag en fungerande konkurrens inom rehabiliteringsområdet.....	50
Arbetslivsinriktad rehabilitering ger bra resultat	51
Många problem kvarstår	54
Köpen av rehabiliteringstjänster har liten omfattning	54
Osäkerhet om framtiden gör att producenterna inte vågar expandera sin verksamhet	55
Försäkringskassan har förbättrat sin upphandlingskompetens men upphandlingsförfarandet är fortfarande ineffektivt	56
Rehabiliteringen påbörjas sent och är dåligt samordnad	58
Det saknas resursstarka rehabiliteringsproducenter för att klara en tidig och samordnad rehabilitering	60

ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG**63**

Verksamhetsform	63
Nuvarande regiform och reglering av verksamheten bör ses över	63
Principiella skäl talar för att ALT och FMC bör bolagiseras.....	65
En bolagisering minskar risken för att konkurrensen snedvrids	67
Bättre utvecklingsmöjligheter vid en bolagisering/avknoppning.....	70
Vårt förslag	72
Bättre förutsättningar för produktionen av rehabiliteringstjänster	74
En tydligare reglering av ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster	74
En professionell, samlad upphandlingsfunktion på regional nivå.....	80
Fördelning av rehabiliteringsresurser på nya respektive gamla sjukskrivningsfall	82
En samordnad uppföljning och bättre kontroll	83
Vad bör staten göra?	85

Förkortningar

AFL	= Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AF	= Arbetsförmedlingen
ALT	= Arbetslivstjänster
AMS	= Arbetsmarknadsstyrelsen
AMI	= Arbetsmarknadsinstitutet (ingår numera i AF Rehabilitering)
AMV	= Arbetsmarknadsverket
AR	= Arbetslivsinriktad rehabilitering
ARU	= Utredning om arbetslivsinriktad rehabilitering
FK	= Försäkringskassan
FMC	= Försäkringsmedicinskt centrum
FMU	= Försäkringsmedicinsk utredning
LOU	= Lagen (1992:1528) om offentlig upphandling
RFV	= Riksförsäkringsverket
RRV	= Riksrevisionsverket

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Statens kostnader för sjukskrivningar och förtidspensioner uppgick till ca 105 miljarder kronor år 2002. Det är framför allt de långa sjukfallen som har ökat dramatiskt. Långtidssjukskrivningar medför inte bara ett lidande för många människor och ett produktionsbortfall i företag och förvaltning, utan är även ett hot mot statsfinanserna.

Samtidigt som antalet långa sjukfall och antalet förtidspensioner ökar förutses att en arbetskraftsbrist kommer att uppstå. Situationen liknar således den som rådde i slutet av 1980-talet då vi också hade en kraftig ökning av sjukskrivningarna och arbetskraftsbrist. För att bryta sjukskrivningar och få folk åter arbete beslöt statmakterna år 1991 om en rad åtgärder. Bland annat fick försäkringskassan särskilda medel för att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Effekterna av 1991 års rehabiliteringsreform och försäkringskassornas köp av arbetslivsinriktad rehabilitering har utförligt behandlats i ett antal statliga utredningar. Sammantaget visar dessa utredningar på allvarliga brister i rehabiliteringens förutsättningar.

Staten är inte bara en beställare av arbetslivsinriktad rehabilitering, utan är även stor producent av sådana tjänster. Det finns dock inte någon samlad redovisning av den produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering som olika statliga organ bedriver. I de statliga rehabiliteringsutredningar, som gjorts under åren 1996-2003, har inte heller statens roll som producent av rehabiliteringstjänster analyserats.

Förutom en satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering är det nödvändigt med en rad andra åtgärder för att få ned sjukskrivningarna. Hit hör satsningar på förebyggande åtgärder, förbättring av den medicinska och sociala rehabiliteringen samt regler, som ger både individer och arbetsgivare ekonomiska incitament att satsa på förebyggande åtgärder och på rehabilitering. Denna granskning är dock begränsad till frågan om vad staten kan göra för att främja en effektiv produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Syftet med vår granskning är att undersöka motiven för statens engagemang i produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering och att bedöma om den nuvarande organisationen och styrningen av verksamheten är ändamålsenlig. Syftet är också att bidra till ökade kunskaper om rehabiliteringssystemets struktur, aktörer och funktion samt att ge förslag till åtgärder för att förbättra produktionsförutsättningarna.

Kostnader och effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering

Av lagen om allmän försäkring framgår att syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering är att förkorta sjukdomstiden och att helt eller delvis förebygga

eller häva nedsättning av arbetsförmåga. Det har dock inte varit sig i lagen eller i tillämpningsregler och rättspraxis definierats vilka konkreta åtgärder som skall anses ingå i begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. Att det inte finns någon tydlig definition av begreppet har medfört att de statistiska uppgifterna om omfattningen av arbetslivsinriktad rehabilitering är mycket osäkra.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen finansieras huvudsakligen av försäkringskassor, arbetsgivare, arbetsförmedlingar och sjukvården. Försäkringskassorna köpte arbetslivsinriktad rehabilitering för 565 mkr under år 2002, varav 312 mkr avsåg köp av utredningar och 253 mkr avsåg köp av aktiva åtgärder. Kassornas förvaltningskostnader för åtgärder mot ohälsa uppgick samma år till 1 012 mkr. Arbetsförmedlingarnas lönekostnad för den personal som direkt arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering har av AMS beräknats uppgå till 850 mkr. Några aktuella uppgifter om arbetsgivarnas och sjukvårdens kostnader för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen finns inte.

Det har gjorts ett stort antal studier om effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering och de flesta studier visar att aktiva rehabiliteringsåtgärder har en klart positiv effekt. För exempelvis personer med ländryggsproblem finns det både i Sverige och utomlands vetenskapligt genomföra studier av rehabiliteringens effekter. Inom vissa områden är dock kunskaperna om olika åtgärders kostnader och effekter fortfarande ofullständiga. Det finns ingen nationell uppföljning av effekterna av de köp som försäkringskassorna gjort sedan 1991. Resultat från forskningen samt de uppföljningar, som vissa försäkringskassor och de statliga producenterna löpande gör, ger dock en grund för att ta fram information om effektiva rehabiliteringsmetoder och för beslut om satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering.

De statliga producenterna av rehabiliteringstjänster

Det finns fyra stora statliga producenter av arbetslivsinriktad rehabilitering:

- *Arbetslivstjänster*, som är en resultatenhet inom AMS
- *Resurs*, som är ett dotterbolag till Samhall AB
- *Försäkringsmedicinskt centrum*, som är en resultatenhet inom Försäkringskassan i Östergötlands län
- *Arbetsförmedlingen Rehabilitering*, som är anslagsfinansierad tjänst, funktion eller enhet inom länsarbetsnämnder och arbetsförmedlingar

Dessutom erbjuder det statligt ägda Lernia AB vissa tjänster inom området. Tillsammans svarar de statliga producenterna för drygt en tredjedel av de rehabiliteringstjänster som försäkringskassorna köper.

Arbetslivstjänster erbjuder tjänster inom områdena arbetslivsinriktad rehabilitering, personal- och organisationsutveckling, urval och omställning. Omfattningen uppgick till drygt 180 mkr år 2002 och antalet anställda var 242 personer. Fyra femtedelar av intäkterna avser uppdrag inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Under år 2002 utfördes 4 700 uppdrag. Ca 60

procent av uppdragen avslutades med en plan för återgång till arbete. För ärenden där en sådan plan fanns var enligt Arbetslivstjänsters egen uppföljning ca 60 procent av klienterna i arbete eller yrkesstudier sex månader efter avslutat uppdrag.

Resurs erbjuder en rad tjänster inom områdena förebyggande insatser, åtgärder för långtidssjukskrivna och omställning/förändringsprocesser. Resurs omsättning uppgick till knappt 82 mkr år 2002 och antalet anställda var 104 personer. För de uppdrag där huvudinsatsen var arbetslivsinriktad rehabilitering kunde 57 procent helt eller delvis bryta sin sjukskrivning. Av dessa hade 82 procent fortfarande arbetsförmåga tolv månader efter att uppdraget avslutats.

Försäkringsmedicinskt centrum erbjuder försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade utredningar åt i första hand försäkringskassorna. Omsättningen uppgick till 72 mkr år 2002 och antalet anställda var 112 personer.

Arbetsförmedlingen Rehabilitering är beteckningen för den verksamhet som tidigare bedrevs vid arbetsmarknadsinstitutet och som främst riktade sig till personer med arbetshandikapp. Denna verksamhet har nu integrerats med länsarbetsnämndernas och förmedlingarnas övriga verksamhet. Arbetsförmedlingen Rehabilitering har olika organisatorisk uppbyggnad i olika län. Tjänsterna omfattar normalt kartläggning och funktionsbedömning, vägledning, arbetsplatanpassning och platsförmedling. Vid förmedlingarna var sammantaget 1640 årsarbetskrafter sysselsatta med arbetslivsinriktad rehabilitering år 2002. Endast en mindre del av arbetsförmedlingens rehabiliteringsinsatser avser dock gruppen sjukskrivna arbetslösa.

Våra iakttagelser och producenternas synpunkter

När Arbetslivstjänster bildades år 1990 fanns det nästan inga andra producenter av arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetslivstjänster fick därför från början en dominerande ställning på marknaden. Numera finns ett stort antal producenter av varierade storlek och inriktning. Totalt har ca 500 producenter ramavtal med försäkringskassorna. De representerar en stor spännvidd beträffande personalens kompetens och metodik.

Både producenterna och beställarna ser positivt på den konkurrens som har utvecklats. Arbetsgivare och försäkringskassorna får ett större utbud av tjänster att välja på och producenterna tvingas att ständigt förbättra sina metoder och sin kvalitet. Många producenter har också verksamhetsmässigt uppnått goda resultat.

De statliga resurserna för arbetslivsinriktad rehabilitering har reellt minskat under senare år, men försäkringskassorna har trots detta inte förbrukat tilldelade medel. År 2002 köpte kassorna arbetslivsinriktad rehabilitering (inkl. försäkringsmedicinska utredningar) för 563 mkr och de hade 192 mkr kvar i oförbrukade medel. Kassornas köp av arbetslivsinriktad rehabilitering år 2002 har i fast penningvärde nästan halverats jämfört med år 1997, som var

det år då kassornas köp hade sin hittills största omfattning. En allt mindre andel av kassornas köp (40 procent år 2002) avser aktivering, arbetsträning, utbildning och andra s.k. aktiva åtgärder. Kassornas köp av utredningar och då särskilt försäkringsmedicinska utredningar har däremot ökat. Dessa utredningar utnyttjas främst för prövning av förtidspensioner och rätten till sjukpenning. Av tradition räknas dock försäkringsmedicinska utredningar som en rehabiliteringstjänst.

Även om marknaden för arbetslivsinriktad rehabilitering idag fungerar relativt väl kvarstår många problem. Vi har på följande punkter observerat att det saknas förutsättningar för en effektiv produktion av rehabiliteringstjänster:

- Försäkringskassornas köp av tjänster har liten omfattning. Eftersom de i huvudsak avser utredningar, bidrar de idag endast marginellt till att minska långtidssjukskrivningarna och förtidspensionerna.
- Ständiga regeländringar och osäkerhet om framtiden gör att producenterna inte vågar expandera sina verksamheter.
- Försäkringskassorna har förbättrat sin upphandlingskompetens, men upphandlingsförfarandet är fortfarande ineffektivt.
- Rehabiliteringen påbörjas sent, är dåligt samordnad och genomförs inte alltid med individen i centrum.
- Det saknas resursstarka rehabiliteringsproducenter för att klara en tidig och samordnad rehabilitering.

Långtidssjukskrivna arbetslösa är en växande grupp. Enligt 1991 års rehabiliteringsreform har arbetsförmedlingarna ansvaret för denna grupp. De flesta långtidssjukskrivna har dock avaktualiserats från förmedlingarna. Detta har bidragit till att Arbetsmarknadsverket klarat sitt mål att minska antalet långtidsinskrivna på förmedlingarna, men har inte löst de sjukskrivnas problem. Enligt nuvarande regler får inte försäkringskassorna köpa aktiva rehabiliteringstjänster för arbetslösa.

Överväganden och förslag

Av tradition bedriver arbetsförmedlingarna arbetslivsinriktad rehabilitering i egen regi. Enligt gällande regler får försäkringskassorna inte själva utföra rehabiliteringsåtgärder. Däremot skall försäkringskassans utredningar ske i egen regi eller upphandlas från Försäkringsmedicinskt centrum. I praktiken köper dock kassorna försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade utredningar även från andra producenter. Det har inte gjorts någon analys av för- och nackdelar av att bedriva rehabiliteringsverksamhet i egen regi respektive att lägga ut den på entreprenad. Det är därför inte säkert att den och nuvarande fördelning av resurser på dessa båda regiformer är optimal vid förmedlingarna respektive kassorna. Vi anser att regiformen och regleringen av arbetsförmedlingens och försäkringskassans verksamhet med rehabilitering bör ses över.

Eftersom uppdragsverksamheten vid Arbetslivstjänster och Försäkringsmedicinskt centrum idag är konkurrensutsatt, bör verksamheten enligt 1997

års förvaltningspolitiska reform normalt bedrivs i bolagsform. Det finns enligt vår analys inga särskilda skäl, t.ex. bristande konkurrens eller behov av insyn, som motiverar att uppdragsverksamheten alltså bör bedrivs i myndighetsform.

Vi har inte funnit några indikationer på att det idag förekommer en sned-
vridning av konkurrensen vid Arbetslivstjänster, Resurs och Försäkrings-
medicinskt centrum genom att uppdragsverksamheten korssubventioneras
med medel från den anslagsfinansierade verksamheten. Genom att bedriva
uppdragsverksamhet i bolagsform och avknoppa Resurs, motverkas dock att
misstanke uppstår om sådan korssubventionering.

En bolagisering/avknoppning skapar bättre utvecklingsmöjligheter för reha-
bileringsverksamheten, men medför att moderorganisationens administra-
tiva system och gemensamma stödresurser inte längre kan utnyttjas. Om-
ställningskostnaderna bedöms dock bli små. Vi föreslår därför att:

- ALT och FMC omvandlas till bolag
- Resurs avknoppas från Samhall AB

För att förbättra förutsättningarna för en effektiv produktion av arbetslivsin-
riktad rehabilitering anser vi att det krävs

- En tydligare reglering av ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster
- En professionell, samlad statlig upphandlingsfunktion på regional nivå
- En medveten fördelning av resurser för rehabilitering på nya respektive gamla sjukskrivningsfall
- En samordnad, nationell uppföljning av kostnader och effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering
- Stöd till utbildning samt forskning och utveckling inom området arbetslivsinriktad rehabilitering

Att staten äger Arbetslivstjänster, Resurs, Försäkringsmedicinskt centrum och Lernia har regeringen hittills inte utnyttjat för att styra produktionens in-
riktning, utan dessa fyra statliga producenter har agerat under samma förut-
sättningar som de privata producenterna. Mot bakgrund av att det har ut-
vecklats en fungerande marknad för arbetslivsinriktad rehabilitering och att
statsmakterna har beslutat att renodla den statliga verksamheten, kan det nu
finnas skäl att se över statens roll inom rehabiliteringsområdet. På sikt torde
det räcka med att staten påverkar branschens utveckling genom lagstiftning
och bidrag till köp av rehabiliteringstjänster samt genom stöd till utbildning
och forskning.

Bakgrund och syfte

Kostnaden för sjukskrivningar och förtidspensioner ökar

Enligt RFV:s årsredovisning för år 2002 uppgick statens kostnad för sjukpenning till 45 260 mkr, vilket är en ökning med 5 404 mkr jämfört med 2001. Statens totala utgifter för ersättning vid arbetsoförmåga uppgick till 104 622 mkr år 2002. I detta belopp ingår då även aktivitetsersättning och sjukersättning, dvs. det som fram till den 1 januari 2003 kallats för sjukbidrag/förtidspension.

Ökningen av sjukskrivningskostnaderna beror framför allt på att de långa sjukfallen fortsatt att öka. I slutet av oktober 2002 hade 124 300 personer varit sjukskrivna mer än ett år. Detta är 12 400 fler än i oktober 2001 och innebär en ökning med 11 procent.

Under år 2003 har antalet korta sjukskrivningsfall börjat minska samtidigt som fler sjukskrivs på deltid. Långtidssjukskrivningarna fortsätter dock att öka. Då vi i slutet av januari 2003 startade vår granskning hade 132 300 personer varit sjukskrivna mer än ett år. En månad senare hade denna siffra ökat till 135 300 personer.

Sedan år 1999 har antalet nybeviljade "förtidspensioner" nästan fördubblats. År 2002 beviljades ca 67 000 förtidspensioner och sjukbidrag och beståndet av personer med "förtidspension" uppgick till drygt 471 000 personer. Detta var 32 000 fler än år 2001. RFV beräknar att statens framtida kostnader för dessa personer fram till att de blir 65 år uppgår till 565 miljarder kronor.

Ett ökat antal långtidssjukskrivningar - mätt som personer som varit sjukskrivna i över ett år - leder erfarenhetsmässigt till ett ökat antal "förtidspensioner" något eller några år senare. Allvarligt är också att genomsnittsåldern för de långtidssjukskrivna har minskat och att allt fler unga personer ges "förtidspension". Varje arbetsdag fattas det beslut om sjukskrivningar och "förtidspensioner", som kommer att medföra kostnader för samhället på cirka en halv miljard kronor. Ökningen av långtidssjukskrivningarna medför således inte bara ett lidande för många människor och ett produktionsbortfall i företag och förvaltning, utan är även ett hot mot statsfinanserna.

Att minska ohälsan har hög prioritet i regeringens arbete. Regeringens mål är att frånvaron från arbetslivet pga. sjukskrivning i förhållande till 2002 skall halveras fram till år 2008. Parallellt härmed skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar (förtidspensioner) minska.

Samtidigt som antalet långtidssjukskrivningar och antalet "förtidspensioner" snarare ökar än minskar, förutses en arbetskraftbrist komma att uppstå. Förhoppningen är nu att man skall kunna rehabilitera personer som står utanför

arbetsmarknaden åter till arbete. Situationen är således liknande den situation som rådde i slutet av 1980-talet då vi också hade en kraftig ökning av sjukskrivningarna och en samtidig arbetskraftsbrist.

1991 års rehabiliteringsreform har misslyckats

Arbetslivsinriktad rehabilitering (AR) är som begrepp och verksamhetsområde relativt nytt. Med begreppet AR avses sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär ”förtidspension”. Begreppet AR infördes i socialförsäkringslagstiftningen den 1 januari 1992 genom vad som brukar benämnas rehabiliteringsreformen. Reformen byggde på tre hörnstenar; en bättre arbetsmiljö, en effektivare rehabilitering samt en generell arbetsgivarperiod med ansvar för arbetsgivaren att betala sjuklön under de 14 första dagarna av ett sjukdomsfall.

Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen försköts mot arbetslivet genom att arbetsgivaren fick ett större ansvar för de anställdas rehabilitering. I detta ansvar ingick bl.a. att göra en rehabiliteringsutredning och vidta behövliga rehabiliteringsåtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Inriktningen var att de anställda skulle beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren.

Rehabiliteringsreformen innebar att ett särskilt kapitel (kap. 22) om rehabilitering och rehabiliteringsersättning infördes i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). I detta kapitel anges bl.a. att försäkringskassan (FK) skall samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten och se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

Från och med budgetåret 1990/91 gavs FK särskilda medel för köp av AR-tjänster. Medlen kunde användas dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels för aktiva åtgärder. Förslaget att FK skulle kunna köpa rehabiliteringstjänster kom ursprungligen från Rehabiliteringsutredningen, som i betänkandet *Tidig och samordnad rehabilitering* (SOU 1988:41) föreslog att särskilda av FK betalda platser hos Arbetsmarknadsinstitutet (AMI) borde inrättas och stå till FK:s disposition för anställda personer med behov av utredning vid instituten. För budgetåret 1990/91 tilldelades FK ett anslag på 500 Mkr för att köpa utredningar och rehabiliteringsåtgärder som underlättar återgång till förvärvsarbete. I propositionen om aktiva rehabiliteringsåtgärder (1989/90:62) angavs som exempel på producenter från vilka kassorna kan köpa rehabiliteringstjänster AMI, AMU-gruppen, Rygginstitutet och Samhall. I propositionen föreslogs även att ett s.k. 1000-kroners anslag kallat ”Yrkesinriktad rehabilitering - Uppdragsverksamhet” skulle inrättas vid Arbetsmarknadsverket (AMV).

I 1991 års budgetproposition (prop. 1990/91:100, bilaga 12) angavs att Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) beräknade att ca 1200 personer skulle behövas till följd av utbyggnaden av uppdragsverksamheten inom den yrkesin-

riktade rehabiliteringen. Huvuddelen av denna personal förutsattes komma att hämtas från AMI och arbetsförmedlingarna (AF). AMV:s uppdragsverksamhet kallas Arbetslivstjänster (ALT). Begreppet yrkesinriktad rehabilitering har senare ändrats till begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering (AR).

Syftet med 1991 års rehabiliteringsreform var att genom tidig och samordnad rehabilitering minska sjukskrivningarna. Under åren 1991-1996 skedde också en nedgång i antalet sjukskrivningar. Detta hänger dock troligen mest samman med förändringar i ersättningsreglerna och konjunkturförsämringen. Rehabiliteringsverksamheten kom aldrig att fungera som det var avsett enligt 1991 års reform.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har under de senaste åren varit föremål för en rad utredningar. Bland dessa kan nämnas:

- *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering* (SOU 1996:113)
- *Perspektiv på rehabilitering* (Statskontoret 1997:27)
- *Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna* (RFV Anser 1998:4)
- *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104)
- *Morgondagens rehabilitering – Om försäkringskassans uppdrag och gränssnittet mot rehabiliteringsansvariga parter* (RFV Anser 1999:8)
- *Rehabilitering till Arbete* (SOU 2000:78)
- *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:21)
- *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5)

Samtliga dessa utredningar visar på allvarliga brister i rehabiliteringens förutsättningar. Som exempel nämns oklarheter om begreppet AR, otydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna, otillräckliga resurser och oprecisa mål för verksamheten. Andra brister som nämns är att rehabiliteringsinsatserna ofta sker för sent samtidigt som arbetsgivarna inte fullgör sina skyldigheter när det gäller rehabiliteringsutredningar. Trots att det under lång tid stått klart att 1991 års rehabiliteringsreform misslyckats har det inte gjorts några större förändringar i regelsystemet och nästan inga av de förslag som presenterats i de nämnda statliga utredningarna har genomförts.

Aktörer inom rehabiliteringsområdet

En stor del av AR-tjänsterna upphandlas av företag och offentliga arbetsgivare. Enligt lagstiftningen har arbetsgivaren ett ansvar för att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser och att svara för att AR-insatser vidtas. För personer som inte har något arbete har AF ett motsvarande ansvar.

Rehabiliteringsinsatserna för arbetslösa utför AF av tradition i egen regi. Det är i huvudsak AF Rehabilitering (tidigare AMI) som har ansvaret för

AMV:s rehabiliteringsverksamhet. AMV är således både beställare och utförare av AR-tjänster.

FK har i uppgift att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser, om inte arbetsgivaren sköter sitt åliggande eller om den sjukskrivne saknar anställning. De flesta sådana utredningar görs i egen regi, men FK upphandlar även en hel del utredningar från offentliga och privata producenter. I princip utför FK inga aktiva AR-åtgärder.

Förutom AF Rehabilitering finns tre statliga organ som utför utredningar och aktiva AR-åtgärder, nämligen Arbetslivstjänster (ALT), Samhall Resurs AB (Resurs) och Försäkringsmedicinskt centrum (FMC). ALT är en resultatenhet inom AMS, Resurs är ett dotterbolag till Samhall AB och FMC är en resultatenhet inom Försäkringskassan i Östergötlands län.

I Statskontorets rapport *Perspektiv på rehabilitering* (1997:27) konstaterades att FK köper AR-tjänster för ca 500 mkr per år, men att AMV:s AR-verksamhet kostar ännu mer, ca 2 100 mkr per år. Statskontorets uppdrag avsåg dock bara AR-verksamheten ur ett socialförsäkringsperspektiv.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det idag finns fem stora statliga aktörer inom AR-området och att staten uppträder både som beställare och producent av AR-tjänster. I de utredningar som tidigare gjorts om AR har inte statens totala engagemang i rehabiliteringsverksamheten analyserats.

Syfte och genomförande

Under våren 2003 har regeringen fattat beslut om besparingar inom sjukförsäkringsområdet samt givit Riksförsäkringsverket (RFV) och AMS ett antal uppdrag rörande effektivisering av rehabiliteringsverksamheten. I vårpropositionen (prop. 2002/2003:100) har regeringen lagt fram riktlinjer för utformning av ett system med ekonomiska incitament för att minska sjukskrivningarna. Inom regeringskansliet bereds också flera av de förslag, som en rad statliga utredningar lagt fram. Även om den nuvarande situationen är turbulent och det råder stor osäkerhet om vilka förändringar som kommer att genomföras, framstår det som uppenbart att statsmakterna fortsatt knyter starka förhoppningar till att arbetslivsinriktad rehabilitering skall vara ett verksamt instrument i kampen mot de höga ohälsotalen.

Syftet med föreliggande granskning är att

- undersöka vilka motiv det fanns för att staten ursprungligen engagerade sig i produktion av AR-tjänster och om de uppgifter och mål som statsmakterna ställt på ALT, FMC och Resurs alltjämt är relevanta.
- analysera ALT:s, FMC:s och Resurs verksamhet samt vilken roll de spelar i förhållande till andra aktörer inom AR-området.
- undersöka vilka resultat i förhållande till uppställda uppgifter och mål som ALT, FMC och Resurs uppnått.

- analysera och bedöma om den nuvarande organisationen och styrningen av ALT, FMC och Resurs är ändamålsenlig.

Syftet är också att bidra till ökad kunskap om och förståelse av AR-systemets struktur, aktörer och funktion samt ge förslag till åtgärder för att främja förutsättningarna för en effektiv produktion av AR-tjänster.

Granskningen är begränsad till frågan om vad staten kan göra för att främja en effektiv produktion av arbetslivsinriktad rehabilitering. Förutom en satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering är det nödvändigt med en rad andra åtgärder för att få ned sjukskrivningskostnaderna. Hit hör satsningar på förebyggande åtgärder, förbättring av den medicinska och sociala rehabiliteringen, regeländringar som ger individer och företag ekonomiska incitament att satsa på förebyggande åtgärder och på rehabilitering samt ökad tillsyn och kontroll av att bidragssystemen inte missbrukas.

Granskningen har omfattat följande arbetsmoment:

- Genomgång av ovan nämnda offentliga utredningar, propositioner och utskottsbetänkanden, där ALT, FMC, Resurs och AF Rehabilitering berörs samt beskrivning av de statliga producenternas verksamhet på basis av bl.a. deras årsredovisningar och verksamhetsplaner i de delar planerna inte omfattas av affärssekretess.
- Intervjuer vid ALT, FMC och Resurs om verksamhetens utveckling och om eventuella hinder för att bedriva en effektiv verksamhet.
- Översiktlig kartläggning av och intervjuer med de största andra aktörerna inom AR-området och jämförelse mellan de privata och statliga producenternas verksamhet.
- Granskning av ALT:s, FMC:s, Resurs och AF Rehabiliterings uppföljning av resultaten av verksamheten.
- Analys av hur ALT:s FMC:s och Resurs resultat och utveckling påverkas av regler, verksamhetsform m.m.
- Intervjuer med tjänstemän vid Försäkringskassaförbundet respektive de s.k. Oktavenkassorna, som har handlagt de senaste samordnade upphandlingarna av FMU respektive ARU och aktiva AR-åtgärder samt intervjuer med tjänstemän med centralt ansvar för upphandling och uppföljning av kassornas köp av AR-tjänster.
- Genomgång av studier av effekterna av AR och intervjuer med forskare.
- Studieresa till Helsingfors och intervjuer med företrädare för Social- och hälsovårdsministeriet samt besök vid Varma-Sampo, som är Finlands största privata beställare av AR-tjänster, och vid Orton Invalidstiftelsen, som är en stor, välrenommerad, finsk rehabiliteringsproducent.

Kostnader och effekter av rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering; ett begrepp med oklar innebörd

I 22 kap. 2 § AFL anges vad som menas med rehabilitering i sjukförsäkringsrättslig mening. Där anges att rehabilitering skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Någon definition av vad som menas med arbetslivsinriktad rehabilitering finns däremot inte i AFL. Uttrycket AR används bara i paragrafen om rehabilitering och rehabiliteringsersättning. I 22 kap. 7 § anges att rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i *arbetslivsinriktad rehabilitering* som är avsedd att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Definitionen av AR tar alltså sikte på åtgärdens syfte och inte på dess innehåll. Samma utgångspunkt har valts av Tekniska Nomenklaturcentralen (TNC) som definierar begreppet AR som ”rehabilitering som syftar till att en person kan återfå förmåga och förutsättningar att förvärvsarbeta”. Medicinsk rehabilitering definieras av (TNC) som ”rehabilitering som utförs av medicinskt utbildad personal eller leds av sådan”.

I olika sammanhang brukar man skilja mellan

- Medicinsk rehabilitering
- Social rehabilitering
- Arbetslivsinriktad rehabilitering

För dessa tre olika typerna av rehabilitering är landstinget, kommunen/socialnämnden respektive arbetsgivaren eller AF jämte FK ansvariga. De olika huvudmännen har delvis skilda mål för sina rehabiliteringsinsatser och deras verksamhet regleras i olika lagar.

Definitionen ovan drar inte någon tydlig gräns mellan arbetslivsinriktad och övrig rehabilitering. Många AR-företag som FK köper tjänster från har medicinskt utbildad personal som utför olika rehabiliteringsinsatser. Vissa AR-företag har också läkare i sin ledning.

I AFL skiljer man på utredningar och aktiva AR-åtgärder. Utredningarna indelas i

- Försäkringsmedicinska utredningar (FMU)
- Arbetslivsinriktade utredningar (ARU)

En FMU ligger till grund för FK:s prövning av arbetsförmågan och därmed för rätten till sjukpenning eller beslut om förtidspension. De flesta sådana beslut fattas på underlag som FK får in från sjukvården och utredningar som

kassan gör med egen personal. En FMU syftar inte till att bedöma möjligheten till rehabilitering, men en sådan utredning kan utmyнна i rekommendationer om medicinska åtgärder eller AR-åtgärder. Av tradition räknas en FMU som en AR-tjänst.

De aktiva AR-åtgärder kan vara av många skilda slag. I FK:s redovisningssystem indelas de i:

- aktivering
- arbetsträning
- utbildning

Någon närmare beskrivning av vad dessa tre typer av åtgärder kan innefatta har RFV inte tagit fram. En viss tjänst som en AR-producent levererar kan därför klassificeras olika av olika kassor. Det är därför inte meningsfullt att göra jämförelser mellan kassorna av vilka typer av AR-tjänster de upphandlar. Även redovisningen av utredningar är osäker. Om en leverantör erbjuder en sammansatt tjänst, som innefattar både utredning och aktiva åtgärder, vet man inte hur en FK väljer att redovisa den. Man vet inte heller hur de väljer att redovisa en kombinerad FMU och ARU. Enligt RFV:s statistik köper FK årligen ca 4000 FMU (se nedan). Enligt FMC:s marknadsanalys görs det dock ca 6000 FMU om året.

I rapporten *Morgondagens rehabilitering – Om försäkringskassans uppdrag och gränssnittet mot rehabiliteringsansvariga parter* (RFV Anser 1999:8) konstaterade RFV att FK:s köp av aktiveringsinsatser ofta innehåller betydande inslag av sjukgymnastik, fysisk träning och andra åtgärder som är svåra att skilja från medicinska och sociala rehabiliteringsinsatser. RFV ansåg att det var viktigt att tydliggöra FK:s samordningsuppdrag och att tydligheten i detta uppdrag minskar om FK finansierar insatser som faller inom andras aktörers ansvarsområde. I rapporten konstaterade RFV också att otydliga definitioner och överlappande gränser mellan rehabiliterings har inneburit en oklarhet om vem som har det yttersta ansvaret samt att detta lett till att respektive aktör kan frånträda sig sitt faktiska ansvar på grund av otillräckliga ekonomiska resurser. RFV föreslog att AFL borde ändras så att särregler för AR togs bort. RFV ansåg att tydligheten skulle öka och handläggningen förenklas om AR inte särskiljs från annan form av rehabilitering. Utgångspunkten borde enligt RFV vara att samordning skall avse samtliga insatser som den enskilde behöver för att kunna återgå i förvärvsarbete. RFV föreslog också att rehabiliteringspenningen borde avskaffas.

Även i utredningen *Rehabilitering till arbete – En reform med individen i centrum* (SOU 2000:78) konstaterades att de olika rehabiliteringsområdena i praktiken flyter in i varandra. Utredaren Gerhard Larsson försökte därför att lansera begreppet ”rehabilitering till arbete”, som ett paraplybegrepp till övriga begrepp. Han föreslog följande definition:

Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäk-

ringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete.

Gerhard Larsson gav även ett förslag till förtydligande av begreppen behandling respektive rehabilitering samt ett förslag till en rehabiliteringsprocess i tre faser där tyngdpunkten skulle ligga på rehabiliteringsinsatserna och inte som hittills vanligen varit fallet på behandling.

Ett flertal resmissinstanser, däribland Läkarförbundet och Statskontoret, var positiva till utredningens förslag till nya definitioner. Varken RFV:s utredning eller Gerhard Larssons utredning har lett till någon ändring av AFL eller någon ny begreppsbildning. Alltjämt gäller således att begreppet AR endast definieras genom syfte med insatsen. I det praktiska rehabiliteringsarbetet har dock det processinriktade synsättet som presenterades i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) påverkat AR-företagens arbetsmetoder. Olika former av sammansatta åtgärder med medverkan från olika professioner har också utvecklats.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att syftet med AR klart framgår av lagstiftningen, men att begreppets närmare innebör inte har definierats genom tillämpningsregler eller i rättspraxis. Det är därför fortfarande oklart vilka konkreta åtgärder som ingår i begreppet AR och vilket ansvar som således aktörerna har för att vidta AR-åtgärder. De statistiska uppgifterna om omfattningen av AR-insatser är mycket osäkra.

Kostnaden för arbetslivsinriktad rehabilitering är fördelad på många händer

AR-insatser finansieras i huvudsak av försäkringskassorna, arbetsgivarna arbetsförmedlingarna och sjukvården. Härutöver finansierar försäkringsbolag och arbetsmarknadens parter viss rehabilitering. Bl.a. har Svenskt Näringsliv och Landsorganisationen (LO) genom fyra beslut under perioden september 2000 – december 2002 ur AGS-fonden avsatt sammanlagt 100 mkr för aktiva rehabiliteringsåtgärder. För anställda kan fonden täcka 50 % av rehabiliteringskostnaden och för arbetslösa 75 % av rehabiliteringskostnaden. Ansökan om medel från fonden för avtalsgruppsjukförsäkring (AGS-fonden) skall lämnas till AFA-sjukförsäkring. En förutsättning för bidrag ur fonden är att det finns en av FK godkänd rehabiliteringsplan.

Försäkringskassorna

Under år 2002 köpte FK följande AR-tjänster:

	<i>Antal köpta tjänster</i>	<i>Belopp (mkr)</i>
FMU	3 590	152
ARU	7 422	159
Aktiva åtgärder	6 590	253
Summa	17 964	565

Om man inte skulle räkna FMU som en AR-tjänst uppgår FK:s köp av AR till endast ca 400 mkr.

FK:s förvaltningsutgifter för "Åtgärder mot ohälsa" uppgick år 2002 till 1.012 mkr. Förvaltningsutgifterna för "Utbetalning m.m. av ersättning vid arbetsförmåga" uppgick till 3 060 mkr. Det framgår inte av RFV:s och FK:s årsredovisning hur stor del av dessa förvaltningsutgifter som avser FK:s arbete med att välja ut vilka personer som skall få AR-insatser och att administrera köpen av AR-tjänster. Inom RRV pågår för närvarande en granskning av försäkringskassornas samordning av rehabiliteringsverksamheten där bl.a. kostnader för och resultat av denna verksamhet kommer att studeras.

Arbetsgivarna

Arbetsgivarna har ett förstahandsansvar för rehabiliteringen och många arbetsgivare gör med hjälp av egen personal, företagsläkare, AR-konsulter eller andra experter, som man anlitar, AR-insatser för att få tillbaka sjukskriven personal i arbete. Det finns dock inte någon statistik över företagens och förvaltningens AR-kostnader och inte heller över vilka tjänster som arbetsgivarna köper från externa producenter

I AGRA-utredningens betänkande *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104) redovisas en beräkning av arbetsgivarnas AR-kostnader. Beräkningen, som baseras på material från Försäkringskassan i Kronobergs län, visade att arbetsgivarna *totalt* satsar ca 4 300 mkr per år på AR. I detta belopp ingår även insatser som företagen gör i egen regi, men inte förebyggande åtgärder. Underlaget för AGRA-utredningens kostnadsuppskattning är dock litet och kalkylen därför mycket osäker. Flera remissinstanser ansåg att arbetsgivarnas satsningar på AR uppgår till betydligt lägre belopp än som redovisades i AGRA-utredningen.

I en enkätundersökning 1997, som Statskontoret gjorde och som riktades till 25 AR-producenter, konstaterade Statskontoret att FK:s andel av den totala omsättningen var 50-70 %. Statskontorets undersökning (rapport 1997:27) tyder således på att arbetsgivarnas köp av AR-tjänster är mindre än FK:s köp.

Statskontoret har även genomfört en undersökning av företagshälsovården. I rapporten *Utnyttja företagshälsovården bättre* (rapport 2001:29) konstateras

att företag och förvaltning framför allt köper rehabiliteringstjänster från företagshälsovården. Det finns idag ca 670 externa eller inbyggda företagshälsovårdscentra. Ett stort antal är samlade i fem block: Previa, Feelgood, Kvalita, Länshälsan och den s.k. 11-gruppen. Branschen har 5100 anställda varav 56 % är medicinsk personal (läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster), 22 % är beteendevetare, tekniker och friskvårdare och 22 % är administrativ personal (inklusive ledning).

Enligt Statskontorets undersökning omsatte företagshälsovården år 2001 totalt ca 3000 mkr. Av omsättningen utgjorde 20 % eller 600 mkr rehabilitering. I Statskontorets undersökning skiljer man inte mellan medicinsk rehabilitering och AR. Enligt vad vi erfarit från Svensk Företagshälsovårdsförening är uppskattningsvis ungefär hälften av rehabiliteringstjänsterna olika former av AR, dvs. ca 300 mkr. I detta belopp ingår även FK:s köp av AR-tjänster från företagshälsovården. Det är dock få företagshälsovårdscentra som har ramavtal med FK och sammantaget köpte FK bara AR-tjänster från dessa centra för drygt 10 mkr i ersättning för de AR-tjänster som FK beställer. Således uppgår arbetsgivarnas köp av AR-tjänster till något mindre än 300 mkr

Vi har samlat in uppgifter om hur mycket AR-tjänster som FK och arbetsgivare köper från de största producenterna. Med ledning av dessa uppgifter uppskattar vi att arbetsgivarnas *externa* köp av AR-tjänster uppgår till i 500-600 mkr och att de således är av ungefär samma storlek som FK:s köp av AR-tjänster.

Arbetsförmedlingarna

AMS har i en rapport till regeringen om *Service och resurser inom arbetslivsinriktad rehabilitering; redovisning augusti 2002 av uppdrag enligt regleringsbrev för budgetåret 2002* angivit att de samlade personalresurserna inom AF för arbetslivsinriktad rehabilitering var ca 1640 årsarbetskrafter, exkl. administrativ personal. En tredjedel av denna personal eller ca 540 årsarbetskrafter var specialister inom AR, dvs. arbetskonsulenter med specialuppgifter, arbetspsykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, syn- och hörselpedagoger, audionomer, sjuksköterskor och dövkonsulenter. Av AMV:s förvaltningsanslag budgetåret 2002 beräknas ca 850 mkr tas i anspråk enbart för att täcka lönekostnaden för den personal som direkt arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering.

De bör observeras att de AR-kostnader, som AMS redovisar i ovan nämnda rapport, till stor del omfattar insatser för gruppen arbetshandikappade och andra personer med svårigheter på arbetsmarknaden, som inte är sjukskrivna. AF registrerar inte i sina system om en person, som får arbetsmarknadspolitiska insatser, är sjukskriven.

Sjukvårdshuvudmännen

Landstingens hälso- och sjukvård har ansvaret för den medicinska rehabiliteringen. Både på sjukhusen och inom primärvården utförs olika former av rehabilitering. Särskilda medicinska rehabiliteringskliniker finns på ett 20-tal platser. Ett 10-tal kliniker har ramavtal med FK och deras köp ingår då i FK:s köp av AR-tjänster (se ovan). Sjukvårdshuvudmännen bedriver även vid dessa kliniker AR-verksamhet som finansieras av landstinget.

I rapporten *Vilka ekonomiska insatser görs för rehabilitering av personer i yrkesverksam ålder?* (RFV redovisar 1999:5) redovisar RFV en uppskattning av kostnaderna för sjukvårdens rehabiliteringsinsatser budgetåret 1991/92 och 1992/93. I 1997 års priser uppgick sjukvårdens kostnader till ca 3 200 mkr, varav ca 500 mkr var s.k. Dagmar-medel. Huvuddelen av de ordinarie medlen och en stor del av Dagmar-medlen avser dock medicinsk rehabilitering. Sjukvårdens satsning på AR torde vara ganska liten. De särskilda Dagmar-medlen har nu upphört.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att kunskaperna om vilka resurser som satsas på AR är bristfälliga. Det beror på att begreppet AR är oklart definierat och att ansvaret för finansieringen är delat på många händer. Ingen myndighet eller departement har sett det som sin uppgift att samlat följa upp vilka AR-insatser som genomförs och vad de kostar.

Kunskaperna om effekten av arbetslivsinriktad rehabilitering är ofullständiga

Socialförsäkringsadministrationens uppföljning är bristfällig

Trots att kostnaderna för långtidssjukskrivningar och förtidspensioner uppgår till över 100 miljarder kronor per år och AR har betraktats som ett viktigt inslag i åtgärder för att lösa ohälsoproblemet har statsmakterna satsat relativt begränsade resurser på såväl genomförande av AR-åtgärder som på utvärdering av åtgärdernas effekter.

I utredningen *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) konstaterar Gerhard Larsson att det finns stora brister i uppföljningen och utvärderingen av 1991 års rehabiliteringsreform. Informationen om de enskilda personer som har fått rehabilitering genom köp av FK registreras och analyseras inte på ett systematiskt sätt. Data om de stöd till AR-insatser vid företag, som Arbetslivsfonden lämnade under första hälften av 1990-talet, samlades inte heller in och sammanställdes på ett sådant sätt att det ur forsknings- och utvärderingssynpunkt blev möjligt att dra några slutsatser om rehabiliteringsreformens effekter. Gerhard Larsson förslög därför att forskning inom området rehabilitering till arbete borde prioriteras och att en fristående metod- och utvärderingsenhet borde inrättas.

Någon sådan enhet har inte inrättats. RFV har inte heller under 2000-talet gjort någon mer omfattande kartläggning och analys kostnader och effekter av rehabiliteringsreformen. På initiativ från RFV har visserligen FK byggt upp ett register över samordnad rehabilitering, det s.k. SAR-registret. I SAR-registret är för närvarande cirka 44 000 personer registrerade. Målet för FK är att minst 65 % av personer som är föremål för samordnad rehabilitering ett halvår efter avslutad rehabiliteringsinsats skall ha en förbättrad arbetsförmåga. RRV har i rapporten *Samordnad rehabilitering* (RRV 2000:6) påpekat att kvaliteten i SAR-registret är bristfällig. Av SAR-registret framgår inte hur mycket arbetsförmågan har förbättrats. Någon analys görs inte heller av vilka rehabiliteringsinsatser som gjorts och om dessa insatser är förklaringen till den förbättrade arbetsförmågan. Som framgår av RFV:s rapport *Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna* (RFV Anser 1998:4) avser kassornas samordningsinsatser vanligen arbetsträning på den tidigare arbetsplatsen och i dessa fall är det naturligt att insatserna ger bra resultat.

Trots att FK har köpt AR-tjänster i över tolv år, har inte något gemensamt system utvecklats för att följa upp och utvärdera effekterna av insatserna. Vissa enskilda kassor har dock byggt upp egna system för uppföljning. Det gäller bl.a. Försäkringskassan Östergötland, som mäter vilken arbetsförmåga (ingen, 25 %, 50%, 75% eller 100%) som de försäkrade har tre månader efter att en AR-åtgärd avslutats. Enligt kassans årsredovisning för år 2002 visar uppföljningen att de sjukskrivnas arbetsförmåga i *genomsnitt* ökat med 14 % under 2002. Uppföljningen avser dock bara utbetalningar från socialförsäkringen, i de fall klienten är sjukskriven på hel eller deltid och ger inte information om hur många sjukskrivna som kommit åter i arbete. Resultatet 14 % kan förefalla dåligt jämför med resultatet (drygt 65 %) av samordnad rehabilitering enligt SAR-registret. Observeras bör dock att Östgötakassan i sitt genomsnittsmått tar hänsyn till att inte alla återgår i arbete på heltid och att ca 60 % av FK:s köp av AR-tjänster avser FMU och ARU, dvs. utredningar som i sig inte ger någon ökad arbetsförmåga. För Försäkringskassan Östergötlands köp av åtgärden arbetsträning ökade den *genomsnittliga* arbetsförmågan med ca 20 % och för köp av utbildningsinsatser med ca 50 %. I FK:s köp ingår dock sällan köp av arbetsträning på den sjukskrivnes gamla arbetsplats, vilket gör att resultatet inte kan jämföras med resultatet av samordnad rehabilitering enligt SAR-registret.

Sammanställningar av studier om effekter av rehabilitering

Vid flera FK och vid en rad forskningsinstitutioner har studier gjorts av effekterna av kassornas köp av AR-tjänster. Det finns ett stort antal svenska och utländska studier av om rehabiliteringens resultat och effekter. I det följande redovisas två svenska och en finsk sammanställning av studier om effekterna av AR.

I samband med det regeringsuppdrag, som Statskontoret fick våren 1997, gjordes en sammanställning av ett 20-tal svenska studier. I rapporten *Perspektiv på rehabilitering* (publ. 1997:27) angav Statskontoret att man vet

mycket lite om effekterna av AR. Statskontoret ansåg sig inte då kunna dra några djupgående slutsatser om de rehabiliteringssatsningar, som gjorts under åren 1991-1997. Samma slutsats redovisade Statskontoret fem år senare i rapporten *Ett effektivare rehabiliteringsarbete – om försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster*, som publicerades som en bilaga till Jan Rydhs utredning (SOU 2002:5, bilaga 2:10). Denna senare rapport byggde i allt väsentligt på 1997 års utredning och den innehöll ingen ny empiri.

I betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) redovisade Gerhard Larsson en sammanställning av olika studier om rehabiliteringens effekter. Han konstaterades att traditionella vetenskapliga metoder är svåra att tillämpa på den komplicerade process som samordnad rehabilitering utgör, men att flera utvärderingar ger stöd för slutsatsen att rehabilitering ger positiva effekter. Utredningens makroekonomiska studie visade att det är samhälls-ekonomiskt lönsamt med fördjupad rehabilitering. Enligt studien kan en satsad krona på AR-åtgärder ge nio åter. Detta resultat är dock omdiskuterat, eftersom beräkningarna i bygger på ett fåtal undersökningar och vissa av dessa inte var publicerade då betänkandet offentliggjordes. Enligt studien räcker det dock med att var femte rehabiliterad person ökar sin arbetsförmåga med 15 % för att det från ekonomisk utgångspunkt är motiverat att satsa på AR. Gerhard Larssons bedömning var att AR-åtgärder är mycket effektiva och att det råder en obalans mellan passiv utbetalning av sjukpenning och förtidspensioner (omkring ett hundra miljarder kr per år) och aktiva åtgärder (omkring en kvarts miljard kronor per år) att få folk åter i arbete. Han konstaterade att även om det finns sådant i arbetslivet som behöver åtgärdas, t.ex. mindre goda miljöer, enformighet och stress, så har arbetet en läkande kraft. Det goda arbetet och arbetslivet kan ge egen försörjning, social gemenskap, personlig utveckling, utmaningar, personlig tillfredsställelse, ökat självförtroende samt en självbild och identitet. Gerhard Larssons slutsats var det avlönade arbetet inte bara är en förutsättning för ekonomisk tillväxt och fortsatt välfärd, utan att arbetet ger individer i arbetsför ålder välbefinnande och bättre hälsa.

I **Finland** utarbetades i samband med beredningen regeringens rehabiliteringsredogörelse till riksdagen den 6 mars 2002 dels en rapport om effekterna av rehabilitering, dels en rapport om rehabiliteringens kostnader och klienter. De båda rapporterna har getts ut av Social- och hälsovårdsministeriet i publikationen *Kutoutuksen kustannuksist ja vaikuttavuudesata* (Rehabilitering - Kostnader och verkan. Bakgrundsmaterial till statsrådets rehabiliteringsredogörelse, publ. 2002:5).

Den *första* rapporten *Arvio eräiden kuntoutusmuotojen waitkuttavuudesta*, har utarbetats av professor Pekka Rissanen vid Universitetet i Tammerfors och specialforskare Anna-Maria Aalto vid Forsknings- och utvecklingscentrumet för social- och hälsovårdsforskning (Sakes). Den är ett sammandrag av en forskningsöversikt, som gjorts av en grupp sakkunniga på uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet. Forskningsöversikten har i sin helhet getts ut under titeln *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen waitkuttavuudesta* (Stakes rapport 367, Helsingfors 2002). I rapporten anges sammanfattningsvis att **det finns vetenskapliga**

bevis på rehabiliteringens verkningsfullhet inom olika sjukdoms- och problemgrupper. Enligt översikten gällde de starkaste bevisen på rehabiliteringens positiva verkningar dem som led av utdragna smärtor i ländryggen, akut rehabilitering av strokepatienter och sjukhusrehabilitering av äldre som förlorat sin funktionsförmåga på grund av sjukdom eller olyckshändelse.

Den *andra* rapporten, *Kutoutuksen kustannukset ja kuntoutuja 1997-2000*, som har utarbetats av överinspektör Anne Raisinna vid Social- och hälsovårdsministeriet, är en beräkning av kostnaderna för rehabilitering och en redovisning av vilka klienter som fått yrkesinriktad, medicinsk och social rehabilitering under perioden 1997-2000. Enligt rapporten uppgick den totala kostnaden för rehabiliteringstjänster och utkomstskydd (ersättning) under rehabiliteringen till drygt 1,2 miljarder EURO år 2000. Under den granskade perioden var den reella utgiftsökningen nio procent. Personer med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen var den största sjukdomsgruppen.

RFV har i publikationen *Vilka ekonomiska insatser görs för rehabilitering av personer i yrkesverksam ålder?* (RFV redovisar 1999:5) redovisat en uppskattning av den totala kostnaden för rehabilitering budgetåret 1992/93 uppräknat i 1999 år priser. Enligt RFV:s beräkning var totalkostnaden omkring 7,5 miljarder kronor. Även om det inte är exakt samma utgiftsposter, som tagits med i dens svenska respektive finska kostandsuppskattningen och de svenska uppgifterna är äldre och mer osäkra än de finska, indikerar jämförelsen att totalkostanden i Sverige är lägre än i Finland, trots att befolkningen i Sverige är ungefär dubbelt så stor som i Finland.

En förklaring till att man i Finland satsar betydligt mer pengar per capita såväl på arbetslivsinriktad som på medicinsk och social rehabilitering, är att man i Finland efter andra världskriget hade många krigsinvalidier och att man då byggde upp en effektiv rehabiliteringsorganisation. Denna organisation har därefter bibehållits och utvecklats. Förr handlade det främst om medicinsk rehabilitering. Idag handlar det i Finland, liksom i Sverige, främst om långtidssjukskrivna med symtomdiagnoser, t.ex. värk i rygg och leder och utmattningssyndrom. Rehabiliteringsmetoderna har anpassats till de nya typerna av sjukskrivning.

I Finland har man vid olika tillfällen haft en debatt om det verkligen är lönsamt att satsa på rehabilitering. För vissa diagnoser saknar man alltså klara belegg för att rehabiliteringsåtgärderna är verkningsfulla. Det råder dock stor politisk enighet om att stödet till rehabiliteringen bör bibehållas. Av statsrådets rehabiliteringsredogörelse mars 2002 framgår att man vid den pågående översynen av arbetspensionslagstiftningen kommer att betona den arbetslivsinriktade rehabiliteringens betydelse och att man år 2004 avser att skärpa lagstiftningen för att bl.a. minska antalet förtidspensionärer och få tillbaka redan förtidspensionerade i arbete igen. Målet är att höja den genomsnittliga pensionsåldern, som idag är omkring 59 år, med 2-3 år.

I rehabiliteringsredogörelsen anges att en framgångsrik rehabilitering ofta har följande gemensamma drag:

- Rehabilitering som baseras på samarbete mellan olika yrkesgrupper är en effektiv verksamhetsmodell i fråga om flera sjukdoms- och problemgrupper.
- Rehabiliteringen har störst effekt då rehabiliteringen kombineras med åtgärder i den närmaste omgivningen och i fråga om personer i arbetslivet i arbetsgemenskapen.
- Rehabiliteringens effekter stärks av noggrann allokering och ett tidigt inledande.

I den finska socialförsäkringsministerns rehabiliteringsredogörelse anges även att man avser att bygga upp ett servicenätverk för rehabilitering till arbete samt att man skall utnyttja tillgängliga datasystem för en systematisk uppföljning av effekterna AR-producenternas insatser. Ett program för utvecklande av forskningen kring rehabilitering kommer också att tas fram. Programmet skall koordineras av Delegationen för rehabiliteringsärenden.

Förslag om att inrätta ett utvärderingsinstitut i Sverige

I betänkandet *Att samla och sprida kunskap om skadlig inverkan och framgångsrik rehabilitering* (SOU 2003:1) konstateras att kunskaperna om effekten av de metoder som används inom AR är ofullständiga samt att antalet rehabiliteringsaktörer är stort och svårt att överblicka. Även om visst utvärderingsarbete och forskning idag sker, är antalet vetenskapligt utförda utvärderingar av rehabiliteringsmetoder litet i Sverige. I betänkandet föreslås därför att ett nytt organ kallat KARM inrättas med uppgift att ta fram kunskapsöversikter och sprida information om forskningen. Kunskapsöversikterna avses att fungera som informationskälla och beslutsstöd för FK och övriga rehabiliteringsaktörer. En första uppgift för KARM föreslås bli att utforma en allmän vägledning om hur man lägger upp och genomför rehabiliteringsprojekt samt hur man därefter utvärderar det resultat man uppnått.

Utredningen om analys av hälsa och arbete har i betänkandet *AHA – Utredningsinstitut och mötesplats* (SOU 2003:13) föreslagit att det inrättas ett självständigt utredningsinstitut med uppgift att utföra vetenskapligt baserade utredningar samt att sammanfatta forsknings- och utvärderingsresultat och annan kunskap på ett för politiker relevant sätt. Utredningen föreslår även att det byggs upp en myndighetsövergripande databas om arbete och hälsa.

De flesta undersökningar visar att rehabilitering har en klart positiv effekt

Vi konstaterar att de tre sammanställningar av studier om AR-åtgärders effekter, som vi redovisat ovan, inte ger någon entydig bild. Statskontorets bedömning år 1997 och 2002 att man inte kan dra några djupgående slutsatser om åtgärdernas effekter baseras dock i allt väsentligt på kunskapsläget år 1997. Den sammanställning av studier, som då gjordes, omfattade bara svenska studier. Statskontorets rapport *Perspektiv på rehabilitering* (publ. 1997:27) gjordes också i ett läge då sjukskrivningarna under en följd av år hade minskat samtidigt som en sanering av statsfinanserna hade hög politisk

prioritet. Intresset för rehabiliteringsfrågorna var 1997 inte lika stort som idag och det fanns då betydligt färre studier om rehabiliteringens effekter.

Vi har översiktligt gått igenom alla svenska undersökningar om effekterna av AR, som man kan få fram från RFV:s och AMV:s databaser samt genom sökningar på Internet. De flesta undersökningar visar att AR-åtgärder har en klart positiv effekt. I några undersökningar har man även gjort beräkningar som visar att åtgärderna varit samhällsekonomiskt lönsamma. Vi konstaterar dock att det i många av undersökningarna är oklart hur de personer som fått rehabilitering valts ut och om man tagit hänsyn till att en del av de sjukskrivna skulle ha tillfrisknat även utan att en AR-åtgärd hade sats in. Det betyder att man kan ha överskattat effekten av åtgärden. Vanligen har dock klienterna varit sjukskrivna så länge och resultatet varit så tydligt att man kan dra slutsatser, trots att det inte funnits någon kontrollgrupp att jämföra med. Om klienterna i dessa fall hade fått en rehabilitering tidigare, hade resultatet sannolikt blivit än mer positivt.

Vi konstaterar också att ett stort antal undersökningar visar att utbildning ger bäst effekt, medan utredningar ger sämst effekt. Detta kan dock förklaras av att utredningar ofta ingår som ett första moment i rehabiliteringsprocessen och görs i ett läge då klienten verkligen är sjuk. Utbildning ges när klienten har kommit längre i rehabiliteringsprocessen och är så frisk att han eller hon kan delta i t.ex. en yrkesutbildning. Undersökningarna har vanligen bara avsett enskilda köp av vissa AR-tjänster, och inte en analys av hela rehabiliteringsprocessen. Om den enskilda AR-åtgärd, som studerats, skulle ha ingått i en sammanhängande rehabiliteringsprocess, hade resultatet sannolikt blivit än mer positivt.

Vidare konstaterar vi att man i många undersökningar, liksom i Statskontorets sammanställning av studier 1997, inte skiljer mellan FMU, ARU och aktiva åtgärder. En FMU utnyttjas ofta som underlag för förtidspensionering och har självfallet en negativ effekt på sysselsättningen. En ARU ger i sig normalt inte heller någon positiv effekt. Om man undersöker effekterna av alla AR-köp i en klump, dvs. både utredningar och aktiva åtgärder; och således inte tar hänsyn till vilket syfte köpen har, påverkar detta resultatet i negativ riktning. En allt större andel av FK:s medel för köp av AR-tjänster har nämligen används för FMU och ARU (60 % år 2002). Att man av tradition även räknar FMU, som en AR-tjänst, kan vara förklaringen till att det skapats en myt om att aktiva AR-åtgärder har dålig effekt. Till mytbildningen kan även ha bidragit att AMV har de största resurserna för AR och att effekterna av AF Rehabiliterings insatser för arbetshandikappade och andra med särskild behov har en betydligt sämre effekt, än de AR-åtgärder som arbetsgivare och FK finansierar och som upphandlas i konkurrens.

Vår sammanfattande bedömning är att den positiva bild av AR-åtgärders effekt, som ges Gerhard Larssons utredning och framför allt i den ovan refererade finska rapporten, är mer rättvisande, än den som ges i Statskontorets rapporter. Den finska rapporten är betydligt grundligare gjord och den har skett under medverkan av rehabiliteringsexperter, som noggrant har analyse-

rat all relevant inhemsk och utländsk forskning inom olika rehabiliteringsområden.

Även om kunskaperna om olika AR-åtgärders effekt är ofullständiga och hela rehabiliteringskedjan sällan har analyserats anser vi att det finns en hel del kunskaper om resultat och effekter av olika typer av AR-åtgärder, som man bör kunna utnyttja i det praktiska rehabiliteringsarbetet. Det är angeläget att de kunskaper som faktiskt finns om effektiva metoder och arbetssätt sprids till AR-producenterna, arbetsgivare, FK och AF.

I nästa kapitel kommer vi att i beskrivningen av ALT:s verksamhet visa att AR-åtgärder, som arbetsgivaren tagit initiativ till, har varit mera framgångsrika än de åtgärder som FK köper. Det finns dock idag få undersökningar om effekterna av AR-åtgärder som finansierats av företag och förvaltning.

Det finns uppenbarligen ett behov av mer forskning inom AR-området, inte minst studier av kostnader och effekter för åtgärder som arbetsgivarna genomför. För att främja FoU inom AR-området och för att sprida erfarenheter om effektiva metoder, kan det därför finnas behov av att inrättas ett fristående institut, med de uppgifter som föreslagit i de ovan nämnda två utredningarna (SOU 2003:1 och SOU 2003:13).

Vissa AR-producenter har egna uppföljningssystem. I nästa kapitel kommer vi att redovisa resultat från de statliga producenternas uppföljningar. I ett senare kapitel kommer vi även att redovisa resultat från ett antal nya studier, som vi har granskat, samt vår bedömning av effekterna av FK:s köp av AR-tjänster. Även om våra kunskaper om rehabiliteringens effekter ännu är ofullständiga, anser vi att tillgängliga resultat från forskningen i Sverige och utomlands samt de uppföljningar, som vissa försäkringskassor och vissa AR-producenter löpande gör, redan idag kan utnyttjas som en grund för informationsgivning och som underlag för beslut om satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering.

Statliga producenter av rehabiliteringstjänster

Det finns många statliga producenter

Staten är genom FK och de statliga myndigheterna en stor beställare av AR-tjänster. Samtidigt är staten genom ALT, Resurs och FMC en utförare av AR-tjänster. Som nämnts utför även AF rehabiliteringsåtgärder genom främst AF Rehabilitering.

Även FK har vissa uppgifter som berör utförarrollen. De utredningar som FK utför i ett sjukskrivningsärende eller samordningsärende kan antingen göras i egen regi eller upphandlas. Om det i en utredning, som FK gör i egen regi, förekommer omfattande kontakter och samtal med den sjukskrivne, kan FK:s utredningar likna de som AR-producenterna utför. Det finns inga begränsningar i hur omfattande åtgärder som FK får vidta i egen regi inom ramen för sitt uppdrag, men enligt AFL får FK inte utföra aktiva AR-insatser. Även om således FK utför rehabiliteringsutredningar, betraktar vi i denna granskning inte FK som en AR-producent.

Under genomförandet av vår granskning har framkommit att även Lernia AB erbjuder AR-tjänster. Lernia (f.d. AMU AB) är ett helägt statligt bolag med verksamhet inom arbetsmarknadsutbildningen. Lernia har haft ett dotterbolag kallat Lernia Hardar, med verksamhet inriktad på gruppen funktionshindrade. För denna grupp bedrev dotterbolaget även AR-tjänster för bl.a. AF och FK. Lernia Hardar såldes våren 2003 till Enter AB, som erbjuder liknande tjänster till personer med funktionshinder. Iris-koncernen är huvudägare till Enter AB, men Samhall AB äger nio procent av aktierna i Enter AB.

Lernia AB har kvar den AR-verksamhet som riktar sig till gruppen sjukskrivna utan arbetshandikapp. För denna grupp erbjuder bolaget olika former av utbildning. Lernia har ramavtal med samtliga FK inom utbildningsområdet och avtal om ARU med tre FK. Lernia planerar att bredda utbudet av tjänster inom AR-området och då rikta sig till både FK och arbetsgivare. I Skåne har nyligen personal rekryterats för att kunna arbeta med alla delar i rehabiliteringskedjan, dvs. utredning, motivationshöjande insatser, arbets träning och utbildning. Redan idag är Lernia en av de tio störst AR-producenterna i landet. FK köpte AR-tjänster från Lernia (exklusive Lernia Hardar) för ca 15 mkr år 2002. Vår granskning har dock inte omfattat Lernia.

Institutet för psykosocial medicin (IPM) vid Karolinska Institutet har i projektform bedrivit en stressmottagning för patienter med utmattningssyndrom. AR-verksamheten vid stressmottagningen har en nära koppling till IPM:s forskningsverksamhet, som finansieras med ett statsanslag. Stressmottagningen är dock idag helt uppdragsfinansierad. AR-verksamheten bedrivs sedan drygt ett år tillbaka i stiftelseform, med enskild person som stif-

tare. Stiftelsen Stressmottagningen, som omsatte ca sex mkr år 2002, är således inte längre en statlig AR-producent

I det följande beskrivs verksamheten vid ALT, Resurs och FM. De har tillsammans drygt en tredjedel av FK:s köp av AR-tjänster. Vidare beskriv den anslagsfinansierade AR-verksamheten vid AMV (AF Rehabilitering). Om AMV:s insatser för arbetshandikappade inkluderas är AF Rehabilitering den i särklass största AR-producenten i Sverige.

Arbetslivstjänster

Historik

I samband med genomförandet av 1991 års rehabiliteringsreform byggdes Arbetslivstjänster (ALT) i början av 1990-talet upp vid samtliga länsarbetsnämnder. ALT utformades som en parallellorganisation till AMI och både personal och arbetsmetoder hämtades till stor del från AMI:s verksamhet med rehabilitering av arbetshandikappade.

Då ALT bildades fanns det utöver AMI nästa inga resurser för AR. ALT blev därför den största producenten av AR-tjänster. I propositionen om aktiva rehabiliteringsåtgärder (1989/90:62) angavs att företag och förvaltning borde få möjlighet att dra nytta av de kunskaper och erfarenheter av yrkesinriktad rehabilitering som fanns inom AMV. Hur tjänsterna skulle upphandlas berördes dock inte i propositionen, utan det framhölls bara att den nya verksamheten inte fick inkräkta på AMV:s insatser för arbetshandikappade vid AMI. Då förslaget om att bilda ALT väcktes bedrevs AMV övriga verksamhet, inklusive arbetsmarknadsutbildningen, huvudsakligen i egen regi. Enligt vad vi funnit fanns det dock inga konkurrenspolitiska eller andra principiella skäl för att statsmakterna valde en annan finansieringsform för ALT och att verksamheten blev konkurrensutsatt. Att ALT blev avgiftsfinansierat var en konsekvens av att man ville slå vakt om AMI:s verksamhet för arbetshandikappade och att man ville finansiera ALT med medel från socialförsäkringen.

Budgetåret 1992/93 hade ALT en omsättning på 139 mkr. Verksamheten växte till 217 mkr 1995/96 och det året hade ALT 307 personer anställda. ALT hade ingen större konkurrens under de första åren och kunde teckna volymavtal med ett stort antal FK. Verksamheten gick under första hälften av 1990-talet med överskott. Det ackumulerade överskottet kom att uppgå till 14 % av omsättningen. Regeringen beslöt att en del av överskottet skulle betalas in till statskassan.

Den 1 januari 1994 trädde lagen om offentlig upphandling (LOU) i kraft. När de avtal löpte ut, som FK tecknat med ALT, medförde LOU att FK måste upphandla AR-tjänsterna i konkurrens. Den 1 juli 1995 upphörde även Arbetslivsfonden och arbetsgivarna kunde därmed inte längre få stöd för köp av AR-tjänster. Den hårdare konkurrensen och ett totalt sett minskat statligt stöd fick konsekvenser både för ALT:s omsättning och lönsamhet.

Under åren 1997-2001 föll omsättningen till drygt 150 mkr om året och verksamheten gick under alla dessa år med förlust.

Utredningar om ALT

På uppdrag av AMS utredde konsultföretaget Bohlin&Stömberg år 1995 ALT:s verksamhet. I utredningen analyserades två utvecklingsalternativ för ALT. I det första alternativet var ALT:s mål baserat på AMV:s arbetsmarknadspolitiska uppdrag. Detta alternativ angavs komma att leda till en integration med AMV:s övriga verksamhet samt till en anslagsfinansiering av ALT och att ALT blev en ”division” inom AMV. Det andra alternativet baserades på rehabiliteringsreformens mål och med ansvaret förlagt till företag och FK. Detta alternativ angavs komma att leda till en separation från AMV, en fortsatt avgiftsfinansiering och en bolagisering av ALT. Konsulterna tog inte ställning till vilket alternativ som borde väljas, men de ansåg att den dittillsvarande lösa samordningen av ALT:s verksamhet inom länsarbetsnämnderna inte borde bibehållas. Rapporten ledde inte till några större förändringar inom ALT.

År 2000 genomförde AMS en intern utredning av ALT verksamhet. I rapporten *Arbetslivstjänster* (AMS dnr 4122-00) konstaterades att kopplingen mellan AMV:s anslagsfinansierade verksamhet och ALT var svag samt att ALT:s verksamhet, trots att man erbjudit tjänster utanför det egentliga AR-uppdraget, inte bar sig ekonomiskt. Vidare konstaterades att ALT:s verksamhet inte utvecklat sig i takt med marknaden och att personal lämnat ALT.

På uppdrag av AMS genomförde konsultföretaget InterPares Management våren 2001 en ny utredning om ALT:s framtida verksamhet. I rapporten *Arbetslivstjänsters långsiktiga utveckling* (maj 2001) presenteras två utvecklingslinjer. I det första alternativet skulle ALT vara kvar inom AMS, men få en tydligare markering av sin självständighet genom att ALT föreslogs bli en division/egen myndighet inom AMV. Detta skulle ge ALT möjlighet att skapa en egen profil och egna stödsystem samt leda till att ALT skulle kunna få en egen styrelse och enhetschef som rapporterar direkt till generaldirektören för AMS.

I det andra alternativet förutsattes att ALT:s verksamhet på sikt skulle förläggas utanför AMS och då ombildas till ett aktiebolag.. Alternativet att ALT härvid skulle bli ett eget statligt helägt bolag avfärdas på grund av verksamhetens begränsade omfattning. En försäljning till något existerande företag, t.ex. en konstellation inom företagshälsovården ansåg konsulterna vara mer naturlig.

AMS har i en skrivelse till regeringen i juni 2001 föreslagit att AMS kvarstår som huvudman för ALT och att ALT ombildas till en riksorganisation. Skrivelsen ledde till att AMS fick tillstånd att inordna ALT i AMS-organisationen. Bildandet av Riksorganisationen ALT påbörjades redan våren 2001.

Vad gäller frågan om huvudmannaskap för ALT angav regeringen i budgetpropositionen för år 2002 att olika förslag, faktaunderlag etc. borde ställas samman till en helhet och att man borde avvakta den Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, som regeringen skulle läggas fram i december 2001. Eftersom regeringens handlingsplan skulle komma att beröra den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, ansåg regeringen att man borde avvakta med att ta ställning till ALT:s framtida organisation. En Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet lades fram under 2001, men regeringen har ännu inte tagit ställning till huvudmannaskapet för ALT.

Mål och kunder

Enligt förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten skall ALT inom områdena arbetslivsinriktad rehabilitering och personalutveckling utföra tjänster som mot avgift erbjuds myndigheter, företag och organisationer. I regleringsbrevet för år 2003 avseende AMS har regeringen inte formulerat något kvantitativt mål för ALT:s verksamhet, utan det anges endast att ALT skall medverka till att personer som står utanför arbetslivet skall kunna gå tillbaka till sitt tidigare arbete eller få ett annat arbete. I regleringsbrevet anges som återsrapporteringskrav att AMS skall redovisa antalet personer som varit föremål för rehabiliteringsinsatser via ALT och i vilken omfattning uppdrag genomförts som förebyggande insatser i form av utbildning och arbetsorganisatoriska analyser. Vidare skulle AMS återsrapportera rörelseintäkternas fördelning på kundgrupper.

ALT:s kunder är FK samt företag och organisationer med förändrings- och utvecklingsbehov. FK är ALT:s största kundgrupp. ALT har som mål att vara arbetsgivarnas och FK:s ledande leverantör och förnyare av AR-konsulttjänster.

Tjänster

ALT erbjuder kundanpassade lösningar inom fyra affärsområden:

- Arbetslivsinriktad rehabilitering
- Personal- och organisationsutveckling
- Urval
- Omställning

Affärsområdet *Arbetslivsinriktad rehabilitering* omfattar bl.a. vägledning/karriärplanering, arbetsprövning/jobbpraktik och personbedömning. Dessa tre typer av tjänster svarade för tre fjärdedelar av ALT:s totalt 4 700 uppdrag inom AR-området. AR är alltså ALT:s klart största affärsområde. Under 2002 svarade AR-uppdrag för 80 % av ALT:s intäkter.

Affärsområdet *Personal- & Organisationsutveckling* omfattar kundanpassade lösningar inom förebyggande stresshantering, "team" och ledarutveckling, organisationsanalys, konflikthantering och ledning av föränd-

ringsarbete. Företagens ökade behov av att satsa på medarbetarna, arbetsmiljön och hälsoförebyggande arbetsplats har lett till att detta affärsområde vuxit. Under 2002 svarade det för 11 % av ALT:s intäkter.

Affärsområdet *Urval* omfattar verksamhets- och behovsanalyser, kvalificerade djupintervjuer, psykologiska tester och andra former av professionellt stöd i rekryteringsprocessen. Idén är att man genom att redan från början se till att få rätt person på rätt arbete skall kunna undvika framtida problem och därmed kunna minska behovet av AR och personalutvecklingsinsatser. Urval är ALT:s minsta affärsområde. Det svarade under 2002 bara för 2% av ALT:s intäkter.

Affärsområdet *Omställning* omfattar tjänster som ”outplacement”, karriärplanering och vägledning. Till följd av konjunkturavmattningen har behovet av sådana tjänster ökat. Under år 2002 svarade detta affärsområde för 7 % av ALT:s intäkter.

Ekonomi och organisation

Under 2002 uppgick ALT:s omsättningen till drygt 180 MSEK, en ökning med 17 % mot 2001. Ekonomiskt presterade ALT ett positivt resultat på nio mkr, vilket är det bästa ekonomiska resultatet sedan mitten av 1990-talet.

ALT utgör en resultatenhet inom AMS och är från och med mars 2003 organiserad i sex regioner. Verksamheten leds av en operativ chef som rapporterar till AMS administrativa chef. För styrningen av ALT:s verksamhet finns det en styrelse med externa ledamöter, som dock formellt bara har rådgivande funktioner. Verksamheten är rikstäckande och ALT har kontor på ett 40-tal platser. I december 2002 hade ALT 242 personer anställda, varav 215 var chefer eller konsulter. Av konsulterna var ett 70-tal legitimerade psykologer.

Uppföljning

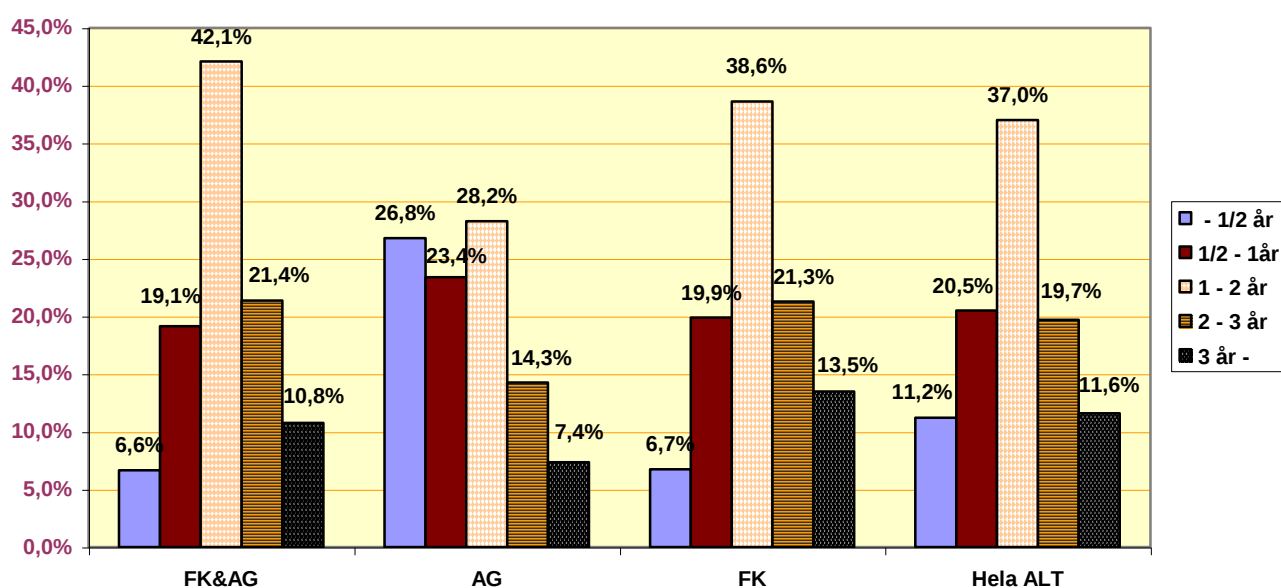
ALT:s rehabiliteringsinsatser omfattade drygt 4 700 uppdrag under år 2002. I 17 % av uppdragen har den avslutade rekommendationen varit fortsatt arbete hos samma arbetsgivare, medan 43 % har rekommenderats nytt arbete hos annan arbetsgivare. Det innebär att 60 % av uppdragen avslutades med en plan för återgång i arbete. År 2001 var motsvarande andel 59 %.

Av de 17 % uppdrag, som avslutats med en plan för fortsatt arbete hos samma arbetsgivare, har flertalet rekommenderats nya eller anpassade arbetsuppgifter. Närmare hälften av dem som rekommenderats fortsatt arbete hos en ny arbetsgivare har en planering som inkluderar yrkesutbildning.

Av de uppdrag under 2002, som inte avslutades med en plan för återgång i arbete, resulterade 18 % i en rekommendation om förtidspension eller sjukbidrag och 22 % i en rekommendation fortsatt utredning eller behandling.

ALT har på vår begäran gjort en uppdelning av resultaten med avseende på kundgrupper. Av nedanstående diagram framgår att sjukskrivningstiden är betydligt kortare för de klienter som ALT fått från arbetsgivaren (AG) än de som man fått från FK. Då företag eller förvaltning var uppdragsgivare hade 26,8 % av klienterna en sjukskrivningstid på mindre än sex månader, men när FK var uppdragsgivare hade bara 6,7 % av klienterna en så kort sjukskrivning. I de fall både FK och arbetsgivaren gemensamt finansierade uppdragen hade 6,7 % av klienterna en sjukskrivningstid som var mindre än sex månader, dvs. ungefär samma andel som då FK ensam var uppdragsgivare.

Andel sjukskrivningstider (%) fördelade på Kundgrupper



När företag eller förvaltning var uppdragsgivare resulterade ALT:s insatser i 65 % av fallen i en plan för återgång i arbete. När FK var uppdragsgivare var motsvarande andel 56 %. Att ALT uppnår bättre resultat när arbetsgivaren är beställare, beror inte på att FK köper billigare AR-tjänster eller att klienterna ha annorlunda typ av diagnoser, utan beror enligt konsulterna på att de har kortare genomsnittlig sjukskrivningstid då ALT får uppdrag från arbetsgivare.

För att följa upp hur ALT:s rekommendationer efter avslutade uppdrag, fullföljs av beställaren har ALT sedan andra halvåret 2001 använt en modell med uppföljning efter sex månader. Uppföljningen genomförs genom att ALT:s konsult kontakter respektive klient och tar reda på dennes situation. Ca 1 800 sådana uppföljningar hade genomförts till och med december 2002. Uppföljningen visar att ALT:s rekommendationen följs i 90 % av fallen och att ca 60% av ALT:s klienter, sex månader efter avslutat uppdrag, arbetar eller studerar med målsättningen att komma åter i arbete.

Framtidsplaner

Det mediala och politiska intresset för långtidssjukskrivningar, utbrändhet och stress samt den ökade insikten om behovet av ett förebyggande hälso-perspektiv i arbetslivet har sammantaget lett till att marknadsutsikterna för det kommande året är goda. ALT bedömer att samhällets och företagens behov av att minska kostnaderna för ohälsa skapar ökad efterfrågan på kvalificerade konsulttjänster inom både det förebyggande området och inom rehabiliteringsområdet.

ALT har som mål att genom en ökad affärsorientering, marknadsmässig prissättning och aktivt försäljningsarbete uppnå både tillväxt och en tillfredsställande lönsamhet. En satsning görs på att nå ut till nya kunder och marknadsplatser där ALT:s identitet inte är etablerad. För år 2003 är målsättningen att öka omsättningen med 15 % och att samtidigt generera en vinst som uppgår till minst 5 % av omsättningen.

Resurs

Historik

I regeringens proposition om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet (prop.1989/90:62) pekades AMV ut som huvudleverantör av AR-tjänster. I propositionen nämndes även Samhall som en möjlig och lämplig leverantör, eftersom Samhall hade stor erfarenhet av anpassning av arbete för funktionshindrades behov och förutsättningar.

Under 1990 påbörjade Samhall en arbetslivsinriktad rehabilitering på kommersiella villkor under namnet Rehabtjänster. Verksamheten omfattade försäljning av tillfälliga arbetsplatser för arbetsträning och konsultuppdrag. Motiven för att driva Rehabtjänster var att denna verksamhet

- är samhällsnyttig genom att långtidssjukskrivna och andra personer som är tillfälligt utanför arbetslivet efter en rehabilitering kan återgå i arbete,
- ger ett ”andra ben” som kan öka stabiliteten i Samhallkoncernens utveckling,
- är utvecklande för den egna organisationen och Samhalls personal,
- skapar goodwill för Samhall och stödjer verksamheten i fråga om övergångar från Samhall till arbete på den reguljära arbetsmarknaden samt
- ger ett visst nettobidrag till Samhalls ekonomi.

Verksamheten utvecklades snabbt. Under 1991/92 omsatte Rehabtjänster ca 19 mkr. Omsättningen ökade till ca 80 mkr år 1996, som var det år då AR-verksamheten nådde sin hittills störst omsättning. Samhall bedömde då att det skulle ske en fortsatt kraftig tillväxt av AR-marknaden och att faktureringsvolymen på sikt skulle komma att uppgå till 500-600 mkr. Resultatmässigt hade nämligen Rehabtjänster varit framgångsrikt. Trots att flertalet av klienterna hade en lång sjukskrivningsperiod bakom sig, i genomsnitt

nästan tre år, hade hälften av Rehabtjänsters klienter helt eller delvis kunnat bryta sjukskrivningen.

Till följd av bl.a. minskade köp från FK bröts tillväxten under 1996 och verksamheten kom att gå med ett visst underskott. En omorganisation av Rehabtjänster genomfördes under 1997. Försäljningen och produktionen av AR-tjänster organiserades som ett helägt dotterbolag till Samhall AB. Det officiella namnet på dotterbolaget är Samhall Resurs AB, men det kortare namnet *Resurs* har alltmer kommit att används.

Mål och kunder

Enligt bolagsordningen för Samhall AB är föremålet för moderbolagets verksamhet att bedriva meningsfull och utvecklande verksamhet för arbetshandikappade och annan därmed förenlig verksamhet. Bolaget får självt eller genom dotterbolag, utan stöd via statsbudgeten, bedriva viss arbetslivsinriktad service- och konsultverksamhet, företrädesvis avseende rehabilitering, arbetsträning och arbetsanpassning.

Resurs verksamhet riktar sig till externa kunder och Resurs har få konsultuppdrag från Samhall AB. Resurs målgrupper är chefer och anställda, långtidssjukskrivna, långtidsarbetslösa och invandrare. Syftet med konsultinsatserna är bl.a. att öka anställningsbarheten och att ge stöd till personalen vid omstruktureringar.

Resurs utför utrednings- och rehabiliteringstjänster på uppdrag av FK samt privata och offentliga arbetsgivare. Bolaget har långsiktiga samarbetsavtal med större arbetsgivare såsom Hennes&Mauritz, Posten, Vattenfall och ABB och Danzas. Resurs har även uppdrag från länsarbetsnämnderna samt samarbete med försäkringsbolaget SEB Trygg Liv och olika utbildningsföretag.

FK svarar idag för ca 60 % av Resurs intäkter. FK köper utredningar för såväl anställda som arbetslösa och rehabiliteringstjänster enbart för sjukskrivna personer som har en anställning. Företag och förvaltning kan däremot köpa alla typer av tjänster.

Tjänster

Resurs har olika typer av stödprogram och metoder. Utbudet av tjänster omfattar:

1. Förebyggande insatser
 - Utbildning i stresshantering
 - Stress- och arbetsmiljöprofilbedömningar
 - Handledning
2. Åtgärder för långtidssjukskrivna
 - Arbetspsykologisk utredning

- Arbetsplatspraktik
- Stresshanteringsprogram
- Rehabilitering till arbete
- Språngbrädan – motivationsutbildning
- Fördjupad rehabiliteringsutredning

3. Omställning – förändringsprocesser

- Karriärplanering – vägledning
- Fördjupat stöd vid omstrukturering
- Pop – personalekonomiska analyser

Resurs har utvecklat egna dataprogram, Sampop och Pop, för att kunna beräkna samhällsekonomiska och företagsekonomiska effekter av åtgärder inom rehabiliteringsområdet. Exempelvis har RFV, AMS, Socialstyrelsen och flera kommuner i samarbete med Resurs använt Sampop och visat positiva ekonomiska effekter av olika samverkansinsatser mellan kommuner, FK och socialtjänsten (Frisam).

Ekonomi och organisation

Under Resurs första verksamhetsår 1998 hade bolaget en omsättning på drygt 72 mk. Årets resultat var då en förlust med 1,5 mkr. Följande år ökade Resurs omsättning och bolaget har därefter, med undantag för år 2001, visat ett positivt resultat.

Försäljningen uppgick till 81,7 Mkr år 2002 jämfört med 78,0 mkr år 2001. Efter avdrag för uppsägningslön och återföring av reserv för avtalspensioner uppgick resultatet före bokslutsdispositioner och skatt till 9,1 mkr. Resultatet efter skatt uppgick till 6,0 mkr år 2002.

Resurs är idag rikstäckande och organiserat i sex regionala markandsområden med totalt ett 30-tal kontor i olika delar av landet. Varje marknadsområde leds av en marknadsområdeschef. Antalet anställda uppgick till 104 personer den 31 december 2002.

Den centrala ledningen för Resurs finns i Stockholm och är samlokaliserad med Samhall AB: s huvudkontor. Resurs kontor ute i landet är däremot i allmänhet inte samlokaliserade med Samhalls regionala kontor.

Resurs ledning i Stockholm består av VD med en administrativ chef, en affärs- och utvecklingschef samt del av en controllerfunktion.

Uppföljning

Resurs arbetar utifrån certifierade kvalitetsledningssystem där fokus sätts på kundens behov. Företaget är tredjepartcertifierade enl. SS-EN ISO 9001:2000. Resurs gör systematiska kund- och individuppföljningar som underlag för marknadsföring och utveckling av metoder och tjänster. Resultatet av AR-uppdragen läggs i samband med att de avslutas in i en databas, som kallas Resursdata. Här matas, efter godkännande från individen, av identifierade persondata som ålder, kön, utbildningsbakgrund, sjukskrivningstid för AR-insatsen, arbetshinder med mera in. Åtgärder och faktiskt resultat av AR-insatsen registreras också. Tolv månader efter att en insats avslutats kontakter Resurs konsulter också klienterna för att ta reda på vad som blivit resultatet av insatsen.

Under 2002 arbetade Resurs med 2014 personer och man avslutade 1275 ärenden under detta år. Ärendestatistiken visar att bland avslutade ärenden genomfördes utredning/kartläggning för 224 personer. Resultatet av denna tjänst följs inte upp.

Arbetsförmågebedömning genomfördes för 469 personer. Dessa AR-tjänster baseras på Resurs grundmetod Resursmobilisering. I tjänsten, som omfattar ca 70 konsulttimmar under nio veckors tid, kartläggs individens resurser, hinder och möjligheter och en bedömning görs av arbetsförmågan i reell miljö. Resultatet av uppföljningen visar att 49 % av de 469 personerna bedömdes ha arbetsförmåga.

För 582 (av 1257) personer var huvudinsatsen "Arbetslivsinriktad rehabilitering", "Ökad anställningsbarhet" eller "Personlig utveckling". Den genomsnittliga sjukskrivningsperioden för denna grupp personer var 95 veckor. Resultatet visar att trots detta kunde 57 % helt eller delvis bryta sin sjukskrivning, varav 27% var i arbete, 13 % i utbildning och 17 % var aktivt arbetssökande då AR-insatsen avslutades.

Av de personer som lyckats bryta sin sjukskrivning visar ettårsuppföljningen att 82% fortfarande hade arbetsförmåga tolv månader efter att AR-insatserna avslutats .

Framtidsplaner

Enligt Resurs affärsplan för 2002-2004 är målet att sälja tjänster inom området rehabilitering och personlig utveckling i enlighet med arbetslinjen. En fokusering skall göras på affärsutveckling och lönsamhet. Målet är att omsättningen skall öka med ca 10 % per år och resultatet (före finansnetto) öka till ca 10 mkr. Det är främst uppdragen från arbetsgivare som förväntas öka. FK kommer alltså att vara Resurs klart största kund, men kassornas andel av uppdragen förväntas minska.

I den nya organisationen med marknadsområdeschefer och mindre central stab efterstävades ett mer projektorienterat arbetssätt. Att utveckla personalen i affärsmannaskap och ekonomiskt medvetande har alltid varit en naturlig del av Resurs organisationskultur som ett fristående bolag och satsningar har intensifierats på det. Metod- och affärsstöd i olika former skall bidra till en mer enhetlig marknadskommunikation.

På basis av en analys av hot och möjligheter samt en analys av Resurs styrkor och svagheter har marknadsstrategier för de fyra kundgrupperna tagits fram. För att öka marknadsandelen inom kundgruppen arbetsgivare erbjuds kunderna helhetslösningar genom samarbete med aktörer som har kompletterande kompetenser. Under det samlande namnet Hälsomobilisering utvecklas förebyggande insatser och dessa integreras med rehabilitering och omställning

Försäkringsmedicinskt centrum

Historik

Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) har sitt ursprung i den utrednings- och rehabiliteringsverksamhet, som sedan 1916 bedrivits vid RFV:s sjukhus i Tranås och Nynäshamn. RFV:s sjukhus fick redan från början möjlighet att sälja tjänster externt och efterhand kom allt fler landsting att utnyttja sjukhusen. Främst gällde det patienter med astmatiska och reumatiska besvär. Under 1990-talet minskade dock antalet patienter som remitterades från landstingen och verksamheten kom nästan helt att betalas med statliga medel. RFV hade ett särskilt anslag för sjukhusverksamheten på ca 170 mkr per år. FK betalade 45 kr per dygn för de klinter de skickade till RFV:s sjukhus för utredning. Verksamheten var organiserad som ett bolag (AB Kurortsverksamhet) under RFV.

På regeringens uppdrag kartlade och analyserade RRV 1996 verksamheten vid RFV:s sjukhus. I rapporten *Riksförsäkringsverkets sjukhus* (RRV 1996:31) konstaterade verket att RFV:s sjukhus hade en otydlig verksamhetsinriktning och dålig effektivitet samt att de inte var något konkurrensneutralt alternativ för FK. RRV:s utredning ledde till att regeringen tillsatte den så kallade NYTRA-utredningen. I betänkandet *Försäkringsmedicinskt centrum – en resurs för utredning och metodutveckling* (SOU 1997:51) föreslog NYTRA-utredningen en omstrukturering av AB Kurortsverksamhet. Bolaget föreslogs få Socialdepartementet som ägare. Patienter inom medicinsk rehabilitering vid RFV:s sjukhus föreslogs i framtiden behandlas inom den allmänna sjukvården.

I propositionen *Försäkringsmedicinska utredningar m.m.* (prop.1998/99:76) tillstyrkte regeringen i huvudsak NYTRA-utredningens förslag, men vad gäller huvudmannaskapet föreslog regeringen, med hänvisning till den förvaltningspolitiska propositionen, att det föreslagna centrumet inte skulle bolagiseras. Regeringen föreslog i stället att det försäkringsmedicinska centrumet skulle bli en enhet vid någon av landets försäkringskassor. Riksdagen

godtog regeringens förslag. Regeringen fattade sedan beslut om att Försäkringskassan i Östergötland skulle bli huvudman för FMC-verksamheten.

För att avveckla RFV:s bolag och för att inrätta ett försäkringsmedicinskt centrum tillsatte regeringen 1999 dels en avvecklingsutredning, dels en organisationsutredning, som kom att kallas FMC-utredningen. Den förstnämnda utredningen leddes av RFV. FMC-utredningen leddes av direktören för Försäkringskassan i Östergötlands län.

I FMC-utredningens betänkande *Försäkringsmedicinskt centrum – utredningar i socialförsäkringens tjänst* (SOU 2000:5) angavs att verksamheten vid FMC skulle inriktas på FMU och ARU och att försäkrade med en sammansatt och svårbedömd problematik prioriteras. FMC skulle även bedriva forskning och utveckling i syfte att få fram kunskaper om långtidssjukskrivna, medicinsk praxis och försäkringsrelaterade bedömningar samt medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. FMC-utredningen redovisade även en verksamhetsplan och budget för centrumets första verksamhetsår. Utredningen konstaterade att det fanns ett behov av regionalisering av verksamheten, men att beslut om inrättande av nya regionala centra måste föregås av en noggrann analys och genomförandeplanering.

FMC-utredningens förslag godkändes av statsmakterna. Verksamheten vid FMC startade den 1 januari 2000.

Mål och kunder

FMC:s verksamhetsplanering utgår från modellen med balanserat styrkort och visionen för FMC är att:

- vara ett kunskapsföretag i socialförsäkringens tjänst som präglas av hög kompetens, kvalitet, objektivitet samt öppenhet för nya kundgrupper,
- vara marknadsledande inom FMU och ledande inom ARU samt vara en efterfrågad resurs vad gäller kunskapsförmedling,
- präglas av balans mellan krav och resurser samt en engagerad personal som känner arbetsglädje, trygghet, stolthet och självförtroende

Verksamhetsstyrningen i verksamhetsplanen bygger sedan på strategier, framgångsfaktorer och ett antal målvärden och nyckelmått inom ett antal fokusområden.

FMC:s kunder är för närvarande i huvudsak FK, men man har även uppdrag från kommuners socialtjänster. Ca 95 % av intäkterna kommer idag från FMU och här är man marknadsledande med ca en tredjedel av den totala marknaden i landet. Vid de kassor som ligger nära Tranås, Nynäshamn och Göteborg har FMC i allmänhet en mycket hög marknadsandel. Lägst marknadsandel har man i Skåne och Norra Norrland.

Tjänster

Utredningar erbjuds i följande former, nämligen

- FMU med funktionsutredning, som finns i fyra olika varianter med olika utredningsteam och längd (4-7 dagar).
- FMU utredningar, som genomförs av läkare och psykolog alternativt arbetsterapeut (två dagar).
- FMU bedömning med läkare och socionom alternativt psykolog (en dag).
- ARU (4 dagar)

Utredningarna som är teambaserade utförs enligt en väldefinierad och sedan flera år beprövad metodik.

FMC kan utöver beställningar från FK även bistå andra intressenter med kvalificerade utredningar, exempelvis arbetsgivare, företagshälsovården, kommuner och närliggande offentliga verksamheter.

FMC har hyresavtal med de nuvarande ägarna till RFV:s tidigarevarande sjukhus. Under utredningstiden erbjuder FMC ett hotelliknande boende för sina gäster med helpension.

FMC följer RFV:s kvalitetskrav (RFFS 2000:1) och har kvalitetscertifierat den försäkringsmedicinska grundutredningen genom ISO 9001. Den interna kvalitetssäkringen har som syfte att utredningarna inom FMC skall ha samma utformning och likformig slutprodukt oavsett vilket team eller enhet som genomför utredningen. Till stöd och som ett uttryck för att verksamheten är kvalitetssäkrad finns dels en allmän verksamhetshandbok, dels specifika produkthandböcker. Utredningsenheterna lyder under hälso- och sjukvårdslagstiftningen och Socialstyrelsens tillsyn. Utredningsenheterna leds av vardera en verksamhetschef som tillika är läkare. Verksamhetscheferna är sedan underställda affärsområdeschefen, som under Försäkringskassan Östergötlands styrelse och direktör leder FMC-verksamheten.

Ekonomi och organisation

FMC:s verksamhet i Tranås och Nynäshamn startade den 1 januari 2000. Ett nytt centrum bildades i Göteborg den 1 januari 2001. I februari 2003 påbörjades även verksamhet i Norrköping och Västerås i samband med ett utvecklingsprojekt som är inriktat på tidiga bedömningar.

Med utgångspunkt från organisationskommitténs för FMC:s bildande, (se SOU 2000:5) har FMC från Folkpensioneringsfonden enligt regeringens beslut erhållit ekonomiskt stöd för de tre första uppbyggnadsåren av utredningsverksamheten samt för dess forskningsdel. Det ekonomiska stödet för dessa år har uppgått till 20 Mkr, 20,1 Mkr respektive 18,5 Mkr. Av dessa belopp har för de två första åren 2 Mkr per år och för det tredje året 1,2 Mkr varit avsedda för FMC:s forskningsverksamhet.

FMC:s omsättning och resultat för de tre första verksamhetsåren framgår av nedanstående tabell.

MKR	År 2000		År 2001		År 2002	
	Omsättning	Resultat	Omsättning	Resultat	Omsättning	Resultat
Totalt	58,4	1,5	64,3	-0,5	72,0	7,7
Utredningsverks.	56,4	0,3	62,3	-1,1	70,8	7,8
Forskningen	2,0	1,2	2,0	0,6	1,2	-0,1

Resultatet avser utfallet med bortseende från pensionskostnadsförändring. Någon avsättning för kommande pensionskostnader görs inte inom landets försäkringskassor och inte heller inom FMC. Pensionskostnader budgeteras och faller ut som kostnader/utbetalningar när de uppkommer. Den ackumulerade pensionsskulden uppskattades till cirka 66,2 Mkr vid utgången av 2002. För tid före FMC:s bildande har den dåvarande ägaren RFV uttalat att avsättningar är gjorda. Denna fråga har sedan en tid varit föremål för utredning av Försäkringskassan Östergötland och FMC om på vilket sätt detta gjorts.

Som förklaringar till att FMC under uppbyggnadsperioden haft problem med att få sin verksamhet i ekonomisk balans och behövt ett särskilt statligt stöd uppger FMC att utredningarna varit för lågt prissatta samt att från tid till annan har försäkringskassornas efterfrågan starkt fluktuerat. Till följd av en nedgång av beställningarna under 2001 drogs verksamheten ned i både Tranås och Nynäshamn, vilket fick till följd att ett tiotal medarbetare sades upp. Beställningsnivåerna har under det senaste året dock varit i ökande och verksamhetsomfattningen i fråga om antalet utredningsteam har därför återställts till den tidigare nivån.

Genom utveckling av utredningsmetodik och logistik inom FMC har man under de senaste två åren kunnat förkorta utredningstiderna för de försäkrade. Detta bedömdes som nödvändigt för att FMC skulle kunna bli konkurrenskraftigt jämfört med andra producenter av FMU. Under RFV-tiden hade man ofta patienter i en månads tid, men i dag är utredningstiden sällan mer än en vecka. Detta medför dock att de kontrakterade lokalerna inte kan utnyttjas fullt ut.

År 2001 genomförde RFV en undersökning om FMC:s förutsättningar att övergå till att bli helt intäktsfinansierad, vilket var målsättningen då FMC bildades. RFV:s bedömning var då att FMC skulle ha små möjligheter att bedriva verksamheten helt avgiftsfinansierad med rådande affärsmässiga förutsättningar.

Mot denna bakgrund gav regeringen RFV i uppdrag att redovisa vilka förändringar som vidtagits respektive planeras i FMC:s verksamhet för att säkerställa att denna så snart som möjligt skulle kunna bli helt avgiftsfinansierad. Baserat på material från FMC redovisade RFV (dnr 5213/02) uppdraget i augusti 2002. RFV:s nya bedömning var att FMC skulle kunna drivas utan

bidragsfinansiering från och med 2003. Detta skulle kunna uppnås genom dels en anpassning av personalstyrkan, dels genom höjda priser på vissa tjänster. RFV föreslog även att möjligheterna till annan verksamhetsform för FMC borde utredas i syfte att ge förutsättningar att utveckla verksamheten på en konkurrensutsatt marknad.

Idag bedrivs FMC:s verksamhet av tio utredningsteam med läkare, psykolog, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetsmarknadskonsult. I Norrköping och Västerås består de utredande grupperna av läkare, psykolog och socionom. Varje team har kapacitet att göra 5-6 utredningar per vecka.

I Linköping finns en stab som består av en affärsområdeschef och en ekonomifunktion. Till affärsområdeschefen finns även knutet resurser för bl.a. produktutveckling, metodutveckling, uppföljning, utvärdering, kvalitets-samordning och marknadsföring.

Antalet anställda vid FMC uppgick i januari 2002 till 112 personer. En nyrekrytering hade då gjorts för att kalra de nya verksamheterna i Norrköping och Västers.

Uppföljning

FMC registrerar sina försäkrade med avseende på klienternas ålder, kön, yrkesgrupp, sjukdomsdiagnos och sjukskrivningslängd samt följer löpande upp hur FK och försäkrade uppfattar kvaliteten i verksamheten. Utöver detta uppföljningsperspektiv finns system för att internt följa upp de olika utredarnas och teamens enhetlighet i bedömningarna.

Vid enheten i Nynäshamn har en analys gjorts av 1397 försäkringsmedicinska utredningar. FMC hade i 62 % av utredningarna rekommenderat fortsatt medicinsk behandling. I genomsnitt hade försäkrade, som kom till FMC för utredning, varit sjukskrivna i 34 månader. Fyra månader efter att FMC utfärdat ett försäkringsmedicinskt utlåtande var det dock enligt FMC:s uppföljning bara 12 % av de försäkrade som deltog i medicinska åtgärder.

Med koppling till de nystartade verksamheterna i Norrköping och Västerås, men även som en grund för fortsatt utveckling av FMC:s system för att följa upp effekterna av genomförda utredningar, har ett nytt system utvecklats under våren 2003. Systemet är databaserat och följer bl.a. upp kundernas syn på FMC:s bedömningar och rekommendationer i de enskilda ärendena. Utöver omedelbar uppföljning när utredningen levererats till kunden kommer sex- och tolv månadersuppföljningar att genomföras i samarbete med berörda försäkringskassor.

För ett 40-tal utredningar som genomförts åt Norrköpings kommuns försörjningsstödkontor har en gemensam kvalitativ uppföljning genomförts. Den visar bl.a. att för många av dessa klienter var sjukdom orsak till arbetsoförmåga, varför rätt till ersättning från den allmänna försäkringen i form av sjukersättning föreligger.

RFV har gjort en uppföljning av kvaliteten på FMU och ARU före och efter kvalitetskravens införande i april 2000. Uppföljningen (RFV 2002-10-05; RFV dnr 5318/2000) visade att kvalitetskraven haft begränsad effekt. Antalet utlåtanden som RFV bedömt ha god kvalitet hade ökat från 60 till 65 %. I denna uppföljning hade FMC ett relativt dåligt resultat vid det första mättillfället, beroende på omorganisation och ändring av metoder. Vid det senare mättillfället hade däremot FMC ett gott resultat. Genom det nya kvalitetssäkringssystemet uppnår FMC också mer likartade bedömningar.

Framtidsplaner

FMC har under våren 2003 byggt upp en produkt- och metodutvecklingsorganisation samt definierat och organiserat en uppföljnings- och utvärderingsfunktion för att fortsatt utveckla sin affärsverksamhet. På basen av dessa funktioner och ett fortlöpande omvärldsanalysarbete finns en öppenhet för nya kunder och för en utvidgning av verksamheten till annat än utredningar inom det försäkringsmedicinska och arbetslivsinriktade området. Informations- och marknadsföringsinsatserna är dels organiserade lokalt, dels i en central marknadsföringsgrupp under affärsområdeschefens ledning.

FMC räknar med att under 2003 öka omsättningen till 84 mkr enligt den av styrelsen fastställda budgeten. Trots att man inte längre får något statsbidrag till verksamheten, räknar FMC att göra ett positivt resultat.

FMC:s verksamhet är idag begränsad till utredningar, främst FMU. Under 2003 finns ambitionen att i projektform pröva att bygga upp rehabiliteringsverksamhet med funktionsstödjande och beteendemedicinska insatser för patienter med smärtproblematik. En ambition finns vidare att etablera verksamhet på fler platser i landet för att därmed i de områden där FMC har en låg marknadsandel komma närmare kunderna. Sedan april månad i år pågår en förprojektering för en eventuell nyetablering i Uppsala samt en eventuell utvidgning av verksamheten i Västerås. Som grund för denna etablering och utvidgning förutsätter FMC att volymavtal med berörda försäkringskassor kan ingås för att balansera den affärsmässiga risk som det innebär att starta en ny enhet.

AF Rehabilitering

Historik

Arbetsmarknadsinstitutet (AMI) har sedan 1980 bedrivit vägledning och yrkesinriktad rehabilitering i AMV:s regi. Denna rehabilitering betraktades tidigare som en egen form av rehabilitering, som var skild från den sociala, medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringen och den kom i regel senare i rehabiliteringsprocessen. Sedan mitten av 1990-talet har man dock inom AMV börjat använda begreppet AR i stället för begreppet yrkesinriktad rehabilitering. Begreppet AR inom AMV är ett samlingsbegrepp för olika tjänster som riktar sig till arbetssökande med särskilt stöd för att kunna finna, få och behålla ett arbete. Stora grupper av arbetssökande vid AF har någon form av begränsning av sitt arbetsutbud. Det kan vara sökande med arbetshandikapp/funktionshinder, personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller sökande med andra särskilda svårigheter på arbetsmarknaden.

Gemensamt för dessa grupper är behovet av stöd för att de ska kunna finna, få och behålla ett arbete. Insatserna har karaktären av AR som syftar till att minimera effekterna av nedsatt arbetsförmåga. Det är i de flesta fall frågan om ett mer personligt/individuellt stöd genom AF:s tjänsteutbud. Ofta också genom att de arbetsmarknadspolitiska programmen används som arbetsförberedande insatser i större utsträckning än för andra arbetssökande.

Från att ursprungligen ha haft en mer konsultativ roll gentemot AF, kom AMI i de flesta län att under 1990-talet få en mer fristående roll, där de enskilda ärendena fullföljs från början till slut. AMI:s verksamhet har på olika sätt integrerats med AF:s verksamhet. Den har också nyligen bytt namn till AF Rehabilitering, vilket markerar AF:s roll som platsförmedling för såväl yrkesbestämdas sökande som för sökande med begränsad arbetsförmåga pga. arbetshandikapp eller invandrarbakgrund.

Mål och kunder

AR utgör inte någon egen verksamhetsgren och i regleringsbrevet för AMV har regeringen inte formulerat något specifikt mål för AR-verksamheten. Det finns inte några arbetsmarknadspolitiska program, som enbart riktar sig till gruppen sjukskrivna arbetslösa, och för denna grupp har regeringen inte heller ställt upp några krav på återrapportering av resultatet av AMV:s åtgärder. Gruppen sjukskrivna arbetslösa har, liksom andra arbetssökande, möjlighet att ta del av den service som AF ger inom verksamhetsgrenarna

1. Matchning på arbetsmarknaden
2. Kompetenshöjande åtgärder
3. Stöd till dem som har det svårast på arbetsmarknaden.

För verksamhetsgren 3) har regeringen formulerat följande mål:

- Antalet långtidsinskrivna (vd AF) skall uppgå till högst 37 000 personer per månad
- Minst 60 000 (genomsnitt per månad) personer med handikapp skall ha lämplig sysselsättning under 2003 för de medel som tilldels under anslaget "Särskilda insatser för arbetshandikappade"
- Andelen övergångar från lönebidrag till osubventionerat arbete skall öka och omprövningsbesluten skall i genomsnitt ha en lägre bidragsnivå

Dessa mål har relevans för de långtidssjukskrivna som har arbetshandikapp/funktionsnedsättning, t.ex. de som på grund av ryggproblem har nedsatt rörelseförmåga eller som har psykiskt arbetshandikapp. För arbetshandikappade finns särskilda arbetsmarknadspolitiska program tillgängliga. Syftet är att programmen skall kompensera för en nedsatt arbetsförmåga, exempelvis genom anställning med lönebidrag eller anställning vid Samhall.

Antalet personer med arbetshandikapp som söker arbete genom AF är betydande. En aktuell siffra våren 2003 är ca 40 000 personer. Av dessa deltar ca hälften i olika arbetsmarknadspolitiska program. De flesta långtidssjukskrivna arbetslösa är dock inte arbetshandikappade. De som inte kan tilldelas en handikappkod eller som inte vill bli registrerade, som handikappade i AMV:s datasystem, kan då inte få sådant särskilt stöd. AMV och RFV har uppskattat att det hösten 2002 fanns ca 57 000 långtidssjukskrivna arbetslösa.

AF Rehabiliterings klienter är alla personer som är inskrivna på AF och som är arbetshandikappade eller i behov av de särskilda tjänster som erbjuds vid AF. De flesta sjukskrivna arbetslösa är dock inte inskrivna vid någon AF. Av resultaten från projektet Faros, som pågår i fem pilotområden, framgår att två tredjedelar av de långtidssjukskrivna hade avaktualiserats från AF och att avaktualiseringen i de flesta fall berott på lång sjukskrivningstid. I genomsnitt uppgick sjukskrivningstiden till 459 dagar.

Tjänster

AF Rehabilitering använder såväl korta, intensiva insatser, som en mer omfattande utredning, rehabilitering och arbetsförberedelse. Vid AF Rehabilitering finns normalt följande utbud av tjänster:

1. Kartläggning. Den sökandes förutsättningar för att tillgodogöra sig insatser bedöms bl.a. genom att praktiskt prova på olika arbetsuppgifter på arbetsplatser utanför AF men även ibland i AF Rehabiliterings lokaler.
2. Funktionsbedömning. Utredning av arbetsförutsättningar och arbetsförmåga, bl. a genom arbetspsykologisk utredning och specialundersökning för olika handikapp.
3. Vägledning. Bl.a. studie- och arbetsvägledning.

4. Arbetsplatsanpassning. Utprovning av och träning i att använda arbetshjälpmedel, ergonomisk anpassning samt psykosocial arbetsanpassning. Arbetsprovning främst genom praktik på den reguljära arbetsmarknaden.
5. Platsförmedling. Särskild förberedelse av anställning, exempelvis genom hjälp med anskaffning av ett arbete, särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS) och lönebidrag.

Inom varje län finns normalt även interregionala institut med särskilda resurser för olika funktionshinder/handikapp. Vid vissa AF Rehabilitering finns specialkompetens för synskadade, hörselskadade och döva, rörelsehindrade, intellektuellt, psykiskt eller socialmedicinskt arbetshandikappade. Samtliga län kan erbjuda specialkompetens för intellektuellt, psykiskt och socialmedicinskt handikappade. Resurser för synhandikapp finns i nio län, för hörselhandikapp i fem län och för rörelsehindrade i nio län.

Ekonomi och organisation

De totala personalresurserna inom AF för arbetslivsinriktad rehabilitering uppskattas år 2002 uppgå till 1640 årsarbetskrafter, exkl. administrativ personal. AF särredovisar inte sina personalresurser och sina kostnader för rehabilitering av gruppen sjukskrivna arbetslösa.

AF Rehabilitering finns idag i samtliga län, men organisationen varierar starkt. I bl.a. Stockholm har man kvar den gamla AMI-organisationen och där finns särskilda arbetsförmedlingar, som kallas AF Rehabilitering och som har hela ansvaret för sina klienter. I andra län är AF Rehabilitering en specialresurs som de vanliga AF kan utnyttja. Man har här ett mera konsultativt arbetssätt. En tredje variant är att AF Rehabilitering är en specialresurs inom en vanlig AF eller att uppgiften att rehabilitera läggs på de vanliga arbetsförmedlarna.

Uppföljning

Arbetsmarknadsverket följer årligen upp effekterna av AR, som är en aktivitet i det arbetsmarknadspolitiska programmet "Förberedande insatser". I AMS:s rapport *Arbetsmarknadspolitiska program – Årsrapport 2001* (PRORA 2002:3) konstateras att en av tre deltagande personer är i arbete efter avslutad AR-insats. Majoriteten har fått anställning med lönebidrag. Av AMS utvärdering framgår dock inte vilka resultat som uppnåtts för gruppen långtidssjukskrivna arbetslösa och vad AR-åtgärderna kostat.

Framtiden

FK kan inom ramen för samverkan aktualisera sjukskrivna arbetslösa till AF. Hittills har AMV inte haft resurser för att ta emot sjukskrivna från FK i den omfattning som funnits behov av. För år 2003 har dock FK gets möjlig-

het att använda tillfälliga medel från socialförsäkringen för samverkansinsatser med bl.a. AF. Med de tillfälliga medlen för år 2003 är omfattningen cirka 8000 individer. RFV och AMV har regeringens uppdrag att utreda den framtida ansvarsfördelningen mellan FK och AF.

Våra iakttagelser och producenternas synpunkter

Det har utvecklats en marknad för rehabiliteringstjänster

Framväxten av rehabiliteringsföretag skedde oplanerat

I 1991-års rehabiliteringsbeslut fastlades ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och samtidigt fick FK medel för att köpa AR-tjänster. Några överväganden om vilka typer av tjänster som behövdes och hur omfattande behovet var av AR gjordes dock inte i detta sammanhang. Vid denna tidpunkt saknades också nästan helt kunskaper om olika AR-insatsers kostnader och effekter. Tilldelningen av resurser till FK för köp av AR-tjänster har efter 1991 skett inom ramen den normala budgetprocessen och utan att någon bedömning gjorts av vilken effekt som AR-insatserna förväntas komma att ge.

FK:s medel för köp av AR-tjänster och de statsbidrag, som företagen under första halvan av 1990-talet kunde få från Arbetslivsfonden, bidrog till att det växte fram ett stort antal AR-producenter. De erbjöd olika typer av tjänster. AR-företagen har alla sin speciella historik. Vi har ovan redogjort för ALT, Resurs och FMC.

Vid sidan av dessa statliga aktörer har det vuxit fram en rad mindre företag, som erbjuder liknande tjänster som ALT och Resurs, dvs. konsultationer, aktivering och arbetsträning. Flera av dessa företag har bildats av personer som tidigare varit anställda vid ALT.

Förutom FMC finns det även ett antal AR-företag som har sitt ursprung inom sjukvården. Vid flera sjukhus finns det rehabiliteringsmedicinska kliniker som säljer FMU och andra AR-tjänster. Många läkare och andra personer med intresse för AR-frågor har också utvecklat företag som säljer tjänster till FK och arbetsgivare. En större sådan är Alfta Rehab Center.

Rygginstitutet är en stor AR-producent. Det första rygginstitutet startades i Sundsvall redan 1961 av skogsindustrin och Länsarbetsnämnden i Västernorrlands län. Svenska Rygginstitutet AB har idag AR-verksamhet på flera platser i landet är verksamheten är tredjepartscertifierad. Rygginstitutet har visat bra resultat och liknande verksamhet har startats av andra privata och landstingsägda organisationer. I rygginstitutens verksamhet ingår ett brett utbud av tjänster inklusive funktionsbedömning, intensiv träning under några veckor med internatboende och arbetsplatsbedömning. Flera hälsohem har också utvecklat AR-tjänster med internatboende och olika former av träning och kurser.

En tredje grupp företag, som erbjuder AR-tjänster, har sitt ursprung inom arbetsmarknadsutbildningen. Exempel sådana företag är Lernia AB och Mentor i Kristianstad AB.

En fjärde grupp av företag har sitt ursprung inom företagshälsovård och friskvård. Dessa företag har dock relativt små intäkter från FK.

Slutligen kan nämnas att försäkringsbolaget Folksam, genom sitt dotterbolag Hälsoinvest, har engagerats sig AR. Även vissa bemanningsföretag och ”outplacement”-företag har börjat bygga upp kompetens inom AR-området.

Statsmakterna påverkar AR-branschens utveckling genom bl.a. beslut om resurser och regler för FK:s köp av AR-tjänster. FK köpte AR-tjänster för 381 mkr år 1991 och köpen ökade sedan successivt till 741 mkr år 1997. I budgetpropositionen (prop. 1996/97:100) föreslog regeringen att tillfälligt minska medlen för köp av AR-tjänster med 200 mkr, i avvaktan på en utvärdering av effekterna av de senaste årens rehabiliteringssatsningar. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag. (bet. 1996/97:FiU, rskr.1996/97:135).

Statskontoret fick våren 1997 i uppdrag av regeringen att göra en översyn av effekterna av de senaste årens rehabiliteringsinsatser med tyngdpunkten på AR. I rapporten *Perspektiv på rehabilitering* (1997:27) anges att det saknas kunskaper om både efterfrågan och köpen av AR-tjänster samt att man vet mycket lite om effekterna av rehabilitering. Trots de bristande kunskaperna har i senare utredningar föreslagits ökade statliga satsningar på AR. Så t.ex. föreslog AGRA-utredningen (SOU 1998:104) att hälften av arbetsgivarnas AR-kostnader skulle finansieras av staten. Någon sådan generell subvention av AR-tjänster infördes inte, utan sedan Arbetslivsfonden upphörde år 1995 har FK:s köp av tjänster varit de enda stöd som staten givit och som AR-branschen kunnat dra nytta av. FK:s utgifter för köp av AR-tjänster har efter 1997 legat på drygt 500 mkr per år.

Förslag om en ny struktur

I utredningen *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) redovisade utredningsmannen Gerhard Larsson en bedömning, utifrån ett individ och samhällsekonomiskt perspektiv, av det totala behovet av rehabiliteringsresurser. Han bedömde att av de drygt 200 000 personer, som år 2000 varit sjuk-skrivna mer än fyra veckor, hade hälften inget behov av rehabilitering. För huvuddelen av de kvarvarande cirka 100 000 personerna var det främst medicinsk vård och behandling som behövdes för att de skall kunna återgå i arbete. Ett visst behov av enklare AR-åtgärder kunde dock behövas för cirka 60 000 personer i denna grupp, medan det för övriga cirka 40 000 personer bedömdes finnas behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser. För dessa 40 000 personer ansåg Gerhard Larsson att det behövdes både medicinska och arbetslivsinriktade insatser och att insatserna borde genomföras av ett team av rehabiliterare med olika professioner.

Gerhard Larsson konstaterade att AR påbörjas allt senare och mer sällan. Enligt hans uppfattning var utbudet av rehabiliteringsresurser otillräckligt och ojämnt fördelat över landet. Han föreslog att FK:s resurser för köp av tjänster borde höjas från 500 mkr till 1 300 mkr per år. Vidare föreslog han

att FK under en treårsperiod borde ges möjlighet att ge anordningsbidrag – inom en ram om 500 mkr per år – för att stimulera uppbyggnad av nya verksamheter med sammansatta rehabiliteringsresurser för särskilt eftersatta områden. Som ett exempel på ett eftersatt område nämndes stressrelaterade besvär och utbrändhet.

Gerhard Larsson förutsatte att sjukvårdshuvudmännen skulle bygga ut primärvården och etablera nya diagnostiska centra för att utreda de sammansatta rehabiliteringsbehoven. Så har dock inte skett. FK:s köp av AR-tjänster har inte heller ökat och något anordningsbidrag har inte införts.

Det finns idag en fungerande konkurrens inom rehabiliteringsområdet

Numera finns ett stort antal AR-producenter av varierande storlek och inriktning. De representerar en stor spännvidd beträffande personalens kompetens och metodik. En del producenter har liksom FMC inriktat sig på FMU och ARU. Andra producenter har byggt upp sin verksamhet kring en speciell teknik, som t.ex. vid rygginstituten. Andra producenter såsom ALT och Resurs har ett mer konsultativt arbetssätt med stort inslag av psykologiska och social bedömningar.

Antalet sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom har ökat. Idag finns det många företag som erbjuder insatser inom detta område. Hur man bäst skall rehabilitera personer som drabbats av utbrändhet och stressrelaterade sjukdomar råder det olika uppfattningar om. Enligt vad vi erfarit finns det idag många företag som erbjuder tjänster inom området utmattningssyndrom och utbudet av tjänster har ökat. I samband med ett arbete med att ta fram en kunskapsöversikt om utmattningssyndrom åt Socialstyrelsen har professor Marie Åsberg vid Karolinska Institutet låtit göra en enkätundersökning om vilka AR-producenter som det finns och vilka metoder som de har utvecklat. Enligt enkätundersökningen, som gjordes i slutet av år 2002, fanns det 22 företag som arbetade med strukturerade metoder och som hade relevanta yrkeskategorier inom området utmattningssyndrom. Undersökningen var inte heltäckande och sannolikt finns det fler företag med multidisciplinär kompetens inom detta område. Den generella brist i utbudet som Gerhard Larsson pekade på i sin utredning (SOU 2000:78) finns således inte längre. Dock är de resurser, som arbetsgivare och FK använder för köp av AR-tjänster inom området utmattningssyndrom, inte tillräckliga för att tillgodose behovet. Trots att antalet sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom har ökat kraftigt, hade flera av de företag som besvarade enkäten inte tillräckligt med uppdrag för att fullt ut kunna utnyttja sin personal.

ALT och Resurs har byggt en rikstäckande organisation med ett kontorsnät som i stort speglar befolkningens geografiska spridning landet. Det finns flera fördelar med att kunna täcka hela landet. En rikstäckande organisation ger stordriftfördelar vad gäller bl.a. kompetensutveckling och marknadsföring. En sådan organisation ger även möjlighet att erbjuda storföretag med verksamhet utspridd i landet ett långsiktigt samarbete och liknade ramavtal

som man har med FK. FMC och vissa andra AR-producenter strävar efter att bygga ut en rikstäckande organisation.

Flertalet AR-producenter har idag en regional förankring och har sina produktionsresurser bara på en plats. Många av de regionala producenterna riktar sig dock även till företag och FK i andra regioner. De erbjuder då logi under rehabiliteringstiden. Detta medför ökade kostnader för beställaren och viss olägenheter för den sjukskrivne, men samtidigt kan det finnas andra kvaliteter som kan göra det acceptabelt med resor och boende på annan ort. Flera sådana företag, bl.a. Alfta Rehab Center och Årekliniken, ligger i Norrland.

Vid våra intervjuer har framkommit att både producenterna och beställarna ser positivt på den konkurrens som har utvecklats. Arbetsgivare och FK får ett större utbud av tjänster att välja på och producenterna tvingas att ständigt förbättra sina metoder och sin kvalitet.

Både de statliga och privata producenterna anser att marknaden för AR-tjänster fungerar relativt väl, men att det generellt skulle behövas en ökad satsning på AR. Producenterna är idag mycket marknadsorienterade och de anpassar sitt utbud efter efterfrågan. De anser att det inte behövs någon central styrning eller anordningsbidrag för att stimulera utvecklingen av nya AR-tjänster och för att få en spridning av AR-företag över landet.

Arbetslivsinriktad rehabilitering ger bra resultat

Det genomsnittliga priset för FK:s köp av AR-tjänster från ALT uppgår till 41 000 kr och från Resurs till 75 000 kr. Det förefaller i det närmaste otroligt att ALT och Resurs skulle kunna uppnå så goda resultat med så pass billiga åtgärder. De klienter ALT och Resurs får har ju varit sjukskrivna mycket länge, vanligen 1-2 år, och ofta har sjukvården och FK uttömt sina resurser och gett upp hoppet att kunna rehabilitera dem. Att de statliga producenterna enligt sina egna mätningar lyckas få sex av tio långtidssjukskrivna i arbete eller studier beror således inte på att FK bara beställer AR-insatser från ALT och Resurs för klienter, som har en god prognos att bli bra även utan sådan insats, dvs. inte på s.k. positiv selektering.

ALT och Resurs åtar sig normalt alla uppdrag som FK beställer enligt ramavtal. I de enstaka fall som man avböjer ett uppdrag beror detta vanligen på en temporär personalbrist. Det förekommer att de statliga producenterna avbryter en ARU, därför att man bedömer att en rehabilitering till arbete inte är möjlig eller i varje fall inte något som ALT och Resurs har förutsättningar att lyckas med för den aktuella klienten. Däremot avbryter man nästan aldrig en aktiv AR-insats efter att den har påbörjats. De statliga producenternas goda resultat beror således inte på positiv selektering från ALT:s och Resurs sida.

Vår granskning av resultaten visar att det finns en viss osäkerhet i ALT:s och Resurs redovisning. De bygger på intervjuer med klienterna och feltolk-

ningar av svaren kan därför förekomma. Vidare bör observeras att ALT:s redovisning av kostnader och resultat bara avser aktiva åtgärder. De aktiva åtgärderna kan ha föregåtts av en ARU och kostnaden för denna är inte medräknad. Dessa faktorer bedömer vi dock endast i mindre grad har påverkat resultaten i positiv riktning.

Både för ALT och Resurs gäller att resultaten för de som återgått till arbete eller yrkesutbildning inte innehåller information

- om arbetstidens längd
- om det rör sig om fullt betalda eller subventionerade arbeten, t.ex. lönebidrag eller anställning på Samhall
- om utbildningen senare lett till anställning

De konsulter på ALT och Resurs, som vi har intervjuat, uppger att det vanligen handlar om heltidsarbete eller ett deltidarbete, där man successivt räknar med att kunna trappa upp arbetstiden. I de flesta fall rör det sig också om icke subventionerade arbeten. Resultaten för ALT och Resurs är således väsentligt bättre än vid AF Rehabilitering, där det bara är ett par procent av klienterna som får arbete på den öppna arbetsmarknaden. Då det gäller yrkesutbildningar är konsulternas uppfattning att denna har lett till ökad chans till anställning, eftersom det rör sig om sådan kompetens som efterfrågas på arbetsmarknaden. Den kontroll av ALT:s och Resurs resultatredovisning, som vi har gjort, samt de jämförelser med oberoende undersökningar, som vi också gjort, har inte gett någon indikation på att resultaten skulle vara uppenbart felaktiga eller överdrivet positiva. Även om man skulle halvera ALT:s och Resurs resultatsiffror och räkna med att bara ca 30 procent av deras klienter kommer åter i fullt betalt arbete som ett resultat av AR-åtgärderna, betyder det att åtgärderna har varit samhällsekonomiskt lönsamma och att de också inneburit en statsfinansiell besparing. Genom sänkta utgifter för sjukpenning kommer nämligen då kostnaderna för åtgärderna, *exklusive* rehabiliteringsersättning, att ha betalt sig inom ett till två år.

ALT:s och Resurs resultat ligger nästan i nivå med de man uppnått i Finland. Vid Eläketurvakeskus (Pensionsskyddscentralen i Finland) har en studie gjorts av 1 800 personer som genomgått rehabilitering. Studien *Simple input-output analysis for measuring the results of rehabilitation within the Finnish statutory earnings-related pension scheme*, som presenterades av Mikko Pellinen vid den sjunde europeiska kongressen om rehabilitering i Madrid i april 2001, visade att kostanden för programmet per lyckad rehabilitering bara uppgick till 10 600 EURO. Det betyder att utgifterna för rehabiliteringsåtgärderna, *inklusive* rehabiliteringsersättning, har betalt sig på ett till två år genom minskade utgifter för förtidspensioner. I det angivna beloppet ingick inte pensionsanstaltarnas kostnader för att upphandla och följa upp rehabiliteringstjänsterna, men deras kostnad var bara cirka två procent av kostnaden för rehabiliteringsprogrammet.

Vår granskning ALT:s och Resurs uppföljning visar att uppnått goda resultat och att resultatet, både ekonomiskt och verksamhetsmässigt, har förbättrats under senare år. Även FMC har förbättrat sin verksamhet, men eftersom

den idag i huvudsak handlar om FMU, är det inte relevant att ha antalet klienter som återgått i arbete, som ett mått på resultatet.

Vi har även besökt och intervjuat privata AR-producenter, däribland Stiftelsen Stressmottagningen och Svenska Rygginstitutet. Enligt en studie, som gjorts av Aleksander Perski och Giorgio Grossi vid Stiftelsen Stressmottagningen och IPM på Karolinska Institutet våren 2003, är behandling och rehabilitering en effektiv metod för att få tillbaka sjukskrivna personer i arbete. Studien, som initierats av Alecta, baserades på 80 patienter med tjänstepension ITP, som hade varit sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser i mer än 90 dagar. Efter att de deltagit i Stressmottagningens AR-program var drygt 60 procent i arbete eller arbetsträning efter sex månader. Eftersom rehabiliteringsinsatserna i genomsnitt bara kostade 45 000 kronor var denna rehabilitering således mycket lönsam.

Karolinska Institutet har som en del av det s.k. HUR-projektet gjort en oberoende studie av bl.a. Rygginstitutets AR-program. Deltagarna i detta program har härvid jämförts med en kontrollgrupp bestående av 1 500 personer som inte fått någon rehabilitering. Uppföljningen efter 18 månader visar att Rygginstitutets AR-program hade en tydlig effekt på långtidssjukfrånvaron (Göran Bergström, Sektionen för personskadeprevention vid KI, 2001). En senare (ännu ej publicerad) uppföljning visar att resultaten håller i sig även efter tre år. Sjukfrånvaron bland dem som deltagit i institutets program var 35 % lägre än i kontrollgruppen. Tre år efter avslutad AR-insats på Rygginstitutet uppbar 13,5 % av deltagarna hel förtidspension. I kontrollgruppen var det nästan dubbelt så många (24,2 %) som uppbar hel förtidspension.

Vid det besök, som vi gjort vid Varma-Sampo, som är Finlands största arbetspensionsanstalt, fick vi en redovisning från en studie av effekterna av de rehabiliteringsinsatser, som bolaget under år 2002 beställt och finansierat för ca 1000 personer med sjukpenning eller förtidspension. I Finland betalas sjukpenningen i huvudsak av staten i upp till 300 dagar och förtidspensionen huvudsakligen av arbetsgivaren. Resultatet var att av dem som hade sjukpenning återvände ca 60 % till arbetslivet och av förtidspensionärerna återvände ca 30 %. För dessa 1000 personer kostade insatserna bara ca 7 miljoner EURO. Större delen av kostnaden var rehabiliteringspenning och således inte kostnader för själva AR-insatserna. Enligt bolagets bedömning var rehabiliteringen både samhällsekonomiskt och företagsekonomiskt lönsam. Bolagets rehabiliteringsexperter underströk också vikten av tidig rehabilitering, dvs. redan innan de 300 dagarna har gått. Ju tidigare man kommer igång med att planera och verkställa AR-åtgärder, desto lättare är det att lyckas med rehabiliteringen.

De beskrivningar som vi fått AR-producenternas verksamheter, arbetssätt och metoder samt av deras egna uppföljningar ger en bild av mästerlighet i yrket och stort engagemang för professionen. Producenterna är själva övertygade om att de utför en viktig uppgift och de kan också peka på enkätuppföljningar som visar att de har många nöjda kunder och klienter. I ett antal projekt, som bl.a. Resurs medverkat i, har man kunnat visa att AR-verksamheten är samhällsekonomisk lönsam.

Vid våra intervjuer med de större svenska AR-producenterna har vi frågat varför de lyckats så bra. Härvid har de pekat på att bl.a. följande framgångsfaktorer:

- Man arbetar resultatinriktat och i team, där huvudansvaret ligger på de konsulter som har bäst kompetens att lösa den enskilde klientens problem.
- Man har utvecklat fungerande metoder och – eftersom man är beroende av både uppdragsgivaren och klienten blir nöjda – har man alltid en arbetsform där individen sätts i centrum.
- Man har inga myndighetsbefogenheter, t.ex. besluta om sjukpenning, och konsultationerna sker i en positiv och avspänd miljö.
- Man har ett brett nätverk och nära kontakter med myndigheter och företag.

Både de svenska och finska AR-producenterna framhåller att man för att nå framgång i rehabiliteringen måste mobilisera den sjukskrivnes egna resurser samt att se, ta tillvara och utveckla den arbetsförmåga och kompetens som han eller hon fortfarande har kvar. Alla AR-företag som finns på marknaden och **alla metoder som används är givetvis inte effektiva**. De större producenterna, som har väl fungerande system för kvalitetssäkring och uppföljning, kan dock i siffror och ord visa att och hur man uppnår goda resultat.

Många problem kvarstår

Köpen av rehabiliteringstjänster har liten omfattning

FK köpte AR-tjänster för totalt 565 mkr under år 2002. Av de medel för köp av AR-tjänster m.m. som FK disponerade detta år förbrukades inte 192 mkr. Aktiva AR-insatser köptes bara för 252 mkr år 2002, vilket var 33 mkr mindre än året innan. Trots att behovet av AR-insatser ökar, har således köpen av aktiva AR-insatser minskat och medlen inte förbrukats.

Det är inte bara år 2002 som FK köpte färre AR-tjänster än vad disponibla medel medgav, utan sedan anslaget för köp av tjänster infördes år 1991 har FK alla år, utom år 2000, haft oförbrukade medel. Detta har i sin tur medfört att vissa AR-producenterna tvingats att dra ned på sin verksamhet.

År 2002 köptes aktiva AR-insatser för ca 7 000 personer. Om man räknar med att köpen ledde till att hälften av dessa helt eller delvis återgick i arbete, betyder det att ca 3 500 personer på detta sätt rehabiliterats åter till arbete. Detta tal måste dock sättas i relation till att det i januari år 2003 fanns 132 000 personer som varit sjukskrivna mer än ett år och att antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002 uppgick till 67 000. FK:s nuvarande köp av AR-tjänster har således bara en marginell effekt på utvecklingen av långtids-sjukskrivningar och förtidspensioner.

Osäkerhet om framtiden gör att producenterna inte vågar expandera sin verksamhet

Sedan rehabiliteringsreformen genomfördes 1991 har det gjorts förändringar både i anslagen för köp av AR-tjänster och i reglerna för hur FK får använda medlen. I regleringsbrevet för år 2002 beslöt regeringen att FK inte längre skulle få köpa aktiva AR-insatser för arbetslösa långtidssjukskrivna. Visserligen var den tänkta ansvarsfördelningen enligt 1991 års rehabiliteringsreform att AMV skulle ansvara för rehabiliteringen av denna grupp. AMV:s insatser har dock varit små och de har främst inriktats på personer som bedöms ha arbetsförmåga och som bara behöver vissa utbildningsinsatser eller arbetsträning för att bli anställningsbara. Eftersom många sjukskrivna med mer sammansatta problem inte togs om hand av AF, har FK på många håll i landet gått in och köpt AR-tjänster för arbetslösa.

Genom ett plötsligt beslut i regleringsbrevet för år 2002 ändrades förutsättningarna för de producenter som hade arbetslösa sjukskrivna som klienter. För vissa producenter, bl.a. Resurs i Stockholms län, betydde beslutet att FK:s köp av AR-tjänster halverades.

I budgetpropositionen för år 2003 föreslog regeringen att FK inte längre skulle få köpa aktiva AR-åtgärder för den som har en arbetsgivare. Förslaget skulle således medföra att producenterna bara skulle kunna få beställningar på FMU och ARU från FK. I regleringsbrevet för 2003 infördes emellertid inte någon sådan begränsning. Under en följd av år har dock andelen aktiva AR-insatser minskat. Många av AR-producenterna är oroliga för att FK i framtiden i stort sett bara kommer att upphandla utredningar från dem men inga aktiva åtgärder.

Det pågår nu ett antal försök och utredningar som kan påverka förutsättningarna för upphandlingen och produktionen av AR-tjänster

- På regeringens uppdrag har i fem områden en pilotverksamhet (Faros) påbörjats där samverkan sker mellan AF och FK för att utveckla arbetsmetoder och för att återföra sjukskrivna i arbete.
- Regeringen har för 2003 anvisat förstärkta medel för samverkan i rehabiliteringen. Medlen skall bl.a. användas för samverkan mellan AF och FK i rehabiliteringen av arbetslösa sjukskrivna. På uppdrag av regeringen lämnade AMS och RFV i mars 2003 riktlinjer till den regionala nivån så att AF och FK skulle kunna öka insatserna för sjukskrivna arbetslösa. Hittills har 400 mkr fördelats.
- AMS och RFV lämnade förslag till regeringen den 14 februari 2003 angående insatser under 2003 för sjukskrivna med anställning. Förslaget innebär att AMV ska komplettera FK:s insatser. Det gäller anställda långtidssjukskrivna, som bedöms inte kunna gå tillbaka till sin arbetsplats utan behöver pröva nytt arbete. Myndigheterna föreslår att regeringen skall ge AMS ett sådant uppdrag för 2003 och därvid tillföra AMV 200 mkr (projekt Amanda).
- AMS och RFV har fått ett regeringsuppdrag att utarbeta förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering. Förslaget ska avse

arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med en anställning som inte bedöms kunna återgå till sitt gamla arbete. Utgångspunkten är att AF får ansvaret för denna målgrupp medan FK behåller samordningsansvaret för rehabiliteringen och ansvaret för dem som ska återgå till sin anställning. Myndigheterna skall definiera målgruppen, se över ansvarsfördelningen och undersöka hur arbetsmarknadspolitiska program kan anpassas. Vidare skall de analysera organisatoriska, ekonomiska och administrativa effekter av de förslag som läggs. Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2003.

I januari 2003 föreslog Näringsdepartementet i en promemoria (Ds 2002:63) om ekonomiska incitament för att minska sjukskrivningarna att arbetsgivaren skall betala 15-50 % av arbetstagarens sjukpenning och att den nya avgiften borde införas i två steg med början inom offentlig sektor. Någon proposition om detta har ännu presenterats, men i vårpropositionen (prop. 2002/2003:100) angavs att regeringen i budgetpropositionen för 2004 skall lägga fram ett förslag till närmare utformning av ett system med ekonomiska drivkrafter. Allmänt sett bör ett sådant system leda till en ökad efterfrågan på AR-tjänster från arbetsgivare. Företag och förvaltning har dock i allmänhet inte avsatt några medel för en ökad satsning på AR. De har inte heller budgeterat för en förlängning av sjuklöneperioden från två till tre veckor och för att delfinansiera de anställdas sjukpenning.

Flera AR-producenter har tidigare bedömt att efterfrågan på deras tjänster skulle öka kraftigt, men de gjorde en felaktig prognos. FK:s köp av AR-tjänster uppgick år 2002 till 565 mkr. Det är ett lägre belopp än 1997, då köpen hade störst omfattning och då uppgick till 741 mkr. Fram till år 2000 fick RFV:s sjukhus ett anslag på ca 170 mkr. De AR-tjänster som utfördes vid RFV:s sjukhus ingick inte i beloppet för köpta tjänster år 1997. Idag ingår de tjänster som FK köper från FMC i beloppet. FMC fick år 2002 beställningar på FMU och ARU för ca 60 mkr från FK. Om man tar hänsyn till inflationen och att FMC nu är med och konkurrerar om uppdragen, innebär det att statens köp av AR-tjänster under åren 1997-2002 reellt nästan har halverats.

Av våra intervjuer med AR-producenterna har framkommit att det råder en osäkerhet om hur stora medel som statsmakterna kommer att anslå för köp av AR-tjänster och vilka regler som kommer att gälla för FK:s köp i framtiden. Av de medel som nu avsätts för samverkan mellan FK och AF vet producenterna inte hur stor andel som kommer att användas för externa köp av AR-tjänster, dvs. för uppdrag som de har möjlighet att konkurrera om, respektive hur stor andel som kommer att användas av FK och AF för administration, utredningar och produktion av AR-tjänster i egen regi. AR-producenterna vågar därför inte satsa på en kraftig expansion av sina verksamheter, trots att behovet av AR ökar.

Försäkringskassan har förbättrat sin upphandlingskompetens men upphandlingsförfarandet är fortfarande ineffektivt

När rehabiliteringsreformen genomfördes kunde ALT, Resurs och andra producenter teckna volymavtal med FK för köp av AR-tjänster. Införandet av LOU ledde dock till att upphandlingen måste ske i konkurrens. För att förenkla upphandlingen började kassornas centralkontor att teckna s.k. ramavtal med olika producenter. Handläggarna på lokalkontoren kunde sedan göra avrop från ramavtalen, där priser och övriga villkor för AR-tjänsterna redan var bestämda.

Införandet av ramavtal innebar en rationalisering av upphandlingen. Att varje FK tecknade ramavtal blev dock relativt resurskrävande och medförde att ett visst företag kunde få en tjänst godkänd för upphandling vid en FK samtidigt som en annan FK inte ville teckna ramavtal för motsvarande tjänst. En viss samordning av upphandlingen har nu skett. Vad gäller FMU har Försäkringskassaförbundet för perioden 2003 –2004 gjort en gemensam upphandling som grund för ramavtal för samtliga FK. Vad gäller ARU och aktiva åtgärder har förbundet även gjort gemensam upphandling för FK i södra och norra Sverige. En motsvarande gemensam upphandling av ARU och aktiva åtgärder har gjorts av de kassor i Mellansverige som ingår i det s.k. Oktavensamarbetet.

AR-producenterna är positiva till systemet med samordnad upphandling, men de är kritiska till ryckigheten i köpen av tjänster. Ofta tar det flera veckor under det nya året innan ramarna för de olika kassornas köp av AR-tjänster fastställts och avrop börjar göras. Sedan har man en nedgång i beställningarna under juli, vilket gör att producenterna får en nedgång av uppdragen under sensommaren. I slutet av året kan sedan en ny nedgång komma på grund av att FK befärar att man kommer att överskrida anslagsramen. Det finns exempel på att efterfrågan från FK varit mycket hög under ett halvårs tid - med krav på korta väntetider – och att beställningarna därefter helt upphört.

Ett skäl till att FK har svårigheter att genomföra en rationell upphandling är att ansvaret för köp av AR-tjänster är delegerat till de enskilda rehabiliteringshandläggarna. Det är ett mycket stort antal handläggare vid FK som har rätt att besluta om köp av AR-tjänster. Vid FK i Stockholms län är det t.ex. ca 700 personer som har rätt att fatta sådant beslut. Samtidigt är antalet AR-producenter som har ramavtal med FK stort. En enskild handläggare på FK har svårigheter att överblicka utbudet av AR-tjänster.

Vid Försäkringskassaförbundets upphandling av FMU-tjänster för 2003-2004 var det 70 företag som lade anbud, varav 33 fick ramavtal med FK. Vid Förbundets upphandling av ARU och aktiva åtgärder för perioden 2002-2003 var det 430 företag som lade anbud, varav 250 företag fick ramavtal med en eller flera FK. De FK som ingår i Oktavensamarbetet tecknade för samma period ramavtal med 133 företag om ARU och aktiva åtgärder.

FK har tillgång till ramavtalen på Internet med bl.a. uppgifter om vilka tjänster producenterna har och priser, men det finns ingen information om kvaliteten eller om vilka resultat producenterna uppnått. Rehabiliteringshandläggarna har en pressad arbetssituation och hinner sällan att utifrån sina

klienters individuella behov undersöka markanden. Ofta väljs den leverantör som FK av tradition anlitat, såvida denne inte uppenbart misskött sig. Nya producenter har svårt att marknadsföra sig gentemot handläggarna. Den höga personalomsättningen på FK gör att det är svårt och kostsamt för producenterna att utveckla och vårda kundkontakterna.

Det är relativt omfattande handlingar som AR-företagen måste lämna i sina anbud för att kunna få ramavtal. I förfrågningsunderlaget anges bl.a. en rad formella krav på AR-företagen samt att vad gäller FMU och ARU att RFV:s kvalitetskrav (RFFS 2000:1) skall vara uppfyllda. I RFV:s föreskrifter ställs krav på personalens kompetens och krav på att producenterna skall ha ett system för uppföljning av kvaliteten. Ett ramavtal ger dock inte någon garanti för beställningar, utan innebär bara att kraven i förfrågningsunderlaget är uppfyllda. Det är sedan upp till den enskilde handläggaren på FK att bedöma vilka sjukskrivna personer som är i behov av AR samt att välja den tjänst och leverantör, som med hänsyn taget till kostnader och kvalitet bedöms lämplig för respektive person. Motiven för FK:s val av tjänst och leverantör dokumenteras inte. Det är därför oklart om handläggarna verkligen väger in kostnader och kvalitet för de AR-tjänster som avropas. Ramavtalen är således ingen garanti för en effektiv konkurrens där de företag som har hög kvalitet och lågt pris vinner.

Producenternas uppfattning är att FK:s kompetens att köpa AR-tjänster har förbättrats, men att systemet är tungrott och att det alltjämt finns brister i beställarnas kompetens. Med den stora mängd beställare och utförare som idag finns blir transaktionskostnaderna höga både för FK och för AR-producenterna. Ett önskemål från producenterna är få avtal som ger överblickbarhet och en grund för en mer långsiktig planering av personalutveckling och investeringar.

Rehabiliteringen påbörjas sent och är dåligt samordnad

En stark kritik från AR-producenterna är att de försäkrade varit sjukskrivna mycket länge innan de blir föremål för utredning eller aktiva AR-insatser. Då det gäller FMU har det enligt de statliga producenternas statistik vanligen gått närmare tre år innan utredningen görs. Då det gäller ARU har det vanligen gått närmare två år.

I AFL anges att FK i samråd med den försäkrade skall ”se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering”. För personer som har anställning försöker FK att få arbetsgivaren att finansiera AR-insatserna. Det sker genom förhandlingar med arbetsgivaren och dessa förhandlingar drar ofta ut på tiden. Detta är *ett av skälen* till att det tar lång tid innan AR-insatser påbörjas.

Ett annat skäl till att AR-insatser påbörjas sent är att de medicinska utredningarna och behandlingarna i många fall tar lång tid. FK avvaktar normalt resultatet av dessa innan man beställer en AR-tjänst.

Ett tredje skäl är att antalet sjukskrivningsfall ökat mycket mer än FK:s resurser gjort och att FK prioriterar utbetalningar av sjukpenning samt prövning av de långa sjukskrivningsfallen. Ett verksamhetsmål för FK är att minska antalet sjukfall som varat mer än två år. Dessa sjukfall ökade från knappt 31 000 år 2000 till drygt 46 000 år 2002. För att klara detta tvåårs-målet använder FK därför en stor del av sina resurser på gamla ärenden. Majoriteten av FK:s köp av AR-tjänster gäller numera sjukfall som varat mer än ett år och de avslutas i flesta fall med en förtidspension. Beslut om förtidspension fattas av socialförsäkringsnämnden. Som underlag för rekommendation om förtidspension kan handläggarna på FK behöva en FMU. När FK beställer en sådan utredning är det således inte alltid för att de bedömer att chansen är stor att den långtidssjukskrivne genom AR-insatser kan komma åter i arbete, utan ofta är det för att visa att arbetsförmåga saknas och att alla möjligheter till rehabilitering har prövats. AR-företagen anser att man egentligen arbetar med fel grupp klienter. För att bättre lyckas med rehabiliteringen och minska sjukskrivningarna skulle de vilja arbeta med tidiga sjukfall och kombinera AR-insatser med förebyggande insatser.

I AFL anges att FK, om den försäkrade medger detta, i sitt arbete med rehabilitering skall samverka med hans arbetsgivare, arbetstagarorganisationen, hälso- och sjukvården samt AMV och andra myndigheter. Det finns exempel på att s.k. flerpartssamtal genomförts med lyckat resultat. I huvudsak fungerar dock inte den tänkta samordningen pga. att de olika aktörerna inte har resurser och tid för samordningen och att de dessutom har olika mål för sin verksamhet. Klienten kommer inte heller alltid i centrum för samordningsinsatserna. Gerhard Larsson konstaterade i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) att ”arbetet snarare har inriktats på att få samverkan att fungera mellan myndigheterna än att samordna individens rehabilitering”.

I RRV: s rapport *Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna* (RRV 1996:8) konstateras att det råder oklarhet om vilket ansvar FK respektive AF har för gruppen arbetslösa sjukskrivna. Ansvarsfördelningen mellan FK och AF har inte förtydligats vare sig i AFL eller i instruktionen för AMV. Att det fortfarande råder oklarhet om ansvarsfördelningen medför att sjukskrivna arbetslösa i många fall bollas mellan FK och AF.

Syftet med 1991 års rehabiliteringsreform var att uppnå en tidig och samordnad rehabilitering. Detta har dock misslyckats. Trots att antalet sjukskrivna ökat kraftigt har antalet personer som FK bedömt vara i behov av samordnad rehabilitering och som införts i det s.k. SAR-registret ökat obetydligt. Det tar också allt längre tid innan FK tar ställning till om en person är i behov av rehabiliteringsinsatser utöver de rent medicinska. Tiden fram till sådant ställningstagande var åtta och en halv månad år 2001. Ett införande i SAR-registret innebär dock bara att FK bedömt att det föreligger ett samordningsbehov och innebär inte nödvändigtvis att åtgärder verkligen genomförs. Om åtgärder överhuvudtaget sätts in, sker de vad gäller FK:s köp av AR-tjänster, efter en ännu längre sjukskrivningstid.

Rehabiliteringsprocessen genomförs i olika steg, nämligen utredning, aktivering/resursmobilisering, arbetsträning och utbildning. Ofta blir det dock inte någon sammanhängande process, utan mellan de olika stegen kan det bli lång tidsfördröjning. Det får som konsekvens att en sjukskriven som kommit ett första steg i rehabiliteringsprocessen, kan trilla tillbaka ett eller ett halvt steg medan han eller hon väntar på vad som skall hända. Vid intervjuer med personer ansvariga för FK:s köp av AR-tjänster och med producenter har angivits att orsaker till den nuvarande splittrade processen är att FK inte har tillräckligt med rehabiliteringshandläggare, att anslaget vid vissa kassor inte räcker, utan att man måste vänta till nytt budgetår, och att fler intressenter, exempelvis arbetsgivaren och AF, kan vara inblandade i finansieringen

Det saknas resursstarka rehabiliteringsproducenter för att klara en tidig och samordnad rehabilitering

I underlaget för upphandlingen av AR-tjänster för år 2002-2003 angav Försäkringskassaförbundet att anbud skulle lämnas avseende följande AR-tjänster:

- ARU
- Rehabilitering genom arbetsträning/arbetsprövning
- Aktivering
- Utbildning

Vad som menas med en ARU definieras i RFV:s föreskrifter (RFFS 2000:3). Definition av ARU, liksom definitionen av FMU, är väl känd bland producenterna. Innebörden av de s.k. aktiva AR-tjänsterna är däremot mer oklar. Särskilt besvärligt är det att skilja medicinsk rehabilitering från den arbetslivsinriktade. Vid den senaste gemensamma upphandling, som Försäkringskassaförbundet gjorde, underkändes ett stort antal producenters anbud därför att deras erbjudanden inte ansågs vara sådana AR-tjänster som FK får upphandla. I de fall erbjudandena hade karaktären av ”healing” och andra ovetenskapliga metoder är det uppenbart att dessa producenter bör uteslutas. I andra fall är, t.ex. då det gäller vissa former av sjukgymnastik och träning i grupp, är motiven för uteslutning inte lika uppenbara.

Många FK har varit restriktiva med att upphandla AR-tjänster som gränsar mot medicinsk rehabilitering. FK:s restriktiva syn på vad som skall betraktas som AR har lett till att FK har ökat sina köp av FMU och ARU från rygginstituten, men att man har dragit ned på sina köp av aktiva insatser, trots att det rehabiliteringsprogram som rygginstituten utvecklat vid vetenskapliga utvärderingar har visat sig ge goda resultat vad gäller förbättrad arbetsförmåga och att många deltagare också kommer tillbaka i arbete. Att FK minskat sina köp av aktiva AR-insatser har inte kompensrats av att landstingen ökat sina köp.

I betänkandet *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5) konstaterades att vissa åtgärder fördröjs eller uteblir till följd av oklara an-

svarsgränser mellan olika huvudmän. Utredningen föreslog därför att landstingens ansvar för medicinsk rehabilitering borde förtydligas och att berörd personal inom sjukvården borde ges erforderlig kompetens i försäkringsmedicin.

Enligt gällande prioriteringar inom sjukvården kan landstingen inte särskilt satsa på en utbyggnad av AR-resurser avsedda enbart för personer i yrkesaktiv ålder. Den utbyggnad av lokala rehabiliteringsteam inom primärvården och av diagnostiska centra, som föreslogs i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78), har av resursskäl inte genomförts. Ett förtydligande av sjukvårdens rehabiliteringsansvar skulle sannolikt medföra ökade kostnader för landstingen.

Däremot har statsmakterna våren 2003 beslutat om en satsning på förbättrad försäkringsmedicinsk kompetens. I propositionen (prop. 2002/2003:89) om förändringar i sjukskrivningen anger regeringen att det finns inslag av slentrianmässiga och mindre genomtänkta sjukskrivningar, särskilt vad gäller s.k. symptomdiagnoser såsom smärta, ryggbesvär och lättare psykiska besvär. Den bristande precisionen i sjukskrivningarna ökar risken för att den sjukskrivne inte får det individuellt anpassade stöd som är nödvändig för rehabiliteringen. För att en ökad precision i sjukskrivningarna föreslås i propositionen en ökad satsning på försäkringsmedicinsk utbildning

Enligt AR-producenternas uppfattning har sjukvårdspersonalen inte bara bristfälliga kunskaper i försäkringsmedicin, utan även bristfälliga kunskaper om vilket utbud av AR-insatser som det finns på marknaden och om effekten av olika insatser. Därför tar läkarna i sina samtal med patienterna sällan upp frågan om AR-åtgärder och de skriver inte heller in i sjukintyget att en ARU bör göras. FK har på grund av sin arbetsbelastning sällan tid att informera läkarna om AR-utbudet och även FK har dåliga kunskaper om effekten av olika AR-åtgärder. Det är också ofta svårt för både klienterna och läkarna att komma i kontakt med FK:s rehabiliteringshandläggare. Frågor rörande personer med komplexa problem, har FK sällan kompetens att besvara.

Det är få AR-producenter som har egen medicinsk kompetens. ALT och Resurs har t.ex. inga egna läkare anställda. Vid behov och efter klientens godkännande kan de konsultera den sjukskrivnes läkare för att få mer information och bättre underlag för inriktningen av AR-insatserna. De har dock svårigheter att föra samtal med sjukvården på en kollegial basis och att påverka inriktningen av eventuell medicinsk behandling och rehabilitering, så att det samlade resultatet av rehabiliteringen blir optimalt.

FMC har läkare anställda och har resurser för att utföra både FMU och ARU. FMC får dock för närvarande inte erbjuda några aktiva AR-insatser och har därför inte erfarenhet från och en överblick över hela rehabiliteringskedjan.

Eftersom AR-insatserna hittills har påbörjats i ett mycket sent skede och ofta först kommit till stånd då den sjukskrivne betraktats som färdigutredd och sjukvården har uttömt sina resurser, har behovet av en samordnad medi-

cinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering varit litet. Om AR-insatsernas i större omfattning påbörjas i ett tidigare skede, kommer det att uppstå ett behov av företag med en bredare kompetens och ett större utbud av tjänster än vad dagens AR-företag i allmänhet har.

FK lägger idag ned betydande resurser på att påverka arbetsgivare, sjukvården och de andra rehabiliteringsaktörerna. FK har dock inga formella medel för att tvinga dem att vidta AR-åtgärder. På grund av resursbrist och dåliga kunskaper om bl.a. arbetsgivarnas och sjukvårdens verksamhet, arbetssätt och prioriteringar har rehabiliteringshandläggarna svårt att klara sin samordnande uppgift. Om FK i ökad utsträckning kan köpa tjänster från resursstarka AR-producenter med bred kompetens, kan dessa även bistå FK i arbetet med att samordna olika aktörers insatser. De har även möjlighet att för en viss klient eller grupp av klienter ta parallella uppdrag från olika huvudmän och därmed initiera ett samarbete mellan huvudmännen.

Överväganden och förslag

Verksamhetsform

Nuvarande regiform och reglering av verksamheten bör ses över

Som vi tidigare redovisat bedriver AF i huvudsak sin AR-verksamhet i egen regi, medan FK köper både aktiva AR-åtgärder och vissa utredningar. En fördel med att utföra AR-verksamheten i egen regi är att man då får bättre möjligheter att styra arbetet och att samordna de olika arbetsmomenten i rehabiliteringsprocessen. En fördel med att upphandla tjänsterna är att det blir tydligare vad AR-uppdragen omfattar och att krav ställs på producenten att genomföra uppdragen inom avtalad tid- och kostnadsram. I de AR-utredningar och aktiva åtgärder som AF utför i egen regi ställs sällan några motsvarande krav.

Det finns inga generella hinder för myndigheter mot att upphandla aktiva AR-tjänster. Sådana tjänster är nämligen inte myndighetsutövning och de kan därför enligt 11 kap. 6 § regeringsformen överlämnas till bolag eller annan privaträttslig organisation. Då det gäller utredningar om behovet av AR-åtgärder finns det däremot en formell begränsning om vad FK kan överlåta åt annan. I 18 kap. 2 § AFL anges att uppgiften att utreda och besluta i ärenden enligt AFL eller annan författning skall skötas av FK och att FK inte får utöva någon annan verksamhet. Dock får den eller de FK som regeringen bestämmer genomföra FMU och ARU för alla FK samt bedriva därmed sammanhängande forskning. I förordningen (1998:563) om gemensamma enheter för allmänna försäkringskassor har regeringen beslutat att Försäkringskassan i Östergötlands län får genomföra FMU och ARU för alla FK.

En naturlig tolkning av reglerna i 18 kap. 2 § AFL är att en FMU eller en ARU bara får utföras av FMC eller av den FK som den försäkrade tillhör. Någon motsvarande formell begränsning i AF:s möjligheter att lägga ut AR-utredningar på entreprenad finns inte, men av praxis gör AF det sällan.

I sammanhanget bör dock noteras att det inte är självklart att myndigheter kan upphandla utredningstjänster. Stockholms stad övervägde våren 2001 att lägga ut utredningar om socialbidrag på entreprenad. De rättsliga möjligheterna för detta prövades av Justitieombudsmannen (JO). I sitt beslut angav JO att beredningen och beslut av ett ärende i princip måste anses utgöra oskiljaktiga delar av en och samma förvaltningsuppgift. Eftersom det vad gäller socialtjänsten inte finns något lagstöd för att överlämna handläggningen till ett privat rättssubjekt, är det därför enligt JO:s uppfattning inte möjligt för en socialnämnd att till ett bolag överlämna uppgiften att utföra utredningar enligt 50 § socialtjänstlagen (JO beslut 2001-04-04). I analogi med detta JO-beslut borde även en FMU och ARU kunna betraktas som sådan verksamhet, som inte utan stöd i lag kan läggas ut på entreprenad.

Statsmakterna har i olika sammanhang uppmanat myndigheterna att pröva alternativa driftsformer och att undersöka möjligheterna till konkurrens. I regeringens konkurrenspolitiska program *Konkurrenspolitik för förnyelse och mångfald* (prop. 1999/2000:140, bet. 200/01:NU4, rskr. 2000/01:16) anges att andelen av den samlade ekonomin där konkurrens råder bör öka. På områden där fri konkurrens mellan företag av olika skäl inte är möjlig bör enligt propositionen modeller med inslag av konkurrensmekanism prövas, exempelvis upphandling av offentligt finansierade tjänster från fristående utförare eller annan drift i alternativ form.

AR-producenterna är kritiska till att rehabiliteringshandläggarna inom ramen för sin utredande och samordnande roll i vissa fall lägger ned betydande egna resurser på att förmå den sjukskrivne att delta i olika former av åtgärder. RFV framhöll i rapporten *Morgondagens rehabilitering* (RFV Anser 1998:8) att FK inte bör bedriva djupgående motivationsarbete. För detta krävs särskild kompetens och resurser som inte finns, eller inte bör byggas upp inom FK:s verksamhetsområde. RFV ansåg att FK borde upphandla utredningar som syftar till att klargöra motivationsrelaterade frågeställningar.

Hur mycket av utredningar som FK gör i egen regi respektive upphandlar varierar. Vanligen brukar kassorna själva göra en s.k. basutredningar, dvs. en grundläggande kartläggning av rehabiliteringsbehovet. Vid våra besök hos AR-producenter framkom dock att vissa FK till följd av en pressad arbetssituation träffat volymavtal för upphandling av ett antal basutredningar. Normalt brukar dock de FK som har många långtidssjukskrivna i förhållande till antalet rehabiliteringshandläggare upphandla färre AR-tjänster, än kassor som har en mindre pressad arbetssituation.

Den regiform som rehabiliteringsverksamheten idag har vid FK respektive AF är historiskt betingad. Det har inte gjorts någon analys av för- och nackdelar av att bedriva AR-verksamhet i egen regi respektive att lägga ut den på entreprenad. Det är inte säkert att den och nuvarande fördelning av resurser på dessa båda regiformer optimal vid FK respektive AF. Vi anser att det därför finns skäl att se över vilka AR-uppgifter som FK och AF bör bedriva i egen regi respektive vilka uppgifter som bör upphandlas. Vi anser också att i det i AFL och i instruktionen för AMV tydligt bör redovisas vilka typer av utredningar och tjänster som FK och AF får upphandla.

Vi har funnit att de statliga AR-producenterna under det senaste året har förbättrat sina resultat, både ekonomiskt och verksamhetsmässigt. Med utgångspunkt från resultatet för det första kvartalet bedömer producenterna att de under 2003 ytterligare kommer att förbättra sina resultat. Det är däremot osäkert hur resultatet kommer att utvecklas på längre sikt och hur de med nuvarande organisationsform kommer att klara sig om nya resurstarka svenska eller internationella företag etablerar sig och tar upp konkurrensen på den svenska AR-markanden.

I det följande kommer vi att redovisa dels principiella skäl, dels verksamhetsmässiga skäl för att AR-produktionen i framtiden bör bedrivas i bolagsform. En bolagisering av FMC kräver att 18 kap. 2 § AFL ändras. Oavsett

om FMC bolagiseras eller inte bör dock AFL ändras, så att det klart framgår av lagen att en FMU eller ARU kan läggas ut på entreprenad.

Principiella skäl talar för att ALT och FMC bör bolagiseras

En rad statliga verksamheter har under senare år bolagiserats och många av dessa bolag har sedan sålts ut till privata intressenter. Kriterier för bolagisering och utförsäljning av statliga myndigheters verksamhet formulerades i 1993 års finansplan (prop. 1992/93:100 bil 1). I propositionen angavs att statens ägande borde begränsas till områden och funktioner där marknaden inte själv kunde skapa de bästa förutsättningarna för en fungerande samhällsekonomi. Utgångspunkten för den dåvarande regeringens politik var att staten endast i undantagsfall och då med bestämda motiv skulle uppträda som ägare av verksamheter med kommersiella förutsättningar.

Kriterierna i 1993 års finansplan för bolagisering och utförsäljning baserades på RRV:s rapport *Konkurrensutsatt verksamhet hos förvaltningsmyndigheterna* (RRV dnr. 20-91-0908). Kriterierna var att verksamheten

- har betydande omfattning
- primärt inte styrs av politiska uppgifter och mål
- bedrivs under fungerande konkurrensvillkor
- har kommersiella förutsättningar och är oberoende av direkta anslagsmedel
- inte innebär myndighetsutövning

Både bolagisering och utförsäljning av statliga bolag kräver riksdagsbeslut. Riksdagen har gett regeringen bemyndigande att sälja ut ett antal statligt ägda bolag, som är uppsatta på den s.k. privatiseringslistan. I bolag där staten är minoritetsägare får regeringen själv besluta om försäljning av aktierna.

De regeringar, som har funnits sedan oktober 1994, har varit mer restriktiva vid tillämpningen av kriterierna för bolagisering, men kriterierna har inte ändrats. I den förvaltningspolitiska propositionen (prop. 1997/98:136) och i regeringens skrivelse till riksdagen om regeringens förvaltningspolitik (skr. 2000/01:151) angavs att den statliga verksamheten måste renodlas och att uppgifter som inte tillhör kärnverksamheten bör avvecklas eller överlåtas till annan huvudman. Det angavs också att konkurrensutsatt verksamhet normalt inte bör bedrivas i myndighetsform.

ALT är en del av myndigheten AMS, men ALT fungerar i huvudsak som ett vanligt kommersiellt företag. ALT har ett liknande utbud av tjänster som Resurs, som är ett bolag. Även FMC fungerar numera som ett kommersiellt företag. Att ALT och FMC bedrivs i myndighetsform är många kunder omedvetna om.

Verksamheten vid ALT och FMC uppfyller de kriterier för bolagisering och utförsäljning som formulerades i 1993 års finansplan. De AR-tjänster, som

ALT och FMC erbjuder i konkurrens med andra offentligt eller privat ägda företag, ingår inte i AMS:s respektive FK:s kärnverksamhet. Principiella skäl talar därför för att ALT och FMC bör bolagiseras.

I den förvaltningspolitiska propositionen fördes ett resonemang om att det i vissa fall kan vara motiverat att frånga huvudregeln om att konkurrensutsatt verksamhet inte bör bedrivas i myndighetsform. Som exempel på sådana *särskilda skäl* angavs att konkurrensen inom det aktuella området är otillräcklig eller att behovet av offentlig insyn och kontroll är särskilt stort.

I det följande diskuteras om det finns några *särskilda skäl* som motiverar att ha kvar myndighetsformen för ALT och FMC.

ALT

Som nämnts har ALT utvecklats ur dåvarande AMI, d.v.s. nuvarande AF Rehabilitering. När ALT bildades år 1991 fanns det få AR-företag och konkurrensen inom branschen var då svag. Sedan mitten av 1990-talet har dock ALT mött en allt hårdare konkurrens från dels företag med annan verksamhet som börjat erbjuda AR-tjänster, dels nybildade, rena AR-företag, vilka ofta har grundats av personer som hoppat av från ALT.

År 2000 köpte ALT tjänster från AMV för ca 20 mkr. Köpen omfattade bl.a. lokaler, ADB-stöd, kontorsmateriel och telefoni och funktionsbedömningar för vissa klienter vid AMI. Under detta år sålde ALT koncerninterna tjänster till länsarbetsnämnderna för ca 8 mkr. I övrigt har ALT få kontakter med AMV. På de flesta håll i landet är ALT inte samlokaliserat med AF.

De historiska och kulturella band som funnits mellan ALT och AF är idag svaga. Det finns få samproduktionsfördelar mellan AF:s anslagsfinansierade verksamhet och ALT:s uppdragsverksamhet. ALT får inga företagskunder genom AF. Ur marknadsföringssynpunkt är det dock ibland en fördel för ALT att tillhöra AMS, eftersom ALT då kan ge kunderna en bild av stabilitet och pålitlighet. Vanligen marknadsför sig ALT dock som ett rent konsultföretag och inte som en del av AMS.

Eftersom ALT är en del av myndigheten AMS gäller offentlighetsprincipen inom ALT:s verksamhet. Dock kan inte information om enskilda klienter lämnas ut till externa intressenter, eftersom sådan information, för att skydda den personliga integriteten, omfattas av sekretess. ALT kan således i sin verksamhetsberättelse och i den interna resultatredovisningen bara ge en allmän information om sin verksamhet. ALT verksamhetsberättelse liknar i stort den information som Resurs och andra AR-producenter lämnar. Som beställare av uppdrag från ALT kan FK ställa krav på att ALT, liksom andra AR-producenter, skall skydda sina klienters integritet. Krav kan även ställas på att de skall ha ett fungerande system för kvalitetssäkring samt att de skall ge FK information om de metoder man använder och om verksamhetens resultat. Något behov av att staten måste äga ALT för att få insyn i verksamheten finns därför inte.

Sammanfattningsvis anser vi att det inte finns några *särskilda skäl* som talar för att ALT:s verksamhet bör bedrivas i myndighetsform.

FMC

Som vi tidigare redovisat föreslog NYTRA-utredningen att FMC borde bli ett bolag under Socialdepartementet. Regeringen ansåg dock att FMC:s verksamhet borde bedrivas som en självständig enhet vid en av de allmänna försäkringskassorna. I propositionen om försäkringsmedicinskt centrum (prop.1998/99:76) angav regeringen två skäl för att FMC:s verksamhet inte borde bedrivas i bolagsform. För det första ansåg regeringen att konkurrensen vad gäller den utredningsverksamhet som bedrevs vid RFV:s sjukhus var begränsad. För det andra ansåg regeringen att det fanns ett särskilt stort behov av insyn i FMC:s utredningar, eftersom dessa utgör en del av beslutsunderlaget avseende olika typer av socialförsäkringsförmåner. I propositionen angavs också att FMU och ARU var områden som borde utvecklas och underställas ett antal fastställda krav och att dessa krav borde följas upp. För att ge möjlighet till offentlighet och insyn borde därför enligt propositionen FMC:s verksamhet bedrivas i myndighetsform.

Idag finns det ett 30-tal företag som erbjuder FMU och ännu fler som erbjuder ARU. Numera finns det således en fungerande konkurrens inom dessa områden. RFV fastställde år 2000 kvalitetskrav för FMU och ARU. Hösten år 2002 genomförde RFV en uppföljning av hur kraven tillämpats. Denna uppföljning omfattade både FMC:s och andra leverantörers verksamhet. Erfarenheterna visar således att det är möjligt att få insyn i verksamheten och att genomföra uppföljningar oavsett om utredningarna genomförs i myndighetsform eller bolagsform. Vi anser därför att det inte finns några särskilda skäl för att FMC:s verksamhet måste bedrivas i myndighetsform.

En bolagisering minskar risken för att konkurrensen snedvrids

Generellt gäller att det finns en risk för att konkurrensen snedvrids då uppdragsverksamhet bedrivs av en myndighet som både har avgiftsfinansierad och anslagsfinansierad verksamhet. I det följande skall vi diskutera risken för sådan snedvridning av konkurrensen vad gäller ALT och FMC. Även risken för snedvridning av konkurrensen vad gäller Resurs behandlas, eftersom Samhalls huvudverksamhet delvis finansieras med statsanslag.

ALT

Enligt reglerna i avgiftsförordningen (1992:1991) skall avgifterna i ALT:s verksamhet sättas så att de täcker samtliga kostnader i verksamheten. Uppdragsverksamheten får således inte subventioneras med medel från anslagsverksamheten. Eftersom ALT:s kostnader uppgår till endast ca 4 % AMV:s totala förvaltningskostnader, kan det vara svårt att upptäcka om en korssubventionering sker.

I rapporten *Yrkesinriktad rehabilitering inom AMV* (RRV 1992:35) konstaterade RRV att länsarbetsnämnderna hade svårigheter att finna beräkningsgrunder som rättvist fördelar kostnader för lokaler, utrustning, utbildning m.m. mellan de anslagsfinansierade enheterna och de avgiftsfinansierade. Våren 2001 inordnades ALT i AMS och en riksorganisation bildades för

uppdragsverksamheten inom rehabiliteringsområdet. AMS har även utarbetat nya regler för köp av tjänster (AMSFS 2001:8). Risken för korssubventionering är därmed idag liten.

I ovan nämnda revisionsrapport påpekade RRV att ALT:s verksamhet i vissa fall marknadsförts i samband med myndighetsutövning, vilket ger konkurrensfördelar i förhållande till andra rehabiliteringsproducenter. Vidare konstaterades att konsultrollen vid kontakter med arbetsgivarna inte varit tillräckligt tydlig. Vi konstaterar att det i ALT:s nuvarande riksorganisation inte finns någon av anställda som delar tjänster mellan myndighetsverksamhet och konsultverksamhet. ALT marknadsför sig enbart som konsulter. Uppdrag till ALT som förmedlas av AF förekommer praktiskt taget inte. De konkurrensproblem som RRV tidigare pekat på är således lösta.

Vi vill dock peka på ett par andra problem som är förknippade med att ALT ingår i myndigheten AMS och som kan påverka konkurrensen gentemot andra AR-producenter. ALT bildades ursprungligen genom att personal vid länsarbetsnämnderna överfördes från AMI och AF till ALT. För att bygga upp en uppdragsorganisation med flera hundra kvalificerade konsulter behövde länsarbetsnämnderna därför inte låna upp särskilt mycket pengar.

När ALT ombildades till en riksorganisation våren 2001 tillfördes ALT inte något nytt kapital. Det egna kapitalet uppgick den 31 december 2001 till endast 3,4 mkr. Samtidigt hade ALT ett lån och räntekontokredit i Riksgäldskontoret på 22,4 mkr. ALT:s omsättning uppgick år 2001 till 154 mkr. Det betyder att det egna kapitalet bara uppgick till ca 2 % av omsättningen. Ett privat företag behöver ett betydligt större eget kapital för att utveckla en organisation med ALT:s storlek och behöver också ett större eget kapital för att inte riskera att gå i konkurs om efterfrågan på företagets tjänster tillfälligt skulle vika. Ett privat företag skulle inte heller kunna få krediter på så goda villkor som ALT.

När efterfrågan på ALT:s tjänster vek i mitten av 1990-talet valde länsarbetsnämnderna i vissa län att minska kostnaderna genom att låta personal återgå till tjänster inom AF eller AMI. I Skåne t.ex. minskade ALT på detta sätt personalen från 40 personer till 11. När Riksorganisationen ALT bildades 2001 överfördes ett 20-tal personer från ALT till AF. De nödvändiga omstruktureringarna av ALT:s verksamhet har således i båda fallen finansierats med anslagsmedel.

Vi vill betona att länsarbetsnämnderna, då man överfört personal till och från ALT, följt gällande arbetsrättslagstiftning och att nämnderna således inte har gjort något formellt fel. Att ALT ingår i AMV, som är en del av den juridiska personen staten, innebär dock en konkurrensfördel för ALT.

För närvarande får AF inte köpa AR-tjänster från ALT. Att ALT ingår i AMV har således hittills inte inneburit att AF kunnat gynna den egna AR-verksamheten. Som nämnts har dock AMS och RFV fått i uppdrag av regeringen att utarbeta förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering för gruppen arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med en anställning som

inte kan återgå till sitt arbete. ALT och de andra AR-producenterna arbetar idag i stor utsträckning med klienter som har ett arbete, men där ALT-konsulten kommit fram till att den sjukskrivne bör försöka att finna ett annat arbete. Om resultatet av AMS:s och RFV:s utredning om det framtida rehabiliteringsansvaret för denna grupp blir att AF får ett vidgat ansvaret för att upphandla AR-tjänster, är det av konkurrensneutralitetsskäl nödvändigt att ALT avskiljs från AMS.

Resurs

Resurs var ursprungligen ett affärsområde inom Samhall AB. Det betydde att det även här förelåg svårigheter att fördela samkostnader rättvist mellan AR-konsultverksamheten och Samhalls huvudverksamhet, som är att erbjuda arbetslösa arbetshandikappade personer en meningsfull sysselsättning. Samhalls omsättning uppgick till ca 8 900 mkr år 2002. Nästan hälften av Samhalls huvudverksamhet är anslagsfinansierad. Eftersom Resurs intäkter bara utgör knappt en procent av de totala intäkterna för Samhall AB, finns det risk för att anslagsmedel kan användas för att korssubventionera den konkurrensutsatta verksamheten.

Ombildningen år 1997 av Resurs till ett dotterbolag till Samhall AB innebar minskad risk för korssubventionering. Alla transaktioner mellan moderbolaget och dotterbolaget synliggörs i redovisningen. En subventionering av Resurs kan bara ske genom att internpriserna för de tjänster som Resurs köper från Samhall AB sätts lägre än moderbolagets självkostnad för tjänsterna. Vid RRV:s revision av Samhalls årsredovisning har inget framkommit som indikerar att en sådan subventionering sker.

Under åren 1998-2002 har Resurs lämnat ett koncernbidrag till Samhall AB på sammanlagt 18 mkr. Resurs har gått med vinst alla år, utom år 2001 då gick Resurs med 9,1 mkr i förlust. Förlusten berodde på att Samhall AB av ekonomiska skäl måste dra ned på personalen och erbjuda äldre medarbetare avtalspension. Enligt ett koncernbeslut avtalspensionerades även personal vid Resurs, trots att en omstrukturering inte behövdes inom konsultverksamheten. Om en sådan pensionering inte gjorts hade Resurs intäkter blivit större och verksamheten sannolikt gått med vinst även år 2001. Trots underskottet år 2001 har Resurs dock sammantaget under åren 1998-2002 gått med vinst och kunnat lämna ett koncernbidrag till moderbolaget.

Eftersom Resurs således lämnar ett betydande koncernbidrag till moderbolaget, finns det ingen grund för att misstänka att Samhall AB skulle subventionera Resurs verksamhet genom att inte ta ut fullt pris för de tjänster som moderbolaget levererar till Resurs.

FMC

Försäkringskassan Östergötland har små möjligheter att utnyttja anslagsmedel för att subventionera FMC:s verksamhet, eftersom FK:s kostnader för administration av sjukpenning och förtidspension bara uppgår till ca 80 mkr och således är mindre än kostnaden för FMC. Huvuddelen av FMC:s kostnader är dessutom hänförliga till enheterna i Tranås, Nynäshamn och Göteborg. Verksamheten vid dessa enheter är både geografiskt och verk-

samhetsmässigt skild från Försäkringskassan i Östergötlands län. De lokaler och andra tjänster som behövs för FMC:s stab i Linköping och som köps från östgöta-kassan är av relativt liten ekonomisk betydelse. Trots att FMC är en enhet vid Försäkringskassan i Östergötlands län är risken för kors-subsventionering därför liten.

Samtliga FK har ramavtal med FMC vad gäller FMU och ARU. Ur marknadsföringssynpunkt är det en fördel för FMC att tillhöra social-försäkringsadministrationen och att FMC har en i AFL angiven uppgift. Enligt vad vi erfarit förmodar vissa konkurrenter till FMC att handläggarna vid FK gynnar FMC då man tillämpar ramavtalen och avropar försäkrings-medicinska utredningar. Vi konstaterar dock att handläggarna inte har några ekonomiska motiv att gynna FMC, eftersom varje FK är en egen juridisk enhet. Korta resavstånd till en utredningsenhet har större betydelse än huvudmannskapet för vilken FMU-producent handläggarna väljer att utnyttja. FMC:s andel av östgöta-kassans köp av AR-tjänster är inte heller orimligt hög. Om FMC omvandlas till ett bolag skulle det dock inte finnas någon grund för att misstänka att FK gynnar FMC.

Bättre utvecklingsmöjligheter vid en bolagisering/avknoppning

Generellt gäller att det är svårt för en myndighet att utveckla en framgångsrik affärsverksamhet. Det regelverk som gäller för statliga myndigheter kan utgöra hinder för att utveckla och snabbt anpassa organisationen och utbudet av tjänster efter kundernas behov och önskemål.

Aktiebolagsformen har fördelen att den är väl reglerad och väl känd bland marknadsaktörerna. I aktiebolagslagen (1975:1385) återfinns bl.a. regler beträffande beslutsformer, ansvarsfördelning, insyn och kontroll. Samtidigt är aktiebolagsformen flexibel. Genom köp av aktier kan fusioner genomföras mellan företag och dotterbolag kan bildas för nya verksamhetsområden. Det finns inte några begränsningar i aktiebolagslagen vad gäller vilken typ av verksamhet som kan bedrivas i ett aktiebolag. Aktiebolagsformen är samtidigt lämplig då långsiktiga samarbetsavtal krävs mellan olika parter och man behöver träffa affärsöverenskommelser som innebär kommersiella risker.

I det följande behandlar vi frågan om en omvandling av ALT och FMC till bolag skulle innebära bättre utvecklingsmöjligheter för AR-verksamheten. Frågan om en avknoppning av dotterbolaget Resurs från Samhall AB behandlas också.

ALT

Överförandet av ALT från länsarbetsnämnderna till AMS innebar att förutsättningarna för marknadsföring och utveckling av AR-tjänster avsevärt förbättrades. De senaste två årens förändringsarbete har tagit sikte på att skapa en tydlig företagsidentitet. Bl.a. har ett antal utvecklingsprojekt påbörjats för att effektivisera organisationen, ta fram nya tjänster och nå nya kunder. Des-

sa utvecklingsprojekt bedrivs i sin helhet inom ALT och har ingen koppling till AMV:s övriga utvecklingsarbete.

Detta finns grundläggande skillnader mellan ALT och övriga AMV, t.ex. att

- ALT är avgiftsfinansierat medan övriga enheter inom AMV är anslagsfinansierade.
- ALT har ingen myndighetsutövning, vilket många av de andra enheterna har.
- ALT har en regional organisation, medan AMV:s regionala och lokala verksamhet (med undantag för AF Kultur) inte utförs av AMS, utan av länsarbetsnämnderna och AF.
- ALT har andra målgrupper än övriga AMV.
- ALT har en annan personalkategori än AMV.
- ALT har bonusersättningar medan övriga tjänstemän inom AMV bara har en fast lön.

ALT:s kunder efterfrågar inte enbart rehabiliteringstjänster, utan de har även behov av hjälp med förebyggande insatser samt hjälp vid omstrukturering och personalrekrytering. ALT har successivt breddat sitt utbud av tjänster för att kunna öka sin försäljning mot såväl privata som offentliga arbetsgivare och uppnå synergieffekter. En sådan utveckling är dock inte förenlig med AMV:s nuvarande uppgift såsom de definieras i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

Myndighetsformen kräver politiska beslut, t.ex. om man vill ta upp större lån eller genomföra grundläggande förändringar i organisation och affärsinriktning. En myndighet omfattas också av reglerna i LOU. ALT kan därför inte ingå samarbetsavtal eller partnerskap på det flexibla sätt som bolagsformen tillåter.

Ett ytterligare motiv för att bolagisera ALT är det möjliggör försäljning av AR-tjänster till AF. Det innebär att ALT då kan utveckla tjänster för gruppen sjukskrivna arbetslösa och därmed konkurrera på lika villkor med bl.a. Resurs, som idag får vissa sådana uppdrag.

Sammantaget bedömer vi att ALT:s utvecklingsmöjligheter skulle förbättras om ALT omvandlas till ett bolag.

Resurs

Resurs har idag få kopplingar till Samhalls kärnverksamhet. Många arbetsgivare och klienter associerar Samhall med en skyddad verkstad. I kundkontaktarna är det ofta svårt och tar tid att förklara att Samhall Resurs AB bedriver en helt annan verksamhet än moderbolaget.

Samhall håller för närvarande på att omstrukturera sin verksamhet från industriell tillverkning till serviceverksamhet. Det betyder att Samhalls ledning är fokuserad på denna uppgift. Som nämnts lämnar Resurs ett betydande koncernbidrag till moderbolaget. Då detta begränsar Resurs möjligheter

att utveckla nya verksamheter och produkter anser vi att Resurs bör avknoppas från Samhall AB.

FMC

Eftersom FMC:s för närvarande är en del av Försäkringskassan i Östergötlands län, är FMC:s uppgift idag begränsad till att utföra utredningar. Då de argument, som låg till grund för beslutet att FMC bara skall arbeta med utredningar, numera kan anses överspelade, finns det enligt vår mening skäl att häva denna begränsning. Att FMC inte självt har möjlighet att genomföra de rekommendationer om aktiva AR-åtgärder, som man föreslår i avrapporteringen av sina uppdrag till FK, innebär att FMC inte får samma förutsättningar som sina konkurrenter att utveckla sin verksamhet och lära av erfarenheterna. FMC:s kompetens är enligt vår bedömning såväl tillräcklig som väl lämpad för att arbeta med hela kedjan i rehabiliteringsprocessen, dvs. från utredningar till genomförande och uppföljning av åtgärder. Vår bedömning är att FMC skulle få bättre utvecklingsmöjligheter om verksamheten bolagiseras.

Vårt förslag

Eftersom ALT:s och FMC:s verksamhet idag är konkurrensutsatt bör verksamheten av principiella skäl bolagiseras. Vi har inte kunnat finna några särskilda skäl som motiverar att den konkurrensutsatta verksamheten alltså bör bedrivas i myndighetsform.

Det finns inga indikationer på att det idag skulle förekomma en snedvridning av konkurrensen vid ALT, Resurs och FMC genom att uppdragsverksamheten korssubventioneras med medel från den anslagsfinansierade verksamheten. Genom att bedriva även ALT:s och FMC:s verksamhet i bolagsform kan man dock minska risken för att sådan korssubventionering uppstår i framtiden.

En bolagisering av ALT och FMC samt avknoppning av Resurs från Samhall AB bedömer vi kommer att skapa bättre utvecklingsmöjligheter för AR-verksamheten.

En bolagisering/avknoppning kan medföra att moderorganisationens administrativa system och gemensamma stödresurser inte längre kan utnyttjas, men vi bedömer att omställningskostnaderna kommer att bli små. Om nya planerings-, redovisnings- och uppföljningssystem måste införas kan de anpassas till AR-verksamhetens behov. En bolagisering/avknoppning kan därmed på sikt leda till besparingar.

Sammantaget anser vi att det finns starka skäl som talar för att

- ALT och FMC bolagiseras
- Resurs avknoppas från Samhall AB

Vi anser att AF Rehabilitering tills vidare bör vara kvar inom AMV. En utvärdering bör dock göras av effektiviteten i AF Rehabiliterings verksamhet jämfört med övriga AR-producenters verksamhet. AF Rehabilitering har idag inte en sådan affärsmässig mognad att en bolagisering är aktuell. Däremot kan på sikt övervägas att göra delar av AF Rehabilitering till en resultatenheter, som får konkurrera med andra AR-producenter om uppdrag från AF och andra beställare. AF Rehabilitering skulle i så fall genomgå samma utveckling som AMU, nuvarande Lernia AB, har gjort och som vi nu föreslår för ALT.

En bolagisering av ALT och FMC innebär att bolagen kan köpa kompletterande verksamheter och sälja delar av verksamheter som man inte behöver eller som inte passar in i en långsiktig utvecklingsstrategi. Vid en bolagisering/avknoppning kan regeringen såsom ägare av ALT, Resurs och FMC också initiera strukturförändringar i syfte att effektivisera verksamheten och bredda utbudet av AR-tjänster.

Av de statliga producenterna är det framför allt ALT och Resurs som direkt konkurrerar med varandra om AR-uppdrag. FMC utför idag främst FMU och inom detta område är ALT och Resurs för närvarande inte verksamma.

Vid en hopslagning av ALT och Resurs kan man uppnå vissa stordriftsfördelar och minska de administrativa kostnaderna. Eftersom ALT och Resurs har ett likartat utbud av tjänster skulle dock en sammanslagning i sig inte leda till att nya tjänster skapas och att en producent med "fullsortiment" av tjänster skapas. På vissa delmarknader skulle ett sammanslaget ALT och Resurs få en dominerande ställning. Ur konkurrenssynpunkt är detta en nackdel. Både ALT och Resurs håller för närvarande på att se över sitt produktutbud. De strävar efter att få en tydligare företagsprofil och att få ett mer enhetligt utbud av tjänster. De båda företagen har olika kultur, arbets sätt och metoder. En fusion skulle i nuvarande läge kunna leda till att konsulter hoppar av och startar eget. Detta innebär en förlust för staten som ägare, utan att man vare sig får en bättre företagsstruktur eller fler företag med utvecklingspotential.

Däremot kan det finnas fördelar att slå ihop FMC med antingen ALT eller Resurs. Den medicinska kompetens som finns inom FMC skulle kunna bli ett bra komplement till den företagsinriktade konsultverksamheten vid ALT respektive Resurs. Ett sådant sammanslaget företag skulle få bättre kompetens för att rehabilitera långtidssjukskrivna personer med sammansatta problem, dvs. personer som har behov av en multidisciplinär rehabilitering. Vid en sammanslagning bör vissa administrativa besparingar kunna göras och lokaler och andra resurser kunna utnyttjas mer effektivt. FMC:s verksamhet skulle också på ett mer ekonomiskt sätt kunna byggas ut över hela landet och verksamheten skulle kunna samordnas med de utredningar och aktiva AR-insatser, som ALT respektive Resurs genomför ute på företagen.

I InterPares Managements rapport *Arbetslivstjänsters långsiktiga utveckling* (maj 2001) pekade konsulterna på att företagshälsovården har fått en ökad betydelse för att komma tillrätta med ohälsoproblemet. Enligt konsulterna

vore det naturligt med ett närmare samarbete mellan ALT och någon av de rikstäckande konstellation av företag som har börjat byggas upp inom företagshälsovården. Genom ett sådant samarbete och eventuell försäljning av ALT skulle en kraftfull AR-aktör skapas. Omvänt kunde konsulterna tänka sig att ALT, efter en bolagisering, köper upp vissa företags-hälsovårdsenheter.

Under vår granskning har framkommit att de statliga producenterna, dvs. ALT, Resurs, FMC och Lernia, har dåliga kunskaper om varandras verksamhet. De anser allmänt att de behöver bredda sitt tjänsteutbud och sin kompetens. Om detta bör ske genom en sammanslagning med annan statlig AR-producent, förvärv av privata företag eller genom organisk tillväxt har de inte, innan vår granskning påbörjades, funderat över.

Det finns idag inte underlag för att ta ställning till hur staten bör organisera sina produktionsresurser inom AR-området. Denna fråga liksom frågan om staten verkligen behöver äga AR-företag anser vi behöver utredas ytterligare.

I det fortsatta arbetet anser vi att man i första hand bör analysera ekonomiska och andra konsekvenser av en bolagisering/avknoppning av ALT, Resurs och FMC, men med ett bibehållet statligt ägande av dessa tre självständiga bolag. I andra hand bör man analysera konsekvenserna av att slå ihop FMC med ALT eller Resurs. En försäljning till privata intressenter av någon av de statliga AR-producenterna är vi i nuläget mer tveksamma till, eftersom det finns en risk för att detta kan leda till att personal lämnar verksamheten. En försäljning bör endast komma ifråga om ett nytt, större bolag bedöms få en bättre utvecklingspotential och om personalens kompetens verkligen kan tas till vara och utvecklas i en större organisation.

Bättre förutsättningar för produktionen av rehabiliteringstjänster

Under granskningsarbetet har det framkommit att det föreligger stora brister i rehabiliteringssystemet vad gäller bl.a. ansvarsfördelningen för köp av AR-tjänster och organisationen av upphandlingen. Vidare har framkommit att resurserna för köp av AR-tjänster inte fördelas mellan nya och gamla sjuk-skrivningsfall, så att man får bästa möjliga effekt vad gäller återgång till arbete, samt att resultaten av FK:s köp av AR-tjänster inte följs upp. I det följande diskuteras vad vi anser att staten bör göra för att förbättra produktionsförutsättningarna och därmed främja en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering.

En tydligare reglering av ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster

Nuvarande reglering av ansvaret för AR

Enligt AFL skall arbetsgivaren göra en rehabiliteringsutredning och svara för de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Av förarbetena till

1991 års lagändring (prop. 1990/91:141) framgår att arbetsgivarens ansvar att utreda rehabiliteringsbehovet gäller oavsett hur behovet har uppstått. Arbetsgivarens ansvar för att vidta åtgärder är däremot mer begränsat. Det omfattar enbart AR-insatser, dvs. inte medicinska eller sociala åtgärder, och endast sådana AR-insatser som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna arbetsplatsen. Som exempel på sådana åtgärder nämndes i propositionen arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Även tekniska åtgärder för att minska arbetsbelastningen samt åtgärder beträffande arbetsorganisation och arbetsinnehåll nämndes i propositionen som exempel på åtgärder som ingår i arbetsgivarens ansvar.

I AFL anges att FK i samråd med den försäkrade skall se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Dessutom anges att FK skall ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen om det ”finns skäl till det”. Att FK kan ta över rehabiliteringsansvaret och även köpa aktiva AR-åtgärder innebär att det kan uppstå en oklarhet om hur ansvaret är fördelat mellan arbetsgivaren och FK.

Långtidssjukskrivna arbetslösa är en växande grupp. Enligt 1991 års rehabiliteringsreform har AF ansvaret för denna grupp, men ansvaret är inte reglerat i någon författning. De flesta långtidssjukskrivna har avaktualiserats från förmedlingarna. Detta har bidragit till att AMV har klarat sitt mål att minska antalet långtidsinskrivna vid förmedlingarna. Enligt den nya bestämmelse som infördes i försäkringskassornas regleringsbrev för budgetåret 2002 får inte kassorna köpa aktiva rehabiliteringstjänster för arbetslösa. Därmed får inte de arbetslösa sjukskrivna den rehabilitering som de är i behov av.

Tidigare lämnade förslag till ändrad reglering

Frågan om förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar har behandlats av olika statliga utredningar. Så t.ex. föreslog AGRA-utredningen i betänkandet *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104) att arbetsgivarens ansvar för att utreda rehabiliteringsbehovet borde begränsas till frågor om arbetslivsinriktad rehabilitering i den egna verksamheten. Att utreda frågor om medicinsk och social rehabilitering föreslogs bli en frivillig uppgift. Ansvaret för att finansiera de AR-åtgärder, som behövs för att arbetstagaren skall kunna återgå till arbete hos arbetsgivaren, föreslogs ligga kvar på denne, men arbetsgivaren föreslogs få halva kostnaden betald av den allmänna försäkringen.

I betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:74) konstaterade Gerhard Larsson att arbetsgivaren bara genomför och inom åtta veckor skickar in rehabiliteringsutredningar till FK i en fjärdedel av fallen. Han föreslog att FK helt skulle ta över ansvaret för att genomföra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret för genomförande av åtgärder föreslogs dock ligga kvar på arbetsgivaren.

I utredningen *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5) konstaterade utredningsmannen Jan Rydh att vad som ryms inom definitionen AR är oklart och att frågan om vilka åtgärder som arbetsgivaren skall svara

för och finansiera ofta blir föremål för förhandlingar. Detta innebär stora risker för godtycke och olika behandling av de sjukskrivna. Om AR-åtgärder vidtas eller inte blir beroende på arbetsgivarens vilja och ekonomiska möjligheter att genomföra åtgärderna samt på FK:s tillgång på medel och den enskilde rehabiliteringshandläggarens inställning. Jan Rydh underströk i sin utredning att ansvaret för genomförande och finansiering av medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder åligger sjukvården, arbetsgivaren och AF enligt gällande lagstiftning. Han ansåg därför att FK:s möjligheter att köpa tjänster borde begränsas till FMU, underlag från företagshälsovården och AR-åtgärder vid småföretag.

Arbetsgivaren har idag inga kostnader för en långtidssjukskriven person, eftersom man efter en längre tids sjukskrivning normalt har tvingats att skaffa en ersättare. I Näringsdepartementets promemoria *Starkare ekonomiska drivkrafter för att minska sjukfrånvaron* (Ds 2002:63) föreslogs att arbetsgivaren skall betala 15-50 % av arbetstagarens sjukpenning och att den nya avgiften borde införas i två steg med början inom offentlig sektor. Regeringen diskuterade under våren 2003 detta förslag med samarbetspartierna och med arbetsmarknadens parter. Något konkret förslag presenterades dock inte i vårpropositionen (prop. 2002/2003:100), men det angavs att regeringen i budgetpropositionen för 2004 skulle lägga fram ett förslag till närmare utformning av ett system med ekonomiska incitament för arbetsgivare. I vårproposition redovisade regeringen även vissa riktlinjer för systemets utformning. Bl.a. angavs att arbetsgivaren skall betala en del av ersättningen utöver sjuklöneperioden. Systemet avses komma att införas den 1 januari 2004.

Förslaget om att arbetsgivaren skall betala en del av sjukpenningen är omdiskuterat. Förslaget innebär ett förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och kan leda till att den sjukförsäkringsavgift, som finansierar den allmänna försäkringen, på sikt kan sänkas. Förslaget innebär dock att arbetsgivarna blir mer tveksamma att anställa personer, som har ofta varit sjuka eller som man misstänker löper risk att bli långtidssjukskrivna. Särskilt på mindre arbetsplatser kan det också uppfattas som orättvist att arbetsgivaren enligt förslaget måste betala en del av sjukpenningen även i de fall sjukskrivningen har rent medicinska eller personlig orsaker. I dessa fall kan arbetsgivarens inte vidta åtgärder för att förhindra insjuknandet eller genom AR-insatser förkorta sjukskrivningstiden.

RRV ställde sig i sitt yttrande över promemorian Ds 2002:63 i princip positiv till förslaget att öka de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivare enligt de riktlinjer som förs fram i promemorian. RRV ansåg dock att införandet av avgiftssystemet borde senareläggas och att det borde kombineras med andra åtgärder (RRV dnr. 2003-02-17).

Vi har i samband med föreliggande granskning besökt Stiftelsen Centralfonden för anställda inom skogsbruket och skogsindustrin. Inom denna bransch har man satsat stora resurser på förebyggande arbete och man har också markant lyckats med att få ned korttidssjukskrivningarna. Långtids-

sjukskrivningarna ligger dock kvar på en hög nivå och här har man inte lyckats bättre än inom den övriga industrin.

I den diskussionen som vi för nedan om hur man skulle kunna tänkas förtydliga ansvaret utgår vi från regeringens förslag och förutsätter att någon form av ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare kommer att införas. Vi vill dock påpeka att ekonomiska incitament kan skapas även på annat sätt, t.ex. genom differentierade socialförsäkringsavgifter där den bransch eller sektor, som har många sjukskrivna och förtidspensionärer, får betala en högre avgift.

Arbetsgivarens bör ha ansvar för köp av AR-tjänster åt sina anställda

RFV har i rapporten *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (RFV Anser 1999:8) konstaterat att nuvarande ordning att FK kan köpa AR-insatser för sjukskrivna, som har en arbetsgivare, innebär att det uppstår en oklarhet om vem som har rehabiliteringsansvaret. I budgetpropositionen för 2003, föreslogs att FK inte skall få använda de särskilda medlen för att köpa aktiva AR-åtgärder för långtidssjukskrivna som har en anställning. Ett genomförande av detta förslag skulle i kombination med att arbetsgivaren ges ett betalningsansvar för sjukpenningen, innebära ett förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Om arbetsgivaren inte fullgör sina skyldigheter kan FK själv göra en ARU eller köpa en sådan utredning från en AR-producent. FK kan även upphandla de AR-insatser som behövs för att möjliggöra en återgång till arbete. Om en ARU visar att den sjukskrivne efter en rehabilitering bedöms kunna åtgå i arbete hos sin arbetsgivare, försöker FK att förmå arbetsgivaren att vidta dessa åtgärder. I många fall kan arbetsgivaren genom relativt enkla åtgärder anpassa arbetsmiljön eller arbetsuppgifterna, så att den anställda kan återgå i arbete trots en funktionsnedsättning eller kvarvarande smärta. Genom sådan påverkan på arbetsgivaren kan FK undvika att själv behöva finansiera AR-åtgärder. Ett problem är dock att utredningarna och förhandlingarna med arbetsgivaren ofta drar ut på tiden och medför administrativa kostnader för både arbetsgivaren och FK. Detta är ett av skälen till att det tar lång tid innan AR-åtgärder påbörjas och till att FK:s förvaltningsutgifter för ”Åtgärder mot ohälsa” är nästan dubbelt så stor som det anslag, som FK använder för köp av utredningar och aktiva AR-åtgärder.

Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen ansvaret för att förebygga att ohälsa uppkommer i arbetslivet. Med det nära samband som finns mellan det förebyggande arbetet och AR-åtgärder för anställda som drabbats av ohälsa till följd av arbetet är det naturligt att arbetsgivaren har huvudansvaret för AR-åtgärder på den egna arbetsplatsen. Arbetsgivaren har ju också bättre kunskaper om den anställda än vad FK har och arbetsgivaren har därmed bättre förutsättningar att ta reda på orsaken till ett sjukdomsfall och att klara ut vad som kan göras på arbetsplatsen för att den anställda skall kunna gå tillbaka till sitt gamla arbete eller till nya uppgifter hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren kan också själv eller genom t.ex. det bolag, som man anlitar för arbetsmarknadsförsäkringar och avtalspensioner, upphandla AR-

tjänster i smidigare former än FK, som måste tillämpa reglerna i LOU vid köp av AR-tjänster. Om FK upphandlar AR-tjänster uppstår också samordningsproblem om det finns flera personer som är långtidssjukskrivna på ett visst företag eller i en viss förvaltning. Normalt är det den FK, som den sjukskrivne tillhör, som handlägger frågor om sjukskrivning och rehabilitering. Om det finns flera långtidssjukskrivna personer och dessa bor i olika kommuner, kommer det därmed vara flera handläggare vid FK som hanterar deras rehabiliteringsärenden och som eventuellt upphandlar AR-insatser åt dem. Ur denna synpunkt är det bättre om företaget eller förvaltningen självt köper och finansierar AR-tjänsterna för sina sjukskrivna. Köpen av dessa tjänster kan då samordnas inbördes samt med köp av förebyggande insatser. Den AR-producent, som arbetsgivaren anlitar kan upptäcka och mönster i frånvaron och orsaken till många sjukskrivningar. Därmed får man en grund för både förebyggande arbete och rehabilitering.

Om arbetsgivaren ges ett betalningsansvar för en del av sjukpenningen, kommer arbetsgivaren att få ett ökat incitament för att genomföra rehabilitering. I de fall rehabiliteringen lyckas och den sjukskrivne kan återgå i arbete, slipper arbetsgivaren att betala sjukpenning. Dessutom kan arbetsgivaren under den tid som AR-insatser pågår slippa att betala sin andel av sjukpenningen, eftersom den byts ut mot rehabiliteringsersättning. Enligt 22 kap 7 § AFL skall rehabiliteringsersättning ges när en försäkrad, vars arbetsförmåga är nedsatt till följd av sjukdom, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringsersättningen är lika stor som sjukpenningen. Förslaget i ovan nämnda departementspromemoria om arbetsgivarens betalningsansvar (Ds 2002:63) omfattar bara ansvar för sjukpenning, men inte ansvar för utbetalning av rehabiliteringsersättning under den tid som arbetsgivaren genomför och finansierar AR-åtgärder. Förslaget skulle således innebära att arbetsgivaren får ett starkt incitament att påbörja AR-insatser tidigt.

I de fall en återgång i arbete är möjlig på den gamla arbetsplatsen är det naturligt att arbetsgivaren har ett odelat ansvar både för att utreda rehabiliteringsbehovet och för att vidta erforderliga AR-åtgärder i anslutning till den egna arbetsplatsen. Vi anser att arbetsgivaren i dessa fall bör ges ett tydligare juridiskt och finansiellt ansvar, men vi går inte in på frågan om hur ansvaret närmare bör regleras i lagstiftningen och hur ett system med ekonomiska drivkrafter mer i detalj bör utformas. Vi förutsätter dock att arbetsgivarens ansvar för att finansiera en del av sjukpenningen bara kommer att gälla för nya sjukskrivningsfall.

I vissa fall krävs mer omfattande AR-insatser, t.ex. av den typ som Svenska Rygginstitutet, Alfa Rehab Centrum och Årekliniken erbjuder. Dessa företags AR-insatser gränsar mot området medicinsk rehabilitering. Särskilt vid mindre företag kan det vara svårt att få arbetsgivaren att finansiera insatser, som genomförs utanför den egna arbetsplatsen. För att stimulera arbetsgivaren att vidta AR-åtgärder, som gränsar mot området medicinsk rehabilitering, kan det därför finnas motiv att ha kvar ett delat finansiellt ansvar mellan företag/förvaltning och staten. För att få ett tydligt juridiskt ansvar bör dock i dessa fall arbetsgivaren ansöka om statligt stöd för åtgärderna. I samtliga fall där målet är en återgång till arbete på den gamla arbetsplatsen bör såle-

des arbetsgivaren ha ansvaret för att ta initiativet till och själv genomföra eller köpa AR-tjänster, men med möjlighet att få statsbidrag för vissa typer av åtgärder, som vidtas utanför den egna arbetsplatsen eller som gränsar mot området medicinsk rehabilitering.

Vid byte av arbete bör ansvaret dock kunna överföras till staten

Vid de rehabiliteringsutredningar, som ALT, Resurs och andra AR-producenter genomfört på uppdrag av arbetsgivare eller FK, har det visat sig att byte av arbete och arbetsgivare ofta är nödvändigt för en framgångsrik rehabilitering. Det är också den vanligaste rekommendationen i de ARU som producenterna genomför.

För att en rehabilitering till arbete skall lyckas krävs vanligen att både arbetsgivaren och den sjukskrivne är motiverade att bryta sjukskrivningen. Om arbetsgivaren inte vill ha tillbaka den långtidssjukskrivne och den sjukskrivne inte heller vill tillbaka till sitt gamla arbete, är det inte meningsfullt att kräva att arbetsgivaren skall genomföra AR-insatserna. Rehabiliteringen bör då istället ske genom samarbete med andra företag i en s.k. arbetsgivar-ring eller genom att staten tar över rehabiliteringsansvaret.

AF har rehabiliteringsansvaret för sjukskrivna arbetslösa. De sjukskrivna, som har en arbetsgivare, men som behöver byta arbete, är i princip i samma situation som sjukskrivna arbetslösa. Det är därför är naturligt att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar för gruppen sjukskrivna, som har en anställning, men som behöver byta arbete, förs över till AF.

Nuvarande rehabiliteringssystem innebär att FK dels har uppgiften att pröva och kontrollera rätten till sjukpenning och förtidspension, dels har uppgiften att hjälpa de sjukskrivna att bli friska och kunna försörja sig själva. Det har visat sig vara svårt att kombinera dessa båda roller. Om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar förtydligas och AF ges ansvaret för rehabilitering av både sjukskrivna arbetslösa och sjukskrivna som behöver byta arbete, innebär detta en renodling av FK:s uppgifter. För närvarande har dock FK större erfarenhet av att upphandla AR-tjänster än vad AF har.

Vi anser att det både för gruppen sjukskrivna arbetslösa och gruppen sjukskrivna anställda, som behöver byta arbete, är angeläget med en tydlig ansvarsfördelning mellan AF och FK. Ansvarsfördelningen bör enligt vår mening regleras författningsmässigt.

Som tidigare nämnts har AMS och RFV i uppdrag att se över ansvarsfördelningen mellan AF och FK. Vi tar inte här ställning till hur ansvarsfördelningen mellan AF och FK bör utformas. I sammanhanget vill vi bara peka på att om arbetsgivaren, såsom regeringen föreslår i vårpropositionen, åläggs att finansiera en del av de anställdas sjukpenning, finnas det i de fall en överföring sker av rehabiliteringsansvaret från arbetsgivaren till AF eller FK skäl att införa en överföringsavgift. En sådan avgift bör då beräknas med utgångspunkt från de kostnader som arbetsgivare har för långtidssjukskrivna, som efter rehabilitering kan återgå till sitt gamla arbete. Även om över-

föringen bara avser övertagande av rehabiliteringsansvaret och inte anställningsansvaret, torde en överföringsavgift behövas för att begränsa antalet ansökningar om att föra över rehabiliteringsansvaret till staten. En sådan avgift kan även behövas för att ge arbetsgivaren incitament att verkligen utreda och pröva möjligheterna att genomföra en anpassning av arbetsmiljön eller att vidta AR-insatser, så att den anställde inte behöver byta arbetsplats för att kunna komma åter i arbete.

Utnyttja den kompetens som finns inom AR-företagen

Det är svårt att i förväg avgöra om sjukskrivningen kommer att kunna brytas genom AR-åtgärder som syftar till att skapa förutsättningar för ett byte av arbete. Det gäller i synnerhet vid symtomdiagnoser såsom värk i leder och stressrelaterade besvär. De flesta långtidssjukskrivna har sådana diagnoser. ALT, Resurs och andra professionella AR-företag har utvecklat kompetens och en god förmåga att upptäcka vilka egna resurser som den sjukskrivne har och motivera honom eller henne att satsa på omskolning och arbetsträning, som kan leda till att sjukskrivningen bryts och till en anställning. Motivationsskapande insatser och rekommendation om byte av arbete, som accepteras av den sjukskrivne, är huvudförklaringen till att AR-producenterna når goda resultat för klienter som varit sjukskrivna mycket länge. Om rehabiliteringsansvaret överförs till AF eller FK och arbetsgivaren åläggs att betala en överföringsavgift, bör myndigheten för dessa medel inte själv utföra de utredningar och AR-insatser som krävs. Vi anser istället att myndigheten bör upphandla tjänsterna i konkurrens och att den kompetens som finns hos AR-producenterna bör tas till vara.

Sammanfattningsvis anser vi att rehabiliteringsansvaret och ansvaret för köp av AR-tjänster bör förtydligas. Vi har ovan utifrån materialet i tidigare utredningar och utifrån vad som framkommit i vår granskning också skisserat hur ansvaret skulle kunna förtydligas. Vi har dock inte analyserat konsekvenserna för FK och AF samt för företag och förvaltning. Ytterligare utredningar kan därför behövas. I sammanhanget kan nämnas att det inom RRV pågår en granskning av hur FK sköter sin samordningsuppgift inom rehabiliteringsområdet. Oavsett hur ansvaret närmare fördelas mellan arbetsgivaren, FK och AF anser vi att det är angeläget att AR-tjänsterna så långt möjligt upphandlas i konkurrens och att den kompetens som finns inom AR-företagen utnyttjas.

En professionell, samlad upphandlingsfunktion på regional nivå

Som vi tidigare beskrivit har FK förbättrat sin upphandlingskompetens. Köpen av AR-tjänster är dock uppdelade på många händer och upphandlingsförfarandet är fortfarande ineffektivt. Om AF skulle få uppgiften att köpa AR-tjänster för gruppen långtidssjukskrivna arbetslösa och för de som har en anställning, men som skulle behöva byta arbete, innebär detta att upphandlingsansvaret och kompetensen fördelas på ännu fler personer. Vi anser att det vore att gå fel väg.

I stället föreslår vi att det inrättas en samlad upphandlingsfunktion, som ges ansvar och resurser för köp av alla de AR-tjänster som sker med statliga medel. En sådan samlad upphandlingsfunktion kan inordnas i AMV:s organisation eller i socialförsäkringsadministrationen. Den kan även bilda en egen organisation kopplad till både FK och länsarbetsnämnderna. Hur en samlad upphandlingsfunktion organiseras bör lämpligen behandlas i anslutning till AMS:s och RFV:s utredning om effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering.

En samlad upphandlingsfunktion för AR-tjänster måste ha en hög professionell kompetens och kunskaper om sjukskrivna med sammansatta problem och om hur man med multidisciplinära insatser kan bryta en sjukskrivning. Funktionen bör också ha god kännedom om olika AR-producenters utbud av tjänster och om resultatet av deras verksamhet.

Upphandlingen av AR-tjänster bör främst vara inriktad på tidig rehabilitering. Nya former för effektiv upphandling bör härvid prövas. Så t.ex. bör kartläggningar och bedömningar av rehabiliteringsbehov kunna upphandlas för större grupper av sjukskrivna, där volym och totalpris anges i anbudet. Inom ramen för försöksverksamhet i Norrköping och Västerås, som påbörjades våren 2003, gör FMC på uppdrag av FK en tidig kartläggning och bedömning av ca 400 sjukskrivna i vardera staden. Enligt vad vi erfarit från FMC projektgrupp i Norrköping anser både beställaren och producenten att den arbetsmetod och den form för upphandling som tillämpats i försöksverksamheten fungerar bra.

Volymavtal bör även kunna användas för olika former av aktiva AR-åtgärder. Upphandling av samordnade insatser, som omfattar alla stegen i rehabiliteringsprocessen, bör också prövas. Målet bör inte bara vara att bryta sjukskrivningen, utan även att den sjukskrivne skall komma åter i arbete på den öppna arbetsmarknaden. Den föreslagna upphandlingsfunktion bör ha möjlighet att pröva olika typer av incitamentavtal, dvs. avtal där en del av ersättningen till AR-producenten utbetalas om den sjukskrivne efter avslutad rehabilitering kommer åter i arbete.

ANSA (Utredningen om socialförsäkringsadministrationen, S 2002:14) har i en PM 2003-05-06 bedömt att det i nuläget är svårt att göra några mer omfattande förändringar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredningen anser att denna inte är lämplig att koncentrera verksamheten, utan att det för att kunna arbeta framgångsrik med AR krävs en lokal närhet till försäkrade och arbetsgivare.

Vi delar inte ANSA:s ståndpunkt. Det är självfallet nödvändigt att AR-producenterna arbetar nära klienterna och att de har ett utvecklat nätverk med företag, förvaltning och myndigheter. Med ett förändrat AR-system, som mer liknar det finska, behöver beställaren av AR-tjänster inte finnas lokalt, utan beställningsfunktionen bör kunna organiseras på regional nivå. Vid den finska arbetspensionsanstalten Varma-Sampo, som vi besökte, var beställarfunktionen centraliserad till Helsingfors och verksamheten bedrevs där med ett uppenbart gott resultat av nio rehabiliteringsexperter.

Fördelning av rehabiliteringsresurser på nya respektive gamla sjukskrivningsfall

Av de medel som FK idag disponerar för köp av AR-tjänster används nästan hela beloppet för sjukfall som varat mer än ett år. Någon medveten och politiskt beslutad fördelning av AR-resurser mellan nya och gamla sjukskrivningsärenden görs inte, utan det är de enskilda rehabiliteringshandläggarna som avgör vilka personer de skall köpa AR-tjänster åt. Kravet på att FK skall minska antalet sjukfall, som varat mer än två år, har lett till att en allt senare rehabilitering och till att en ökad andel av FK:s resurser används för FMU.

För att en tidig rehabilitering skall komma till stånd krävs en politisk styrning av FK:s arbete med rehabiliteringsärenden, t.ex. att nya verksamhetsmål införs i regleringsbrevet för kassorna eller att statsmakterna anvisar hur stora resurser, som bör satsas på nya respektive gamla ärenden. Utan en sådan styrning är det risk för att en eventuell ökning av AR-resurserna inte leder till att fler personer rehabiliteras och kommer åter i arbete, utan att de används för fler FMU och framtagande av annat underlag som behövs för prövning av ”förtidspensioner”.

Vi anser att om möjligt alla personer som varit aktivt yrkesverksamma då de insjuknade, på ett tidigt stadium - förslagsvis efter två månader - bör få en ordentlig utredning om förutsättningarna för rehabilitering. Det bör även finnas tillräckligt med resurser, för att man skall kunna erbjuda AR-åtgärder i samtliga fall där det finns en rimlig chans att den sjukskrivne genom rehabilitering kan komma åter i arbete. Ansvar för och finansieringen av nya sjukskrivningsärenden har diskuterats i föregående avsnitt. Målsättningen bör vara att man inom ett år antingen har lyckats med att rehabilitera en person åter till arbete eller påbörjat en prövning av ”förtidspension”.

För de mycket långa sjukskrivningsfallen är chansen att bryta sjukskrivningen mindre än i de korta sjukfallen. De flesta långa sjukskrivningsfall avslutas idag med en förtidspension. I slutet av januari 2003 fanns det drygt 132 000 personer som varit sjukskrivna mer än ett år och i februari hade siffran ökat till drygt 135 000 personer. Ungefär 50 000 av de sjukskrivna var arbetslösa.

Att i denna stora grupp av personer, som varit sjukskrivna mer än ett år eller som är arbetslösa, välja ut dem som har störst förutsättningar att kunna rehabiliteras till arbete, är en i det närmaste omöjlig uppgift för FK. Även om anslaget för köp av AR-tjänster skulle fördubblas räcker medlen inte för att rehabilitera alla.

Idag satsar FK en stor del av sina egna resurser och av medlen för köp av tjänster på att kartlägga rehabiliteringsbehovet för gamla sjukskrivningsfall och att genom motivationsskapande insatser försöka förmå dem att delta i aktiva AR-åtgärder. Köpen av aktiva åtgärder uppgår bara till drygt 250

mkr. Då det gäller gamla ärenden anser vi att ansvaret för att initiera AR i större utsträckning bör läggas på den sjukskrivne själv och dennes läkare. Huvuddelen av de statliga medlen bör användas för köp av aktiva AR-åtgärder. I stället för att, som idag är fallet, FK efter eget skön och utan att behöva motivera sina beslut, väljer ut vilka som skall få AR-insatser, skulle man kunna tänka sig att införa ett bidragssystem liknade det som man har i fråga om handikapphjälpmedel. Ett sådant system innebär att de långtids-sjukskrivna, som har motivation och som verkligen vill komma åter i arbete, ges möjlighet att ansöka om att AR-insatser.

Vi bedömer att ett bidragssystem skulle komma leda till bättre resultat och också bli rättvisare och enklare att administrera. Därmed kan FK:s administrativa resurser minska och ökade resurser läggas på köp av AR-tjänster. I Finland som har en väl utvecklad rehabiliteringsverksamhet bygger systemet på att den sjukskrivne ansöker om AR-insatser.

Även för personer som varit sjukskrivna 1-2 år visar bl.a. ALT:s och Resurs uppföljningar att AR-åtgärder i många fall kan leda till att sjukskrivningen bryts. En satsning på tidig rehabilitering anser vi därför inte bör finansieras genom en omprioritering mellan nya och gamla sjukfall, utan genom att arbetsgivaren ges ett tydligare ansvar och genom att statsmakterna tillför nya resurser för köp av AR-tjänster.

En samordnad uppföljning och bättre kontroll

Resultatet av AR-insatserna följs inte upp systematiskt. Trots tolv års köp av tjänster och stora bidrag från Arbetslivsfonden råder det fortfarande viss osäkerhet om vad olika typer av AR-insatser lett till.

Vid några FK har man utvecklat egna system för uppföljning av effekterna av AR-köpen. Inom ramen för FK:s datasystem kan man dock bara få fram uppgifter om förändringar i arbetsförmåga, men inte hur en eventuellt ökad arbetsförmåga används.

Av AF:s system för handläggning och uppföljning av förmedlingsärenden (HÄNDEL) kan man få fram information om klienterna har fått arbete eller om de deltar i någon form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder efter avslutade insatser vid AF Rehabilitering. Av HÄNDEL framgår dock inte om AF Rehabiliterings klienter är sjukskrivna, utan bara om de har arbetshandikapp.

ALT, Resurs och vissa andra AR-producenter har utvecklat egna system för uppföljning av effekterna av sina insatser. De omfattar både uppdrag från FK och arbetsgivare. Systemen skiljer sig dock åt vad gäller definitioner, tidpunkt för uppföljning och redovisning av resultaten.

Vi anser att det behövs ett uppföljningssystem på nationell nivå. Ansvaret för detta åvilar staten. Det bör uppdras åt RFV och AMS att i samarbete med AR-producenterna utforma ett samordnat uppföljningssystem.

Det är även viktigt att AR-producenterna har egna uppföljningssystem. För att underlätta för producenterna och för att få bättre kvalitet i deras uppföljning bör information från FK:s och AF:s databaser kunna översändas till producenterna. Ett sådant översändande kräver dock ett medgivande från klienterna både i de fall uppdragen kommer från arbetsgivaren och de fall de kommer från FK eller AF.

I RFV:s föreskrifter (RFFS 2000:1) ställs krav på personalens kompetens och krav på att producenterna skall ha ett system för uppföljning av kvaliteten.. Vid vårt studiebesök på Varma-Sampo i Finland fick vi en presentation av motsvarande finska regler. Dessa regler var inte myndighetsföreskrifter, utan de hade utarbetats i samverkan mellan, arbetspensionsanstalterna, rehabiliteringsproducenterna och de myndigheter som har ansvaret för rehabiliteringen i Finland. De finska reglerna var mer omfattande än de svenska och de var tillämpliga för hela rehabiliteringskedjan. De svenska reglerna gäller bara för FMU och ARU, dvs. inte för aktiva AR-åtgärder.

Vid RFV pågår en översyn av RFFS 2000:1. Vi anser att man efter finsk förebild bör ta fram regler för hela rehabiliteringskedjan. För de AR-tjänster som FK och AF köper från producenterna bör de i upphandlingskontraktet ställa krav att myndigheterna skall få ta del av producenternas uppföljningsresultat. FK och AF bör inför nya upphandlingar analysera resultaten av tidigare köp av AR-tjänster och granska producenternas system för kvalitets-säkring.

Vad bör staten göra?

De AR-insatser som ett enskilt företag gör är förknippade med s.k. positiva externa effekter, dvs. den vinst som samhället gör är större än den vinst som det enskilda företaget gör om en rehabilitering lyckas och en sjukskriven kommer åter i arbete. Det finns därför ett samhällsekonomiskt motiv för att AR bör vara ett statligt åtagande, dvs. att staten genom lagstiftning och stöd påverkar AR-verksamheten.

Effektiva tillväxtbefrämjande insatser utgörs enligt modern tillväxtteori av s.k. förutsättningsskapande åtgärder. Statens stöd bör därför inte ges selektivt till vissa AR-företag, utan staten bör uppställa tydliga och stabila regler för fördelning av ansvar samt besluta om ett långsiktigt program för upphandling av AR-tjänster i anbudskonkurrens. En effektiv konkurrens leder till ökad effektivitet och en dynamisk utveckling av AR-branschen.

Vi anser att nuvarande regiformer och reglering av AR-verksamheten bör ses över samt att ökade resurser bör satsas på köp av AR-tjänster i ett tidigt skede. För att förbättra förutsättningarna för produktion av AR-tjänster har vi lagt förslag om:

- Bolagisering av ALT och FMC
- Tydlig ansvarsfördelning
- En professionell, samordnad upphandlingsfunktion
- Fördelning av AR-resurserna på gamla och nya sjukskrivningsfall
- En samordnad uppföljning

Härutöver bör staten även anslå resurser för utbildning och forskning inom AR-området. Förslag om detta har lags fram av ett flertal utredningar. För att få en behovsanpassad utbildning och en forskning, vars resultat verkligen tas till vara, är det viktigt att samverkan kommer tillstånd mellan å ena sidan högskolor och forskningsorgan och å andra sidan myndigheter och AR-producenter.

AR är en ny bransch och någon organisation för att ta tillvara AR-producenternas intressen finns inte. Staten äger ALT, Resurs, FMC och Lernia är därmed för närvarande en stor producent av AR-tjänster. Vi anser att det är angeläget staten genom dessa företag verkar för att det sker ett utbyte av erfarenheter mellan forskare och praktiker och att information om effektiva rehabiliteringsmetoder sprids. FMC disponerar särskilda medel (två miljoner kronor per år) för FoU-verksamhet och har ett utvecklat samarbete inom AR-området med fem olika universitetsinstitutioner, två kliniker vid universitetssjukhus, fyra FK samt med RSV och Arbetslivsinstitutet. Resurs har i samarbete med Lunds Universitet, Karolinska institutet och Mitthögskolan satsat egna medel på utvärderingar AR-insatser.

Staten är idag både beställare och producent av AR-tjänster. Att staten äger ALT, Resurs, FMC och Lernia har hittills inte utnyttjats för att styra produk-

tionens inriktning, utan dessa statliga producenter av rehabiliteringstjänster agerar under samma förutsättningar som de privata producenterna.

De tjänster som ALT, Resurs, FMC och Lernia erbjuder kan betraktas som en form av konsultverksamhet. Staten har inom andra områden än AR bedrivit konsultverksamhet. Då konkurrens på en marknad hårdnat har dock i många fall den statliga konsultverksamheten gått med stora förluster och avvecklats. Det är därför angeläget att regeringen fortlöpande följer verksamheten vid ALT, Resurs, FMC och Lernia, och vidtar de åtgärder för som behövs för att klara lönsamheten och trygga de anställdas sysselsättning. Eftersom det har utvecklats en fungerande marknad för rehabiliteringstjänster, kan det också finnas skäl att överväga en renodling av statens roll. På sikt torde det räcka med att staten påverkar branschens utveckling genom lagstiftning och bidrag till köp av AR-tjänster samt genom stöd till utbildning och forskning.