

Rehabilitering - inte bara ett individproblem

Tor Eriksen

Tommy Elfstrand

I denna artikel renodlas det strukturella perspektivet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett viktigt inslag i rehabiliteringen är att bearbeta de institutionella och organisatoriska förhållanden som styr valet av de individer som blir föremål för rehabiliteringsinsatser.

Tor Eriksen är direktör för Värmlands läns allmänna försäkringskassa samt adjungerad professor i socialförsäkringsekonomi vid Göteborgs Universitet med placering vid Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad.

Tommy Elfstrand är försäkringsöverläkare vid Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

Det övergripande målet för försäkringskassornas rehabiliteringsarbete är att åstadkomma en tidig och samordnad rehabilitering. Med rehabilitering avses här arbetslivsinriktad rehabilitering.

Landstingen bär ansvaret för den medicinska rehabiliteringen och kommunerna för den sociala rehabiliteringen. Lindqvist¹ menar att rehabiliteringen sker på tre arenor - den medicinska arenan, myndighetsarenan och företagsarenan. Han säger vidare att

"för att förstå varför reformer når framgång eller misslyckas måste de relateras till de övriga omgivande institutionernas drivkrafter och värderingsmönster - liksom till de organisationsformer och regelsystem som dessa har att arbeta med."

I denna uppsats renodlas det strukturella perspektivet och argumenteras för att ett viktigt inslag i rehabiliteringen är att bearbeta institutionella och organisatoriska förhållanden som styr val av de individer som blir föremål för rehabilitering och de rehabiliteringsinsatser som erbjuds. Eftersom flera av de problem som diskuteras är av generell natur har vi valt att använda vissa

uppgifter från den norska rehabiliteringsdiskussionen för att förstärka argumenten.²

Rehabiliteringen riktar sig i första hand till de långvarigt sjukskrivna och de som befinner sig i farozonen för att förtidspensioneras. Rehabilitering innebär intervention i en pågående process och en central fråga att ta ställning till är vilka problem som är de primära och möjliga att lösa genom rehabiliterande insatser. Uppfattningar om orsakssamband blir bestämmande för val av angreppssätt och ekonomiska och organisatoriska lösningar. Rehabilitering är ett positivt värdeladdat ord även om enskilda individer som blir föremål för rehabiliterande insatser kan uppleva dessa som både jobbiga och onödiga. Den negativa inställningen kan bero på att insatserna kommer för sent, att det har gjorts för många tidigare försök utan påtagliga resultat eller att individen försöker att skapa en exitmöjlighet från arbetsmarknaden. Att bedriva rehabilitering mot individens önskan och vilja är vanskligt. Lika vanskligt är det att åstadkomma en effektiv samordning av resurser och aktiviteter om de olika aktörerna har olika mål, värderingar och ambitioner.

I Sverige ökade det så kallade ohälsotalet kraftigt under 1980-talet. Bland annat av det skälet ställdes nya krav på socialförsäkringen och dess administration. I stället för att passivt betala ut ersättningar för inkomstbortfall skulle man aktivt satsa på att rehabilitera, omplacera och vidareutbilda långtidssjuka anställda. Försäkringskassorna som fick ansvaret för att samordna rehabiliteringen, skulle i likhet med arbetsmarknadsmyndigheterna tillämpa en arbetslinje. Man startade en "kamp mot ohälsan" dock utan en klar beskrivning av ohälsans beskaffenhet³ eller de praktiska (reella) möjligheterna för att åstadkomma ett lyckat resultat.

² En jämförande studie av de institutionella förhållandena i Sverige, Norge och Finland presenteras i Engström L-G, Eriksen T och Svensson P-G: Vocational Rehabilitation in an Institutional Perspective - The Case of Sweden, Norway and Finland. Uppsats presenterad vid det fjärde FISS-Seminarier i Sigtuna i juni 1997.

¹ Lindqvist, Rafael: arbetsrehabilitering - en referensram och forskningsöversikt. I SOU 1996:113.

Frågan är om det är möjligt att på ett annat sätt än utifrån vissa formella kriterier upprätthålla en klar rågång mellan ohälsoproblem och arbetslöshet

Lindqvist som presenterat en teoretisk referensram angående arbetsrehabilitering säger att:⁴

"Om visionerna och slutmålet för arbetslinjen utvecklades utförligt och vältaligt i betänkanden och propositioner så var de konkreta anvisningarna om hur myndigheterna, ffa försäkringskassorna skulle gå till väga för att tillämpa policyintentionerna desto knapphändigare. Någon diskussion om problem som rör implementationen av policyn finns knappt i förarbetena, bortsett ifrån att det konstateras att personalens kompetens behöver höjas och breddas samt att utvecklingsarbete och försöksverksamhet behöver genomföras."

Med arbetsrehabilitering avses de olika aktiviteter som genomförs i syfte att hjälpa de arbetstagare som på grund av sjukdom och ohälsa är på väg att tappa eller har tappat fotfästet på arbetsmarknaden. Ett svårhanterat problem är arbetslösheten som dyker upp i så många skepnader när man diskuterar ohälsa. Den renodlade arbetslösheten, definierad som den arbetslöshet som inte är knuten till sjukdom och ohälsa, bör rimligtvis inte angripas med rehabilitering. Frågan är emellertid om det är möjligt att på ett annat sätt än utifrån vissa formella kriterier upprätthålla en klar rågång mellan ohälsoproblem och arbetslöshet.

En diagnosundersökning i Värmland⁵ visade att andelen arbetslösa bland de sjukskrivna uppgick till 21.3%. Detta resultat stämmer väl med de resultat som redovisats i andra studier.⁶

Denna grupp utgör ett särskilt problem i samband med rehabilitering eftersom de inte har en arbetsgivare med ett direkt ansvar för att försöka åstadkomma en ompla-

tering av den sjukskrivne eller en anpassning av arbetsplatsen.⁷ Andelen arbetslösa bland de sjukskrivna är lägst i den äldsta åldersgruppen där samtidigt förtidspensioneringen är högst. Detta indikerar att arbetslösheten har fångats upp av pensionssystemet.

Individens arbetsförmåga beror utöver hälsotillståndet på kunskaper och färdigheter (human capital) och den arbetskraft som marknaden efterfrågar. Ett speciellt problem är att höga löner för de som har arbeten (insiders) kopplade till höga ersättningsnivåer från socialförsäkringarna kan låsa in de försäkrade i en förmånsfälla och medverka till att skapa en förstelnad arbetsmarknad.⁸

De olika ersättningssystemen för inkomstbortfall vid ohälsa, arbetslöshet eller sociala problem uppfattas numera allmänt som kommuniserande kärl med viss valfrihet för de som är ansvariga för systemen och deras finansiering att bolla över ansvar och kostnader till annan part.⁹ Individens valfrihet har inte sällan betonats på ett okritiskt sätt. Detta innebär att det faktiska "innehållet" i en del av de variabler som normalt ingår i analyser som syftar till att förklara orsakssambanden måste ifrågasättas. Anpassning kan misstänkas ske till de kriterier som ger rätt till förmåner och vi får en medialisering av sociala och arbetsmarknadsmässiga problem. Om man följer Conrads¹⁰ klassificering av medialiseringprocessen i tre olika nivåer - den begrepps- lilla, den behandlingsmässiga och den institutionella är det i första hand den institutionella som är av betydelse för kassornas rehabiliteringsarbete. Frågan är bl a hur vårdapparaten och socialförsäkringsadministrationen samverkar.

Några exempel på uppfattningar beträffande systemeffekter är följande:

- En mångfald arrangemang, främst kanske förtidspensionering, har skapats för att underlätta den långtidsarbetslöses definitiva utträde ur arbetskraften.¹¹

³ För en beskrivning av framväxten av arbetslinjen inom socialförsäkringen se Lindqvist R: Arbetsrehabilitering - en referensram och forskningsöversikt

⁴ Op cit. sid 12.

⁵ Elfstrand T, Lundberg T: Vem blir sjukskriven? En studie av sjukskrivnings- och ohälsomönster i Värmlands län.

Värmlands läns allmänna försäkringskassa, Rapport 1995:2

⁶ Se exempelvis Selander, Marnetoft, Ekholm. Bergroth: Unemployment Among the Long-Sick. Europ.J. of Phys. Med and Rehab. Vol 6. No 5 1996 och Marnetoft, Selander, Ekholm, Bergroth: Unemployed Sicklisted People. Accepterad för publikation i Work. A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation.

⁷ Eriksen T: Hur kan vi bedöma resultaten av försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet?

Forskningsrapport nr 1, 1996, Centrum för folkhälsoforskning, CFF, Karlstad, sid 57

⁸ Eriksen T, Palmer E: The concept of Work Capacity. Paper presenterat vid FISS/FKF-konferensen 1996

⁹ Den allmänna debatten i denna fråga speglas bl a i Eriksen T: Hur kan vi bedöma resultaten av försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet? Forskningsrapport nr 1, 1996 Centrum för folkhälsoforskning, CFF, Karlstad.

¹⁰ Conrad P: Medicalization and Social Control, i Annual Review of Sociology, Vol 18, pp 209-231, 1992

¹¹ Radetzki M: Klarspråk om arbetslöshet. SNS Förlag 1996.

- Transfereringarna har byggts ut successivt och sektorvis. En transferering har ofta flera syften, exempelvis att ge grundskydd, att ge standardskydd och att vara ett styrmedel. Syftena är ibland så näraliggande att olika transfereringar kan komma ifråga i en likartad situation.

- Genom starka omfördelande inslag och skattefinansiering glider egentliga socialförsäkringar och bidrag alltmer ihop. Eftersom transfereringarna fungerar som kommuniserande kärn slår regeländringar på ett område ofta igenom också på ett annat. Exempelvis bidrar åtstramade villkor i de statliga transfereringarna till att öka belastningen på det yttersta skyddsnätet - de kommunala socialbidragen.¹²

I den redan nämnda rapporten från Sjuk- och arbetsskadeutredningen pekar Lindqvist på förhållandet att arbetsgivare i vissa fall använder rehabiliteringen som en exitstrategi. Det finns givetvis en rad faktorer som påverkar förutsättningarna för ett inträde eller återinträde på arbetsmarknaden. En grupp personer som har svårigheter på arbetsmarknaden är invandrarna. Dessa svårigheter kan sammanhålla med invandarpolitikens utformning och hur invandrarna tas emot i det svenska samhället. Det påstås i den allmänna debatten att asylsökande redan från början blir indragna i ett passiviserande bidragsberoende, att man har gett upp arbetslinjen för invandrarna och att invandrarna diskrimineras. Det anses vidare att invandrarernas färdigheter och kompetens inte stämmer med arbetsmarknadens nya krav.¹³

Rehabiliteringen har kontaktytor mot arbetsmarknadspolitik, invandarpolitik och socialpolitik. Valet av huvudman för den arbetsmarknadsinriktade rehabiliteringen är därför inte självklart. Utifrån ungefär samma problembeskrivning som den svenska har man i Norge valt att fr o m 1994 lägga huvudansvaret på Arbetsmarknadsstaten.

Under rubriken *Det er bruk for alle* anförs i en

melding (rapport) från det norska arbets- og administrasjonsdepartementet¹⁴

"att det er nødvendig å forbedre atferdings- og andre stønadsordninger for personer i yrkesaktiv alder slik att det fornuftigste valg for alle parter blir *arbeidslinja* framfor *trygdelinja*".

Bakgrunden till rapporten är den tendens till utstötning och utestängning från arbetsmarknaden som man i Norge kunnat observera under 1980-talet. Som en referenspunkt redovisas i *tabell 1* utvecklingen av förtidspensioneringen i Norge och Sverige mellan åren 1980 och 1991. Antalet personer som tillfälligt eller permanent uppbär ersättning från det norska socialförsäkringssystemet har ökat dramatiskt. Dessa ersättningar anses i ringa grad leda till aktiviteter som kan föra den försäkrade tillbaka till arbetsmarknaden. Tvärtom anses att ersättningssystemet kan verka passiviserande.

Tabell 1. Antal förtidspensionärer angivna år, 1000-tal.

	1980	1991	Ökning i %
Norge	160	239	49
Sverige	291	367	26

Källa: St. meld. nr 39 Atferdingsmeldingen sid 7, RFV, Socialförsäkringsstatistik, Fakta

I rapporten anges det övergripande målet för det sociala säkerhetsnätet vara att fånga upp alla som behöver samhällets hjälp och omsorg när inkomsten faller bort. Samtidigt bör det krävas att de olika systemen i största möjliga grad skall föra den enskilde individen tillbaka till ett inkomstbringande arbete.

Det påstås vidare att det skett en liberalisering av läkarnas sjukskrivningspraxis på så sätt att

"reduert livskvalitet, stress som følge av et belastende arbeidsmiljø, graviditetsplager, vanskelig samlig og en generelt problematisk livssituation lett likestilles med sykdom." (sid 116/117).

Man anser alltså även i Norge att det skett en medicalisering av sociala och ekonomiska problem. Försäkringssystemet anses vara utformat på ett sådant sätt att det kan antas innehålla incitament som verkar i en riktning som leder till en ökad förtidspensionering.

I Norge behandlade det så kallade Nordbomutvalget (en statlig utredning) finansieringen av folketrygden. I en bilaga till utredningens betänkande analyserade

¹² SOU 1996:180 sid 4 (Sammanfattningen)

¹³ Broomé P, Bäcklund A-K, Lundh C, Ohlsson R: Varför sitter "brassen" på bänken? SNS Förlag 1996

¹⁴ St.meld.nr.39 (1991-92) Atferding og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepension (Atferdingsmeldingen)

Rödseth sambanden mellan finansieringen av socialförsäkringar och samhällsekonomin.¹⁵ Rödseth pekar på förhållandet att det utifrån ekonomisk-teoretiska utgångspunkter kan påvisas att det finns en generell tendens till ett överutnyttjande av sådana förmåner som förbrukas individuellt men betalas gemensamt i förhållande till det som kan betraktas som samhällsekonomiskt rationellt. Han menar att en del av sjukfrånvaron kan ses som ett utslag av att marknaden för fritid är dåligt organiserad. Det empiriska stödet för denna uppfattning är bl a att arbetstagare med mer individuell anpassade arbetstider t ex deltidarbete har lägre sjukfrånvaro än heltidsarbetande. Intressant att notera är att Rödseth menar att den valfrihet som gäller beträffande sjukfrånvaron inte gäller vid förtidspensionering. Skälet till detta är den omfattande prövning av medicinska och sociala skäl och av alternativ som omskolning och rehabilitering som i regel sker för dessa fall. Rödseth pekar på förhållandet att empiriska studier antyder att en del av den norska uföretrygden är en kamouflerad form för ersättning vid arbetslöshet beroende på en bristande överensstämmelse mellan arbetsmarknadens krav och arbetstagarnas förmåga.

Hatland behandlar i en bilaga till betänkandet om uförepension¹⁶ bl a sjukdomsbegreppet och konstaterar att det skett en utvidgning av uförhetsbegreppet. Han menar också att det skett en viss tillnyktring beträffande förväntningarna på effekterna av rehabilitering.

"Forventningene til den ytre trygdeetat at man bør kunne hindre uførepension gjennom arbeidstrening, behandling m.v. er klart tonet ned."

I Norge, såväl som i Sverige, är många parter inblandade i de olika beslutsprocesserna antingen det gäller (ny)beviljande av förmåner eller övergång mellan olika förmånssystem. Det norska rehabiliteringssystemet anses vara splittrat.

"Sosialkontoret betaler ut økonomisk sosial hjelp. Ansvaret for trygdeytelsene ligger i trygdeetaten, mens kommuner og fylkeskommuner har hovedansvaret for medicinsk

attføring. I prinsippet har ansvaret for yrkesmessig attføring vært forankret i arbeidsmarkedssetaten, men i praksis mer uklart fordelt mellom trygdeetat og arbeidsmarkedsetat. Det har derfor vært vanskelig å få hjelpeapparatet til å fungere i et godt samspill. Organiseringen kan gjøre det vanskelig å unngå at enkeltpersoner skyves mellom de ulike deler av apparatet." (sid 118)

Arbetslinjen pekas ut som det naturliga (grundleggende) socialpolitiska valet. (sid 124). Departementet betonar även kravet på samhällsekonomisk lönsamhet.

"Også på attføringsområdet vil riktig bruk av resurserne være viktig. Det er derfor nødvendig at den samfunnsmessige lønnsomhet trekkes inn som et sentralt moment i den viderer utbygging av attførings- og rehabiliteringsarbeidet". (sid 124).

I rapporten ställs två frågor:

1 Är det så att det i allmänhet är samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på rehabilitering?

2 Om så är fallet, vilka grupper lönar det sig bäst att rehabilitera?

Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning (SNF) har i en litteraturstudie sökt svar på de angivna frågorna.¹⁷ Flera av de norska studierna som tas upp i litteraturstudien tyder på att en viktig förutsättning för ett lyckat resultat är att den som skall rehabiliteras är välmotiverad och själv medverkar. Även om de flesta studierna redovisar svårlösta metodproblem är den allmänna bilden att det är samhällsekonomiskt lönsamt att rehabilitera. Departementets slutsats andas viss försiktighet och man pekar för säkerhets skull på en inbyggd målkonflikt.

Her kan de foreløpige, forsiktige konklusjoner fra stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning være til nytte som et utgangspunkt. Hvorvidt yrkesmessig attføring er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og hvilke grupper det er mest lønnsomt å attføre, krever betydlig mer utredning for hovedspørsmålene er avklart.

"Det er imidlertid klart at spørsmålet om økonomisk lønnsomhet alene ikke er avgjørende for satsningen på f.eks attføringsvirksomhet. En vil her spesielt peke på Regjeringens målsetning om at alle skal ha rett til arbeid og derved kunne forsørge seg selv og bidra til fellesskapet efter sine evner og muligheter." (sid 124)

I en skrift från Arbeidsdirektoratet sägs i sammanfattningen:¹⁸

¹⁷ Dahl, Hansen, Lensberg, Pedersen: Rapport från SNF 1991

¹⁸ Tönsebro Aa S: Yrkesrettet attføring - en integrert del av arbeidsmarkedspolitikken. Mot fagkyndighet i arbeidet for yrkesrettet attføring. Arbeidsdirektoratet PB -07 04 - maj 96

"Betingelsene for yrkesrettet attføring har endret seg. Dette tillsier at alternative metoder innen Arbeidsmarkedsetatens arbeid på feltet bør utvikles. Endringene har skjedd innen ansvars- og oppgavefeltet, type arbeidsvalghindre hos arbeidssøerne, antallet yrkeshemmede arbeidssøkere, arbeidsmarkedet, og tilgrensede trygderettigheter."

"En alternativ metode bør være forankret både i den ideologi som Stortinget har nedfelt i "arbeidslinjen", og i en annen fagteori/-modell enn den medisinske. Denne fagteoretiske forankring henter ideer fra flere samfunnsfag og knyttes til et filosofisk verdimeslig utgangspunkt som vi finner innen eksistensialistisk og konstruktivistisk filosofi".

Bakom formuleringarna döljer sig en kritik av läkarnas dominerande roll inom välfärdsstaten och deras medverkan till medikalisering av olika problem. Den norska rehabiliteringsreformen kommer att utvärderas och en första rapport från ett förprojekt har presenterats.¹⁹ Frågan har ställs om porten in till rehabilitering (fortfarande) är för vid.²⁰

"En god del gjenstår likevel når det gjelder portvokterfunksjonen i attføringspolitikken. I arbeidsmarkedsetaten er vi opptatt av at reformen tok sikte på økt arbeidslivsorientering og att sjansen for å få jobb dermed må være til stede for yrkesrettet attføring forsøkes. I Trygdeetaten kan saken fortone seg annerledes. Dette gjelder særlig for personer som ikke har andre inntektsalternativer til att föringspenger enn sosialhjelp. Trygdekontoret kan ofte tenke at det er bedre med en for mye forsøkt enn en for lite. Dette kan være rett, men i noen tilfeller blir det ikke en, men to eller tre for mye forsøkt. Det trengs etter Etatens mening større faglig grundlighet i samspillet mellom de to etatene, slik at prioriteringene blir bedre. Noen av de som tiltakene settes inn på, har for svak helse til attføring kan føre frem. På den annen side er det et tankekors om det brukes for store resurser på søkere som ikke har større handikap enn at de kunne ha klart seg med mindre støtte fra det offentlige."

Det återgivna avsnittet berör en rad olika frågor som har samma giltighet i Sverige som i Norge. Några frågor som kan tjäna som exempel är följande:

* I vilken utsträckning skall individens möjligheter på arbetsmarknaden vara avgörande för om rehabilitering

kommer till stånd?

* I vilket tidsperspektiv skall arbetsmarknaden bedömas?

* Medför kravet på en tidig (och samordnad) rehabilitering en risk för att rehabilitering sätts in för tidigt och stör en eventuell "självläkning"?

* I vilken utsträckning styrs selektionen av rehabiliteringsfall mot de personer som har stor sannolikhet för att kunna "självläka"?

* Avänds för stora resurser på "hopplösa fall"?

Frågorna rör rehabiliteringsideologi, träffsäkerheten i den medicinska och sociala bedömningen av de enskilda individerna, osäkerheten i bedömningen av den befintliga men även den framtida arbetsmarknaden. Ett tungt vägande argument för tidig rehabilitering är att sjukfrånvaro med sjukpenning eller frånvaro från arbetsmarknaden med socialbidrag eller arbetslöshetserättning passiviserar och skapar hinder för en återgång till yrkesarbete. Om individens chanser på arbetsmarknaden tillmäts en avgörande betydelse som självständig faktor kommer grupper av individer, som i ett annat arbetsmarknadsläge skulle anses vara rehabiliteringsbara, att hamna utom räckhåll för rehabiliterande insatser.²¹ Riksrevisionsverket framhåver att det är nödvändigt att förtydliga målen och att tydligare styra och prioritera i rehabiliteringsverksamheten. Verket lyfter även fram det kända förhållandet att sjukskrivna arbetslösa i större utsträckning än andra grupper har psykiska diagnoser, missbruksproblem och generellt sett är en grupp som är svårare att rehabilitera än andra grupper.

Riksförsäkringsverket har i flera rapporter redovisat orsakerna till sjukskrivning och förtidspensionering och studier om hur rehabiliteringsarbetet bedrivs på försäkringskassorna. I en under 1996 publicerad rapport²² pekar man på att det finns en risk att man vid urvalet av de personer som kommer att erbjudas rehabiliterande insatser väljer dem som i utgångsläget bedöms ha en större chans att bli friskskrivna. Grupper av personer som i utgångsläget bedöms som mera svårrehabiliterbara kan då få för liten uppmärksamhet av försäkringskassan. En sådan grupp som nämns i rapporten är de psykosocialt belastade. En slutsats i rapporten är följande (sid 14):

"Det är ju fullt möjligt att det är hos de mest svårrehabiliterade grupperna som rehabiliteringsinsatserna har

¹⁹ Hvinden B. Ford M: Flytning av etatsgrenser - gir det et bedre attføringsarbeid? Forprosjekt for en evaluering av samlingen av ansvaret for yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetaten (ansvarsreformen) INAS-NOTAT 1994.5

²⁰ Attføringsreformen gir resultater. Men är porten inn till attføring for vid?

Kronikk av arbeidsdirektør Ted Hanisch i Social Trygd 1995 Nr 5, Universitetsforlaget, Oslo

²¹ RRV 1996:8: Rehabilitering av arbetslösa

²² Lidwall U: Långvarigt sjukskrivna-Arbeitslöshet och samman-satta riskfaktorer-. RFV redovisar 1996:14

störst effekt och är samhällsekonomiskt mest effektiva. En förutsättning för detta är naturligtvis att rätt rehabiliteringsinsatser sätts in vid rätt tidpunkt. Därför är det av största vikt att försäkringskassorna har goda beslutsunderlag för sina ställningstaganden. I beslutsunderlaget kan det i vissa fall vara bra, att utöver medicinskt underlag, ha uppgifter om den försäkrades tidigare erfarenheter på arbetsmarknaden, som t ex arbetslöshet, såväl som uppgifter om sociala förhållanden."

Här läggs ett antal underliggande frågor obesvarade i knät på läsaren. Den psykosociala belastningen uppstår ju inte över en natt utan kommer smygande över en längre period. Vad är då rätt tidpunkt och rätt rehabiliteringsinsatser? Vad är ett lyckat och samhällsekonomiskt effektivt resultat av rehabiliteringsinsatserna? Den rehabilitering som vi diskuterar kommer i tiden efter den medicinska rehabiliteringen. De problem som skall lösas kan utöver de (åtgärdade) medicinska problemen vara sociala, sammanhånga med bristande utbildning och arbetslivserfarenhet eller vara knutna till olika typer av missbruk.

Det är vissa uppgifter om rehabiliteringsfallen (deskription), antaganden (om orsakssammanhang) och ideologiska ställningstaganden som utan att ge några klara svar på ett antal av de nämnda frågorna fått bilda underlag för de politiska besluten. Detta gäller såväl den svenska satsningen på arbetslinjen inom socialförsäkringen som den norska så kallade ansvarsreformen dvs överförandet av rehabiliteringsansvaret till arbetsmarknadsmyndigheten.

För att utveckla försäkringskassornas rehabiliteringsarbete är det viktigt att ta steget från ren deskription till studier inriktade på frågan om orsak/verkan. I första hand gäller det att koncentrera sig på de förhållanden som "disponeras" av kassorna. Att studera arbetsrehabilitering kräver en flerdisciplinär miljö och samverkan mellan olika kompetenser - medicinsk, sociologisk, ekonomisk, juridisk och statistisk - för att nämna några. Vi har att studera hur individuella problem, regelverk och organisatoriska strukturer möts och hur de olika rehabiliteringsaktörerna på bästa sätt skall samverka för att nå ett bra resultat.

Rehabiliteringen i Värmland omfattar, utöver den självklara individanknutna verksamheten, ett antal ak-

Att göra försäkringskassan synlig och att formulera och framföra kraven skulle vara en huvuduppgift för kassans kontorschefer och chefer på centralkontoret

tiviteter som riktas mot aktörer och organisationer. Dessa aktiviteter har successivt byggts upp och ut med ett långsiktigt perspektiv. Vid försäkringskassans konferenser under 1993 betonades att kassan måste ställa klara och tydliga krav på övriga deltagare i arbetet med den yrkesinriktade rehabiliteringen. Att göra försäkringskassan synlig och att formulera och framföra kraven skulle vara en huvuduppgift för kassans kontorschefer och chefer på centralkontoret. Vidare betonades att kassan genom en aktiv dialog med arbetsgivarna skulle försöka fånga sjukfallen medan de fortfarande fanns kvar hos dessa.²³ Den aktiva dialogen med arbetsgivare har numera förstärkts genom att fyra tidigare kontorchefer har fått denna till sin huvudsakliga uppgift.

Under hösten 1993 och våren 1994 genomfördes en kartläggning av läkarnas sjukskrivningsmönster i Värmlands län. För varje lokalkontor sammanställdes materialet i en lokal rapport, som sedan diskuterades vid en informationsträff med de lokala läkarna. De lokala rapporterna sammanställdes senare i en länsrapport²⁴ Denna rapport har sedan använts vid en utbildning av flertalet av länets sjukskrivande läkare.

Diagnosundersökningen har senare följts upp med en undersökning som hade till syfte att utröna om och i så fall hur sjukskrivningskostnaderna varierar mellan olika sjukskrivande instanser, mellan olika sjukhuskliniker och mellan olika kategorier läkare. Den ökade medvetenheten inom läkarkåren vad gäller kostnaden för sjukskrivning har vid den utbildning läkarna fått i försäkringsmedicin, resulterat i önskemål om en undersökning av angivet slag.

Från läkarkårens sida finns dessutom önskemål om att den enskilda läkaren skulle få kännedom om de sjukskrivningskostnader som hon/han genererat. I den rapport som kommer att publiceras inom kort konstateras att sjukskrivningsförfarandet inom Värmland hanteras enhetligt och att uppfattningen att sjukskrivning

För att utveckla försäkringskassornas rehabiliteringsarbete är det viktigt att ta steget från ren diskription till studier inriktade på frågan om orsak/verkan

²³Se Om Försäkringskassans rehabiliteringsansvar, FKF Debatt, 1994

²⁴Elfstrand T, Lundberg T: Vem blir sjukskriven? Värmlands läns allmänna försäkringskassa, Rapport Nr 2 1995

Från läkarkårens sida finns önskemål om att den enskilda läkaren skulle få kännedom om de sjuk-skrivningskostnader som hon/han genererat

sker slentrianmässigt kan avfärdas.²⁵

Samverkan sker i regel runt en speciell målgrupp som t.ex. missbrukare, individer med psykiska funktionshinder eller arbetslösa. ARBSAM-projektet tar upp de arbetslösa sjukskrivna som ett speciellt problemområde och samverkan i handläggningen sker mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen, landstinget och socialförvaltningen i fyra av länets kommuner. I en arbetsrapport från projektet²⁶ konstateras att:

* Förankringen av projektet hos ansvariga handläggare har inledningsvis inte varit tillräcklig för att få till stånd en fungerande samverkan.

* Det har funnits en bristande kunskap och förståelse för varandras verksamheter och regelverk.

* I och med det faktum som konstateras i punkt ett så har koncentrationen alltför tidigt fokuserats runt individ-ärenden.

* Selektionsprocessen, dvs vilka ärenden som skall behandlas i projektet, har inte fungerat helt enligt den ursprungliga tanken.

I samverkan med Centrum för folkhälsoforskning genomförs två forskningsprojekt där det ena studerar samhällsekonomiska effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering och det andra vårdstruktur och multifaktoriell problematik.²⁷

Det är vår övertygelse att de problem som rör den organisationsmässiga utformningen av rehabiliteringen behöver uppmärksammas i högre grad än för närvarande. De redovisade exemplen på problem, angreppssätt och projekt kan ses som argument för vår uppfattning.

²⁵Elfstrand T, Lundberg T: Vem sjukskriver och vad kostar det? Manus till Rapport Nr 8, 1997, Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

²⁶Engström L-G: ARBSAM. Genomförande och tendenser. Delrapport 1, mars 1997

²⁷En kortfattad presentation av projekten ges i Rapport 4, 1996, från Centrum för folkhälsoforskning, CFF, Karlstad.